

9 Kinder - eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit

Andreas Mielck, Hilary Graham und Sven Bremberg

Einführung

Kinder sind eine wichtige Zielgruppe für Interventionsmaßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit. Dies ergibt sich erstens daraus, dass bei Kindern eine ausgeprägte sozioökonomische Ungleichheit - und damit auch eine Ungleichheit von Gesundheitschancen - herrscht. Kinderarmut als der Anteil an Kindern, die in Haushalten mit einem Einkommen von weniger als der Hälfte des Durchschnittseinkommens aufwachsen, liegt zwischen weniger als 4 Prozent in Schweden und Norwegen und bis zu etwa 20 Prozent im Vereinigten Königreich (UK) und in Italien (1). Manche Länder, darunter auch Deutschland, verzeichneten in den letzten Jahren einen drastischen Anstieg der Kinderarmut (2). Zweitens ist die Kindheit eine äußerst wichtige Lebensphase: In dieser Zeit erfahrene Benachteiligungen wirken sich dauerhaft auf den sozioökonomischen Status und die Gesundheit im späteren Erwachsenenleben aus. Drittens gibt es deutliche Belege dafür, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit von Kindern durchaus abbauen lässt. Und schließlich - ein Punkt, der die bereits genannten noch unterstreicht - setzt sich in Europa nach und nach die Erkenntnis durch, dass alle Kinder ein Recht auf den bestmöglichen Start ins Leben haben - ein Recht, das in der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes (<http://www.unicef.org/crc>) verankert ist.

Im vorliegenden Kapitel sind mit „Kinder“ alle Menschen bis maximal 18 Jahre gemeint. Dieses Kapitel befasst sich in erster Linie mit Ungleichheit in Bezug auf Familieneinkommen, Bildung und beruflichen Status der Eltern.

Sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern

Beschreibung

Die Gesundheitslage von Kindern in Europa hat sich während der letzten 100 Jahre zwar immens verbessert, aber es herrscht noch immer eine ausgeprägte Ungleichheit. Diese betrifft u. a. das Wachstum von Kindern im Mutterleib und im Kindesalter (3, 4). Da diese Dimensionen - gemeinsam mit Gewichtszunahme - mit Krankheiten bei Erwachsenen einhergehen, gelten Risikofaktoren, die sich auf die Gesundheit und Entwicklung in frühen Lebensphasen auswirken, auch als wichtiger Ansatzpunkt für Konzepte zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit bei Erwachsenen (5).

Tabelle 9.1 Gesundheitliche Ungleichheit von Kindern in Deutschland

	Prävalenz (in Prozent, unter Kontrolle von Alter und Geschlecht)					Gesamt
	Soziale Schicht der Eltern ^a					
	1 (unten)	2	3	4	5 (oben)	
Anteil in der Stichprobe	5,3	38,1	24,2	26,2	6,2	100,0
Allgemein schlechter Gesundheitszustand ^b	16	7	8	5	1	7
Kopfschmerzen ^b	22	11	13	11	9	12
Rückenschmerzen ^b	16	10	9	7	7	9
Schlechtes Einschlafen ^b	26	17	18	15	16	17
Hilflosigkeit ^c	14	7	6	5	3	6
Einsamkeit ^d	19	14	9	8	9	11

Anmerkungen:

a Index aus Bildung und beruflicher Stellung der Eltern und finanzieller Lage der Familie

b Täglich oder mehrmals wöchentlich; c sehr häufig; d häufig

b,c,d In den Fragebogen wurden für verschiedene Fragen unterschiedliche Kategorien verwendet
Studienpopulation: 3.328 Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 15 Jahren (Survey 1994 durchgeführt)

Quelle: Kloche & Hurrelmann (8)

Deutliche sozioökonomische Gradienten bestehen bei den negativen Dimensionen der Gesundheit von Kindern, etwa der Säuglingssterblichkeit und der Morbidität im Kindesalter. So zeigen beispielsweise Daten aus den 90er-Jahren für England und Wales eine 1,71-mal höhere Säuglingssterblichkeit in den unteren sozialen Schichten im Vergleich zu den oberen Schichten; in Bezug auf die Sterblichkeit von Kindern zwischen 0 und 14 Jahren beträgt der Unterschied das 3,30-Fache (6). Ungleiche Gesundheitschancen von Kindern werden auch an Daten zur Morbidität klar ersichtlich (2). Ein 1994 in Deutschland durchgeführter Survey zeigt z. B., dass die Prävalenz physischer und psychischer Erkrankungen in den unteren sozialen Schichten bis zu 16-mal höher ist als in den oberen Schichten (Tabelle 9.1). Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch für andere Messgrößen der Morbidität ablesen, etwa für einschränkende, lang andauernde Krankheiten und für die Zahngesundheit (6). Spencer (7) drückt dies so aus: In den Industrieländern existiert eine durchgängige positive Korrelation zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status einerseits und ungünstigen gesundheitlichen Effekten in der späten Schwangerschaft und im Kindesalter andererseits. Diese Korrelation gilt für die Mortalität in allen Altersbereichen und für Messgrößen medizinisch definierter Erkrankungen wie auch von den Eltern angegebener Erkrankungen.

Eine sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit von Kindern tritt zwar in ganz Europa zu Tage, sie ist allerdings unterschiedlich stark ausgeprägt. So ist z. B. der sozioökonomische Gradient der Säuglingssterblichkeit im Großraum London (England) markanter als in Stockholm (Schweden), wie Abbildung 9.1 zeigt.

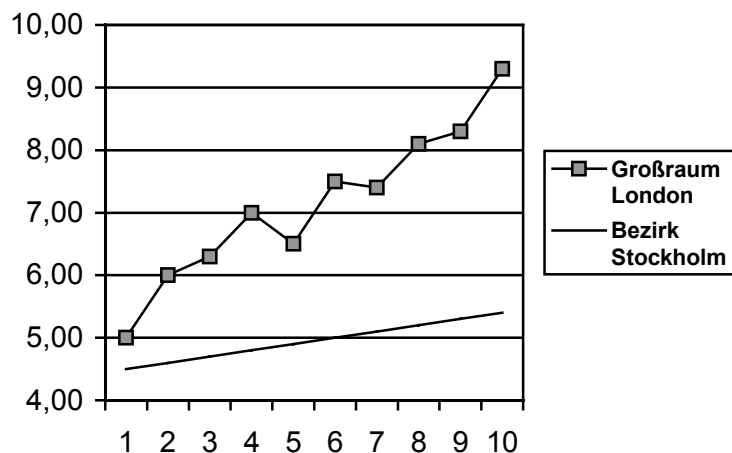


Abbildung 9.1 Säuglingssterblichkeit im Großraum London 1990-5 und im Bezirk Stockholm 1987-95 nach sozialer Lage des Wohngebiets

Quelle: Die Angaben stammen vom *Health of Londoners Project - Directorate of Public Health* (Martin Bardsley) und dem Melderegister des Bezirks Stockholm. Vergleichbare Daten wurden aus London und dem Bezirk Stockholm gewonnen, allerdings betrug die Bevölkerung des Bezirks Stockholm lediglich ein Fünftel der von London. Daher werden zur besseren Anschaulichkeit der Grafik die Angaben aus dem Bezirk Stockholm als Regressionsgerade dargestellt und nicht - wie die Daten für London - als Einzelpunkte.

Mögliche Ursachen und Auswirkungen der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern

Ansätze zur Erklärung ungleicher Gesundheitschancen verfolgen die sozioökonomischen Muster der Gesundheit von Kindern und Erwachsenen entlang einer Reihe von Zwischenfaktoren zurück zum individuellen sozioökonomischen Status. Gesundheitliche Ungleichheit wird als das Ergebnis unterschiedlicher Exposition gegenüber zwischengeschalteten Risikofaktoren gesehen (siehe Kapitel 1). Diese Risikofaktoren werden üblicherweise in folgende Kategorien eingeteilt:

- Materielle/Umweltbezogene, z. B. Wohnung, Umweltverschmutzung
- Leistungsbezogene, z. B. Zugang zu und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Psychosoziale, z. B. sozialer Rückhalt, elterliche Zuwendung, Schulstress
- Verhaltensbezogene, z. B. Ernährung, Aktiv- und Passivrauchen.

