

# Gesundheitsförderung im Kindesalter

Antje Richter-Kornweitz<sup>1</sup>

Christina Kruse<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Germany

<sup>2</sup> Germany

## Abstract

Angebote zur Gesundheitsförderung im Kindesalter zielen darauf ab, Kinder zu gesundheitsförderlichem Handeln zu befähigen. Zentrales Anliegen ist es, ihre Ressourcen zu stärken und Belastungen zu minimieren. Sowohl das psychische und physische Wohlbefinden als auch der soziale Kontext der Kinder werden dabei berücksichtigt. Weil die gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen in Deutschland stark vom sozio-ökonomischen Status ihrer Familien abhängt, setzt eine gelingende Gesundheitsförderung voraus, dass Berufsgruppen aus unterschiedlichen Settings zusammenarbeiten. Dazu zählen Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, der Frühen Hilfen und Präventionsketten, der Krankenkassen sowie insbesondere der Bildungs- und Betreuungsinstitutionen.

**Keywords:** Gesundheitsförderung, Kindesalter, Entwicklung, Kommune, Präventionskette

## Einleitung

Gesundheitsförderung im Kindesalter richtet sich auf die Förderung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens [1] ([Wohlbefinden/Well-Being](#)) von Kindern. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung von Ressourcen und die Senkung von Belastungen bei Mädchen und Jungen. Grundlage dafür sind die Empfehlungen der Ottawa-Charta der WHO und deren Weiterentwicklungen [2], [3] ([Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#); [Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#)). Entsprechend zielt sie darauf, Kinder zu gesundheitsförderlichem Handeln zu befähigen und gesundheitsgerechte Rahmenbedingungen (Verhältnisse) zu schaffen.

Gesundheitsförderung im Kindesalter soll alters- und geschlechtsspezifisch gestaltet sein und einen Soziallagenbezug haben. Sie berücksichtigt die eigenen Vorstellungen, die Mädchen und Jungen von ihrer Gesundheit haben, sowie ihren kulturellen Hintergrund [4] ([Diversity und Diversitymanagement / Vielfalt gestalten](#)). Gesundheitsfördernde Angebote werden an der jeweiligen spezifischen Personengruppe und an deren Lebenswelt [5] ([Settingansatz/Lebensweltansatz](#)) ausgerichtet sowie an Qualitätskriterien, die eine umfassende Beteiligung möglich machen.

## Soziale Lage und Kindergesundheit

Gesundheitsförderung im Kindesalter orientiert sich an der aktuellen Datenlage zur Gesundheit von Mädchen und Jungen. Neben den Daten der auf kommunaler Ebene erhobenen Schuleingangsuntersuchungen trägt dazu wesentlich der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) mit bundesweit repräsentativen, umfassenden Erkenntnissen bei. Er steuerte Daten zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Mädchen und Jungen verschiedener Altersgruppen bei, zu ihrer sozialen Lage und Lebenssituation sowie zu Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Aus ergänzenden Teilstudien liegen außerdem umfassende Daten zu Umweltbelastungen, zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten, zur psychischen Gesundheit sowie längsschnittliche Untersuchungen vor (vgl. [6], RKI 2008 und [7]).

Die KiGGS-Studien belegen, dass der größte Teil der Kinder in Deutschland gesund ist. Allerdings zeigen die Daten auch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums, die von den akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen und von körperlichen zu psychischen Gesundheitsstörungen verläuft. Diese werden mit dem Begriff der „Neuen Morbidität“ bezeichnet (vgl. [8], S. 256 ff.). Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die Chancen für eine gute Entwicklung von Lebensbeginn an sehr verschieden sind.

Der Gesundheitszustand von Mädchen und Jungen wird in hohem Maß vom sozio-ökonomischen Status ihrer Familien geprägt (vgl. [9], [10]). So ergibt sich für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche aus

Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status ein im Verhältnis zu den Gleichaltrigen aus Familien mit hohem sozio-ökonomischem Status um etwa das Dreieinhalbfache erhöhte Risiko für einen mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand (vgl. [11], S. 766).

