

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und
-psychosomatik

Kommissarische Leitung: PD Dr. Carola Bindt

„Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ – Evaluation eines bundesweiten Sprachfrühförderprogramms über niedergelassene Pädiater

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Johann Harald Flegel

aus Potsdam

Hamburg 2021

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 25.04.2022

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: PD Dr. Julie Cläre Nienstedt

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Michael Schulte-
Markwort**

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1. Einleitung.....	1
1.1. Problemstellung	1
1.2. Beschreibung der Lesestart-Initiative	2
1.3. Theoretischer Hintergrund.....	4
1.3.1. Sprachentwicklung.....	4
1.3.2. Sprachfrühförderung.....	6
1.3.3. Kinderärzte als Multiplikatoren.....	6
1.3.4. Evaluationsforschung	7
1.4. Stand empirischer Forschung	9
1.5. Fragestellungen	13
2. Methodik	14
2.1. Studiendesign	14
2.2. Stichprobe	14
2.3. Fragebogen und Items	15
2.4. Auswertung	15
3. Ergebnisse	17
3.1. Merkmale der teilnehmenden Pädiater.....	17
3.2. Soziodemographische Einschätzung der teilnehmenden Familien	18
3.3. Allgemeine Programmumsetzung	18
3.4. Kriterien für Verteilung des Lesestart-Sets und Beratungsbedarf der Familien	21

3.5. Erwartbare Effekte des Lesestartprojektes und Prädiktoren der Erfolgseinschätzung.....	23
4. Diskussion	27
4.1. Kurzzusammenfassung der Hauptergebnisse.....	27
4.2. Diskussion der Untersuchungsfragen und ausgewählter Einzelergebnisse.....	28
4.3. Methodische Grenzen	37
4.4. Fazit	39
5. Zusammenfassung	42
6. Abstract.....	43
7. Literaturverzeichnis.....	44
8. Anlagen.....	49
9. Danksagung.....	53
10. Lebenslauf	54
11. Eidesstattliche Versicherung.....	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Verteilung soziodemographischer Merkmale der an der U6-Vorsorgeuntersuchung teilnehmenden Familien nach Einschätzung der Pädiater	18
Abbildung 2. Verteilung soziodemographischer Merkmale der an Lesestart teilnehmenden Familien nach Einschätzung der Pädiater.....	21
Abbildung 3. Beratungsbedarf der Eltern von 1- bis 3-jährigen Kindern laut teilnehmenden Pädiatern	23
Abbildung 4. Werteverteilung der Skala „Erfolgserwartung“ der Pädiater	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Merkmale der teilnehmenden Pädiater	17
Tabelle 2 Umsetzung des Programms in den Praxen	19
Tabelle 3 Allgemeine Beratung und Erläuterungen zu Lesestart bei der U6- Untersuchung	20
Tabelle 4 Kriterien für die Ausgabe der Lesestart-Sets an alle bzw. nur ausgewähl- te Familien	22
Tabelle 5 Zu erwartende Effekte durch die Verteilung der Lesestart-Sets	23
Tabelle 6 Vorhersage der Erfolgseinschätzungen durch die Pädiater	26

Abkürzungsverzeichnis

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BVKJ	Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation
HIPPY	Home Instruction for Parents of Pre-school Youngsters
IGLU	Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung
KÄ	Kinderärzte/Kinderärztinnen
LeWi	Leseförderung und Wirkungsforschung
MOCEP	The Mother and Child Education Program
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
PISA	Programme for International Student Assessment
U6	Sechste Vorsorgeuntersuchung bei Kindern (10.-12. Monat)
UV	Ultraviolettstrahlung