Schlechte sozioökonomische Lebensumstände gehen häufig mit ungünstigen Gesundheitsverhaltensmustern von Jugendlichen einher. Was das Rauchen angeht, so sind es in Nordeuropa mit größerer Wahrscheinlichkeit vor allem junge Menschen mit einem benachteiligten Bildungsverlauf - d. h. häufig jugendliche Schulabbrecher(innen) - die später als Erwachsene regelmäßig und stark rauchen. Es gibt zunehmend Belege dafür, dass sich in einer frühen Lebensphase erfahrene günstige bzw. ungünstige Umstände auf das gesamte Leben auswirken. Dies macht die Kindheit zu einer besonders kritischen Phase, in der Interventionsmaßnahmen zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit ansetzen sollten. Erstens wissen wir, dass Kinder, die in unteren sozioökonomischen Gruppen heranwachsen, häufiger eine Bildungslaufbahn einschlagen, durch die sie als Erwachsene einem größeren Risiko der Arbeitslosigkeit und des Sozialhilfebezugs ausgesetzt sind (3). Zweitens ist nachgewiesen, dass Kinder, die in ärmeren Verhältnissen zur Welt kommen, während ihrer kindlichen Entwicklung nach und nach einer größeren Zahl von materiellen Risiken (z. B. beengte Wohnverhältnisse und Armut), mehr psychologischen Risiken (z. B. Verlust eines Elternteils) und mehr verhaltensbezogenen Risiken (z. B. ungesündere Ernährungsweise, höhere Passivrauchexposition) ausgesetzt sind. Drittens wurde festgestellt, dass sich das Leben in armen materiellen Verhältnissen im Säuglings- und Kindesalter langfristig auf die Gesundheit im Erwachsenenalter auswirkt, und zwar unabhängig vom sozioökonomischen Status des/der Erwachsenen (9-11). In anderen Forschungsarbeiten wurde der Einfluss der Bedingungen im Mutterleib untersucht und es wurde gezeigt, dass eine Mangelernährung in der Schwangerschaft die Krankheitsanfälligkeit des/der späteren Erwachsenen beeinflusst (12). Es gibt jedoch Belege dafür, dass die in der Kindheit vorhandenen Faktoren je nach Krankheit unterschiedlich stark zum Krankheitsrisiko im späteren Leben beitragen. Im Kindesalter erlebte Unterversorgung kann beispielsweise eine besonders wichtige Rolle in der Entstehung bestimmter Krankheiten wie z. B. Schlaganfall und Magenkrebs spielen; bei anderen Krankheiten können sozioökonomische Bedingungen in anderen Lebensphasen genauso wichtig oder noch wichtiger sein (13).

Überblick über wirksame Interventionsmaßnahmen und Strategien

Drei grundlegende Strategien lassen sich zum Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheit von Kindern festhalten: a) die Verminderung der sozioökonomischen Ungleichheit durch Anhebung der Lebensstandards von Kindern in unteren sozioökonomischen Gruppen, b) Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Kinder ohne besondere Berücksichtigung von Kindern in unteren sozioökonomischen Gruppen, c) Interventionen, die speziell auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern in unteren sozioökonomischen Gruppen abzielen. Die erstgenannte Strategie dürfte zwar am schwierigsten sein, aber sie ist wahrscheinlich von entscheidender Bedeutung für den Erfolg der anderen. Bei den an zweiter und dritter Stelle genannten Strategien hingegen besteht eine größere Chance, dass sie anhand als streng wissenschaftlich angesehener Methoden evaluiert werden. Daher befasst sich dieser Abschnitt vor allem mit Beispielen für diese Art von Interventionen.

Hinsichtlich der Datengrundlage für derartige Interventionen gilt es, die folgenden Einschränkungen zu beachten:

- Evaluierte Interventionen sind die Ausnahme. Infolgedessen bleibt eine Vielzahl innovativer Handlungsansätze an dieser Stelle unerwähnt.
- Ergebnisse können nur dann bewertet werden, wenn die jeweiligen Untersuchungen nach den Prinzipien einer Längsschnittanalyse und gemäß streng wissenschaftlichen Kriterien durchgeführt werden. Ist dies nicht der Fall, bleiben wesentliche Effekte - erwartete wie auch unerwartete - unter Umständen unerkannt. So wurde z. B. das „Head Start“-Programm in den Vereinigten Staaten (USA), eines der bekanntesten und erfolgreichsten Programme für Interventionen im Kindesalter, zunächst als Fehlschlag angesehen; erst durch die spätere Nachbeobachtung, bei der Langzeitwirkungen und weiter gefasste Effekte gemessen wurden, erfuhr es eine Neubewertung und wurde als Erfolg eingestuft (14, 15).
- Die Frage, wie Kinder und ihre Eltern einen Erfolg messen und Interventionen bewerten, ist zwar wichtig, aber die Wahrnehmung der Teilnehmenden findet nur selten Eingang in das Design evaluierter Interventionen (16). Werden Maßnahmen als stigmatisierend empfunden, kann dies zu einer geringeren Teilnahme gerade bei den Gruppen mit dem größten Interventionsbedarf führen (15).

Hauptrisikofaktoren

Neuere Arbeiten haben ermittelt, welche Gesundheitsstörungen in Europa zu den meisten durch Behinderung beeinträchtigen Lebensjahren (*disability adjusted life years - DALY*) führen (17-19). Für europäische Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren sind Erkrankungen bei Neugeborenen, angeborene Defekte, plötzlicher Kindstod, Unfallverletzungen, psychische Auffälligkeiten, Infektionskrankheiten, bösartige Tumore und Asthma die acht wichtigsten Ursachen für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Mit Ausnahme von malignen Tumoren bestehen in Bezug auf alle genannten Gesundheitsstörungen sozioökonomische Gradienten der Morbidität und/oder Mortalität (7, 20, 21). Maßnahmen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern sollten deshalb auch die sozioökonomischen Bedingungen erfassen, die sich nachteilig auf die Prävalenz und den Schweregrad der genannten Gesundheitsstörungen auswirken. Um genau zu sein: Die Interventionen sollten sich auf die gesicherten Risikofaktoren konzentrieren, die häufiger in sozial benachteiligten Gruppen auftreten und einen wesentlichen Einfluss auf die genannten sieben Gesundheitsstörungen haben.

Was Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit angeht, so entspricht nur eine begrenzte Zahl von Risikofaktoren diesen Kriterien. Als wichtigste sind hier Umweltgefährdungen (Unfälle im Kindesalter, Probleme des Atmungssystems), ökonomische Belastung (vielfältige Gesundheitsprobleme), rauchende Eltern (niedriges Geburtsgewicht, plötzlicher Kindstod, Infektionen, Asthma), kein Stillen (plötzlicher Kindstod, Infektionen, Asthma), Schlafen in Bauchlage (plötzlicher Kindstod), fehlender Impfschutz (Infektionen) sowie verschiedenste Risikofaktoren für Unfallverletzungen zu nennen. Weitere, aber weniger gut belegte Risikofaktoren sind Stress in der Familie, schwacher Familienzusammenhalt, falsche Ernährung und unzureichender Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung. Die Hauptrisikofaktoren für Störungen der psychischen Gesundheit sind Stress in der Familie, schwacher Familienzusammenhalt, unsichere Bindung zwischen Säugling und Betreuungsperson, geringe Feinfühligkeit der Betreuungsperson gegenüber dem Säugling, Depression der Mutter, mangelnde qualifizierte Förderung kognitiver und emotionaler Fähigkeiten im Kindergarten, Mangel an qualifiziertem Schulangebot (einschließlich Risikofaktoren wie Schulen mit über 500 Schülerinnen und Schüler, mangelnde pädagogische Führung etc.).

Universalistische gegenüber selektiven Ansätzen

Um die gesundheitliche Ungleichheit zu bekämpfen, kann es angezeigt sein, entweder bei den am stärksten benachteiligten Kindern, bei allen Kindern oder aber bei einer bestimmten Teilmenge von Kindern anzusetzen. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage einerseits und Gesundheitsergebnissen andererseits ist jedoch in der Regel durchgängig gegeben. Die aus dem Großraum London stammenden Informationen, die der Abbildung 9.1 zu Grunde liegen, deuten darauf hin, dass der kumulierte Anteil der Sterblichkeit, der sich auf die schwache soziale Lage zurückführen lässt, 44 Prozent beträgt. Das am stärksten benachteiligte Dezil (d. h. die untersten 10 Prozent der

Bevölkerung) macht dabei nur 9 Prozent aus. Damit entfällt lediglich ein Fünftel des gesamten, auf die schwache soziale Lage zurückzuführenden Risikos auf das am stärksten benachteiligte Dezil. Will man die sozioökonomisch bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen verringern, genügt es also nicht, die Interventionsmaßnahmen auf die in Armutsverhältnissen lebenden Kinder zu beschränken.

Interventionsliste

Untersuchungen wurden nur dann in die Tabellen 9.2 und 9.3 aufgenommen, wenn sie auf einen der im Lichte der oben angeführten Diskussion relevanten Risikofaktoren abzielen, wenn sie sozial benachteiligte Kinder oder Familien entweder als die einzige untersuchte Gruppe oder aber als Teil einer größeren Bevölkerungsgruppe zum Ziel haben und wenn sie einer Evaluation unterzogen wurden. Da das Hauptziel des vorliegenden Kapitels in der Darstellung und Erörterung von Beispielen mit Modellcharakter besteht, ist es unerlässlich, dass der Interventionseffekt evaluiert und die Evaluation publiziert wurde.

