



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT

Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen

Strategien zur Erhöhung der Reichweite

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN



Impressum

Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen
Strategien zur Erhöhung der Reichweite
Handlungsempfehlungen für die Praxis

Bearbeitungszeitraum: 31.05.2018–15.10.2018
Autorin und Autor: Regina Rehaag und Sebastian Ehlen
KATALYSE Institut, Beethovenstr. 6, 50674 Köln

Unter Mitarbeit von: Orkan Okan, Dr. Paulo Pinheiro,
Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI), Universität Bielefeld

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der
gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

Diese Studie ist wie folgt zu zitieren:

Ehlen, S. & Rehaag, R. (2021). *Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen. Strategien zur Erhöhung der Reichweite. Handlungsempfehlungen für die Praxis.*
Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Berlin, 2021

Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen

Strategien zur Erhöhung der Reichweite

Handlungsempfehlungen für die Praxis

Das **GKV-Bündnis für Gesundheit** ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

www.gkv-buendnis.de

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

Inhalt

Einleitung	5
Ziele der Handlungsempfehlungen	7
Lesehilfe	8
Überblick über Strategien	9
Strategien detailliert	10
Einflussfaktoren auf Teilnahme	17
Fördernde Faktoren für Programme in Kitas und Schulen.....	17
Fördernde Faktoren für Bewegung und gesundheitliche Chancengleichheit.....	18
Einflussfaktoren auf die Förderung gesunder Ernährung bei ethnischen Minderheiten	18
Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme und Engagement von Zielgruppen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	18
Limitationen	20
Literaturverzeichnis	21

Einleitung

Systematische Unterschiede in Gesundheit und Wohlbefinden in Deutschland sind gut dokumentiert (Bilz et al., 2016; Elgar et al., 2015; Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters & Kroll, 2017; Reiss, 2013). Menschen, deren soziale Teilhabe unsicher oder beeinträchtigt ist, sind stärker von gesundheitlichen Belastungen betroffen, dies gilt besonders für Kinder. Je niedriger der soziale Status, desto geringer sind die Chancen für ein gesundes Aufwachsen. Das lässt sich besonders bei körperlichen und psychosozialen Entwicklungsstörungen wie motorischen Defiziten, Übergewicht und Adipositas sowie Verhaltensauffälligkeiten feststellen (Lampert et al., 2019). Kinder aus benachteiligten Familien sind nicht nur häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, sondern profitieren auch seltener von gesundheitsbezogenen Ressourcen. Sie wachsen beispielsweise in engen Wohnverhältnissen und benachteiligten Quartieren auf, die erhöhte Umweltbelastungen und fehlende oder marode soziale Infrastruktur aufweisen (u. a. Mangel an Ärztinnen und Ärzten, Grün- und Freiflächen, Spielplätzen, Kitas und Schulen sowie schlechte Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr). Forschungsergebnisse zeigen, dass Risikogruppen, die am stärksten von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen profitieren könnten, nur in geringem Umfang erreicht werden (Hartung, Kluwe & Sahrai, 2011; Hartung, 2014; Neumann & Renner, 2016). Die Ursachen dieses „Präventionsdilemmas“ (Bauer, 2005) sind

vielschichtig und betreffen in erster Linie eine mangelnde Passung zwischen Angeboten und Zielgruppen. Vor diesem Hintergrund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des GKV-Bündnisses für Gesundheit das KATALYSE Institut mit der Durchführung einer literaturbasierten Übersichtsarbeit in Form eines Scoping Reviews¹ mit dem Titel „Strategien zur Erhöhung der Reichweite in der Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen“ beauftragt (Ehlen & Rehaag, 2020).

Das Scoping Review hat folgende Fragen untersucht:

- Welche Strategien (national und international) werden in der Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten Kita und Schule eingesetzt, um vulnerable Kinder, Jugendliche und deren Familien zu erreichen?
- Welche Faktoren wirken auf die Erreichbarkeit fördernd bzw. hemmend?

¹ Scoping Reviews werden üblicherweise zur Erkundung und Aufklärung von Forschungsfeldern verwendet, die komplex oder heterogen sind und bislang nicht systematisch bearbeitet wurden. Sie dienen dazu, Schlussfolgerungen und Entscheidungsgrundlagen für Politik und Praxis zu liefern sowie Wissenslücken und weiteren Forschungsbedarf zu identifizieren (Peters et al., 2015; Tricco et al., 2016).

- Welche konzeptionellen und methodischen Merkmale von Maßnahmen haben sich hinsichtlich der Erreichbarkeit bewährt?

Auf Grundlage der Erkenntnisse des Scoping Reviews sind die vorliegenden Handlungsempfehlungen für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen entstanden.



Verständnis von Vulnerabilität

Vulnerabilität oder Verwundbarkeit wird beschrieben als die erhöhte Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeit, die sich besonders häufig dort findet, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren soziale Teilhabe prekär oder beeinträchtigt ist (z. B. Kinder psychisch kranker Eltern), mit Armut zusammentrifft. „Vulnerabel“ heißt, gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt zu sein (externe Dimension) und diese eventuell nicht bewältigen zu können (interne Dimension) (SVR Gesundheit, 2008). Vulnerabilität bezeichnet also die erhöhte Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken oder überhaupt krank zu werden.