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

In unserer Gesellschaft sind die Fähigkeiten zum Sprechen, Lesen und Schreiben Schlüsselkompetenzen, um Zugang zu Bildung und Ausbildung zu gewährleisten und damit beruflichen Erfolg, Wohlstand und Lebensqualität zu erlangen (Artelt et al., 2007). Groß angelegte Vergleichsstudien wie zum Beispiel das „Programme for International Student Assessment“ (PISA) oder die „Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung“ (IGLU) zeigen, dass deutsche Kinder trotz diverser Reformanstrengungen im internationalen Ranking zwar aufholen, aber immer noch keine Spitzenplätze belegen (Reiss et al., 2016). Damit Kinder bessere Fähigkeiten insbesondere im Lesen entwickeln, müssen sie in Zukunft so früh wie möglich gefördert werden. In der Langzeitstudie „Leseförderung und Wirksamkeitsforschung“ (LeWi) wurde belegt, dass der regelmäßige Besuch einer Bibliothek „positiven Einfluss auf die Leseleistung, Lesegewohnheit als auch auf die Lesemotivation von Grundschülerinnen und –schüler“ hatte (Krauß-Leichert, 2019 S. 70). Um Kinder noch früher, also vor dem Schuleintritt zu fördern, hat in den letzten Jahren die vorschulische Sprachförderung, die sogenannte Sprachfrühförderung eine besondere Bedeutung erlangt und verschiedene Institutionen haben dazu unterschiedliche Konzepte und Vorgehensweisen entwickelt und erprobt (Reiss et al., 2016). Ein zentrales Problem bei diesen Ansätzen ist, wie Familien mit Kindern, die noch nicht im Schulalter sind, überhaupt bundesweit flächendeckend erreicht werden können. Für die Gruppe der sehr jungen Kinder (ab 1 Jahr) könnten niedergelassene Kinderärzte¹ mit ihren Früherkennungsuntersuchungen (U6-U9) geeignete Multiplikatoren sein. Mit „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ wurde ein erster landesweiter Versuch diesbezüglich gestartet.

¹ Die Bezeichnungen von Personengruppen in dieser Arbeit beziehen sich ausdrücklich auf alle Geschlechter (männlich, weiblich, divers). Zur besseren Lesbarkeit wird im Rahmen dieser Arbeit die männliche Form verwendet.

1.2. Beschreibung der Lesestart-Initiative

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat 2011 das erste deutschlandweite Leseförderprogramm „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“, für einen Zeitraum von acht Jahren initiiert. Lesestart ist ein mit 26 Millionen Euro staatlich finanziertes Vorhaben, welches sich folgende zwei Hauptziele gesetzt hat:

1. Eltern sollen für die Sprach- und Leseförderung ihrer Kinder gewonnen werden, darunter insbesondere bildungsferne Eltern.
2. Kinder sollen so früh wie möglich mit Büchern und Geschichten vertraut gemacht und damit in ihrer Sprachfähigkeit als Grundlage des späteren Leselernens gestärkt werden.

Zur Umsetzung des Programms wurde vom BMBF die Stiftung Lesen beauftragt. Die wissenschaftliche Begleitung übernahm die InterVal GmbH in Kooperation mit der Universität zu Köln und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Dabei sollte zum einen die Wirksamkeit der Initiative erforscht und zum anderen die Umsetzung des Programms überwacht und wenn nötig optimiert werden. Die im Verlauf gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse wurden in regelmäßigen Abständen in Zwischenberichten zusammengefasst und veröffentlicht.

Die Programmumsetzung geschah in Form einer kostenlosen Materialverteilung über drei zeitlich versetzte Phasen. In der ersten Phase, wurde die Verteilung der Materialien über Kinderärzte, in der zweiten Phase über Bibliotheken und in der dritten und letzten Phase über Grundschulen realisiert. Jede dieser Phasen ging über einen Zeitraum von drei Jahren, dabei gab es teilweise zeitliche Überschneidungen. Da sich die vorliegende Arbeit ausschließlich mit der Auswertung von einer der drei Pädiaterbefragungen der ersten Phase befasst, wird nur diese Phase hier ausführlicher beschrieben.

In der ersten Phase, wurden die Materialien im Zuge der ärztlichen U6-Untersuchung an die Familien, der zu dem Zeitpunkt ca. einjährigen Kinder, ausgegeben. Zur Verfügung standen dabei pro Jahr ca. 400.000 Materialsets. Im Jahr 2012 standen genau 399.361 Sets zur Verfügung. Da nicht genügend Sets für alle

Familien eines Jahrgangs zur Verfügung standen, sollten die Sets vorzugsweise an bildungsferne Familien ausgegeben werden. Diese wurden von 5.034 Kinderärzten aus Einzel-, Gemeinschaftspraxen oder Kliniken verteilt. Am Umfang und Inhalt der Materialsets wurden von Jahr zu Jahr, durch die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung, immer wieder Nachbesserungen vorgenommen. Im Jahr 2012 bestand ein Lesestart-Set aus folgenden Materialien:

- Bilderbuch
- Elternratgeber bezüglich des Vorlesens
- DVD (Kurzfilm über Lesestart)
- Broschüre mit altersadäquaten Buchempfehlungen
- Pixi-Buch (Kindgerechter Vorstellung der Initiative)
- Gutschein für Lesestartset II
- Bibliotheksflyer (mit Informationen zu Bibliotheksangeboten)
- Lesestart-Poster
- Tagebuch zum Eintragen der Sprechfortschritte der Kinder