Anhand der Daten der KiGGS-Kohorte konnte gezeigt werden, dass Elternangaben wichtige Hinweise auf die Entwicklung des Gesundheitsstatus geben. Laut KiGGS2 [10] sinkt die „sehr gute“ Einschätzung der Kindergesundheit aus elterlicher Sicht statusbedingt. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich außerdem eine Differenz von etwa 20 % zuungunsten der Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status (SES) gegenüber jenen mit hohem (vgl. [10]).

| „Sehr gute Gesundheit“<br>Mädchen (3 bis 17 Jahre) |        | „Sehr gute Gesundheit“<br>Jungen (3 bis 17 Jahre) |        |
|----------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------|--------|
| <b>sES niedrig</b>                                 | 50,4 % | <b>sES niedrig</b>                                | 46,6 % |
| <b>sES mittel</b>                                  | 56,7 % | <b>sES mittel</b>                                 | 50,4 % |
| <b>sES hoch</b>                                    | 71,3 % | <b>sES hoch</b>                                   | 66,1 % |

Tab. 1: Elterneinschätzung „sehr gute“ Gesundheit bei Mädchen und Jungen nach SES. Quelle: Eigene Darstellung nach ([10], S. 10).

## Armuterfahrungen und ihre Auswirkungen

Von Armut und ihren Folgen betroffen sind vor allem Kinder von langzeitarbeitslosen Eltern und Alleinerziehenden, aus Familien mit drei oder mehr Kindern sowie Familien mit Migrationshintergrund (vgl. [12], [13]). Armuterfahrungen führen zu einer Unterversorgung in zentralen Lebensbereichen, deren Folgen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern belasten können. Dabei wirken vor allem lang andauernde Armutsphasen sowie die mit Langzeitarmut oft verbundene Verkettung und intergenerationelle Weitergabe der Belastungen negativ auf die kindliche Entwicklung und verfestigen zudem ungleiche Gesundheits- und Bildungschancen auch im späteren Erwachsenenalter, beispielsweise durch Einkommensarmut (vgl. [14]).

Fehlende materielle Teilhabe ist eine schwerwiegende Belastung, die Familien im unteren Einkommensbereich bewältigen müssen. Eine andere ist das häufig geäußerte Vorurteil, einkommensarme Familien würden ihre finanziellen Mittel nicht in ausreichendem Maß für die Kinder, sondern eher für den elterlichen Konsum verwenden. Dem treten Studien entgegen, die eine gleichwertige Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel für die Bedarfe von Kindern in einkommensarmen gegenüber nicht-armen Familien bestätigen. Die Finanzmittel werden nicht zweckentfremdet, sondern für das Wohlergehen der Kinder eingesetzt (vgl. [15] und [16]). Ausgaben für Bildung, Ausbildung und Kinderbetreuung liegen in einkommensarmen Familien zwar in absoluten Zahlen niedriger als im Bevölkerungsdurchschnitt, nicht jedoch im Verhältnis zu den Einkommen bzw. den Konsumausgaben insgesamt (vgl. [16]).

Besonders deutlich zeigten sich die Folgen der COVID-19-Pandemie und der damit zusammenhängenden Einschränkungen auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit unter anderem bei den Schuleingangsuntersuchungen in dieser Zeit [17]. Diverse Studien wiesen über alle Altersstufen von Kindern und Jugendlichen hinweg einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Status und Gesundheitszustand und -verhalten nach: „Soziale Benachteiligung in Form von geringem Zugang zu Bildung, Ausbildung und Einkommen und damit täglichen Sorgen um die eigene finanzielle Lage, die Zukunft und die gesellschaftliche Teilhabe im Vergleich mit anderen Familien, zeigt sich durchgehend in allen Studien als Risikofaktor für gesundheitliche und auch psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen.“ ([18], S. 11). Neben der Förderung von Ernährung und Bewegung werden Maßnahmen im Bereich des psychischen Wohlergehens und der Mediennutzung nach der Pandemie für diese Altersgruppen deshalb als besonders dringlich erachtet.

Einkommensarmut bestimmt sowohl das Hier und Jetzt als auch die Zukunft der Kinder und ihre Handlungs- und Entfaltungsspielräume der Daseinsgestaltung. Sie nimmt außerdem Einfluss auf die Verwirklichungschancen elterlicher Aspirationen auf Fürsorge, Unterstützung und Bildung ihrer Kinder (vgl. [19], [20], [21]). Die Folgen für den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten sind insofern vorrangig als Symptom zu verstehen. Gesundheitsförderung im Kindesalter muss diese Situation und die damit verbundenen besonderen Bedürfnisse von Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status im Speziellen berücksichtigen.