Ziele der Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen richten sich an Fachkräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die im weitesten Sinne mit der Konzeption, Durchführung, Finanzierung oder Bewertung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu tun haben. Sie liefern orientierende Grundlagen und Entscheidungshilfen, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen hinsichtlich ihrer Reichweite und Wirkung bei vulnerablen Kindern, Jugendlichen und deren Familien einzuschätzen. Die Handlungsempfehlungen sollen dazu beitragen, dass gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, die nach Möglichkeit alle Bevölkerungsgruppen in den Settings Kita und Schule erreichen, insbesondere aber Kinder, Jugendliche und Familien mit dem höchsten Präventionsbedarf.

Die im **Kapitel „Strategien detailliert“** beschriebenen Ansätze haben sich für die Einbindung vulnerabler Zielgruppen in Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in den Settings Kita und Schule als besonders fördernd erwiesen.

Nach Darstellung der identifizierten Strategien werden im **Kapitel „Einflussfaktoren auf Teilnahme“** Faktoren vorgestellt, die die Teilnahme an Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention von vulnerablen Zielgruppen fördern oder hemmen können und sich in Studien und literaturbasierten Übersichtsarbeiten (Reviews) als besonders bedeutsam erwiesen haben.

Lesehilfe

Sie können die Handlungsempfehlungen auf unterschiedliche Weise nutzen, sie klassisch von vorne bis hinten durchlesen oder aber kapitel- und auszugsweise lesen.

Wenn Sie besonders an einzelnen Strategien zur Erhöhung der Reichweite bei vulnerablen Zielgruppen interessiert sind, erhalten Sie hier einen ersten Eindruck sowie vertiefende Beschreibungen.

→ Kapitel „Überblick über Strategien“

→ Kapitel „Strategien detailliert“



Verständnis von Strategien

Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Inanspruchnahme bei vulnerablen Zielgruppen sind Aktivitäten und Vorgehensweisen, die in gesundheitsfördernden und präventiven Programmen eingesetzt werden, um die Teilnahme von vulnerablen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu fördern und aufrechtzuerhalten. In den Settings Kita und Schule kann das heißen, dass Eltern, Geschwister, Fach- und Lehrkräfte beteiligt werden oder Einladungen und

Informationsmaterial in einfacher Sprache verfasst und nach Bedarf übersetzt werden.

Wenn Sie an Faktoren interessiert sind, die die Reichweite von Maßnahmen bei vulnerablen Zielgruppen beeinflussen, werden Sie hier fündig:

→ Kapitel „Einflussfaktoren auf Teilnahme“



Verständnis von Einflussfaktoren

Einflussfaktoren sind alle Faktoren, die direkt oder indirekt die Teilnahme von vulnerablen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen beeinflussen können.

Überblick über Strategien

Die nachfolgend aufgeführten Strategien adressieren insbesondere Bevölkerungsgruppen, die sozioökonomisch benachteiligt sind (z. B. arme Kinder und Familien), die aufgrund ihrer seelischen oder körperlichen Konstitution erhöhte Gesundheitsrisiken tragen (z. B. übergewichtige und adipöse Kinder) oder zu einer ethnischen Minderheit gehören bzw. eine Zuwanderungsgeschichte haben.

Dabei sollten folgende Kriterien Berücksichtigung finden:

- Kitas und Schulen in benachteiligten Gebieten adressieren
- Interventionen universell zugänglich machen
- Lebenswelten gesundheitsfördernd gestalten
- Verhältnis- und verhaltenspräventive Strategien kombinieren
- Settingbezogene mit aufsuchenden Strategien kombinieren
- Sozialräumliches Umfeld der Einrichtung einbeziehen
- Kommunale Gesamtstrategien entwickeln
- Vorstudien durchführen und Interventionen datengestützt umsetzen
- Interventionen niedrigschwellig, diversitäts- und kultursensibel konzipieren
- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbinden
- Gesundheitsförderung und Prävention partizipativ umsetzen
- Kapazitäten, Kompetenzen und Fähigkeiten aufbauen (Capacity Building)
- Incentives einsetzen, Anreize schaffen
- Social-Marketing-Prinzipien anwenden
- Rekrutierungs- und Retentionsstrategien entwickeln
- Rahmenkonzepte, Theorien, Modelle und Kriterien guter Praxis verwenden
- Diskriminierende und stigmatisierende Effekte reflektieren

Strategien detailliert

Kitas und Schulen in benachteiligten Gebieten adressieren

Die am häufigsten angewendete Strategie, um vulnerable Zielgruppen zu erreichen, ist die Wahl eines benachteiligten Sozialraums für die Intervention. Programme adressieren auf Grundlage unterschiedlich differenzierter Sozial- und Gesundheitsindikatoren Kitas und Schulen in sozial benachteiligten Landkreisen, Städten, Wohnquartieren oder Schulbezirken. Die Auswahl erfolgt u. a. anhand quartiersbezogener Daten der kommunalen Berichterstattung zu Kindern im Sozialgeldbezug (Indikator für Kinderarmut) oder Schuleingangsuntersuchungsdaten zu Übergewicht und Adipositas.