Die Übergabe der Materialsets erfolgte, wie zuvor bereits erwähnt, im Rahmen der U6-Vorsorgeuntersuchung in den meisten Fällen durch den Pädiater. In der U6-Untersuchung geht es neben einer eingehenden Anamnese und körperlichen Untersuchung außerdem um eine orientierende Beurteilung der Entwicklung des Kindes. Hierzu gehört auch die sprachliche Entwicklung. Dabei wird besonders auf eine spontane Lautäußerung, die Produktion von Doppelsilben (z.B. da-da, ba-ba), auf eine Äußerung längerer Silbenketten oder die Nachahmungen von Lauten geachtet (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Da die U6 Untersuchung von 97-99% aller in Deutschland lebender Kinder wahrgenommen wird (Schmidtke et al. 2018) scheinen Kinderärzte ein geeignetes Mittel zur Verteilung solcher Materialien zu sein. In früheren kleineren und regionalen Frühförderprojekten waren Deutschlands Kinderärzte bereits als solche Multiplikatoren tätig. Dabei wurden die Kinderärzte in der Funktion als Multiplikator jedoch nicht oder kaum untersucht (Kuhlmann, 2013). Da bei „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ eine Pädiaterbefragung durchgeführt und Daten zur Struktur- und Prozessqualität erhoben wurden, können in dieser Arbeit nun erste Daten dazu ausgewertet werden. Bevor anhand von Untersuchungsfragen die Ergebnisse

vorgestellt und diskutiert werden, soll ein kurzer Überblick über den theoretischen Hintergrund einige Grundlagen klären.

1.3. Theoretischer Hintergrund

1.3.1. Sprachentwicklung

Kinder erlernen Sprache allein durch den Aufenthalt in einem reichhaltigen sprachlichen Milieu (Tracy, 2007). Durch den Input der umgebenden Menschen wie Familie, Verwandte, Aufsichtspersonen oder Spielgefährten erlernen Kinder das Verständnis ihrer Muttersprache und schrittweise die Fähigkeit zur richtigen Aussprache und Verwendung der Grammatik (Kuhlmann, 2013). Dabei erlernt ein Kind unter normalen Umständen, egal an welchem Ort auf dieser Erde, seine Muttersprache in einer recht gleichen Reihenfolge (Szagun, 2016). Wie es allerdings genau zu diesem intuitiven Spracherwerb kommt, beschäftigt Sprachwissenschaftler seit Jahrzehnten und wird bis heute diskutiert (Trautner, 1997).

Um einen Überblick zum Thema der Sprachentwicklung zu geben, können nach Trautner (1997) vier Theorien zur Sprachentwicklung benannt werden:

- *Die biologischen Grundlagen des Spracherwerbs (Nativismus)* gehen davon aus, dass jedem Menschen eine genetische Grundausstattung zum Spracherwerb gegeben ist. Zwei bekannte Vertreter sind Chomsky und Lenneberg. Lenneberg (1972) beschreibt eine angeborene Sprachbereitschaft welche sich kontinuierlich mit der körperlichen Reifung entwickelt. Chomsky (1972) geht von einer angeborenen Spracherwerbsvorrichtung aus, welche mit Hilfe von Hypothesenbildung und Hypothesenbewertung das Spracherlernen ermöglicht.
- *Die psychoanalytische Sichtweise des Spracherwerbs* gibt der Sprache an sich eine untergeordnete Rolle. Der Mensch entwickelt frühzeitig Triebbedürfnisse, welche zuerst mit Hilfe von motorischen Fähigkeiten und später mittels verbaler Kommunikation, zum Ausdruck gebracht werden (Spitz, 1957).

- *Die soziale Lerntheorie der Sprachentwicklung (Behaviorismus)* beschäftigt sich mit den zentralen Punkten der operanten Konditionierung und des Imitationslernens. Bei der operanten Konditionierung generiert ein Kind zufällig Laute. Nur die Laute, welche der Umgebungssprache am stärksten ähneln, werden bekräftigt und verstärkt (Skinner, 1957). Beim Imitationslernen ahmen die Kinder die vermeintlich gehörten Wörter nach und eignen sich nach und nach die Sprache der Umwelt an (Wieczerkowski, 1982).
- *Die kognitive Theorie der Sprachentwicklung (Kognitivismus)* geht davon aus, dass die sprachliche Fähigkeit an die kognitive gekoppelt ist und nicht allein betrachtet werden kann. Das bedeutet, das Kind setzt sich geistig mit seiner Umwelt auseinander und entwickelt nebenbei sprachliche Fähigkeiten (Piaget, 1972).