## Kindliche Entwicklung als Orientierungsrahmen der Gesundheitsförderung

Das thematische Spektrum von Angeboten zur Gesundheitsförderung im Kindesalter orientiert sich an den Ergebnissen der aktuellen Studien zur Kindergesundheit. Auch die bereits im Jahr 2009 ausgesprochenen Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes, welche die Phasen kindlicher Entwicklung als Orientierungsrahmen vorgegeben, sind nach wie vor aktuell (vgl. [22] und [23]). Dort werden die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für eine lebensphasenspezifische Gesundheitsförderung exemplarisch benannt.

Nach der Förderung von sicherer Bindung und Autonomiestreben im frühen Kindesalter steht im Alter von drei bis sechs Jahren die Förderung der Sprache und der kommunikativen Möglichkeiten im Vordergrund; außerdem die Förderung von Achtsamkeit, was u. a. die Förderung des sozialen Lernens sowie die Entwicklung altersgerechter Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Selbstwirksamkeit) beinhaltet. Vorrangige Entwicklungsaufgaben von Kindern bis zu zwölf Jahren liegen in der Aneignung der sozialen Umwelt und ihrer aktiven Gestaltung. Darin liegen Potenziale zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der Identität.

Aufgabe von Gesundheitsförderung im Kindesalter ist außerdem eine geschlechtersensible Förderung von Kindern unter Beachtung der unterschiedlichen Bedeutung von Körperlichkeit für Mädchen und Jungen für ihre Identitätsentwicklung.

Die einzelnen Entwicklungsthemen sind in allen Lebensphasen eng verknüpft. Die Förderung von Sprache, von Freude an Bewegung und gesunder Ernährung sind beispielsweise übergreifende Themen, die parallel verlaufende Entwicklungsprozesse und nachfolgende -schritte positiv beeinflussen. Der 13. Kinder- und Jugendbericht benennt in diesem Kontext zwölf Leitlinien und fünf dringliche Ziele für ausgewählte Bereiche der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (vgl. [22] und Tab. 2) und formuliert darauf aufbauend umfassende Empfehlungen an die Kinder- und Jugendhilfe und an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

| 12 Leitlinienbereiche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5 Ziele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stärkung der Lebenssouveränität</li> <li>2. Gesellschaftsbezug</li> <li>3. Lebenswelt- und Kontextbezug</li> <li>4. Förderung positiver Entwicklungsbedingungen</li> <li>5. Befähigungsgerechtigkeit</li> <li>6. Bildungsgerechtigkeit</li> <li>7. Inklusion</li> <li>8. Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug</li> <li>9. Lebensverlaufsperspektive</li> <li>10. Interprofessionelle Vernetzung</li> <li>11. Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive</li> <li>12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern mittels einer breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur.</li> <li>2. Bewegungsförderung mittels kontinuierlicher, fachlich qualifizierter Angebote sowie Förderung gesunder Ernährung durch kostenfreie, gesunde Verpflegung in Kitas und Schulen für alle Heranwachsenden, ohne dass dies an anderer Stelle zu Kürzungen an kindbezogenen Sozialleistungen führt.</li> <li>3. Frühe Sprachförderung mit dem Ziel der Steigerung der Sprachkompetenz, insbesondere von Kindern in herausfordernden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund.</li> <li>4. Flächendeckender Ausbau der Angebote und Netzwerke der Prävention und Gesundheitsförderung im Schulalter im Rahmen der Angebote schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe.</li> <li>5. Umfassende Unterstützung der psychosozialen Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.</li> </ol> |

Tab. 2: Leitlinien und Ziele der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (Quelle: [22], S. 250 ff.).

Auf den weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung und die Bewältigung von Belastungen wirkt sich vor allem die Verfügbarkeit von personalen und sozialen Ressourcen [24] ([Resilienz und Schutzfaktoren](#)) aus. Diese können auf verschiedenen Ebenen identifiziert werden, d. h. als individuelle Persönlichkeitsmerkmale, Merkmale des engeren familiären Umfeldes oder des außerfamiliären Unterstützungssystems. Entsprechend richtet sich Gesundheitsförderung im Kindesalter nicht nur auf die individuelle körperliche und psychische Gesundheit von Kindern, sondern auch auf die Stärkung sozialer Ressourcen in ihrer Familie und Lebenswelt. Ziel ist es, gesundheitsrelevantes Verhalten alltagsnah zu vermitteln und Rahmenbedingungen zu entwickeln, die ein gesundheitsgerechtes Verhalten erst möglich machen.