Interventionen universell zugänglich machen

Die Auswahl eines benachteiligten Sozialraums für die Intervention wird meist mit einem universellen Zugang kombiniert. Das Programm adressiert alle Kinder einer Kita bzw. alle Schülerinnen und Schüler einer Schule oder zumindest eine gesamte Altersgruppe.

Lebenswelten gesundheitsfördernd gestalten

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden nach Möglichkeit in organisatorische Abläufe und Strukturen integriert oder zumindest mit ihnen verknüpft. So

werden beispielsweise Bewegungsangebote in Schulpausen durchgeführt, die lehrplanmäßigen Sportstunden erhöht, Lehrpläne für unterschiedliche Fächer aktualisiert und verbessert (u. a. Sport und Ernährungsbildung) oder das Mahlzeitenangebot in der Mensa verändert. Leitziel ist es, Kita und Schule als gesundheitsfördernde Lebenswelten zu gestalten. Die Lebenswelten Kita und Schule können am effektivsten und nachhaltigsten verändert werden, wenn gesundheitsfördernde Interventionen Anschluss an kommunal-, landes- und bundespolitische Richtlinien und Förderstrukturen finden und vom politischen Mehrebenen-System gemeinsam getragen werden. Eine langfristige Integration der Aktivitäten in die jeweilige Lebenswelt gewährleistet Nachhaltigkeit und erhöht die Chance, Schülerinnen und Schüler aus allen sozialen Milieus zu erreichen.

Verhältnis- und verhaltenspräventive Strategien kombinieren

Programme und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind dann am effektivsten, wenn sie verhältnispräventive mit verhaltenspräventiven Komponenten kombinieren. Beispielsweise sollten Bewegungsangebote in der Kita mit der Aufwertung des Außengeländes und gesundheitsfördernden Mittagmahlzeiten kombiniert werden. Bedeutsame Verbesserungen (zwei oder mehr Gesundheitsparameter) werden

häufiger von Maßnahmen erzielt, die verschiedene Präventionskomponenten und Handlungsfelder kombinieren, beispielsweise die Bereiche Ernährung und Bewegung.

Settingbezogene mit aufsuchenden Strategien kombinieren

Eine weitere Möglichkeit, die Reichweite von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen bei vulnerablen Zielgruppen zu erhöhen, sind aufsuchende Strategien. Hier werden neben gesundheitsfördernden Aktivitäten und Veränderungen in den Lebenswelten Kita und Schule auch Angebote für das familiäre Umfeld der Kinder gemacht. Sozial benachteiligte Eltern können über aufsuchende Maßnahmen effektiver erreicht werden. Zudem kann über den Einbezug der Familien das gesamte häusliche Umfeld beeinflusst werden. Die Unterstützung gesundheitsfördernder Gewohnheiten in der ganzen Familie ist eine wesentliche Strategie, um beispielsweise Adipositas bei Kindern effektiv zu reduzieren.

Sozialräumliches Umfeld der Einrichtung einbeziehen

Neben aufsuchenden Strategien haben sich Strategien bewährt, die den Sozialraum bzw. das Umfeld einer Kita oder Schule in gesundheitsfördernde Programme einbeziehen. Beispielsweise werden Spielplätze, Grün- und Freiflächen im Quartier saniert und ausgebaut, das Ernährungsangebot von Kiosken oder kleinen Lebensmittelläden im Schulumfeld verändert oder Präventionsangebote in Kooperation mit gemeinnützigen Organisationen wie Sportvereinen und Familienbildungsstätten angeboten.

Kommunale Gesamtstrategien entwickeln

Die umfassendste Strategie zur Erhöhung der Reichweite, Wirkung und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention ist ein kommunaler, bezirks- oder stadtteilbezogener Gesamtansatz, auch integriertes Gesamtkonzept oder Präventionskette genannt. Dieser Ansatz umfasst folgende Faktoren:

- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit kommunaler Politik- und Verwaltungsbereiche (z. B. Jugend, Bildung, Gesundheit und Stadtentwicklung)
- Einbezug lokaler Organisationen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Kitas, Schulen und Sportvereine)
- Gemeinsame Entwicklung des kommunalen Gesamtansatzes mit überprüfbaren Zielen und bedarfsorientierten Maßnahmen

Im Idealfall werden als erste Schritte eine Bestandsaufnahme der lokalen Datenlage (z. B. kleinräumige Sozial- und Gesundheitsdaten) in die Wege geleitet sowie Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt, um datengestützte und bedarfsorientierte Ziele und Maßnahmen gewährleisten zu können. Nach Möglichkeit werden gesundheitsfördernde Aktivitäten umgesetzt, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Darüber hinaus sollten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingebunden und deren Kompetenzen und Wissen zu Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden.

Exemplarisch werden die Aktivitäten eines kommunalen Gesamtansatzes zusammengefasst.