Nach Schrenker (2012) muss ebenfalls das *Interaktionistische Spracherwerbsmodell* erwähnt und besonders hervorgehoben werden. Bruner (2002) ist einer der bekanntesten Vertreter des interaktionistischen Spracherwerbsmodells und seine Theorien sind die Basis für Frühförderprojekte wie z. B. „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“.

Bruner (2002) baut auf der Basis von Chomsky (1969, 1970) auf und bekräftigt, dass ein Kind die angeborene Fähigkeit besitzt, überhaupt eine Sprache zu erwerben. Das Erlernen einer Sprache funktioniert dabei aber vor allem durch Interaktionen mit den Eltern, laut Bruner (2002) insbesondere mit der Mutter. Die Mutter kommuniziert von Anfang an mit dem Kind in einfachen Sätzen und Lauten mit häufigen Wiederholungen. Vereinfacht und zusammengefasst erlernt das Kind seine Sprache durch Interaktionen mit den Menschen in seiner Umgebung und durch Wiederholungen von Wörtern und Lauten sowie Übertragung dieser in neue Situationen (Schrenker, 2012).

Darauf basierend ergibt sich die Annahme, dass Kinder, die besonders viel mit den Menschen in ihrer Umgebung interagieren und kommunizieren, im Verlauf gute sprachliche Fähigkeiten aufweisen. An diesem Punkt setzt die Sprachfrühförderung an, welche im Folgenden kurz erläutert wird.

1.3.2. Sprachfrühförderung

Wissenschaftliche Grundlagen für Sprachfrühförderprogramme stammen im Wesentlichen aus frühkindlichen Entwicklungstheorien (Stamm & Edelmann, 2013). Wie zuvor schon erläutert, besagt die interaktionistische Theorie von Bruner (2002), dass Kinder ihre Sprache durch Interaktionen mit ihrem sozialen Umfeld erlernen. Diese Theorie lässt sich ebenfalls auf den Erwerb von *Literacy* anwenden. *Literacy* und *Family Literacy* sind heute die zentralen Begriffe in der kindlichen Sprachfrühförderung. *Literacy* meint im Allgemeinen die Fähigkeit, mit Texten, Büchern, Sprache und anderen schriftbezogenen Medien umzugehen (Nickel, 2007). Der Bildungswissenschaftler Nickel (2007) beschreibt *Literacy* als eine „Metapher für eine anwendungsorientierte Grundbildung“ (Nickel, 2007, S.87). Dabei bezieht sich *Literacy* über Sprache hinausgehend auch auf andere Bildungsbereiche wie Mathematik, Gesundheit, Finanzen oder Ernährung. Die *Family Literacy* befasst sich mit der Wirkung von Eltern auf ihre Kinder in Bezug auf die Sprachentwicklung (Artelt et al., 2007). Dabei werden Eltern im Sinne eines Rollenmodells beziehungsweise einer Vorbildfunktion als die wichtigsten Lehrer ihrer Kinder verstanden (Rabkin & Störmer, 2011).

Damit Eltern diese Rolle möglichst effektiv und ohne negative Folgen ausüben können, sind präventive Bildungsprogramme wie Lesestart notwendig und sinnvoll. Hierbei soll den Eltern vermittelt werden, dass zum Beispiel durch gemeinsames Vorlesen sowohl Grundlagen für die spätere Konversationsfähigkeit gelegt werden, als auch eine bessere emotionale Bindung zwischen Kind und Eltern entstehen kann (Egan et al., 2020). Um alle Familien der Zielgruppe flächendeckend zu erreichen, werden Multiplikatoren wie beispielsweise Kinderärzte gebraucht, die einen regelmäßigen und verbindlichen Kontakt mit der Zielgruppe haben.