## Systematische Verankerung von Gesundheitsförderung in der Kindheit

Ein Vorgehen nach diesem Ansatz ist gekennzeichnet durch sektorenübergreifende, interprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit von Berufsgruppen, z. B. den Fachkräften aus dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, den Frühen Hilfen und Präventionsketten, der Kinder- und Jugendhilfe, den Krankenkassen, Bildungs- und Betreuungsinstitutionen in Settings wie Kita und Schule oder dem Stadtteil und der Nachbarschaft.

Dies umfasst auch den Dialog mit Eltern in einem vertrauensvollen und offenen Klima, mit einer durch Respekt, Wertschätzung und Ebenbürtigkeit gekennzeichneten Haltung. Erforderlich ist, Orientierungswissen zu vermitteln, das Eltern den Zugang zu verschiedenen Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems erleichtert und ihnen Weitergabe und Anwendung von alltagsgerechtem Gesundheitswissen und gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen innerhalb der Familie ermöglicht.

Gesundheit wird im Alltag hergestellt und auch dort vermittelt. Gesundheitsförderung im Kindesalter orientiert sich daher am Setting [5] ([Settingansatz/Lebensweltansatz](#)). Dementsprechend werden praxisfeldbezogene und alltagsgerechte Ansätze mit und für Kindertageseinrichtungen, Schulen, Familien, Stadtteile oder Nachbarschaften entwickelt. Sie berücksichtigen Lebens- und Arbeitsprinzipien in der jeweiligen Lebenswelt und ermöglichen die Beteiligung und Mitarbeit aller Gruppen und Institutionen

## Präventionskette: Kommune als Handlungsort

Die Zusammenführung der Aktivitäten im gesamten Setting Kommune leistet der Ansatz der Strategieentwicklung und Strukturbildung. Als integrierte kommunale Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie zielt eine Präventionskette [25] ([Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention](#)) darauf, allen Heranwachsenden positive Lebens- und Teilhabebedingungen zu eröffnen. Ziel ist, bestehende Ressourcen zu bündeln und sie für die Mädchen und Jungen und ihre Familien zu eröffnen, wenn ihr Zugang dazu eingeschränkt ist. Auf diese Weise soll auch das Präventionsdilemma überwunden werden.

Eine Präventionskette stellt dabei kein „weiteres Netzwerk“ dar. Vielmehr basiert sie auf der Zusammenführung und strategisch-konzeptionellen Ausrichtung kommunaler Netzwerke zur Förderung, Unterstützung, Beratung, Bildung, Betreuung, Partizipation und zum Schutz von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Sie dient außerdem der konsequenten Ausrichtung von Angeboten und Maßnahmen auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen. Die Sicherung von Übergängen für das Kind und seine Familie zwischen Angeboten, Institutionen, Settings zwischen Kindheit und Jugend gehört dabei zu den wesentlichen Teilzielen (vgl. [26]).

Zu den spezifischen Merkmalen einer Präventionskette zählen die übergreifende und lebensphasenorientierte Zusammenarbeit aller verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure und Institutionen, die dazu beitragen können, ein gemeinsam gesetztes Präventionsziel zu erreichen. Zudem sollen die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien umfassend beteiligt werden. Das Konzept folgt der Philosophie von der „Priorität der Partizipation“ (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) und misst dem Kindeswillen der Heranwachsenden hohe Bedeutung bei. Kennzeichnend sind neben der Kindzentriertheit die explizite Lebensweltorientierung und der Wechsel von der Risiko- zur Ressourcenperspektive (vgl. [27]).

## Gesundheitsförderung im Kindesalter als kommunales Organisationsziel

Nach diesem umfassenden Verständnis ist die Gesundheitsförderung im Kindesalter ein voraussetzungsvolles Vorhaben und kein kurzfristiges Projekt für eine einzelne Institution oder Person. Vielmehr gilt Gesundheitsförderung in den Präventionsketten als Leitorientierung für Strategieentwicklung und Strukturbildung und somit als ein Organisationsziel im Setting Kommune [5] ([Settingansatz/Lebensweltansatz](#))

Das Vorgehen gleicht dabei einem Lernzyklus, bei dem es darauf ankommt, zielgerichtet, geplant, systematisch und vor allem bedarfsorientiert vorzugehen. Zur Ermittlung des Bedarfs und themenspezifischer Angebote werden Mädchen und Jungen und ihre Familien und/oder die Fachkräfte der jeweiligen Institutionen durch geeignete Beteiligungsverfahren in die Maßnahmenentwicklung, -planung und -durchführung einbezogen.