Aktivitäten in Schulen

- Mahlzeitenangebot in Schulkantinen verändern
- Beratung für Eltern sowie Schülerinnen und Schüler zu gesunder Ernährung und ausreichend körperlicher Bewegung anbieten
- Standardisierte Sport- und Bewegungsprogramme in Unterricht und Pausenzeiten einführen

Aktivitäten im Umfeld

- Sichere Schulwege anlegen
- Grün- und Freiflächen sanieren und verbessern
- Verfügbarkeit von Obst und Gemüse in der unmittelbaren Umgebung von Kitas und Schulen erhöhen

Kommunalpolitische Aktivitäten

- Gesundheitsfördernde Aspekte wie Fahrradfreundlichkeit (Radschnellwege, Ausbau des Radwegenetzes)
- Begehbarkeit (Walkability) von Wohngebieten in die städtebauliche Planung einbringen

Aktivitäten zur Kapazitätsentwicklung (Capacity Building)

- Die Bürgerschaft informieren, sensibilisieren und an Aktivitäten beteiligen
- Kooperationen für Gesundheitsförderung zwischen gemeindenahen Organisationen wie Vereinen und Stiftungen unterstützen

Vorstudien durchführen und Programme datengestützt umsetzen

Grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung von passgenauen Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Settings Kita und Schule ist die Durchführung von Bestandsaufnahmen und Vorstudien. Hierdurch können wichtige Informationen zu Ressourcen, Kontext, sozialräumlichem Umfeld und Familien gewonnen werden. Von besonderer Bedeutung für die Erhöhung der Inanspruchnahme von vulnerablen und schwer erreichbaren Zielgruppen sind Erkenntnisse zu Präventionsbedarf und Teilnahmehindernissen, beispielsweise zu sprachlichen Barrieren, kulturellen Besonderheiten, familiären Armutslagen sowie Stigmatisierungs²- und Diskriminierungsprozessen³. Eine gute Basis für die Ermittlung des Interventionsbedarfs bieten u. a. Sozial- und Gesundheitsdaten der Schuleingangsuntersuchung, der kommunalen Berichterstattung oder der Verkaufs- und Verzehrstatistik von Schulumenschen. Durch die Analyse dieser Daten kann ein Interventionsbedarf identifiziert werden, z. B. ein hoher Anteil adipöser und übergewichtiger Kinder. Diese Daten können je nach Bedarf ergänzt werden, beispielsweise indem Schülerinnen und Schüler zu ihrem Ernährungs- oder Bewegungsverhalten oder Lehrkräfte zum Entwicklungsbedarf des Schulgeländes befragt werden. Ziel ist es, auf Grundlage der Ergebnisse eine möglichst passgenaue und bedarfsorientierte Intervention zu entwickeln und umzusetzen.

2 Stigmatisierung ist der gesellschaftliche Prozess, in dessen Verlauf bestimmte Merkmale von Personen und Gruppen wie farbige Haut, Behinderungen, Übergewicht, aber auch Armut oder Arbeitslosigkeit verallgemeinert werden bzw. über dieses Merkmal auf den Gesamtcharakter der Gruppe geschlossen wird, z. B.: „Die Arbeitslosen sind faul.“

3 Diskriminierung ist die ungleiche, benachteiligende und ausgrenzende Behandlung von Gruppen und Individuen (aus dem Lateinischen: Aussonderung, Herabwürdigung).

Interventionen niedrigschwellig, diversitäts- und kultursensibel konzipieren

Gesundheitsfördernde und präventive Interventionen erreichen sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und ethnische Minderheiten besser, wenn sie niedrigschwellig, armuts- und diversitätssensibel⁴ konzipiert werden, also Armutslagen, kulturelle Besonderheiten und Sprachbarrieren berücksichtigen. Die Angebote sollten zudem den Bedarf der Familien treffen, an deren Lebens- und Erfahrungswelt anschließen und für sie attraktiv sein. Informationsmaterialien sollten in einfacher Sprache und bei Bedarf mehrsprachig, unter Einbezug von Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern, erstellt werden. Bei der Durchführung der Interventionen sollten Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler eingebunden werden. Außerdem sollten Materialien und Medien, die im Programm verwendet werden, vorher mit einer Auswahl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren diskutiert und getestet werden.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbinden

Die Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist für die Erhöhung der Reichweite und Wirkung von Programmen im Setting Kita/Vorschule und Schule besonders fördernd. Hier hat sich insbesondere die Einbindung von Eltern in Kitaprogramme bewährt. Häufig eingesetzte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind:

- Eltern
- Gleichaltrige (Peers)
- Lehrkräfte
- Erzieherinnen und Erzieher

⁴ Diversität oder auch Vielfalt (engl. Diversity) ist ein soziologisch-pädagogisches Konzept, das darauf abzielt, Chancengleichheit von Gruppen und Individuen herzustellen, die wegen bestimmter Merkmale benachteiligt bzw. diskriminiert werden.

