

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
ISSN

Alle Rechte liegen beim
Verlag



Brandenburger Netzwerk Gesunde Kinder: Frühe Prävention zeigt Wirkung

The Brandenburg Network Healthy Children: Early Prevention Shows Effectiveness

Autoren

Gabriele Ellsäßer¹, Hendrik Karpinski², Annett Schmok³, Johannes Gladitz⁴, Dieter Hüseman⁵

Institute

- Landesamt für Arbeitsschutz Verbraucherschutz und Gesundheit, ehemals Leitung der Abteilung Gesundheit, Zossen
- Klinikum Niederlausitz GmbH, Kinder- und Jugendmedizin, Senftenberg
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Landeskoordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder, Potsdam
- Statistik Service, Berlin
- Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Eberswalde

Schlüsselwörter

Frühe Prävention, Familienbegleitprogramm, Netzwerk Gesunde Kinder, Einschulungsuntersuchung, Gesundheitsstatus

Key words

Early prevention, family health programme, Network Healthy Children, school entry medical examination, health status

online publiziert 17.09.2019

Bibliografie

Gesundheitswesen 2021; 83: 135–142

DOI 10.1055/a-0996-8522

ISSN 0941-3790

© 2019. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Gabriele Ellsäßer
c/o Landesamt für Arbeitsschutz Verbraucherschutz und Gesundheit
15806 Zossen
gellsaesser@t-online.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und Ziel der Studie Das Brandenburger Netzwerk Gesunde Kinder (NGK) ist ein durch geschulte Ehrenamtliche getragenes landesweites Gesundheitsförderprogramm für Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren. Ziel der Studie ist

auf der Basis der Schuleingangsuntersuchung (SEU) zu untersuchen, ob das NGK sich positiv auf die Gesundheit der Kinder auswirkt.

Methode In einer retrospektiven epidemiologischen Analyse der SEU, Schuljahr 2016/2017 (NetzwerkKinder/NK: 1152, Nicht-NetzwerkKinder/N-NK: 20 954) wird deskriptiv statistisch untersucht, ob es soziodemografische und gesundheitliche Unterschiede zwischen den Subgruppen NK und N-NK gibt. In einer logistischen Regressionsanalyse wird die Stärke des Einflusses des NGK bezogen auf gesundheitliche Zielgrößen und bei Adjustierung (wie soziale Lage und Region) berechnet.

Ergebnisse Eltern mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus sowie Alleinerziehende nahmen häufiger im NGK ($p < 0,001$) teil. NK verglichen zu N-NK brachten das U-Heft (94,3 / 91,5%, $p < 0,001$) und den Impfausweis (95,7 / 91,7%, $p < 0,001$) häufiger zur SEU mit. Eine höhere Quote der 1. Tetanus-, Diphtherie-, Pertussis-Auffrischimpfung wurde nach Netzwerkbegleitung festgestellt. Im adjustierten Modell zeigten NK geringere Quoten bei unvollständiger U2–U6 (OR 0,347 [95%-Konfidenzintervall: 0,192–0,627, $p < 0,001$]), Impflücken (OR 0,621 [95 %-KI: 0,508–0,758, $p < 0,000$]) und höhere bei „optimal versorgt“ (OR 1,355 [95 %-KI: 1,175–1,562, $p < 0,001$]).

Schlussfolgerung Gesundheitlich profitierten die im Netzwerk begleiteten Kinder.

ABSTRACT

Background and aim of the study The Brandenburg Network Healthy Children (NHC) is a regional health programme for families with toddlers (0–3) run by trained volunteers. Based on the analysis of School Entry Medical Examination (SEME), the study investigates the possible influence of NHC on children's health.

Method A retrospective epidemiological analysis of the socio-demographic and health-related differences among subgroups nc and n-nc based on SEME, school year 2016/2017 (network children/nc: 1,152, not network children/n-nc: 20,954), using descriptive statistics; a logistic regression analysis assessing, for instance, the power of NHC's influence on health adjusting also for social status and region.

Results Parents with low/middle social status and one-parent families participated more frequently in the NHC ($p < 0,001$). Nc compared to n-nc brought check-up documents (94.3 /

91.5 %, $p < 0.001$) and vaccination certificates (95.7 / 91.7 %, $p < 0.001$) more frequently to SEME. A higher tetanus-diphtheria-pertussis booster rate was observed after network participation. The adjusted model showed nc were less likely to have incomplete (U2–U6) check-ups (OR 0.347 [95 %-KI: 0.192–

0.627, $p < 0.001$]), vaccination gaps (OR 0.621 [95 %-KI: 0.508–0.758, $p < 0.001$]) and more likely to be “optimally cared for” (OR 1.355 [95 %-KI: 1.175–1.562, $p < 0.001$]).

Conclusion Children’s health showed benefit from network participation.

Einleitung

Hausbesuchsprogramme durch „health visitors“ für Familien mit Kindern von 0–3 Jahren werden in angloamerikanischen Ländern [1] und auch in Finnland [2] als Instrument einer kindzentrierten Gesundheitsförderung eingesetzt, staatlich gefördert und wissenschaftlich evaluiert. Je nach Programm werden hierfür geschulte Laien oder Professionelle aus Gesundheitsfachberufen eingesetzt [3, 4]. Bei beiden Ansätzen konnten positive Gesundheitseffekte, wie stabilere Eltern-Kind-Beziehung [5], kompetentere Säuglingsfürsorge, höhere Stillquote [6] und weniger Krankenhausbesuche wegen Unfällen [7] festgestellt werden. Der Zugang zu kommunalen Elternbildungsangeboten, familienunterstützenden Diensten und in die pädiatrische Versorgung fällt Programmteilnehmenden leichter [8].