Die Suche nach Arbeiten zur Aufnahme in die Tabellen erfolgte in verschiedenen Quellen. Es gibt zwei wichtige Übersichtsarbeiten über Interventionen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit mit Studien, die in den unterschiedlichsten Sprachen veröffentlicht sind. Die eine wurde von der Universität York durchgeführt und konzentriert sich auf Interventionen, die im Rahmen eines experimentellen oder quasi-experimentellen Designs evaluiert wurden; sie erfasst 94 Studien, die zwischen 1984 und 1994 veröffentlicht wurden (22) und von denen die meisten ($n = 68$) aus den USA stammen. Die andere Übersichtsarbeit wurde an der Universität Amsterdam durchgeführt (23, 24) und schließt bis 1993 veröffentlichte Studien ein. Die Recherche nach „grauer Literatur“ (nicht offiziell veröffentlichten Arbeiten) konzentrierte sich auf Publikationen aus den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. Die Arbeit erfasst 129 Veröffentlichungen über Interventionen, von denen 31 zur „grauen Literatur“ gehören, und auch hier stammen die meisten aus den USA. Die Einschlusskriterien für Studien waren in beiden Fällen ähnlich, aber nicht identisch. So wurden z. B. bei der zweiten Übersichtsarbeit Studien, die kein experimentelles oder quasi-experimentelles Design aufwiesen, nicht ausgeschlossen. Weitere und aktuellere Informationen wurden aus unserem eigenen Netzwerk und im Rahmen einer zusätzlichen Literaturrecherche gewonnen. So durchsuchten wir z. B. Medline nach Studien, die zwischen 1966 und August 2000 veröffentlicht wurden, und recherchierten im *Documentation Centre Socioeconomic Inequalities in Health (Department of Public Health, Erasmus-Universität Rotterdam)*. Genaue Informationen dazu finden sich im Anhang.

Alle in den Tabellen aufgeführten Studien wurden in Westeuropa durchgeführt. Interventionen wurden nur dann aufgenommen, wenn sie anhand eines der folgenden Studiendesigns evaluiert wurden: a) randomisierte kontrollierte Studie (RKS), b) kontrolliertes Experiment (d. h. Experiment mit Kontrollgruppe), c) Beobachtungsstudie mit Kontrollgruppe oder d) Experiment oder Zeitreihe ohne Kontrollgruppe.

Wichtig ist außerdem die Unterscheidung von Interventionen nach dem spezifischen Altersbereich und es gibt überzeugende Argumente für einige geschlechtsspezifische Interventionen. In den dargestellten Tabellen und Abbildungen wird jedoch nicht nach Jungen und Mädchen unterschieden, weil diese Informationen größtenteils nicht vorliegen und es kaum derartige geschlechtsspezifische Interventionen gibt. Künftig sollte jedoch verstärkt versucht werden, Interventionen zu konzipieren, die speziell auf durch Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit usw. definierte Subgruppen zugeschnitten sind.

Tabelle 9.2 Vorwiegend an Kinder und Jugendliche gerichtete Interventionsmaßnahmen

<i>Ziel</i>	<i>Zielpopulation</i>	<i>Intervention</i>	<i>Interventionseffekt</i>	<i>Datengrundlage</i>	<i>Literatur</i>
An Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status gerichtete Intervention mit berichteter Wirksamkeit					
Ernährung	einkommensschwache Schulkinder (7 - 8 Jahre) (UK)	kostenloses Schulmilchangebot	Mäßige Zunahme von Größe (2,9 mm in experimenteller Gruppe) und Gewicht	RKS	39
Eisenmangel	Einkommensschwache Kinder (UK)	Ernährungserziehung Screening auf Eisenmangel, Sichelzellenanämie und Thalassämie	Kinderscreening war akzeptabel und erfolgreich	Beobachtungsstudie	40
Zahngesundheit (Karies)	Einkommensschwache Mütter mit Kleinkindern (UK)	5 Gruppen: 1. Zahngesundheits-erziehung (ZGE) mit Schwerpunkt Ernährung 2. ZGE mit Schwerpunkt Mundhygieneschulung 3. Kombination 4. Kombination (nur einmal jährlich) 5. Kontrolle	Bei den Gruppen 1, 2 und 3 mit regelmäßigen Hausbesuchen (in den ersten 2 Jahren alle drei Monate, im letzten Jahr zweimal insgesamt) Effekt in Bezug auf Verhütung von Nuckelflaschenkaries	RKS	41
Allgemeiner Gesundheitszustand	Einkommensschwache Kinder (UK)	Neustrukturierung der Kindergesundheitsklinik (intensivere medizinische Betreuung mit größerer persönlicher Zuwendung und problembezogener Kindererfassung)	Mehr Klinikbesuche und vermehrte Erkennung und Behandlung von Defekten	Zeitreihe	42

Unfallverletzungen	Sozial schwache Wohngebiete, Allgemeinbevölkerung (UK, Schweden)	Gemeindebezogene Interventionen; Rückmeldung der Gemeindedaten an die für Umweltverletzungsrisiken zuständigen Behörden	Rückgang von Unfallverletzungen	Kontrollierte Experimente	43, 44
Psychische Auffälligkeiten	Bezirk mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Strukturierte Schule: klare und realistische Ziele für Schülerinnen und Schüler, Feedback der Lehrkräfte an Schülerinnen/Schüler, Führung durch Schulleitung etc.	Weniger Verhaltensauffälligkeiten, bessere soziale Anpassung	Beobachtungsstudie	45
Psychische Auffälligkeiten	Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Schulen mit weniger als 500 Schülerinnen und Schüler	Weniger Verhaltensauffälligkeiten, verbesserte soziale Kompetenz	Beobachtungsstudie	46
Unfallverletzungen	Familien in sozial schwachen Gegenden (UK)	Verkehrsberuhigung der Wohngebiete	Rückgang tödlicher Verletzungen	Beobachtungsstudie	47

An Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status gerichtete Intervention - keine Wirksamkeit berichtet

Eisenmangelanämie	Kinder (Innenstadt, sozial schwache Bevölkerung) (UK)	Gesundheitserziehung, Aufklärung in wichtigen Altersbereichen durch persönlichen Kontakt (+ Materialien)	Kein Unterschied im Eisengehalt der Ernährung zwischen beiden Gruppen	RKS	48
Ernährung	Einkommensschwache Grundschul Kinder (UK)	Erhöhung der staatlichen Unterstützung für einkommensschwache Familien (<i>Family Credit</i>) (zum Ausgleich für Anspruch auf kostenlose Schulspeisung)	Dieser Strategiewechsel führte zu einem signifikanten Rückgang der Inanspruchnahme von Schulspeisung	Beobachtungsstudie	49

An die Allgemeinbevölkerung gerichtete Intervention - mindestens gleiche Wirksamkeit in unteren wie oberen sozioökonomischen Gruppen berichtet

Psychische Auffälligkeiten	Jugendliche (15/16 J) mit niedrigem sozioökonomischen Status und Allgemeinbevölkerung ^a (siehe Abschnitt 3.3: „Du bestimmst“) (Schweden)	Schulung von aktivem Problemlöseverhalten	Mehr eigeninitiierte gesundheitsverbessernde Aktivitäten, größter Effekt bei Kindern mit niedrigem sozioökonomischen Status	Kontrolliertes Experiment	34, 35
Psychische Auffälligkeiten	Allgemeinbevölkerung, einschließlich Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (Schweden und andere Länder)	Qualifizierte, kindzentrierte Tagesbetreuung	Rückgang von Verhaltensauffälligkeiten und psychosozialen Problemen, Effekt nimmt mit steigendem Alter des Kindes zu	Beobachtungsstudien ^b	50-52
Zahngesundheit (Karies)	5-jährige Kinder (UK)	Trinkwasserfluoridierung in verschiedenen Gemeinden	Fluoridierung vermindert, aber beseitigt nicht soziale Ungleichheit	Beobachtungsstudie	53
Psychische Auffälligkeiten	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (mehrere Länder)	Weniger als 20 Kinder in einer Klasse	Metastudie aus 109 Interventionen: bessere schulische Leistungen und soziale Anpassung ^c	Kontrollierte Experimente	54
Zigarettenrauchen	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Finnland)	Tabaksteuererhöhung	Rückgang des Rauchens in einkommensschwachen Gruppen ^d	Zeitreihe	55