- Mensapersonal
- Vereinstrainerinnen und -trainer
- Kommunal- bzw. Bezirksverantwortliche

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden unmittelbar in die Planung, Steuerung und Durchführung von Programmen eingebunden und können so Handlungsschwerpunkte bestimmen oder Aktivitäten selbst umsetzen. Darüber hinaus bringen sie Wissen zu folgenden Aspekten ein:

- Gesundheitliche und soziale Entwicklungsbedarfe von Kitakindern sowie Schülerinnen und Schülern
- Schulische Rahmenbedingungen und Vorgaben des Lehrplans

Gesundheitsförderung und Prävention partizipativ umsetzen

Eine partizipative Gestaltung erhöht die Passgenauigkeit von Programmen und fördert Akzeptanz, Teilnahmebereitschaft, Empowerment⁵ sowie Selbstorganisations- und Reflexionsprozesse bei Zielgruppen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Laverack, 2008). Einbeziehung oder Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen in die Gestaltung gesundheitsfördernder und präventiver Programme erhöhen ihr Kompetenz- und Autonomieerleben (Wright, Unger & Block, 2010; Wright, Kilian & Brandes, 2013). Diese sind zentrale Einflussfaktoren auf die Bewältigung von Gesundheits- und Entwicklungsrisiken im Kindes- und Jugendalter (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2008).

⁵ Empowerment (aus dem Englischen: Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung) bezeichnet ressourcenorientierte Strategien und Maßnahmen, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung von Einzelnen oder Gruppen erhöhen und es ihnen möglich machen sollen, ihre Interessen eigenständig, kompetent und selbstbestimmt zu vertreten. Im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention geht es insbesondere um die Beteiligung an Entscheidungen, das Fördern von Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserleben und sozialer Unterstützung.

Kapazitäten, Kompetenzen und Fähigkeiten aufbauen (Capacity Building)

Kapazitätsentwicklung zielt darauf, dass Personen und Teams Kenntnisse, Fähigkeiten und Handlungsressourcen erwerben, um präventive Aufgaben und Maßnahmen kompetent und effizient umsetzen zu können. Kapazitätsentwicklung kann auf drei Ebenen zur Verbesserung der Gesundheit beitragen (Smith, Tang & Nutbeam, 2006):

1. Erwerb bzw. Weiterentwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen
2. Ausbau und Weiterentwicklung der Infrastruktur für Gesundheitsförderung in Organisationen
3. Förderung des Zusammenhalts und Entwicklung von Partnerschaften für Gesundheit in lokalen Gemeinschaften.

Im Zentrum der Strategie stehen die Förderung der Gesundheit in Kitas und Schulen über Organisations- und Personalentwicklung sowie die Umsetzung von bedarfsorientierten Maßnahmen (Grossmann & Scala, 2011). Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte gestalten einen gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozess, erwerben in Schulungen Wissen über Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Erziehungsverhalten und Sozialstatus und erlangen Kompetenzen zur Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen. In der Regel geht es um eine sinnvolle Kombination von Veränderungen von Umwelt (z. B. Schulhofgestaltung), organisationalen Richtlinien (z. B. Ernährungsrichtlinien), pädagogischer Alltagspraxis und gezielten bedarfsorientierten Aktivitäten (Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention).

Incentives einsetzen, Anreize schaffen

Teilnahmebereitschaft, Inanspruchnahme und Retention⁶ von sozial benachteiligten Familien und Familien mit Zuwanderungsgeschichte können durch materielle, finanzielle und nicht-materielle Entscheidungsanreize (Incentives) erhöht werden. Hierzu zählen Lebensmittel- oder Kleidungs Gutscheine, kultursensible Kochkurse inklusive gemeinsamem Essen, kostenlose Kinderbetreuung während Aktivitäten, sich steigende Geldbeträge für die Teilnahme an Folgeterminen. In der Kombination mit einer diversitätssensiblen Ansprache und Konzeption kann der Einsatz von Incentives die Inanspruchnahme und Retention von vulnerablen Zielgruppen wirksam erhöhen.

Social-Marketing-Prinzipien anwenden

Die Inanspruchnahme von Programmen in Kitas und Schulen durch vulnerable Zielgruppen kann über Social-Marketing-Prinzipien erhöht werden. Social-Marketing-Prinzipien sind seit längerem wichtige Bestandteile gesundheitsfördernder und präventiver Programme (Smith et al., 2006). Interventionen, die einem Social-Marketing-Ansatz folgen, legen eine primäre Zielgruppe für die Intervention fest (z. B. übergewichtige Kinder) und folgen dann grundlegenden Marketing-Prinzipien:

1. Interventionen sind bezüglich ihres Designs auf die Wünsche und Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt, d. h. sie identifizieren Vorteile, die die Zielgruppe mit der Übernahme eines Gesundheitsverhaltens verbindet, heben sie hervor und bauen Barrieren ab.
2. Die wahrgenommenen Vorteile überwiegen die wahrgenommenen Hindernisse.
3. Die Vielfalt in der Zusammensetzung einer Zielgruppe wird berücksichtigt. Beispiels-

⁶ Die Teilnahme wird auch über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten.

weise werden besondere Wünsche und Bedürfnisse von Teilgruppen (z. B. Kinder mit Migrationshintergrund) erfasst und Aktivitäten entsprechend angepasst.

4. Im Anschluss werden zielgruppengerechte Kommunikationskanäle identifiziert. Beispielsweise werden in weiterführenden Schulen Gleichaltrige (Peers) oder prominente Rollenvorbilder eingebunden.
5. Schließlich werden Anreize (Incentives) geschaffen, die für die Zielgruppe attraktiv sind, und Inhalte so aufbereitet, dass sie an die Lebens- und Erfahrungswelt der Zielgruppe anschlussfähig sind.