Zur Qualitätssicherung sollten dabei Prinzipien des Empowerments, der Partizipation, der Niedrigschwelligkeit und Zielgruppenorientierung berücksichtigt werden. Hinweise auf weitere relevante Qualitätskriterien einer „Guten Praxis“ [28] ([Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit](#)) sowie erprobte Konzepte und Ansätze sind unter den unten angegebenen Internetadressen zu finden.

In den letzten Jahren konnten in vielen Kommunen und Bundesländern erfolgreiche Präventionsketten auf- und ausgebaut werden. Viele von ihnen beschränken sich in ihrer Zielsetzung nicht auf das gesunde Aufwachsen möglichst aller Kinder, sondern wählen eine Schwerpunktsetzung in Richtung Prävention von Armutsfolgen. Erste Erkenntnisse belegen die strukturell-armutspräventive Wirkung auf der kommunalen Organisationsebene [29]. Belege für die armutspräventive Wirkung auf der Angebotsebene für Kinder und ihre Familien stehen noch aus.

Zu beantworten wird die Frage sein, ob insbesondere arme Kinder und ihre Familien Präventionsketten in Anspruch nehmen und von ihnen profitieren – auch im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung. Sollte dies gelingen, wäre das ein weiterer Grund für die flächendeckende Verankerung von Präventionsketten und müsste mit den entsprechenden Ressourcen versehen werden [30].

### Internetadressen:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Die Good Practice-Kriterien. Available from: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/>
- Robert Koch Institut (RKI). KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Available from: [https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs\\_start\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html)
- Rund ums Kind. Available from: <https://www.kindergesundheit-info.de/themen>
- Starke Kinder – chancengleich. Präventionsnetzwerke gegen Kinderarmut in Baden-Württemberg. Available from: <https://www.starkekinder-bw.de>
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE). Available from: <https://hage.de/arbeitsbereiche/gesundheitliche-chancengleichheit/praeventionsketten-hessen>
- Bundesministerium für Gesundheit, editor. Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. [gesundheitsziele.de](https://gesundheitsziele.de): Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. 2010. Available from: [https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/Nationales\\_Gesundheitsziel\\_Gesund\\_aufwachsen\\_2010.pdf](https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf)
- Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder! Available from: <https://www.praeventionsketten-nds.de>
- Thüringer Präventionsketten. Available from: <https://www.thueringer-praeventionsketten.de>

### Weiterführende Quellen:

- Werkbuch Präventionskette: Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von

Präventionsketten in Kommunen. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS); 2013. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_Werkbuch\\_Prae](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_Werkbuch_Prae)