Zahngesundheit	Kinder (UK)	Wasserfluoridierung	Rückgang des Kariesbefalls um über ein Drittel zwischen 1976 und 1981. Kein weiterer Rückgang zwischen 1981 und 1987	quasi-experimentelles Design	56
Amblyopie	Kinder (UK)	Screening auf Sehstörungen	Der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Alter bei der Vorstellung mit asymptomatischer Amblyopie scheint verschwunden zu sein	Beobachtungsstudie	57
Zahngesundheit (Karies)	Kinder mit Anzeichen von Karies, die in letzter Zeit nicht behandelt wurden (UK)	Schreiben an die Eltern, dass eine gründliche zahnärztliche Untersuchung für das Kind gut wäre	Mehr Zahnarztbesuche, größter Effekt in der Gruppe mit niedrigem sozioökonomischen Status	RKS	58

An die Allgemeinbevölkerung gerichtete Intervention - geringere Wirksamkeit in unteren als in oberen sozioökonomischen Gruppen berichtet

Wachstum	Kinder (England, Schottland)	1. Schulspeisung 2. Zuhause zubereitetes Mittagessen	Kein Zusammenhang zwischen Wachstumsrate und Schulspeisung im UK. In Schottland Hinweise, dass Kinder mit Schulspeisung kleinere Wachstumsrate aufweisen	Beobachtungsstudie	59
Größe	Grundschulkinder (England, Schottland)	Schulspeisungs- und Schulmilchkonzepte	Keine durchgängiger Zusammenhang zwischen Schulspeisungs- bzw. Schulmilchangebot und Wachstumsrate bei Stratifizierung nach Armutsstatus und ethnischer Zugehörigkeit	Beobachtungsstudie	60

Zahngesundheit	5-jährige Schulkinder (UK)	Zahngesundheitserziehung (Zahnbürsten, Material zum Mitnehmen)	Verbesserung der Plaque-Ergebnisse erfolgte nur in nicht benachteiligten Schulen	Pre-Post-Test-Design. Keine Kontrollgruppe	61
Zahngesundheit	Vorschulkinder (UK)	Zahnpasta mit niedrigem Fluoridgehalt	Kein Unterschied zwischen Zahnpasta mit hohem bzw. niedrigem Fluoridgehalt. Allerdings Karies und Plaque häufiger bei einkommensschwachen Kindern	RKS	62

An die Allgemeinbevölkerung gerichtete Intervention mit für untere sozioökonomische Gruppen relevantem Ziel

Zigarettenrauchen	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Norwegen)	Provokative Medienkampagne in Norwegen	Rückgang beim Rauchen	Kontrollierte Experimente	63
Unfallverletzungen	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Kindersichere Arzneimittelverpackungen	Rückgang bei Unfallverletzungen	Zeitreihe	64
Unfallverletzungen	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Tragen von Fahrradhelmen	Rückgang der Kopfverletzungen um 70 Prozent	Beobachtungsstudie	65
Psychische Auffälligkeiten	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Norwegen)	Schulprogramme auf verschiedenen Ebenen, auf Schülerinnen/Schüler, Lehrkräfte und Eltern gerichtet	Rückgang des Mobbing unter Kindern um 50 %	Kontrolliertes Experiment	66

Unfallverletzungen	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Bau von Radwegen	Rückgang der Unfallverletzungen um 20 Prozent	Beobachtungsstudie	67
Zigarettenrauchen	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Aufklärung in der Schule in Kombination mit gemeindebezogenen Interventionen	2 UK-Studien und 1 finnische Studie: Rückgang beim Rauchen	Kontrollierte Experimente	68
Verkehrsunfälle (Fußgänger, Radfahrer)	Kinder, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Einführung von „Zonen 30“ in Wohngebieten	Fußgänger- und Radunfälle gingen um 70 bzw. 48 Prozent zurück (Rückgang insgesamt: 67 Prozent); keine „Unfallmigration“ in Nachbargegenden	vor/nach der Studie kontrolliert	69

Anmerkungen:

- a Zielgruppe „Allgemeinbevölkerung“, aber Effekt auch speziell für Subpopulation mit niedrigem sozioökonomischen Status berichtet
- b Effekte mit ähnlichen Methoden in 11 US-Studien nachgewiesen, u. a. in RKS (94, 95) berichtet
- c Überwiegend Studien aus den USA
- d Auch in einer US-Studie nachgewiesen (96)

Tabelle 9.3 Vorwiegend an Familien gerichtete Interventionsmaßnahmen

Ziel	Zielpopulation	Intervention	Interventionseffekt	Datengrundlage	Literatur
An Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status gerichtete Intervention mit berichteter Wirksamkeit					
Psychische Auffälligkeiten	Mütter mit niedrigem sozioökonomischen Status und einem erstgeborenen 6 Monate alten Säugling (Niederlande)	Teilnahme an einem Schulungsprogramm zur Stärkung der mütterlichen Feinfühligkeit	Größere mütterliche Feinfühligkeit und höhere Inzidenz sicherer Mutter-Kind-Bindungen bei Nachkontrolle nach 3,5 Jahren	Kontrolliertes Experiment	70, 71
Kindersicherheit	Einkommensschwache Familien mit Kindern unter 5 Jahren (UK)	Beratung seitens des Hausarztes über Kindersicherheit, preiswerte Sicherheitsausrüstung, Verwendung der Ausrüstung und sicheres Verhalten zu Hause	Verstärkter Einsatz von Kindersicherungen für Steckdosen, Sicherheitshaken an Schränken mit Reinigungsmitteln, Türstopps, sicherere Aufbewahrung von Medikamenten	RKS	72
Unfallverletzungen	Familien mit Kindern in sozial benachteiligten Wohngebieten (UK)	Hausbesuche zur Prävention von Kinderunfällen, Aufklärung über TV-Serie „Sicher Spielen“ zur Vermeidung von Kinderunfällen	Besuchte Familien führten mit höherer Wahrscheinlichkeit mindestens eine Änderung zur Verbesserung der Sicherheit ein	Kontrolliertes Experiment	73
Perinatale Störungen	Familien in sozial benachteiligten Gebieten (UK)	Hausbesuche, gemeindenaher Elternkurse, Gemeindezentren	47 Prozent in der Versuchsgruppe hörten mit dem Rauchen auf, gegenüber 25 Prozent in der Kontrollgruppe	Kontrolliertes Experiment	74

Kindliche Entwicklung	Mobile „Gemeindemütter“ (Irland)	„Gemeindemütter“-Programm mit Ehrenamtlichen	Vielversprechende Ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf Ernährungsgewohnheiten, Wohlbefinden der Mütter, und Stimulation der kindlichen Entwicklung; immer noch niedrige Durchimpfungsrate	RKS	75
Psychische Auffälligkeiten	Mütter mit Kindern unter 5 Jahren in sozial benachteiligten Gegenden (Irland)	Gruppengespräche mit Müttern über Themen wie kindliches Verhalten und Kinderkrankheiten	Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Mütter	RKS	76
Ernährungsstörungen	Mütter mit Kindern zwischen 1 und 4 Jahren in sozial benachteiligten Gegenden (UK)	Von der Mutter geführtes Ernährungstagebuch der Kinder, Hausbesuche zur Besprechung der Ernährung der Kinder	Bessere Ernährung	Zeitreihe	77
Kindliche Entwicklung	Mütter mit erstem Kind in sozial benachteiligten Gegenden (Irland)	Hausbesuche durch ehrenamtliche, speziell für dieses Programm geschulte Mütter aus der Gemeinde	Verbesserung bei einer Reihe von Gesundheitsindikatoren (seelisches Wohlbefinden, Ernährung, Impfschutz etc.)	Kontrolliertes Experiment	78
Ernährungsstörungen	Familien mit Kindern zwischen 1 und 6 Monaten in sozial benachteiligten Gegenden (Irland)	Hausbesuche durch Gesundheits- und Pflegeberatungskräfte (<i>Public Health Nurses</i>) zur Ernährungsberatung	Bessere Ernährung	RKS	79
Verschiedene	Familien in sozial benachteiligten Gegenden (UK)	Schreiben der Familienklinik über Präventionsangebote, Hausbesuche zur Förderung der Wahrnehmung von Präventionsangeboten	Verbesserte Wahrnehmung von Präventionsangeboten	Zeitreihe	80

Psychische Auffälligkeiten	Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Hausbesuche durch Hebammen	7-jährige Nachbeobachtung, leichte Verbesserung bei kindlicher Gesundheit und Entwicklung	RKS	81
Psychische Auffälligkeiten	Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	„Mellow Parenting“ (Gruppensitzung zur Stärkung der Elternkompetenz), Videoanalyse	Weniger negative Eltern-Kind-Interaktionen ^b	Experiment, keine Kontrollgruppe	82
Verschiedene	Schwangere in sozial benachteiligten Wohngebieten	Förderung der vorgeburtlichen Betreuung durch bessere Integration der gemeindebezogenen Angebote	Verbesserte Teilnahme an vorgeburtlicher Betreuung	Beobachtungsstudie	83
An die Allgemeinbevölkerung gerichtete Intervention - mindestens gleiche Wirksamkeit in unteren wie oberen sozioökonomischen Gruppen berichtet					
Plötzlicher Kindstod, Infektionen, Asthma	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Schweden)	Beratung in Kindergesundheitszentren	Rückgang beim Rauchen, größerer Effekt in Gruppe mit niedrigem sozioökonomischen Status	Beobachtungsstudie	84
Stillen	Allgemeinbevölkerung, auch Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status ^c (UK)	„Stillschwestern“	Vermehrtes Stillen	RKS	85
Perinatale Störungen	Allgemeinbevölkerung, auch Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (Frankreich) ^e	Zusätzliche soziale Unterstützung	Einige Studien belegen geringere Häufigkeit von Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht	Kontrollierte Experimente	86, 87