Die erfolgreiche Anwendung der Prinzipien fußt auf einer vorherigen Zielgruppen-Analyse und auf kontinuierlichen Feedback-Prozessen zwischen Zielgruppe, relevanten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Programmverantwortlichen.

Rekrutierungs- und Retentionsstrategien entwickeln

Rekrutierungs- und Retentionsstrategien erhöhen die Inanspruchnahme von Maßnahmen durch vulnerable Zielgruppen sowie deren Nachhaltigkeit. Idealerweise werden die Strategien auf Setting, Zielgruppe und Programmdesign abgestimmt und kontinuierlich weiterentwickelt. Exemplarisch werden Strategien bzw. Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme unter schwer erreichbaren Zielgruppen dargestellt, die im Verlauf von drei Interventionen zur Adipositas-Prävention entwickelt wurden (in Anlehnung an Buscemi et al., 2015):

- Zusammenarbeit mit kommunalen/gemeinnützigen Organisationen, um die Glaubwürdigkeit von Programmen zu erhöhen: Partnerschaften mit kommunalen Organisationen tragen dazu bei, die Teilnahme-raten von Minderheiten zu verbessern (Levkoff & Sanchez, 2003; Yancey, Ortega & Kumanyika, 2006).
- Sammlung detaillierter Kontaktinformationen
- Bereitstellung von Incentives: Beispielsweise werden mit einer Teilnahme Geld oder Sachleistungen verbunden. (vgl. Incentives einsetzen, Anreize schaffen, S. 14).
- Personalkontinuität im Programm: Insbesondere bei Programmen über einen längeren Zeitraum ist Personalkontinuität wichtig. Bei schwer erreichbaren Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist für einen nachhaltigen Erfolg von Maßnahmen kontinuierliche Beziehungsarbeit erforderlich. Programmmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sollten daher Erfahrungen in der Beziehungsarbeit haben und zwischenmenschliche Fähigkeiten für den Umgang mit Stakeholdern und benachteiligten Zielgruppen mitbringen.
- Aufsuchende Maßnahmen: Für schwer erreichbare Teilnehmerinnen und Teilnehmer können ergänzend aufsuchende Aktivitäten bzw. Maßnahmen zu Hause vorgesehen werden.
- Verstärkter Fokus auf Diversity-Training für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Auf die sprachliche und kulturelle Passung mit der Herkunftskultur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die entsprechende Ausgestaltung von Dokumenten und Texten muss besonders geachtet werden. Es kann sinnvoll sein, zweisprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzusetzen sowie Programmmaterial unter Hinzuziehung von Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern zu erstellen.

Rahmenkonzepte, Theorien, Modelle und Kriterien guter Praxis verwenden

Die Verwendung von Rahmenkonzepten, Theorien und Kriterien guter Praxis (Good Practice) wirken positiv auf die Qualität von bedarfs- und zielgruppengerechten Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Ihre Anwendung kann dazu beitragen, die Passgenauigkeit zu steigern, und damit auch Reichweite und Wirkung erhöhen. So liefern die Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit⁷ eine wertvolle und orientierende Hilfestellung. Illustriert mit entsprechenden Fallbeispielen bieten sie für Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung und Prävention eine bewährte und niedrighschwellige Grundlage, um Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen zu entwickeln, umzusetzen oder bestehende Konzepte und Aktivitäten zu bewerten. In enger Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten wurden zwölf Good-Practice-Steckbriefe erarbeitet, die Strategien zur Erhöhung der Reichweite bei vulnerablen Zielgruppen mit inhaltlich-methodischen Aspekten zur Konzeption verbinden, z. B. Zielgruppenbezug, Setting-Ansatz und Multiplikatorenkonzept (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015).

Diskriminierende und stigmatisierende Effekte reflektieren

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen, die benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreichen sollen, ist es entscheidend, diskriminierende und stigmatisierende Effekte mitzudenken und auszuschließen. Ein Negativbeispiel: In einem nordamerikanischen Bundesstaat konnte über die Mahlzeitauswahl in der Schulmensa identifiziert werden, welches Kind eine geförderte Schulmahlzeit

erhält, auf die insbesondere Schülerinnen und Schüler aus einkommensschwachen Familien Anspruch hatten. Dies führte dazu, dass die vom Nationalen Schulessenprogramm geförderten Mahlzeiten weit weniger in Anspruch genommen wurden, als es anspruchsberechtigte Schülerinnen und Schüler gab. Die Situation veränderte sich erst, als Ausgabepreis und Menüauswahl in den Schulmensen angepasst wurden. Das Beispiel macht deutlich, dass diskriminierende und stigmatisierende Effekte die Reichweite und Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Maßnahmen beeinflussen und als Barrieren wirken können.

7 Vgl. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

Einflussfaktoren auf Teilnahme

Im folgenden Kapitel werden Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Maßnahmen durch vulnerable Zielgruppen vorgestellt, die bei der Konzeption von Maßnahmen in den Settings Kita und Schule berücksichtigt werden sollten.