In Deutschland sind mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes am 01.01.2012 Frühe Hilfen für junge Familien erstmals gesetzlich verankert und die Grundlage einer Finanzierung geschaffen worden. Durch die Bundesinitiative, jetzt Bundesstiftung Frühe Hilfen und der Umsetzung mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen wurden seit 2012 psychosoziale Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern unter 3 Jahren in den Kommunen aufgebaut. Hierbei werden sowohl ein allgemeiner, möglichst alle Familien erreichender Ansatz, als auch ein eher risikoorientierter Zugang gewählt, um Familien in psychosozialen Problemlagen frühzeitig zu unterstützen. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Angebote der Frühen Hilfen mit einem hohen Zufriedenheitsgrad, insbesondere auch von Familien mit niedrigem Sozialstatus wahrgenommen werden und so der Zugang in die medizinische bzw. psychosoziale Versorgung gelingt [9, 10].

Das Brandenburger Netzwerk Gesunde Kinder (NGK)

Die Landesregierung in Brandenburg hat bereits 2005 ein Maßnahmenpaket für Familien und Kinderfreundlichkeit beschlossen [11]. Auf Vorarbeiten am Klinikum Niederlausitz/Lauchhammer basierend wurde in diesem Kontext das NGK als ein durch Ehrenamtliche getragenes Familienbegleitprogramm für junge Familien konzipiert. Einerseits gelingt der Zugangsweg über die stationäre Geburtshilfe, andererseits über Erstbesuche durch eine Fachkraft des Gesundheitsamtes oder auch durch Vermittlung von Schwangerschaftsberatungsstellen, Babybesuchsdiensten und Hebammen. Ziel ist, die Kinder in ihrer gesundheitlichen Entwicklung zu fördern und die Eltern in ihrer Bindungs- und Erziehungskompetenz zu stärken [12]. Dieses Angebot wurde zwischen 2006 und 2016 in allen Landkreisen und in 3 von 4 kreisfreien Städten mit Netzwerkstandorten etabliert. Der Zugang für die Familien ist niedrigschwellig. Die Teilnahme ist kostenfrei und nicht an Risikofaktoren gebunden. Familien erklären auf freiwilliger Basis ihre verbindliche Teilnahme [13]. In 2018 (Stichtag 31.01.2018) zählte das Netzwerk rund 1100 Familienpatinnen und -paten für 4550 Kinder in 4300 Familien [14].

Die ehrenamtlichen Familienpatinnen und -paten werden im Rahmen eines standardisierten Curriculums von 40 Stunden durch Fachkräfte aus Gesundheit, Soziales und Familien unterstützenden Institutionen auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Inhalte der Schulung sind bspw. Gesprächsführung und Kommunikation, Familienbegleitung rund um die Geburt, die kindliche Entwicklung und Gesundheitsförderung sowie Rechte und Pflichten von Eltern. Darüber hinaus werden Familienpatinnen und -paten gesonderte Schulungsmodule für die Begleitung geflüchteter Familien angeboten.

Die Familienpatinnen und -paten begleiten die Familien mit Kindern von 0–3 Jahren über mindestens 10 Besuche, bei denen altersspezifische Schwerpunkte gesetzt werden (► **Tab. 1**) [15]. In enger Abstimmung mit regionalen Anbietern werden familien- und gesundheitsorientierte Angebote, Eltern-Kind-Kurse sowie Beratungs-, Förder- und Therapieangebote systematisch zusammengestellt und bei Bedarf an Familien vermittelt. Wichtige Kooperationspartner in diesem Netzwerk sind zudem niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, Familien- und Beratungszentren, Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren.

Über die Regionalnetzwerke werden die Familienpatinnen und -paten selbst intensiv begleitet. Hierzu gehören die inhaltliche und organisatorische Vor- und Nachbereitung der ehrenamtlichen Tätigkeit, Fortbildung, Supervision und Austauschformate (wie Stammtische und gesellige Aktivitäten).

Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Alle Brandenburger Kinder werden vor Schulbeginn auf der Grundlage der gesetzlich geregelten SEU ärztlich untersucht [16]. Die SEU wird in Brandenburg auf der Basis eines Handbuchs standardisiert durchgeführt und dokumentiert [17]. Sie besteht aus einem Elternfragebogen, einem schulrelevanten Entwicklungsscreening (SOPESS) [18] und einer körperlichen Untersuchung. Im Elternfragebogen werden demografische Daten des Kindes, kindbezogene Gesundheitsinformationen und Angaben zu Schwangerschaft und Geburt erfasst. Über das U-Heft und den Impfausweis wird die Inanspruchnahme präventiver Leistungen dokumentiert. Des Weiteren werden durch die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Angaben zur sozialen Lage der Eltern (Schulbildung und Erwerbsstatus, getrennt nach Vater und Mutter) erfasst [19]. Da die SEU in Brandenburg eine umfassende sozialpädiatrische Untersuchung ist, stehen für jedes Kind Informationen zur gesundheitlichen Lage, präventiven und medizinischen Versorgung sowie zum Bedarf an medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen zur Verfügung. Seit 2013 wird in der Elternbefragung zur Gesundheit und Entwicklung des Kindes die Teilnahme der Familien im NGK erfragt (Response rund 92 %), sodass die gesundheitliche und soziale Lage der Netzwerkkin- der (NK) im Vergleich zu Nicht-Netzwerkkindern (N-NK) systematisch evaluiert werden kann [20].

Ziel der epidemiologischen Analyse ist zu untersuchen, ob das NGK sich positiv auf das Gesundheitsverhalten von Familien und die Versorgung von Kindern auswirkt.

Als Kriterien werden der Impfstatus, die Wahrnehmung der U-Untersuchungen und die bedarfsgerechte Einleitung von Förder- und Therapiemaßnahmen unter Berücksichtigung des Sozialstatus herangezogen.

Methodik

Retrospektive epidemiologische Analyse auf der Grundlage einer Querschnittsuntersuchung von Einschulungskindern.