Infektionskrankheiten	Familien mit schlechtem Impfschutz	Mitteilung über nichtgeimpfte Kinder an Hausärzte und Gesundheitsdienste, verständliche Impfberatung, Impfüberweisungsdienst	Verbesserte Inanspruchnahme von Impfungen in allen sozioökonomischen Gruppen, Ungleichheit erst verringert ab 95-prozentiger Gesamtinanspruchnahme	Zeitreihe	88
Verschiedene	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (verschiedene Länder)	Sozialleistungen	Hohe Sozialleistungen für Familien sind mit niedriger Säuglingssterblichkeit verknüpft	Beobachtungsstudie	89

An die Allgemeinbevölkerung gerichtete Intervention mit für untere sozioökonomische Gruppen relevantem Ziel

Psychische Auffälligkeiten	Allgemeinbevölkerung, auch Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (UK)	Metastudie: drei Studien mit ungezielter Beratung durch Kinderpflegepersonal	Weniger Depressionen, Abnahme der Häufigkeit unsicherer Bindungen erwartet	Kontrollierte Experimente	90
Plötzlicher Kindstod	Allgemeinbevölkerung (UK)	Beratung zu Schlafen in Rückenlage	Metastudie: Rückgang der Fälle von plötzlichem Kindstod	Beobachtungsstudie	91
Psychische Auffälligkeiten	Allgemeinbevölkerung, auch Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (Niederlande und andere Länder)	Metastudie: 12 Studien über Schulungsprogramme ^c	Verbesserte mütterliche Feinfühligkeit und höhere Häufigkeit sicherer Mutter-Kind-Bindungen	Kontrollierte Experimente	92

Unfallverletzungen	Allgemeinbevölkerung, auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Norwegen)	Mitteilungen an Behörden und Eltern über aktive/passive Maßnahmen zur Verhütung von Verbrennungen	Rückgang Verbrennungen um 50 Prozent	Kontrolliertes Experiment	93
--------------------	--	---	--------------------------------------	---------------------------	----

Anmerkungen:

- a Effekte mit ähnlichen Methoden in RKS in den USA (97) und Kanada (98) nachgewiesen
- b Zielgruppe „Allgemeinbevölkerung“, aber Effekt auch speziell für Subpopulation mit niedrigem sozioökonomischen Status berichtet
- c Es sind einige Studien aus den USA eingeschlossen.

Der Schwerpunkt der Tabellen 9.2 und 9.3 liegt zwar auf Interventionsmaßnahmen, die in westeuropäischen Ländern durchgeführt wurden, die meisten Maßnahmen zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen im Kindesalter wurden jedoch bislang in den USA durchgeführt. Bei unserer eigenen Recherche stießen wir auf über 50 Publikationen aus den USA zu derartigen Interventionen. Aus Platzgründen können diese Studien in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden. Zudem lässt sich auf Grund der erheblichen Unterschiede zwischen den Sozial- und Gesundheitssystemen in den USA und Westeuropa nicht immer eindeutig sagen, inwieweit sich Erkenntnisse aus den USA auf westeuropäische Verhältnisse übertragen lassen (24). Mit Sicherheit jedoch gelten hier wie dort einige Grundregeln in Bezug auf das „was funktioniert“. Kehrer und Wolin (25) zeigten beispielsweise in einer randomisierten, gemeindebasierten Studie, dass Einkommensbeihilfen in armen Haushalten zu einer Abnahme des Risikos eines niedrigen Geburtsgewichts führen können und dass dieser Effekt in den Gruppen mit dem höchsten Risiko (z. B. bei minderjährigen Müttern, die rauchen) am stärksten ausgeprägt ist. Welchen Beitrag die Analysen aus den USA zu den Interventionen in Westeuropa leisten können, ist zu prüfen.

Die in den Tabellen 9.2 und 9.3 dargestellten Studien machen deutlich, dass es eine Vielzahl von wirkungsvollen Handlungsansätzen gibt, wobei sich diese zu etwa gleichen Teilen entweder vorrangig an Kinder und Jugendliche oder an Familien richten. Die psychische Gesundheit sowie Unfälle sind die Gesundheitsprobleme, gegen die sich diese Maßnahmen am häufigsten richten. Betrachtet man die gesamte Kindheitsphase, so kann man feststellen, dass für alle Altersbereiche wirksame Maßnahmen durchgeführt wurden und dass sich nicht ableiten lässt, dass eine Intervention in einem bestimmten Altersbereich wirksamer ist als in einem anderen, da offenbar jede Altersgruppe ihr eigenes Potenzial für Interventionen zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit besitzt. Viele Interventionen werden von Fachkräften durchgeführt, die in den wichtigsten Lebensbereichen (Settings) von Kindern - d. h. im häuslichen Umfeld und in der Schule - arbeiten, und sie unterstreichen, welche wichtige Rolle diese beiden Settings bei dem Bestreben zur Herstellung gleicher Gesundheitschancen im Kindesalter spielen können. Von den 47 Studien basieren acht auf einer randomisierten kontrollierten Studie und weitere 11 auf einem kontrollierten Experiment. Dies erlaubt den Schluss, dass sich die Wirkung einer Intervention häufig mit Hilfe einer streng wissenschaftlichen Methode evaluieren lässt. Außerdem ist zu bemerken, dass die meisten der hier vorgestellten Interventionen im Vereinigten Königreich durchgeführt wurden und dass aus einer Reihe von Ländern (z. B. Deutschland) keine einzige Intervention vorliegt.

Zur Veranschaulichung, wie sich Interventionen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern durchführen lassen, stellen wir zwei gelungene Beispiele eingehender vor. Wir haben uns bemüht, zwei Beispiele aus zwei unterschiedlichen Ländern zu finden, die zwar jedes für sich einen anderen Ansatz verfolgen, aber beide evaluiert sind. Das erste Beispiel - „*Sure Start*“ (Sicherer Start) - stammt aus dem Vereinigten Königreich, das zweite - „*It is your decision*“ (Du bestimmst) - aus Schweden.

„*Sure Start*“

Bei „*Sure Start*“ handelt es sich um ein neues Programm für die frühkindliche Phase, das die Entwicklung von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren in benachteiligten Gegenden fördern soll (26). Sein weit gefasstes Ziel besteht darin, bedürftige Kinder dazu zu befähigen, sich körperlich, geistig und psychosozial so zu entwickeln, dass sie im Vorschulalter ihr Potenzial optimal ausschöpfen können. Dies soll über ein Angebot erreicht werden, das sich auf eine einzige Anlaufstelle stützt, bei der in einer mit dem Kinderwagen gut zu bewältigenden Entfernung eine Vielzahl von Leistungen angeboten werden, und das durch aufsuchende Dienste und häusliche Hilfe ergänzt wird. Das Leistungsangebot umfasst Kinderbetreuung, primäre Gesundheitsfürsorge, Früherziehung und Einkommensbeihilfen für Familien. Es steht allen Kindern im entsprechenden Alter im Einzugsgebiet offen und wird einkommensschwachen Familien je nach Bedürftigkeit kostenfrei angeboten. „*Sure Start*“-Projekte werden gemeinsam mit den Eltern erarbeitet und bauen in der Regel auf bereits vorhandenen gemeindebezogenen Aktivitäten/Netzwerken auf. Vielfalt ist daher ein wesentliches Merkmal des Programms, mit der Folge, dass es keinen einheitlichen Leistungsinput gibt, gegenüber dem man den erwarteten Fortschritt und die Maßzahlen zur Effektbeschreibung evaluieren kann. Unter

dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Ungleichheit handelt es sich hier um ein Konzept, das an einer kritischen Lebensphase - den ersten drei Lebensjahren - und einer wichtigen Übergangsphase - dem Eintritt in den Kindergarten - ansetzt, um das häusliche Umfeld, die sozioökonomische und die gesundheitliche Laufbahn der Kinder möglichst zu verbessern.