Fördernde Faktoren für Programme in Kitas und Schulen

- **Verpflichtende Einheiten**
Verpflichtende Bewegungseinheiten (z. B. durch Integration in Lehrpläne und Schulstrukturen) sind effektiver als freiwillige Angebote.
- **Elternpartizipation**
Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Elternbeteiligung und der Wirksamkeit von Interventionen in Kitas und Schulen. In der Altersgruppe unter fünf Jahren bzw. im Setting Kita wirkt eine starke Elterneinbindung besonders fördernd.
- **Wissensvermittlung und Kompetenzentwicklung bei Eltern**
Wissensvermittlung, Förderung von Erziehungskompetenzen und Stärkung der Vorbildfunktion der Eltern erhöhen Wirkung und Reichweite von Maßnahmen in Kitas und Schulen. So kann Eltern beispielsweise der Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit vermittelt oder mit ihnen

in Kleingruppen entwicklungsförderndes Erziehungsverhalten eingeübt werden.

- **Schwerpunkt Verhältnisprävention und Umweltveränderungen**
Maßnahmen mit einem verhältnispräventiven Schwerpunkt, die gesundheitsfördernde Veränderungen der Lebenswelt (Kita und Schule) mit Organisationsentwicklung und gezielten verhaltenspräventiven bzw. pädagogischen Aktivitäten kombinieren, tragen dazu bei, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Dagegen haben sich rein pädagogische und verhaltenspräventive Maßnahmen in den Settings Kita und Schule in der Vergangenheit als wenig effektiv und nachhaltig erwiesen. Sie können gesundheitliche Ungleichheiten unter Umständen erhöhen.
- **Settings Kita und Schule gemeinsam einbeziehen**
Programme, die mehrere Lebenswelten parallel adressieren und am Lebenslauf von Kindern orientiert sind (z. B. biografische Übergänge von der Kita zur Schule berücksichtigen), erhöhen Reichweite und Wirkung bei benachteiligten Zielgruppen.

Fördernde Faktoren für Bewegung und gesundheitliche Chancengleichheit

Im Folgenden werden Empfehlungen zur inhaltlich-methodischen Konzeption von ungleichheitsreduzierenden und bewegungsfördernden Interventionen zusammengefasst:

- **Unterstützung geben und Anreize schaffen**
Unterstützung und finanzielle Anreize für lokale Verwaltungen und gemeindenahe Organisationen in sozioökonomisch benachteiligten Kommunen schaffen, um bewegungsfördernde und lebenslauforientierte Strategien entwickeln zu können.
- **Bewegungsfördernde Nachbarschaftskonzepte**
Zugänge und Anreize zu körperlicher Aktivität schaffen oder verbessern, beispielsweise durch entsprechende Infrastruktur.
- **Parks und Grünflächen einbeziehen**
Einrichtung und Instandhaltung von Parks und Grünflächen in benachteiligten Quartieren, um sie in gesundheitsfördernde Aktivitäten einbeziehen zu können.
- **Schulische und außerschulische Bewegungsförderung**
Schulbasierte Programme sollten Bewegungsaktivitäten während und außerhalb der Schulzeit beinhalten. Eine Reihe von Strategien, wie z. B. mehr Sportunterricht, Bewegungsaktivitäten im Klassenraum, außerunterrichtliche Sportangebote und aktive Gestaltung des Schulwegs, haben sich für die Erhöhung der körperlichen Aktivität von Schülerinnen und Schülern als wirksam erwiesen.
- **Investitionen in den Sportunterricht**
Es muss sichergestellt werden, dass insbesondere Schulen in benachteiligten Gebie-

ten ein vorgeschriebenes Mindestniveau an qualifiziertem Sportunterricht erteilen können.

Einflussfaktoren auf die Förderung gesunder Ernährung bei ethnischen Minderheiten

Schulbasierte Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung können effektiver zur Veränderung von Ernährungsweisen bei ethnischen Minderheiten beitragen, wenn sie die Hindernisse, die gesunder Ernährung entgegenstehen, in der Konzeption berücksichtigen.

- Ernährungsbildung und Ernährungsleitlinien sollten sowohl kulturspezifische und traditionelle als auch westliche Nahrungsmittel und Essgewohnheiten thematisieren, beispielsweise Hinweise zu Vegetarismus und Fleischkonsum enthalten.
- Auswirkungen von schulischem Stress und Zeitknappheit auf Ernährungsgewohnheiten
- Auswirkungen des Lebensmittelumfeldes von Schule und Wohnort auf Essensentscheidungen.

Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme und Engagement von Zielgruppen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

- Die größten Hemmnisse dafür, dass einkommensschwache und minderjährige Bevölkerungsgruppen Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen, sind fehlende Transportmöglichkeiten (z. B. öffentlicher Nahverkehr), prekäre und wechselnde Lebensumstände, Misstrauen gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und anderen Externen, inkonsistente Kontaktinformationen und Sprachbarrieren.