Datengrundlage ist die Dokumentation der Brandenburger SEU des Schuljahres 2016/17. Von 22 106 der 23 475 erfassten Einschulungskinder lagen Angaben zur NGK-Teilnahme vor. Insgesamt wurden 1 152 (5,2 %) Einschulungskinder durch das NGK begleitet. Nicht immer wurden alle Merkmale erfasst; die jeweils analysierten Fallzahlen sind in den ► **Tab. 2 bis 5** ausgewiesen.

Als abhängige Variablen wurden die Vorlage des Vorsorgeheftes und des Impfausweises zur SEU, die Teilnahme an den U-Untersuchungen U2 bis U6, U7a und Impflücken gemäß STIKO Empfehlungen [21] definiert. Die Rotavirus-Impfung wurde gesondert betrachtet, da sie erst 2013 von der STIKO als Standardimpfung eingeführt wurde. Zur Darstellung der Versorgung der Kinder durch indizierte Fördermaßnahmen wurde die schulärztliche Bewertung herangezogen. Als „optimal versorgt“ werden die Kinder bezeichnet, für die bereits im Vorfeld der SEU notwendige Fördermaßnahmen eingeleitet wurden und kein weiterer Handlungsbedarf besteht. Auf eine Alpha-Adjustierung für Mehrfachtests wurde aufgrund des explorativen Charakters der Studie verzichtet.

Als unabhängige Variablen wurden der Brandenburger Sozialindex [22], die Anzahl der Erwachsenen sowie Kinder im Haushalt, der Migrationsstatus und kindbezogene Variablen rund um die Geburt (wie Schwangerschafts- bzw. Geburtsverlauf, Reif- oder Frühgeburt) mit aufgenommen.

► **Tab. 1** Themen der 10 Hausbesuche.

Besuche	Themen
Erstkontakt	Erstkontakt in der Schwangerschaft vor der Geburt Fragen rund um die Geburt, Erstausrüstung, Hinweis auf Schwangerschaftsberatungsstellen, Ernährung in der Schwangerschaft, Anträge (u. a. Kindergeld, Elterngeld), Anmeldungen Kind (Krankenkasse, Standesamt), Angebote für werdende Eltern.
1. Besuch	In den ersten 14 Tagen nach der Entbindung (Thematisierung kommende U-Untersuchungen) Kinderarzt/Hebamme vorhanden, kommende Entwicklungsschritte, neuer Alltag mit Baby (gesunder Schlaf, Schreien, nicht Schütteln, vom Paar zur Familie), Stillen, Babypflege, Fragen zum Stand der Anträge (wie Kindergeld, Elterngeld), Fragen zur Anmeldung Rückbildungsgymnastik, Hinweise auf Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie, Willkommensgeschenk.
2. Besuch	4. bis 5. Lebenswoche (Thematisierung der U3-Untersuchung und Impfungen) Fragen zum Wochenbett und Gesundheit der Mutter (z. B. gynäkologische Versorgung); Fragen zum Wohlbefinden des Babys und der Eltern; Themen wie Stillen, Babypflege, Schreiverhalten des Babys, Gefahr Schütteltrauma, Babytragen oder Kinderwagen; aktuelle Entwicklungsschritte, Unfallprävention, Stand der Anträge zu Elterngeld bzw. Kindergeld, Hinweise auf Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
3. Besuch	11. bis 12. Lebenswoche (Thematisierung der U4-Untersuchung und Impfungen). Unfallprävention (wie Sturzgefahr vom Wickeltisch), aktuelle Entwicklungsschritte, Gespräch zum Tagesablauf mit dem Baby, Anregungen zur Säuglingsfürsorge und Beschäftigung mit dem Baby, Hinweise auf Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
4. Besuch	5. Lebensmonat (Thematisierung erneut U4 und Impfungen) Der erste Zahn (Zahnen, Mundhygiene, Zahnarztbesuch), Fragen zur Beikost, Interaktion zwischen Eltern und Kind (Blickkontakt, Körperkontakt, „kuscheln“), Unfallprävention (Gefahr Hochstuhl, Lauflernhilfe), Anregungen zur Säuglingsfürsorge und Beschäftigung mit dem Baby, aktuelle Entwicklungsschritte, Hinweise auf Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
5. Besuch	7. Lebensmonat (Thematisierung der U5-Untersuchung und Impfungen) Tagesablauf mit dem Baby (wie Schlafverhalten, Fremdeln, Rituale), Ernährung des Babys (wie Stillen und Beikost), aktuelle Entwicklungsschritte, Unfallprävention (Gefahren im Haushalt), Hinweise und Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
6. Besuch	10. Lebensmonat (Thematisierung der U6-Untersuchung und Impfungen) Mobil werden und gesunde Kinderfüße, Sprachanregung (Geschichten erzählen und vorlesen), Wiedereinstieg in den Beruf/Kindertagesbetreuung, aktuelle Entwicklungsschritte, Hinweise und Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
7. Besuch	12. Lebensmonat (Thematisierung MMR-V- und Meningokokken-Impfung)/Gratulation zum 1. Geburtstag Hinweise auf altersgerechtes Spielzeug und gemeinsames Essen, Sprachentwicklung fördern bspw. durch Vorlesen („Lesestart“); aktuelle Entwicklungsschritte, kindliche Neugier und motorische Entwicklung verbunden mit Unfallprävention (wie Gefahrstoffe/Medikamente im Haushalt), Kitaengewöhnung, Hinweise und Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
8. Besuch	18. Lebensmonat (Thematisierung MMR-V- und Meningokokken-Impfung) Umgang/Gefahr der Nutzung digitaler Medien, Sprachförderung durch Vorlesen („Lesestart“), beginnende Trotzphase, gesunde Ernährung und Umgang mit Süßem, Bewegung und Entspannung, aktuelle Entwicklungsschritte, Hinweise und Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
9. Besuch	23. Lebensmonat (Thematisierung der U7-Untersuchung und Impfungen) Spielen – altersgerechtes Spielzeug und Beschäftigung, Sprachförderung (Vorlesen, miteinander sprechen, Gefühle an-/aussprechen, singen), Zähneputzen, Verkehrssicherheit (Kinder richtig anschnallen, Kindersitz, Laufrad), Beschäftigung mit dem Kind, aktuelle Entwicklungsschritte, Hinweise und Angebote des Netzwerkes und der Elternakademie.
10. Besuch	30. bis 33. Lebensmonat (Thematisierung der U7a und weitere U-Untersuchungen und Impfungen) Umgang mit digitalen Medien, Spielverhalten des Kindes, aktuelle Entwicklungsschritte, Frage nach Kita-Betreuung, Hinweise auf familienunterstützende Angebote in der Region/Kommune, Abschlussgespräch.