Bemerkenswert an der Entwicklung des „*Sure Start*“-Programms ist, dass dabei auf die sozialwissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit frühzeitiger Interventionen zurückgegriffen wurde (27). Im Einklang mit diesen Beweisen konzentriert sich das Programm auf Eltern, Kinder und ein den Bedürfnissen in sozialen Brennpunkten entsprechendes Leistungsangebot, um so die größtmögliche Chance einer positiven Beeinflussung der kindlichen Gesundheit und Entwicklung zu bieten. Im Rahmen der Projekte müssen Effekte und Ergebnisse überwacht werden. Eine umfassendere, unabhängige Evaluation ist geplant, wobei die neue „*Millennium Birth Cohort Study*“ im Vereinigten Königreich als Grundlage dient, um die von den „*Sure Start*“-Kindern gemachten Fortschritte zu vergleichen.

Es gibt potenzielle Wirkungen auf die Gesundheit von Kindern - z. B. auf ihr psychosoziales Wohlbefinden und ihren Ernährungszustand -, die sich den Daten zufolge möglicherweise auch in einer besseren Gesundheit im Erwachsenenalter niederschlagen (4, 5, 7, 14, 15, 27). Zu den längerfristigen Wirkungen können die in anderen Konzepten zur frühzeitigen Intervention festgestellten Ergebnisse gehören (z. B. höhere Erwerbstätigkeit und bessere Qualifikationen der Mütter, bessere schulische Leistungen, bessere Berufschancen).

Diese potenziellen günstigen Effekte für „*Sure Start*“-Kinder erfahren durch andere Faktoren, die sich auf Benachteiligungen im Kindesalter und deren Wirkungen auf den sozioökonomischen Status und die Gesundheit im Lebensverlauf auswirken, eine Beeinflussung (und Abschwächung). Beispielsweise wird in diesem Programm nicht unmittelbar etwas gegen die materiellen Verhältnisse armer Kinder unternommen: Nach wie vor wächst jedes vierte Kind, das im Sozialhilfebezug lebt, in einem Haushalt weit unterhalb der Armutsgrenze heran (28). Auf Grund seines zielgerichteten Ansatzes hat „*Sure Start*“ nur begrenzte Auswirkungen auf die Bevölkerung: Mit „*Sure Start*“ soll bis 2004 ein Drittel der in Armutsverhältnissen lebenden Kinder zwischen 0 und 3 Jahren erreicht werden. Es ist auf benachteiligte Gegenden (örtliche Behörden) ausgerichtet, aber nicht unbedingt auf die größten sozialen Brennpunkte innerhalb dieser Gegenden oder auf die am meisten benachteiligten Kinder. Dem Programm steht auch nur ein begrenztes Budget zur Verfügung. Derzeit betragen die Mittel pro Kind (1999 - 2002) weniger als ein Viertel der für jeden Schüler/jede Schülerin in der höheren Bildung aufgewendeten Mittel (29). Und mit benachteiligten Gruppen als Zielgruppe des Programms reichen seine potenziellen Effekte nicht entlang des sozioökonomischen Gefälles nach oben.

„It is your decision“ („Du bestimmst“): Ein an Schulen durchgeführtes, schülerzentriertes Gesundheitserziehungsmodell für Jugendliche

Sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit verstärkt sich im Laufe der Entwicklung von der Jugend zum jungen Erwachsenenalter (30). Diese Veränderungen lassen sich möglicherweise dadurch erklären, dass es in diesem Lebensabschnitt zunehmend zu einer Ungleichheit der Lebensumwelten kommt. Bestimmte psychologische Prädispositionen und Vulnerabilitäten können dabei ebenfalls eine Rolle spielen. Menschen reagieren unterschiedlich auf Probleme und Chancen: eine gute psychische Verfassung geht durchgängig mit aktiven Bewältigungsstrategien, z. B. einem vorwiegend aktiven Problemlöseverhalten (31, 32) und weniger mit Verdrängung/Verneinung, Aggression, Depression etc. einher. Die Daten deuten darauf hin, dass aktive Bewältigungsstrategien in sozial benachteiligten Gruppen seltener vorhanden sind (33). Daher kann gesundheitlicher Ungleichheit in gewissem Maße auch dadurch entgegengewirkt werden, dass die Jugendlichen in aktivem Bewältigungsverhalten geschult werden. Dieses Ziel verfolgt eine schulbasierte Methode, die 1985 in Schweden entwickelt wurde und deren Wirksamkeit in einer schwedischen (34, 35) und einer dänischen kontrollierten Studie (36) belegt wurde. Die Anleitung wird auch in einer deutschen Version eingesetzt (37).

Die Schülerinnen und Schüler nehmen über einen Zeitraum von etwa 2 Monaten an sechs einstündigen Sitzungen teil, von denen im Wechsel drei Sitzungen in Gruppen von je fünf Schülerinnen und Schüler und drei Einzelsitzungen stattfinden. Die Schülerinnen und Schüler klären im Rahmen von Diskussionen und mit Hilfe von Arbeitsblättern, wodurch sie sich gut oder aber schlecht fühlen. Auf diese Weise soll die Methode den Schülerinnen und Schüler ihre eigene Lebenslage bewusst machen. Ausgehend davon werden die Schülerinnen und Schüler gebeten, sich selbst ein gesundheitsförderndes Ziel zu stecken. In den späteren Sitzungen wird dann diskutiert, welche Fortschritte sie im Hinblick auf dieses Ziel gemacht haben. Die Methode stellt damit eine Strategie zur Gesundheitsförderung dar, bei der zunächst einmal die persönlich relevanten Gesundheitsprobleme ermittelt und anschließend eigeninitiierte Aktivitäten zur Erreichung eines persönlich relevanten Ziels unternommen werden.

Eine erste quasi-experimentelle Prä-Post-Kontrollstudie wurde mit 105 Schülerinnen und Schülern im Alter von 15 - 16 Jahren an vier Schulen in sozialen Brennpunkten durchgeführt. Statistisch signifikante Unterschiede zu Gunsten der experimentellen Gruppe zeigten sich hinsichtlich selbst angegebener problemorientierter Aktivitäten mit Bezug zur Schule, Aktivitäten zur Steigerung des Wohlbefindens und des Selbstwerts und hinsichtlich einer Tendenz zu derselben Ausrichtung von Kontrollüberzeugungen. Die Unterschiede traten bei Schülerinnen und Schülern aus der Arbeiterschicht deutlicher zu Tage als bei Schülerinnen und Schülern der Mittelschicht. Dieser Effekt könnte auf die konkrete und verständliche Arbeitsweise zurückzuführen sein, bei der die Arbeit mit den Arbeitsblättern genauso wichtig war wie die verbale Kommunikation.

Nahezu alle Schülerinnen und Schüler wählten ein eigenes Ziel aus, an dem sie während der Sitzungen und in der Zeit zwischen den Sitzungen arbeiteten. Diese Ziele betrafen überwiegend die psychologische und psychosoziale Gesundheit, etwa das Erzielen besserer Noten in einem Schulprojekt oder ein besseres Verhältnis zu einem bestimmten Freund/einer bestimmten Freundin. In den 4 Monate nach der letzten Sitzung durchgeführten Post-Test-Interviews sollten die Schülerinnen und Schüler berichten, welche gesundheitsfördernden Aktivitäten sie in Eigeninitiative nach der letzten Sitzung unternommen hatten, wobei diese überwiegend die körperliche Gesundheit betrafen. Die Mehrzahl dieser Aktivitäten gehörte nicht zu den während der Sitzungen behandelten Zielen. Die Schülerinnen und Schüler hatten also ihre Fähigkeit verbessert, aus eigener Initiative gesundheitsfördernde Aktivitäten zu unternehmen, eine Fähigkeit, die in engem Zusammenhang mit Bewältigungsverhalten steht.

Fazit

Eine Fülle von Interventionsmaßnahmen haben sich bereits bei der Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern als erfolgreich erwiesen. Gleichwohl könnte und sollte ganz offensichtlich noch weit mehr zur Bekämpfung dieses grundlegenden Problems unternommen werden. Zwar müssen die einzelnen Maßnahmen immer auf die lokalen Bedürfnisse und Gegebenheiten abgestimmt sein, aber es lassen sich durchaus einige allgemeine Grundregeln für eine erfolgreiche Intervention festhalten (z. B. (22)). Interventionen sollten demnach:

- einschneidend, intensiv, interdisziplinär gestaltet sein und gleichzeitig mehrere Aspekte abdecken,
- die Arbeit im persönlichen Kontakt mit Menschen und Kleingruppen in deren gewohnten Settings (Wohnumfeld, Schule, Arbeitsplatz usw.) beinhalten,
- vorab eine Bedarfsfeststellung einschließen, damit Wertvorstellungen der jeweiligen Kultur einfließen können,
- Angehörige der Zielbevölkerungsgruppen aktiv in die Konzeption und Durchführung einbeziehen,
- den Zugang zu Kompetenzen, Dienstleistungen und materieller Unterstützung sowie zu Beratung und Aufklärung ermöglichen.