- Das Engagement von Kindern bzw. Jugendlichen und Eltern wird sehr stark durch die Beziehung zwischen Bildungseinrichtung und Elternhaus beeinflusst. Außerdem ist es entscheidend, dass Eltern und Kinder bzw. Jugendliche Aktivitäten und Materialien als relevant und nützlich wahrnehmen und dass diese an deren Lebenswirklichkeit und die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen anschlussfähig sind, sie z. B. kognitiv oder zeitlich nicht überfordern.
- Wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Lehrkräfte) sollten frühstmöglich in die Planung der Intervention eingebunden werden, um Erfahrungen und Erwartungen einbringen zu können. Ausschlaggebend für das Engagement von Lehrkräften bzw. Erzieherinnen und Erziehern ist, dass die Intervention mit ausreichendem Vorlauf eingeführt wird und die Einführung sowie das Unterrichts- bzw. Arbeitsmaterial als nützlich wahrgenommen werden.
- Leitungspersonen (z. B. Schulleiterinnen und Schulleiter) haben großen Einfluss auf den Erfolg einer Intervention. Ohne ihr Engagement kommen Programme nicht zustande. Schulleiterinnen und Schulleiter müssen für eine Mitarbeit gewonnen werden, hierfür sind angemessene Anreize zu schaffen. Als wichtigste Barrieren für Programme an benachteiligten Schulen nannten Leitungspersonen Ressourcenmangel (Zeit, Finanzen, Personal), unzureichende Ausstattung und konkurrierende Aufgaben.
- Beziehungsaufbau und -pflege sowie die regelmäßige und niedrigschwellige Kommunikation mit Zielgruppen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind von zentraler Bedeutung dafür, ob gesundheitsfördernde Maßnahmen benachteiligte Familien erreichen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in die Durchführung von Interventionen eingebunden werden, sollten einschlägige Vorerfahrungen in der Arbeit mit Menschen mitbringen und darin geschult werden, Beziehungen zu unterschiedlichen Bevölkerungs- und Akteursgruppen aufbauen und pflegen zu können (Kommunikations- und Diversitätskompetenz).

Limitationen

Es muss angemerkt werden, dass die Evidenzlage in diesem Forschungsfeld eher schwach ausgeprägt ist und stark variiert, d. h. für einzelne Strategien zur Erhöhung der Reichweite nur wenig belastbare wissenschaftliche Nachweise vorliegen. Entsprechend können auf Grundlage des Scoping Reviews vorrangig Handlungsempfehlungen für die Konzeption von Strategien zur Erhöhung der Reichweite bei vulnerablen Zielgruppen im Setting Kita und Schule formuliert und Hinweise zu Wirkung und Wirksamkeit gegeben werden.

Literaturverzeichnis

- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W. et al. (Hrsg.). (2016). *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behaviour in School-aged Children“* (Gesundheitsforschung, 1. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Buscemi, J., Blumstein, L., Kong, A., Stolley, M. R., Schiffer, L., Odoms-Young, A. et al. (2015). Retaining traditionally hard to reach participants. Lessons learned from three childhood obesity studies. *Contemporary Clinical Trials*, 42, 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.03.014>
- Ehlen, S. & Rehaag, R. (2020). *Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen. Strategien zur Erhöhung der Reichweite – Ein Scoping Review. Ergebnisbericht*. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.
- Elgar, F. J., Pförtner, T.-K., Moor, I., Clercq, B. de, Stevens, G. W. J. M. & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010. A time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, 385(9982), 2088–2095. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61460-4)
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Empowerment bei Kindern und Jugendlichen – die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen und persönlicher Autonomie für die subjektive Gesundheit. *Gesundheitswesen* [Empowerment of children and adolescents – the role of personal and social resources and personal autonomy for subjective health], 70(12), 721–729. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103261>
- Grossmann, R. & Scala, K. (2011). *Gesundheit durch Projekte fördern* (5. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hartung, S. (2014). *Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung* (Gesundheit und Gesellschaft). Wiesbaden: Springer VS.
- Hartung, S., Kluwe, S. & Sahrai, D. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 599–617). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_33

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.). (2015). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M. et al. (2019). Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 16–39.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Berlin: RKI (Robert Koch-Institut). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-003>
- Laverack, G. (2008). Berücksichtigung des Empowerments in der Programmplanung von Gesundheitsförderung. *Gesundheitswesen [Empowerment and health promotion programming]*, 70(12), 736–741. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103259>
- Levkoff, S. & Sanchez, H. (2003). Lessons learned about minority recruitment and retention from the Centers on Minority Aging and Health Promotion. *The Gerontologist*, 43(1), 18–26. <https://doi.org/10.1093/geront/43.1.18>
- Neumann, A. & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsbl*, 59(10), 1281–1291. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science & Medicine (1982)*, 90, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Smith, B. J., Tang, K. C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340–345. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033>
- SVR Gesundheit. (2008). *Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (1. Auflage)*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845211640>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Kastner, M. et al. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
- Wright, M. T., Kilian, H. & Brandes, S. (2013). Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. *Das Gesundheitswesen*, 75(6), 380–385. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327741>
- Wright, M. T., Unger, H. von & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Aufl., S. 35–52)*. Bern: Huber.
- Yancey, A. K., Ortega, A. N. & Kumanyika, S. K. (2006). *Effective recruitment and retention of minority research participants*. *Annual Review of Public Health*, 27, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102113>



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