## References

1. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0)
2. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0)
3. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I034-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I034-1.0)
4. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I127-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I127-2.0)
5. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0)
6. Robert Koch-Institut (RKI). Die KiGGS Basispublikationen. Bundesgesundheitsblatt. 2007 [accessed 2023 Nov 21];50(5/6). Available from: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/kiggs\\_basispublikation.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/kiggs_basispublikation.html)
7. Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editors. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2008. DOI:[10.25646/3071](https://doi.org/10.25646/3071)
8. Schlack R, Kurth BM, Hölling H. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Umweltmed Forsch Prax. 2008;13(4):245–60.
9. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C, Thamm R, Hölling H, Lampert T. Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. J Health Monit. 2018;3:19–36. DOI:[10.17886/RKI-GBE-2018-083](https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-083)
10. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H. KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. J Health Monit. 2018;3(1):8–14. DOI:[10.17886/RKI-GBE-2018-003](https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-003)
11. Lampert T, Müters S, Stolzenberg H, Kroll LE, KiGGS Study Group. Messung des sozio-ökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt. 2014;57:762–70. DOI:[10.1007/s00103-014-1974-8](https://doi.org/10.1007/s00103-014-1974-8)
12. Funcke A, Kruse C, Menne S. Kinderarmut. Kinder im SGB-II-Bezug in Deutschland. Factsheet. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2020. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291\\_2020\\_BST\\_Factsheet\\_Kinderarmut\\_SGB-II\\_Daten\\_ID967.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291_2020_BST_Factsheet_Kinderarmut_SGB-II_Daten_ID967.pdf)
13. Seile E, Höhne J. WSI-Verteilungsmonitor. Special Feature. III. WSI-Kinderarmutsbericht: Kinderarmut & Flüchtlingskrise. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI); 2017. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: [https://www.boeckler.de/pdf/wsi\\_vm\\_kinderarmut\\_2015.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/wsi_vm_kinderarmut_2015.pdf)
14. Böhnke P, Heizmann B. Die intergenerationale Weitergabe von Armut bei MigrantInnen zweiter Generation. In: Weiss H, Schnell P, Ateş G, editors. Zwischen den Generationen. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2014. p. 137–66. DOI:[10.1007/978-3-658-03123-7\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-03123-7_6)
15. Kirchmann A, Kleimann R, Schaftstädt C. Das Ausgabeverhalten von Familien und die subjektive Lage materiell armer Kinder in Baden-Württemberg. Forschungsprojekt im Auftrag der FamilienForschung Baden-Württemberg (FaFo) im Statistischen Landesamt. Tübingen: Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V.; 2014.
16. Stichnoth H, Camarero Garcia S, Dörrenberg P, Neisser C, Riedel L, Ungerer M, Wehrhöfer N. Kommt das Geld bei den Kindern an? Bertelsmann Stiftung; 2018. DOI:[10.11586/2018055](https://doi.org/10.11586/2018055)
17. Bantel S, Buitkamp M, Wünsch A. Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus

- den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Dec;64(12):1541–50. DOI:[10.1007/s00103-021-03446-2](https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2)
18. Die Bundesregierung. Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“. Abschlussbericht. Berlin, Bonn; 2023 [accessed 2023 Nov 21]. Available from: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/214866/fbb00bcf0395b4450d1037616450cfb5/ima-a-bschlussbericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf>
  19. Bertram H, editor. Reiche, kluge, glückliche Kinder? Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2013.
  20. Andresen S, Galic M. Kinder. Armut. Familie. Alltagsbewältigung und Wege zu wirksamer Unterstützung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2015.
  21. Andresen S, Wilmes J, Möller R. Children's Worlds+. Eine Studie zu Bedarfen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2019. DOI:[10.11586/2019007](https://doi.org/10.11586/2019007)
  22. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), editor. 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2009. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: <https://www.bmfsfj.de/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-%20jugendbericht-data.pdf>
  23. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. München: Deutsches Jugendinstitut; 2010. (Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht).
  24. Rönau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0)
  25. Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian H. Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0)
  26. Richter-Kornweitz A. Präventionsketten Niedersachsen – Strategieentwicklung und Strukturbildung im Fokus der Qualitätsentwicklung. In: Kolip P, editor. Praxishandbuch. Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2019. p. 161–75.
  27. Kruse C, Richter-Kornweitz A. Kommunale Präventionsketten: Mehr Teilhabe für Kinder durch Strategieentwicklung & Strukturbildung. K Jug. 2017;4:137–40.
  28. Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0)
  29. Kruse C, Humrich W. „Präventionsketten Niedersachsen“ wirken!“ Strukturelle Armutsprävention durch Präventionsketten. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS); 2023. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: [https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Papier\\_Pra%C3%A4ventionsketten\\_ND\\_S\\_wirken/Pra%CC%88ventionsketten\\_wirken\\_23\\_WEB.pdf](https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Papier_Pra%C3%A4ventionsketten_ND_S_wirken/Pra%CC%88ventionsketten_wirken_23_WEB.pdf)
  30. Kruse C, Richter-Kornweitz A. Positionen. Präventionsketten verankern. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS); 2021. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: [https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Positionspapier\\_Pra%C3%A4ventionsketten\\_verankern/Positionspapier\\_Praeventionsketten\\_verankern.pdf](https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Positionspapier_Pra%C3%A4ventionsketten_verankern/Positionspapier_Praeventionsketten_verankern.pdf)

**Korrespondenz:** Dr., Dipl.-Päd. Antje Richter-Kornweitz, Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Germany, E-mail: [antjerichterkornweitz@gmail.com](mailto:antjerichterkornweitz@gmail.com)

**Zitierhinweis:** Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i041-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i041-1.0)

**Copyright:** © 2026 Antje Richter-Kornweitz et al.

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>