Es gibt keine Einzelmaßnahme, die alle diese Kriterien auf einmal erfüllen kann. Diese Auflistung erweist sich aber hoffentlich in der Planungsphase als hilfreich, wenn verschiedene

Interventionsmöglichkeiten erarbeitet und bewertet werden. So genannte „Downstream“-Maßnahmen, die auf der Ebene des Einzelnen erfolgen (z. B. die Impfung von Kindern aus armen Haushalten), sollten mit „Upstream“-Maßnahmen kombiniert werden, die bei den generellen Umständen ansetzen (etwa die Verbesserung des Kindergarten-/Vorschulangebots in sozial benachteiligten Gegenden). „Downstream“-Maßnahmen mögen kostengünstiger sein, aber „Upstream“-Maßnahmen dürften sich als wirkungsvoller erweisen. Es rechnet sich nicht, „Upstream“-Maßnahmen als zu teuer abzutun, da sie durchaus effizienter sein können als Downstream-Maßnahmen. In jedem Falle besteht die kostenwirksamste Strategie darin, beide Ansätze zu kombinieren. Gleichermaßen sollten Konzepte, die sich an die Gesamtbevölkerung wenden (universelle Konzepte), mit solchen kombiniert werden, die speziell auf Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status zugeschnitten sind (zielgerichtete Konzepte). Beide Strategien haben Vor- und Nachteile: Bei universellen Konzepten besteht z. B. die Möglichkeit, dass gerade diejenigen übersehen werden, die am dringendsten Hilfe benötigen, und zielgerichtete Konzepte bergen die Gefahr der Benachteiligung. Unseres Erachtens sind viele universelle Ansätze - z. B. die Schaffung gleicher Bildungs- und Gesundheitschancen für alle - von immenser Bedeutung für die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern, gleichzeitig sind aber auch zielgerichtete Konzepte - etwa regelmäßige Hausbesuche bei einkommensschwachen Müttern mit Kleinkindern (siehe Tabelle 9.2, (41)) - sehr wichtig.

Unsere vorliegende Übersichtsarbeit legt nahe, dass zwar sowohl von kommunaler Seite als auch von fachlichen Einrichtungen viele verschiedene Interventionsmaßnahmen durchgeführt werden, aber kein routinemäßiges Berichterstattungssystem zur Darstellung dieser Maßnahmen existiert. Viele Interventionen sind kaum bekannt und nur sehr wenige wurden systematisch evaluiert. Dies macht es schwierig, aus bereits gesammelten Praxiserfahrungen zu lernen. Wir empfehlen daher dringend, jede Intervention mit einer Evaluation zu verknüpfen und im Rahmen eines europaweiten Berichterstattungssystems zu erfassen. Einer der wichtigsten Beiträge, die Public-Health-Wissenschaftler hier leisten können, ist sich an der Erarbeitung und Evaluation solcher Interventionen zu beteiligen (38). Regierungen und Behörden von der Notwendigkeit der Evaluation von Maßnahmen zu überzeugen und einen Kompromiss zwischen einer wissenschaftlich exakten Evaluation einerseits und den Zwängen der jeweiligen Intervention andererseits zu finden, ist schwierig. Diese Herausforderung gilt es jedoch zu bewältigen, um zu einer Kombination aus wirkungsvollen Interventionen zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern zu gelangen.

Literatur

1. UNICEF. *Child Poverty in Rich Nations, Innocenti Report Card No 1*. Florenz: 2000 (www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcardle.pdf)
2. Mielck A. Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg). *Kinder und Jugendliche in Armut. 2., vollständig überarbeitete Auflage*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 2001; 230-53.
3. Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 1997; 350: 1584-5.
4. Gunnell DJ, Davey-Smith G, Frankel G *et al.* Childhood leg length and adult mortality: follow-up of the Carnegie (Boyd Ort) Survey of Diet and Health in Prewar Britain. *J Epidemiol Commun Health* 1998; 52: 142-52.
5. *Acheson Report: Independent Inquiry into Inequalities in Health* (Chairman Sir Donald Acheson). London: The Stationery Office, 1999.
6. Drever F, Whitehead M, eds. *Health Inequalities*. London: Office for National Statistics, 1997.
7. Spencer N. *Poverty and Child Health*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1996.
8. Klocke A, Hurrelmann K. Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? *Zeitschr Gesundheitswiss* 1995 (2. Beiheft): 138-51.
9. Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med* 1991; 36(8): 1047-52.
10. Power C. Social and economic background and class inequalities in health among adults. *Soc Sci Med* 1991; 32(4): 411-17.

11. Mheen D van de: *Inequalities in Health: To Be Continued? A Lifecourse Perspective on Socioeconomic Inequalities in Health*. Rotterdam: Erasmus University, 1998.
12. Barker D. *Mothers, Babies and Health in Later Life*. London: Churchill Livingstone, 1998.
13. Davey Smith G, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Lifecourse approaches to socioeconomic differentials in cause-specific adult mortality. In: Leon D, Watt G, eds. *Poverty, Inequality and Health*. Oxford: Oxford University Press, 2000; 88-124.
14. McKey H, Condelli L et al. *The Impact of Head Start on Children, Families and Communities. Final Report of the Head Start Evaluation, Synthesis and Utilization Project*. Washington: US Department of Health and Human Services, 1985.
15. Oliver C, Smith M. *The Effectiveness of Early Interventions*. Perspectives on Education Policy Series. London: Institute of Education, 2000.
16. Alderson P. How much do children care about effectiveness? In: Alderson P, Brill S et al., eds. *What Works? Effective Social Interventions and Child Welfare*, London: Barnardos, 1996.
17. Murray J, Lopez A. *Global Burden of Disease. Vol 1*. Harvard: Harvard University Press, 1996.
18. National Institute of Public Health. *Determinants of Burden of Disease in the European Community*. Stockholm: National Institute of Public Health, 1997.
19. Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. *Sjukdonrsbördan i Sverige - en Svensk DALY-kalkyl (Burden of disease in Sweden. A Swedish DALY estimation)*. Stockholm: Karolinska Insitutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum, Stockholms Läns Landsting, 1999.
20. Pless IB, ed. *The Epidemiology of Childhood Disorders*. New York: Oxford University Press, 1994.
21. Bremberg S, ed. *Evidence-based Health Promotion for Children and Adolescents in Stockholm County*. Huddinge: CBU, 1999.
22. University of York *Review of the Research on the Effectiveness of Health Service Interventions to Reduce Variations in Health*. York, 1995.
23. Gepkens A, Gunning-Schepers LJ. *Interventions to Reduce Socioeconomic Health Differences*. Amsterdam: University of Amsterdam, Institute of Social Medicine, 1995.
24. Gepkens A, Gunning-Schepers LJ. Interventions to reduce socioeconomic health differences: a review of the literature. *Eur J Public Health* 1996; 6: 218-26.
25. Kehrer BH, Wolin CM. Impact of income maintenance on low birth weight: evidence from the Gary Experiment. *J Human Resources* 1979; XIV (4): 434-62.
26. Department for Education and Employment (DFEE). *Sure Start: Making a Difference for Children and Families*. London: DFEE, 1999.
27. HM Treasury. *Comprehensive Spending Review: Cross-departmental Review of Provision for Young Children, Supporting Papers, Volumes 1 and 2*. London: The Stationery Office, 1998.
28. Piachaud D, Sutherland H. *How Effective is the British Government's Attempt to Reduce Child Poverty?* CASE paper 38. London: London School of Economics, 2000.
29. Piachaud D. Progress on poverty. *New Economy* 1999; 6(3): 154-60.
30. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med* 1997; 44(6): 833-58.
31. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55(3): 234-47.
32. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1994.
33. Bosma H, van de Mheen D, Mackenbach JP. Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *Br Med J* 1999; 318: 18-22.
34. Arborelius E, Bremberg S. It is your decision - behavioural effects of a student centred school health education model for adolescents. *J Adolesc* 1988; 11: 287-97.
35. Arborelius E, Bremberg S. How do teenagers respond to a consistently student-centred programme of school health education at school? *Health Promotion in Action*, ESSOP Congress. Valencia, Spain: 1992: 69.
36. Back P. *Du bestemmer projektet' - en anderledes form for sundhedsamtaler' ('It's Your Decision' - An Alternative Method for Communication about Health)*. Ringkjøbing, Denmark: Ringkjøbing Amt, 1998.
37. Bisegger C, Bolliger-Salzmann, H. *Evaluation des 'Du seisch wo diire' (Evaluation of 'It's Your Decision')*. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, 1998.