► **Tab. 2** Teilnahme im NGK nach soziodemografischen und kindbezogenen Variablen.

Soziodemografische und kindbezogene Variablen		Kind war im Netzwerk Gesunde Kinder						
		Nein		Ja		Gesamt		
Gesamt	alle Fälle	N	%	N	%	N	%	p ³
		20 954 (94,8%)		1 152 (5,2%)		22 106 (100%)		
Schulbildung Mutter	< 10 Klassen	1042	5,4	103	9,4	1 145	5,6	<0,001 *
	Abschluss 10.Klasse	10 526	54,7	670	61,4	11 196	55,1	
	Abitur/Hochschule	7665	39,9	319	29,2	7984	39,3	
Schulbildung Vater	< 10 Klassen	1316	6,8	123	11,3	1439	7,1	<0,001 *
	Abschluss 10.Klasse	11 537	60	751	68,8	12 288	60,5	
	Abitur/Hochschule	6380	33,2	218	20	6598	32,5	
Erwerbstätigkeit Mutter	nicht erwerbstätig	3211	16,5	229	20,9	3440	16,8	<0,001 *
	erwerbstätig	16 197	83,5	866	79,1	17 063	83,2	
Erwerbstätigkeit Vater	nicht erwerbstätig	1946	10	157	14,3	2103	10,3	<0,001 *
	erwerbstätig	17 462	90	938	85,7	18 400	89,7	
Sozialstatus	niedrig	1827	9,6	176	16,2	2003	9,9	<0,001
	mittel	8708	45,5	560	51,5	9268	45,9	
	hoch	8584	44,9	352	32,4	8936	44,2	
Anzahl Kinder im Haushalt	ein Kind	6014	29,3	389	34,1	6403	29,5	0,001 *
	zwei Kinder	10 397	50,6	523	45,9	10 920	50,3	
	≥ drei Kinder	4146	20,2	228	20	4374	20,2	
Alleinerziehend	nein	17 075	83,1	858	75,3	17 933	82,7	<0,001
	ja	3470	16,9	282	24,7	3752	17,3	
Muttersprache ¹	Deutsch	19 324	92,5	1115	97	20 439	92,7	<0,001
	nicht Deutsch	1571	7,5	34	3	1605	7,3	
Komplikationen bei Schwangerschaft	keine/unbekannt	19 045	90,9	1015	88,1	20 060	90,7	0,002 *
	Komplikationen	1 909	9,1	137	11,9	2046	9,3	
Komplikationen bei Geburt	keine/unbekannt	15 957	76,2	830	72	16 787	75,9	0,002 *
	Komplikationen	4997	23,8	322	28	5319	24,1	
Frühgeburt ²	keine /unbekannt	19 103	91,2	1033	89,7	20 136	91,1	0,087
	Frühgeburt	1851	8,8	119	10,3	1970	8,9	

1 Verwendete Definition: Muttersprache ist nichtdeutsch bzw. Kind wächst 2-sprachig auf; 2 als Frühgeburt wird eine Geburt vor der 37.SSW definiert. 3 Als Test wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet; * signifikanter Unterschied

Statistische Analyse

Die statistische Analyse wurde mit dem Programm SPSS Version 22 durchgeführt. Es erfolgte zunächst eine bivariate Auswertung mit Signifikanzprüfung der Prävalenzunterschiede zwischen den Subgruppen der NK und N-NK mittels Chi-Quadrat-Test. Da das Netzwerk sich nicht gleichmäßig über alle soziostrukturellen Gruppen der Brandenburger Familien mit Kleinkindern verteilt und es Unterschiede zwischen den Regionen gibt, wurden für 3 Zielgrößen exemplarisch binäre logistische Regressionsmodelle herangezogen, die neben dem Merkmal Netzwerkbegleitung ja/nein weitere Einflüsse, wie Sozialindex und Region, auf die Zielgrößen berücksichtigen. Es wurde analysiert, in welcher Stärke die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede in den beiden Populationen mit der Netzwerkbegleitung assoziiert sind. Ausgewiesen wurden Prävalenzen sowie Odds Ratios (OR). Zur Berücksichtigung statistischer Fehlerwahrscheinlichkeiten werden 95 %-Konfidenzintervalle (KI) für die OR angegeben. Unterschiede werden als statistisch signifikant ausgewiesen, wenn der p-Wert kleiner als 0,05 ist. Als Gütekriterien für die Logistischen Modelle werden das Ergebnis des Hosmer-Lemeshows-Test (HLT), Nagelkerke's R² (NK R²) und die Fläche

unter der ROC-Kurve (AUC) angegeben. HLT prüft die Modellkalibration und NK R² bzw. AUC messen die Stärke der Diskrimination. Letztere werden zum Gütevergleich der 3 angepassten Modelle verwendet.

Ergebnisse

Deskriptive Statistik

Eltern mit niedrigem Sozialstatus, mit einem Kind und Alleinerziehende waren in der Gruppe der NK häufiger vertreten, hingegen Kinder mit nicht deutscher Muttersprache weniger ($p < 0,001$). Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen wurden signifikant häufiger bei den NK berichtet, hingegen Frühgeburten nicht (► **Tab. 2**).