1.3.3. Kinderärzte als Multiplikatoren

Der Pädiater ist für die Erkennung und Behandlung von Krankheiten im Kindesalter verantwortlich. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wurden 1971 die Kindervorsorgeuntersuchungen ins Leben gerufen und seitdem stetig überarbeitet und ergänzt (Allhoff, 2010). Diese sogenannten U-Untersuchungen dienen unter

anderem der frühzeitigen Erkennung von Krankheiten oder Vernachlässigung von Kindern und können als Präventionsprogramm gesehen werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Präventionsarbeit ist demnach ein Hauptaufgabenfeld eines Kinderarztes. Sie sind wichtige Multiplikatoren in der Gesundheitserhaltung und -förderung von Kindern. Dabei geht es nicht nur um klassische Themen der Primärprävention wie der Impfung, sondern auch um die Sensibilisierung der Eltern zu Themen wie beispielsweise Fettleibigkeit oder UV-Schutz (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Eines solcher Programme, zur Prävention von Gewalt gegen Kinder, wurde im Jahr 2019 über Kinderärzten in Düsseldorf erprobt. Hier klebten Kinderärzte einen Aufklärungsbogen in die Vorsorgehefte der Kinder ein, um Eltern für dieses Thema zu sensibilisieren. Um die Wirksamkeit des Programms zu beurteilen, wurde die Initiative von der Hochschule Düsseldorf wissenschaftlich begleitet (Schlingensiepen, 2019).

Um die Durchführbarkeit und Wirksamkeit solcher Programme zu beurteilen, müssen diese, wie beim zuvor genannten Programm in Düsseldorf, ordnungsgemäß evaluiert werden. Welche Formen der Evaluation es gibt und welche dafür als geeignet gelten, soll im nächsten Abschnitt geklärt werden.

1.3.4. Evaluationsforschung

Der Begriff *Evaluation* setzt sich laut Stockmann (2004) aus den lateinischen Wörtern „valor“ (Wert) und der Vorsilbe „e“/„ex“ (aus) zusammen und bedeutet so viel wie „einen Wert aus etwas ziehen“ (Stockmann, 2004 S. 2). Da die Begriffe *Evaluation* und *Evaluationsforschung* zumeist synonym verwendet werden, ist die Betonung der Forschung besonders wichtig. In einer kurzen Definition zusammengefasst, beschäftigt sich die Evaluationsforschung im Allgemeinen mit der Bewertung von Forschungsergebnissen durch qualifiziertes Evaluationsfachpersonal (Döring & Bortz, 2016). Das bedeutet, für eine wissenschaftliche Evaluation braucht es gewisse Voraussetzungen, um solide Ergebnisse zu erhalten. Um zu beschreiben, was eine gute Evaluation ausmacht, formulierte die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval, 2008, 2016) folgende Qualitätsdimensionen:

- *Nützlichkeit* (utility): „Die Nützlichkeitsstandards sollen sicherstellen, dass die Evaluation sich an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet.“
- *Durchführbarkeit* (feasability): „Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.“
- *Fairness* (propriety): „Die Fairnessstandards sollen sicherstellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird.“
- *Genauigkeit* (accuracy): „Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervorbringt und vermittelt.“

Nach Döring und Bortz (2016) kann der Prozess der Evaluation in vier Ansätze unterteilt werden, welche sich jeweils in weitere Ansätze untergliedern lassen. Die grundsätzliche Frage vor jeder Evaluation sollte sein, welche Ziele verfolgt oder welche Aufgaben erfüllt werden sollen. Danach richtet sich schlussendlich die Durchführung und Organisation der Evaluation.

- Der *ergebnisorientierte Evaluationsansatz* ist ein weit verbreiteter Ansatz und konzentriert sich vorwiegend auf die *Effektivität* und die *Effizienz* einer Maßnahme. Die Effektivität beschreibt die Wirksamkeit einer Maßnahme und kann in drei Unterpunkte gegliedert werden. In *Output* – die Produktivität einer Maßnahme, *Outcome* – die Wirksamkeit für die Mitglieder der Zielgruppe und den kompliziert zu erfassenden *Impact* – welcher die langfristigen Folgen auf einer überindividuellen Ebene angibt. Die Effizienz bewertet, zu welchem Preis eine Leistung erbracht wird, wie kostengünstig oder kostenintensiv diese ist.
- Der *systemische Evaluationsansatz* geht noch einen Schritt weiter und untersucht noch umfassender die Prozessbedingungen. Neben den Ergebnissen einer Maßnahme untersucht dieser Ansatz ebenfalls, wie es zu diesen Ergebnissen kommt. Dabei werden neben der Effektivität und Effizienz ebenfalls die Eingangs- und Kontextbedingungen sowie der Umsetzungsablauf einer Maßnahme evaluiert.