38. Mackenbach JP, Gunning-Schepers L. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *J Epidemiol Commun Health* 1997; 51: 359-64.
39. Baker IA, Elwood PC, Hughes J, Jones M, Moore F, Sweetnam PM. A randomised controlled trial of the effect of the provision of free school milk on the growth of children. *J Epidemiol Commun Health* 1980; 34(1): 31-4.
40. James J, Lawson P, Male P, Oakhill A. Preventing iron deficiency in preschool children by implementing an educational and screening programme in an inner city practice. *Br Med J* 1989; 299(6703): 838-40.
41. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon MEJ. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 2000; 188: 201-5.
42. Nicoll A, Mann N, Mann S, Vyas H. The child health clinic: results of a new strategy of community care in a deprived area. *Lancet* 1986; 1: 606-8.
43. Roberts H, Smith S, Bryce C. Prevention is better. *Sociol Health Illness* 1993; 15: 447-63.
44. Svanström L, Ekman R, Schelp L, Lindström Å. The Lidköping accident prevention programme - a community approach to injury to preventing childhood injuries in Sweden. *Injury Prev* 1995; 1(3): 169-72.
45. Rutter M, Maughan B, Mortimore P, Ouston J. *Fifteen Thousand Hours*. London: Open Books, 1979.
46. Rutter M. School effects on pupil progress: research findings and policy implications. *Child Dev* 1983; 54: 1-54.
47. Sharples PM, Storey A, Aynsley-Green A, Eyre JA. Causes of fatal childhood accidents involving head injury in northern region, 1979-86. *Br Med J* 1990; 301(6762): 1193-7.
48. Childs F, Aukett A, Darbyshire P, Itett S, Livera LN. Dietary education and iron deficiency anaemia in the inner city. *Arch Dis Child* 1997; 76(2): 144-7.
49. Somerville SM, Rona RJ, Chinn S, Qureshi S. Family Credit and uptake of school meals in primary school. *J Public Health Med* 1996; 8(1): 98-106.
50. Andersson BE. Effects of day-care on cognitive and socio-emotional competence of thirteen-year-old Swedish schoolchildren. *Child Dev* 1992; 63(1): 20-36.
51. Broberg A, Wesselt H, Lamb M, Hwang C. Effects of care on the development of cognitive abilities in 8-year-olds: a longitudinal study. *Dev Psychol* 1997; 33: 62-9.
52. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2000 (3).
53. Carmichael CL, Rugg-Gunn AJ, Ferrell RS. The relationship between fluoridation, social class and caries experience in 5-year-old children in Newcastle and Northumberland in 1987. *Br Dent J* 1989; 167: 57-61.
54. Cooper HM. Does reducing student-to-instructor ratios affect achievement? *Educ Psychol* 1989; 24: 79-98.
55. Pekurinen M. The demand for tobacco products in Finland. *Br J Addiction* 1989; 84(10): 1183-92.
56. Rugg-Gunn AJ, Carmichael CL, Ferrell RS. Effect of fluoridation and secular trend in caries in 5-year-old children living in Newcastle and Northumberland. *Br Dent J* 1988; 165(10): 359-64.
57. Smith LK, Thompson JR, Woodruff G. Children's vision screening: impact on inequalities in central England. *J Epidemiol Commun Health* 1995; 49(6): 606-9.
58. Zarod BK, Lennon MA. The effect of school dental screening on dental attendance. The results of a randomised controlled trial. *Community Dent Health* 1992; 9: 361-8.
59. Rona RJ, Chinn S, Smith AM. School meals and the rate of growth of primary school children. *J Epidemiol Commun Health* 1983; 37(1): 8-15.
60. Rona RJ, Chinn S. School meals, school milk and height of primary school children in England and Scotland in the eighties. *J Epidemiol Commun Health* 1989; 43(1): 66-71.
61. Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Commun Dew Health* 1994; 11(2): 97-100.
62. Winter GB, Holt RD, Williams BF. Clinical trial of a low-fluoride toothpaste for young children. *Int Dent J* 1989; 39: 227-35.
63. Hafstad A. Provocative anti-smoking appeals in mass-media campaigns. An intervention study on adolescent smoking (Thesis). Oslo: University of Oslo, 1997.

64. Lawson GR, Craft AW, Jackson RH: Changing pattern of poisoning in children in Newcastle, 1974-81. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983; 287(6384): 15-7.
65. Maimaris C, Summers CL, Browning C, Patmer CR. Injury patterns in cyclists attending an accident and emergency department: a comparison of helmet wearers and non-wearers. *Br Med J* 1994; 308(6943): 1537-40.
66. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35(7): 1171-90.
67. Sabey B. Engineering safety on the road. *Injury Prev* 1995; 1(3): 182-6.
68. Sowden A, Arblaster L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
69. Webster DC, Mackie AM. *Review of Traffic Calming Schemes in 20 mph Zones*, TRL Report 215. Crowthorne, Berkshire: Transport Research Foundation, 1996.
70. Boom van den DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Dev* 1994; 65: 1457-71.
71. Boom van den DC. Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Dev* 1995; 66: 1798-816.
72. Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. *Br Med J* 1998; 316: 1576-9.
73. Colver AF, Hutchinson PJ, Judson EC. Promoting children's home safety. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 285(6349): 1177-80.
74. Davies J, Evans F. The Newcastle Community Midwifery Care Project. In: Robinson S, Thomson A, eds. *Midwives, Research and Childbirth*. London: Chapman & Hall, 1991.
75. Fitzpatrick P, Molloy B, Johnson Z. Community mothers' programme: extension to the travelling community in Ireland. *J Epidemiol Commun Health* 1997; 51(3): 29-303.
76. Gordon J, Swan M. Springburn Primary Care Project. *Community Support Groups for High-dependency Families - a Pilot Study in One General Practice*. Glasgow: Interim Report. Health Promotion Department, Greater Glasgow Health Board, 1994 (zitiert aus Nr. 22, S. 75 und 151).
77. James J, Brown J, Douglas M, Cox J, Stocker S. Improving the diet of under fives in a deprived inner city practice. *Health Trends* 1992; 24(4): 161-4.
78. Johnson Z, Howell F, Molloy B. Community mothers' programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Br Med J* 1993; 306:1449-52.
79. Lee P. The effects of a nutrition intervention programme on the nutritional status of pre-school children in disadvantaged areas of Dublin. University of Dublin: PhD dissertation 1988 (zitiert aus Nr. 22, S. 92 und 153).
80. Marsh GN, Channing DM. Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community. *Br Med J* 1988; 296: 173-6.
81. Oakley A, Hickey D, Lynda R, Rigby A. Social support in pregnancy - does it have long-term effects? *J Reprod Infant Psychol* 1996; 14: 7-22.
82. Puckering C, Rogers J, Mills M, Cox A, Mattsson-Graff M. Process and evaluation of a group intervention for mothers with parenting difficulties. *Child Abuse Rev* 1994; 3: 299-310.
83. Wood J. A review of antenatal care initiatives in primary care settings. *Br J Gen Pract* 1991; 342: 20-6.
84. Arborelius E, Bremberg S. Child health centre based promotion of a tobacco-free environment in children's homes - a national case study. *Health Promotion International* 2001; 16(3): 245-54.
85. Jones DA, West RR. Effect of a lactation nurse on the success of breastfeeding: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Commun Health* 1986; 40(1): 45-9.
86. Papiernik E, Bouyer J, Dreyfus J et al. Prevention of preterm births: a perinatal study in Haguenau, France. *Pediatrics* 1985; 76(2): 154-8.
87. Murphy PA. Preterm birth prevention programs. A critique of current literature. *J Nurse Midwifery* 1993; 38(6): 324-35.
88. Reading R, Colver A, Openshaw S, Jarvis S. Do interventions that improve immunisation uptake also reduce social inequalities in uptake? *Br Med J* 1994; 308(6937): 1142-4.
89. Wennemo I. Infant mortality, public policy and inequality - a comparison of 18 industrial countries 1950-1985. *Sociol Health Illness* 1993; 15: 429-45.

90. Cooper P, Murray L. Postnatal depression. *Br Med J* 1998; 316: 1884-6.
91. Gilbert R. The changing epidemiology of SIDS. *Arch Dis Child* 1994; 70(5): 445-9.
92. IJzendoorn van MH, Juffer F, Duyvesteyn MG. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36(2): 225-48.
93. Ytterstad B, Smith GS, Coggan CA. Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Injury Prev* 1998; 4(3): 176-80.
94. Schorr LB, Schorr D. *Within Our Reach: Breaking the Cycle of Disadvantage*. New York: Anchor Books, 1988.
95. Durlak JA. *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*. New York: Plenum, 1997.
96. Biener L, Aseltine RH Jr, Cohen B, Anderka M. Reactions of adult and teenage smokers to the Massachusetts tobacco tax. *Am J Public Health* 1998; 88(9): 1389-91.
97. Webster-Stratton C, Herbert M. *Troubled Families, Problem Children*. New York: John Wiley, 1994.
98. Tremblay R, Vitaro F, Bertrand L *et al.* Parent and child training to prevent early on-set of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. In: McCord J, Tremblay R, eds. *Preventing Anti-social Behavior: Interventions through Birth to Adolescence*. New York: Guilford Press, 1992.