NK hatten häufiger als N-NK das gelbe U-Heft und den Impfausweis zur Einschulungsuntersuchung mitgebracht ($p < 0,001$). NK nahmen die U-Untersuchungen U2 bis U6 und auch die U7a im Alter von 3 Jahren signifikant häufiger vollständig wahr als ihre Vergleichsgruppe. Dies traf nicht für die U8 zu, die nach der Netzwerkbegleitung im Alter von 4 Jahren stattfand. Bei den NK lag die Rate

► **Tab. 3** Gesundheitsvorsorge und therapeutische Förderung von NK und N-NK.

Zielgrößen		Kind war im Netzwerk Gesunde Kinder						
		Nein		Ja		Gesamt		
		N	%	N	%	N	%	p ⁴
Gesamt	alle Fälle	20954 (94,8 %)		1152 (5,2 %)		22106 (100 %)		
U-Heft	vorgelegt	19 163	91,5	1086	94,3	20 249	91,6	<0,001 *
hiervon								
U2 bis U6	vollständig	18 488	96,5	1073	98,8	19 561	96,6	<0,001 *
U7a	teilgenommen	17 194	89,7	997	91,8	18 191	89,8	0,016 *
U8	teilgenommen	18 214	95	1034	95,2	19 248	95,1	0,878
Impfdokument	vorgelegt	19 220	91,7	1102	95,7	20 322	91,9	<0,001 *
hiervon								
Impflücke ¹	keine	15 501	80,7	973	88,3	16 474	81,1	<0,001 *
Hepatitis B Gl ²	vollständig	17 365	90,3	1049	95,2	18 414	90,6	<0,001 *
Rotaviren GI	vollständig	11 126	57,9	707	64,2	11 833	58,2	<0,001 *
1. A TdPa ³	vorhanden	6347	33	439	39,8	6786	33,4	<0,001 *
Kind ist optimal versorgt	ja	5095	24,3	357	31	5452	24,7	<0,001 *

1 keine vollständige Diphtherie-, Tetanus-, Poliomyelitis-, Hib-, Hepatitis B- und Pneumokokken- GI, keine 2. MMR- und 2. Varizellen-Impfung, keine Meningokokken C-Impfung; 2 GI: Grundimmunisierung, 3 A: 1. Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis (5–6 Jahre) nach STIKO 4 Als Test wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet; * signifikanter Unterschied

der vollständig geimpften Kinder deutlich höher. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede bei der Hepatitis B-Impfung und der im Jahr 2013 von der STIKO neu empfohlenen Rotavirus-Impfung. Eine höhere Impfquote war auch bei der 1. Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Auffrischimpfung zu beobachten, die nach Impfkalender im Alter von 5 bis 6 Jahren und somit nach der Netzwerkbegleitung durchgeführt wurde.

Bei der Einschulungsuntersuchung wird ärztlich die therapeutische Versorgungssituation von Einschulungskindern mit Entwicklungsstörungen bewertet, das heißt, ob diese Kinder bereits ausreichend gefördert wurden, medizinisch-therapeutische Maßnahmen (Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie) bzw. heilpädagogische Frühförderung erhielten und ob noch weitere oder keine Maßnahmen notwendig sind. Besteht keine Notwendigkeit für Folgemaßnahmen werden diese Kinder als „optimal versorgt“ bezeichnet. Die Rate der Kinder mit optimaler Versorgung war in der Gruppe der NK hoch signifikant höher als in der Vergleichsgruppe (► **Tab. 3**).

In ► **Tab. 4** werden unter Berücksichtigung des Sozialstatus die Zusammenhänge zwischen den gesundheitlichen Zielgrößen und der Begleitung im Netzwerk (ja/nein) dargestellt. In allen Sozialstatusgruppen brachten die NK häufiger die U-Hefte zur SEU mit; statistisch signifikant waren die Unterschiede nur für den hohen Sozialstatus. Die U2 bis U6 und ebenso U7 wurden hingegen signifikant häufiger von NK aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wahrgenommen. In allen Sozialstatusgruppen brachten die NK signifikant häufiger die Impfausweise zur SEU mit und zeigten weniger Impflücken. Für die Rotavirus-Impfung waren signifikante Unterschiede nur beim mittleren und hohen Sozialstatus festzustellen, für die Hepatitis B-Impfung beim niedrigen und hohen Sozialstatus. NK aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus zeigten noch drei Jahre später höhere Impfquoten bei der 1. Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Auffrischimpfung. Die Rate der NK in optimaler Versorgung war in allen Sozialstatusgruppen höher.

Analytische Statistik (► **Tab. 5**)

Für die Zielgrößen Impflücken, unvollständige U2–U6 und „optimal versorgt“ wurden logistische Regressionsmodelle angewandt. Die Odds Ratio (OR) des Vorhandenseins von Impflücken bei den NK gegenüber N-NK lag bei 0,553 [95%-KI: 0,458–0,666, $p < 0,001$]. Auch bei Adjustierung nach soziodemografischen und regionalen Faktoren blieb der Einfluss des NGK bestehen (OR 0,621 [95%-KI: 0,508–0,758, $p < 0,001$]). Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bei den NK nach Adjustierung für eine unvollständige U2–U6 (OR 0,347 [95%-KI: 0,192–0,627, $p < 0,001$]). NK in Fördermaßnahmen hatten im adjustierten Modell eine erhöhte Chance „optimal versorgt“ zu sein (OR 1,355 [95%-KI: 1,175–1,562, $p < 0,001$]).

Diskussion

Die Sozialstruktur der teilnehmenden Eltern im Vergleich zur Population der nicht teilnehmenden Eltern zeigt, dass das NGK insbesondere von Eltern mit niedrigem Sozialstatus und Alleinerziehenden angenommen wird, obwohl es ein Angebot für alle Eltern von kleinen Kindern ist. Unterrepräsentiert sind hingegen Eltern mit Migrationshintergrund. Dies könnte auf Sprachbarrieren bei einer geringen Zahl von Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund zurückzuführen sein.

Eltern, die durch das NGK begleitet wurden, sind gesundheitskompetenter und wissen, dass es für die präventive Versorgung ihres Kindes notwendig ist, zu den ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen das Vorsorgeheft und den Impfausweis mitzubringen.

Die Schließung von Impflücken ist ein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel in Brandenburg [23]. Nach Analysen der Brandenburger Gesundheitsberichterstattung [24] lassen Eltern mit mittlerem Sozialstatus ihre Kinder eher impfen als Eltern mit hohem oder niedrigem Status. Analoge Ergebnisse ermittelte die KiGGS Studie [25]. Die Teilnahme am NGK war mit einem signifikant besseren Impfstatus in allen Sozialstatusgruppen verbunden. Bei der Rotavirusimpfung (STIKO 2013) war hingegen ein soziales Gefälle

► **Tab. 4** Zielgrößen nach Sozialstatus und Netzwerkzugehörigkeit.

Zielgrößen	Sozialstatus	Kind war im Netzwerk Gesunde Kinder						
		Nein		Ja		Gesamt		p ¹
		N	%	N	%	N	%	
U-Heft vorgelegt	niedrig	1552	84,9	157	89,2	1709	85,3	0147
	mittel	8193	94,1	534	95,4	8727	94,2	0264
	hoch	8146	94,9	343	97,4	8489	95	0033 *
U2 bis U6 vollständig	niedrig	1423	91,7	152	96,8	1575	92,2	0019 *
	mittel	7972	97,3	530	99,3	8502	97,4	0003 *
	hoch	7934	97,4	340	99,1	8274	97,5	0051
U7a wahrgenommen	niedrig	1255	80,9	142	90,4	1397	81,7	0002 *
	mittel	7369	89,9	488	91,4	7857	90	0297
	hoch	7500	92,1	323	94,2	7823	92,2	0182
U8 wahrgenommen	niedrig	1363	87,8	143	91,1	1506	88,1	0299
	mittel	7760	94,7	512	95,9	8272	94,8	0269
	hoch	7922	97,3	335	97,7	8257	97,3	0865
Impfdokument vorgelegt	niedrig	1577	86,3	164	93,2	1741	86,9	0,01 *
	mittel	8145	93,5	541	96,6	8686	93,7	0003 *
	hoch	8095	94,3	341	96,9	8436	94,4	0043 *
Impflücke	niedrig	328	20,8	12	7,3	340	19,5	<0001 *
	mittel	1215	14,9	62	11,5	1277	14,7	0028 *
	hoch	1760	21,7	46	13,5	1806	21,4	<0001 *
vollst. GI Hepatitis B	niedrig	1416	89,8	159	97	1575	90,5	0002 *
	mittel	7663	94,1	517	95,6	8180	94,2	0184
	hoch	7151	88,3	319	93,5	7470	88,5	0002 *
vollst. GI Rotaviren	niedrig	585	37,1	74	45,1	659	37,9	0051
	mittel	4942	60,7	361	66,7	5303	61,1	0005 *
	hoch	5022	62	242	71	5264	62,4	0001 *
1. A TdPa	niedrig	538	34,1	58	35,4	596	34,2	0795
	mittel	2903	35,6	233	43,1	3136	36,1	0001 *
	hoch	2467	30,5	127	37,2	2594	30,7	0,01 *
Kind ist optimal versorgt	niedrig	620	33,9	76	43,2	696	34,7	0016 *
	mittel	2265	26	177	31,6	2442	26,3	0004 *
	hoch	1775	20,7	90	25,6	1865	20,9	0032 *

¹ Als Test wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet; * signifikanter Unterschied

► **Tab. 5** Ergebnisse der logistischen Regression: Einfluss der Netzwerkteilnahme auf die Gesundheit von Einschulungskindern.

Zielgrößen	Netzwerkteilnahme	Odds Ratio	[95 %-KI]	p
U2 bis U6 unvollständig	Netzwerkteilnahme adj. ¹	0,347	0,192–0,627	<0,001
	Netzwerkteilnahme nicht adj.	0,332	0,191–0,576	<0,001
Impflücke	Netzwerkteilnahme adj. ²	0,621	0,508–0,758	<0,001
	Netzwerkteilnahme nicht adj.	0,553	0,458–0,666	<0,001
Optimal versorgt	Netzwerkteilnahme adj. ³	1,355	1,175–1,562	<0,001
	Netzwerkteilnahme nicht adj.	1,398	1,229–1,590	<0,001

¹ adjustiert: Schulbildung Mutter bzw. Vater (<10.Klasse, 10.Klasse, Abitur/Hochschule) Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Vater, Anzahl Kinder im Haushalt, Region. N = 18 879, HLT: p = 0,557, NK R² = 0,08, AUC: 0,715 [95 %-KI: 0,694–0,736]. ² adjustiert: Schulbildung Mutter bzw. Vater (<10. Klasse, 10.Klasse, Abitur/Hochschule), Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Vater, Anzahl Kinder im Haushalt, Region. N = 18 817, HLT: p = 0,571, NK R² = 0,05, AUC: 0,629 [95 %-KI: 0,619–0,639]. ³ adjustiert: Schulbildung Mutter bzw. Vater (<10.Klasse, 10.Klasse, Abitur/Hochschule), Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Vater, Anzahl Kinder im Haushalt, Komplikationen in der Schwangerschaft, Komplikationen Geburtsverlauf, Region. N = 19 057, HLT: p = 0,337, NK R² = 0,036, AUC: 0,602 [95 %-KI: 0,593–0,612]

zwischen hohem und niedrigem Sozialstatus erkennbar, wobei auch hier die NK höhere Quoten erreichten. Die höhere Impfquote bei der ersten Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis im Vorschulalter ist ein Hinweis für eine nachhaltig gesteigerte Impfhäufigkeit bei Netzwerkteilnehmern.

KiGGS [26] und die Brandenburger Gesundheitsberichterstattung zeigen seit Jahren ein soziales Gefälle zwischen hohem und niedrigem Sozialstatus bei der Teilnahme an den U-Untersuchungen [27]. Die Teilnahme am NGK war im niedrigen Sozialstatus mit einer höheren Teilnahmequote an der U2-U6 und U7a verbunden. Die Adjustierung nach sozialer Lage und Region zeigte, dass der Einfluss des NGK hoch signifikant bestehen blieb und eine unvollständige U2-U6 bei den NK um 65 % geringer war als bei N-NK. Die persönliche und passgenaue Gesundheitsinformation scheint Eltern zu motivieren, präventive Angebote für ihr Kind wahrzunehmen.

Persistierende frühkindliche Entwicklungsdefizite – verbunden mit sozialer Benachteiligung der Familien – stellen eine kaum überwindbare Hürde für eine erfolgreiche Bildungskarriere von Kindern dar [28]. Umso wichtiger ist, dass diese Kinder Unterstützung erhalten. Bei der SEU finden wir, so die Daten der Brandenburger Gesundheitsberichterstattung [29] bei rund 33 % der Einschulungskinder schulrelevante Entwicklungsauffälligkeiten. In dieser Analyse wurde spezifisch untersucht, ob NK mit diesen Entwicklungsauffälligkeiten gegenüber N-NK im Vorfeld so gut gefördert sind, dass schulärztlicherseits keine weiteren Fördermaßnahmen notwendig waren – das Kind somit „optimal versorgt“ war. NK waren nach Kontrolle sozialer und kindbezogener Einflussfaktoren häufiger „optimal versorgt“ ($p < 0,001$). Dies könnte zu einer Verbesserung von Bildungschancen zum Schuleintritt dieser Kinder beitragen.

In den USA wurde beobachtet, dass durch die persönliche und wiederholte Begleitung der Eltern sich das Gesundheitsverhalten der Eltern veränderte. Aufgrund des nachweislichen Nutzens für Eltern und Kind empfahl die American Academy of Pediatrics der Politik, „home visiting“ Programme nachhaltig zu finanzieren [30]. Das Brandenburger NGK ist ein Beispiel für die Umsetzbarkeit solcher Programme in Deutschland.

Verfügbare zeitliche und finanzielle Ressourcen sind ein begrenzender Faktor für die Reichweite jedes breit angelegten Familienförderprogramms. Der Einsatz der Ehrenamtlichen im NGK hat einen positiven Effekt auf die Niedrigschwelligkeit des Angebots. Für das NGK ist aber die Verfügbarkeit geeigneter Ehrenamtlicher eine limitierende Ressource. Die diesbezüglich erheblichen regionalen Unterschiede weisen darauf hin, dass vielerorts eine Reichweitensteigerung möglich wäre. Ersatzweise und begrenzt werden auch im NGK analog zu den Frühen Hilfen Professionelle eingesetzt.

Limitationen

Familienhausbesuchsprogramme wurden international intensiv beforscht [31, 32]. In der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive epidemiologische Querschnittsstudie, die eine Bewertung von Populationsunterschieden bezüglich Einflussfaktoren und der Stärke des Zusammenhangs zulässt. Der Vorteil dieses Ansatzes ist, dass durch die verpflichtende SEU alle Einschulungskinder erfasst und auch vulnerable Subpopulationen mit einbezogen werden können, zu denen in der Regel ein schwieriger Zugang besteht. Die Veränderung der Eltern-Kind-Beziehung in den ersten drei Lebensjahren, häufig Gegenstand der „home-visiting“ Studien, kann durch die

SEU nicht erfasst werden. Hierfür wäre ein anderes Studiendesign auf der Grundlage einer Längsschnittstudie notwendig. Darüber hinaus könnten sich gesundheitsbewusstere Eltern eher in das Programm eingeschrieben haben und dies könnte zu einem Selectionsbias führen. Die Adjustierung nach Sozialstatus und Region zeigte jedoch, dass der Einfluss des Netzwerkes bestehen blieb.

FAZIT

Das Brandenburger NGK ist ein landesweit gefördertes, niedrigschwelliges Familienbegleitprogramm für alle Familien mit kleinen Kindern von 0–3 Jahren. Standardisiert geschulte und supervidierte Ehrenamtliche gewährleisten eine am individuellen Bedarf orientierte Gesundheitsinformation. Dieser Ansatz beruht nicht auf einem Risikokonzept. Er fördert den Gemeinsinn und bringt Familien aus unterschiedlichen sozialen Gruppen und Milieus miteinander in Kontakt. Gesundheitlich profitierten die im Netzwerk begleiteten Kinder: sie waren vollständiger geimpft, nahmen häufiger an den U-Untersuchungen teil und waren besser gefördert.

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt der Arbeitsgruppe Evaluation Netzwerk Gesunde Kinder für die jahrelange Zusammenarbeit und kontinuierliche Bewertung des Netzwerkes und gleichermaßen der Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit für die Erstellung der Datenbasis auf Grundlage der kinderärztlichen Untersuchungen der Brandenburger Kinder- und Jugendgesundheitsdienste. Namentlich zu erwähnen sind insbesondere Dr. Markus Schmitt, Chefarzt Pädiatrie am Evangelisches Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow sowie Leiter des Regionalnetzwerkes Gesunde Kinder in Teltow-Fläming, für seine Anregungen zur Bewertung des Netzwerkes und Sandra Gottschalk, für die Erstellung der Datenbasis der schulärztlichen Untersuchung Schuljahr 2016/2017 im Dezernat Infektionsschutz und Gesundheitsberichterstattung der Abteilung Gesundheit, Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit. Wir bedanken uns zudem für die Förderung des Evaluationsprojektes durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg.

Interessenkonflikt

Herr Gladitz erhielt Honorare vom Landesgesundheitsamt Brandenburg für Fortbildungen zu spezielle statistische Methoden und verwandte Daten der Publikation für Beispiele. Alle anderen Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Paulsell D, Avellar S, Sama Martin E et al. Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; Washington DC: 2010. Online: <http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/index.html> Stand 10.05.2019

- [2] Sassi S. Neuvola als Modell des aktivierenden Sozialstaates in Finnland. In: Friedrich Ebert Stiftung Landesbüro Mecklenburg-Vorpommern, Hrsg. Tagungsbericht. Emanzipation und Kinderbetreuung. Demografiepolitische Ansätze für Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin 2006; 28–37. Online: www.library.fes.de/pdf/files/bueros/schwerin/04974.pdf; Stand 10.05.2019
- [3] Kitzman H, Olds D, Henderson JR et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries and repeated childbearing: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1997; 278: 644–652
- [4] Olds DL, Kitzman H, Hanks C et al. Effects of nurse home visiting on maternal life-course and child development: age six follow-up of a randomized trial. *Pediatrics* 2004; 114/6: 1550–1559
- [5] Bryanton J, Beck CT, Mantel-Pore W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 11 doi:10.1002/14651858.CD004068.pub4
- [6] Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S et al. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 8: doi:10.1002/14651858.CD009326.pub3
- [7] Folger AT, Bowers KA, Dexheimer JW et al. Evaluation of early childhood home visiting to prevent medically attended unintentional injury. *Ann Emerg Med* 2017; 70: 302–310
- [8] Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA et al. Implementation and randomized controls trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health* 2014; 1/104: 136–143
- [9] Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirates. Bonifatius GmbH Druck – Buch – Verlag, Auflage 15.07.2016; Köln 2016
- [10] Renner I, Scharfmann S, Neumann A et al. Wie bewerten Mütter den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen? Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Hrsg. Köln 2018
- [11] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Maßnahmenpaket für Familien und Kinderfreundlichkeit. Potsdam 2005. Online: <http://www.masf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.187589.de> Stand; 10.05.2019
- [12] Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie. Familien und Kinderpolitisches Programm (Stand 30.8.2011). Potsdam 2011; 1–31. Online: <http://www.masf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.262683.de> Stand; 10.05.2019
- [13] Landtag Brandenburg. Konzept der Landesregierung Brandenburg zur landesweiten Verbesserung der Qualität und zur Stärkung und Verstärkung der Netzwerke Gesunde Kinder gemäß Beschluss des Landtages Brandenburg vom 19. März 2015 „Netzwerke Gesunde Kinder nachhaltig stärken“ (LT-DS 6/775-B). Drucksache 6/3272, Potsdam 2015; 1–21. Online: www.parlamentsdokumentation.brandenburg.de/parladoku/w6/drs/ab_3200/3272.pdf Stand 10.05.2019
- [14] Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Landeskoordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder: Über das Netzwerk. Online: www.netzwerk-gesunde-kinder.de/netzwerkstruktur Stand 10.05.2019
- [15] Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Landeskoordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder: Mitmachen. Für Familien. Online: <https://www.netzwerk-gesunde-kinder.de/mitmachen/fuer-familien/> Stand 10.05.2019
- [16] Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG) vom 23. April 2008, GVBl.I, 2008, 5: 95–100, zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Januar 2016, GVBl.I 2016; 5: 1–77
- [17] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Potsdam. 2017; Online: http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/KJGD-Handbuch_2017_geschw%C3%A4rzt.pdf Stand 10.05.2019
- [18] Daseking M, Petermann F, Röske D et al. Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 648–655
- [19] Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K. Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten (2007). *Das Gesundheitswesen* 2007; 69: 555–559
- [20] Ellsäßer G, Hedtke E, Hüseman D et al. Ergebnisse der Brandenburger Schuleingangsuntersuchung. Wie wirksam ist das Netzwerk Gesunde Kinder? *Brandenburger Ärzteblatt* 2015; 11: 15–18
- [21] Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2014. *Epidemiologischen Bulletin* 2014; 34: 305–337
- [22] Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K. Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 555–559
- [23] Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Infektionsreport des Landes Brandenburg, Potsdam. 2012. Online: https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Infektionsbericht%202012-web.pdf Stand 10.05.2019
- [24] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg. In: Punkt Gesundheitschutz 05/2017, Potsdam 2017. Online: https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Broschur_INPUNCTO-2017.pdf Stand 10.05.2019
- [25] Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Impfungen 2008; 135–174. Online: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/Impfungen.pdf?__blob=publicationFile Stand 10.05.2019
- [26] Schmidtke C, Kuntz B, Starker A et al. Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3: 68–77 doi:10.17886/RKI-GBE-2018-093. Online https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/FactSheets/JoHM_04_2018_Inanspruchnahme_Fruherkennung_KiGGS-elle2.pdf?__blob=publicationFile Stand 10.05.2019
- [27] Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Abteilung Gesundheit. Online: www.gesundheitsplattform.brandenburg.de, Früherkennungsuntersuchungen – soziale Lage Stand 10.05.2019
- [28] Saunders M, Barr B, McHale P et al. Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 52)
- [29] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg. 1. Auflage, Potsdam 2018: 34
- [30] Olds DL. The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J* 2006; 27: 5–25. doi:10.1002/imhj.20077
- [31] Gilmer C, Letourneau N et al. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *International Journal of Nursing Studies* 2016; 59: 118–133
- [32] Duffee JH, Mendelsohn AL, Kuo AA et al. Early Childhood Home Visiting. *Pediatrics* 2017; 140: e20172150