- Der *theorieorientierte Evaluationsansatz* beschäftigt sich damit, wie es zu bestimmten Ergebnissen kommt. Dabei werden Theorien zu Wirkweisen entwickelt und analysiert, wie bestimmte Ergebnisse erreicht werden können.
- Der *akteursorientierte Evaluationsansatz* wird zusammenfassend in zwei Gruppen untergliedert, den klientenorientierten und den stakeholderorientierten Ansatz. Der erste berücksichtigt besonders die Interessen der Auftraggeber, der zweite die Interessen aller Beteiligten und Betroffenen. Gerade beim stakeholderorientierten Ansatz ist es entscheidend, in welchem Umfang die einzelnen Stakeholdergruppen evaluiert werden.

1.4. Stand empirischer Forschung

Eines der ersten groß angelegten Literacy-Projekte in der Frühförderung war „Bookstart“ und startete 1992 in Birmingham (England) (Moore & Wade, 2003). Bookstart war das erste landesweite Programm, welches Buchgeschenke verteilte und ist eines der bekanntesten Frühförderprojekte der Wohltätigkeitsorganisation BookTrust, welche in ganz England tätig ist (Book Trust, 2017). Hier dienten allerdings nicht Kinderärzte als Multiplikatoren, sondern sogenannte „health visitors“, Kinderkrankenschwestern oder Hebammen, welche zur Aufgabe haben, die Familien bezüglich eines gesunden Lebensstils zu beraten und somit Krankheiten vorzubeugen (Moore & Wade, 2003). Diese besuchten die jungen Familien zu Hause und übergaben dort das Informationsmaterial und klärten die Eltern über die Initiative auf. Das Informationsmaterial bestand vor allem, wie bei Lesestart, aus altersgerechten Bilderbüchern für Kinder und Aufklärungsmaterial zur Kinderfrühförderung für Eltern. Bookstart ist so erfolgreich, dass es inzwischen dauerhaft und landesweit implementiert wurde und aktuell über 3 Millionen Kinder jährlich erreicht (OECD, 2012). Bookstart gilt damit als Musterbeispiel für eine funktionierende Sprachfrühförderung mit Hilfe von Multiplikatoren im Gesundheitswesen.

Über die Jahre wurden in verschiedenen europäischen Ländern weitere Family Literacy Projekte entwickelt, welche sich besonders in der Wahl der Multiplikatoren unterscheiden.

- In Israel wurde das *HIPPY* (Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters) entwickelt und nach erfolgreicher Umsetzung auf mehrere Länder ausgeweitet (Böck et al., 2012). Dabei werden idealerweise Eltern als Multiplikatoren eingesetzt. Diese Laienmitarbeiter werden zuerst von Koordinatoren des Projektes geschult, übernehmen im Verlauf dann aber die Programmumsetzung (Stange et al., 2013). Dabei führen sie in festen Abständen Hausbesuche durch und schulen andere Eltern im Umgang mit ihren Kindern mit Hilfe von Rollenspielen. Dabei ist von Vorteil, dass Eltern als Multiplikatoren Andere für die Thematik besonders begeistern können und durch ihre Arbeit, im Umgang mit den eigenen Kindern sicherer werden. Bei der Umsetzung des Projektes gibt es einige Kritikpunkte. Zum einen muss im Vorfeld eine aufwändige Bedarfsanalyse durchgeführt werden, zum anderen ist der Erfolg maßgeblich von den einzelnen Laienmitarbeitern abhängig (Mielck et al., 2012). Dabei wurde u.a. eine unzureichende Schulung der Mitarbeiter und die möglicherweise dadurch fehlende Qualifikation der Multiplikatoren benannt (Mielck et al., 2012).
- Eine sehr ähnliche Herangehensweise wie bei HIPPY bietet das türkische Family-Literacy-Projekt *MOCEP* (Mother-Child Education Programme), welches allerdings primär sozial benachteiligte Familien und deren Kinder durch speziell geschulte Mütter erreichen möchte. Dabei sollen Fertigkeiten zum besseren Erlernen des Lesens, Schreibens und Rechnens, noch vor dem Schuleintritt der Kinder, erreicht werden (Böck et al., 2012).
- In dem polnischen Programm „All of Poland reads to Kids“ soll die Gesamtbevölkerung Polens für das Thema Vorlesen sensibilisiert werden. Dabei werden sämtliche Medien als Multiplikatoren verwendet. Neben Werbespots mit prominenten Persönlichkeiten werden Radiospots, Zeitungsanzeigen, Flyer oder Anzeigen in öffentlichen Verkehrsmitteln geschaltet (Böck et al., 2012). Vorteil dieser Verbreitungsform ist eine breite Streuung der Informationen in der Bevölkerung. Dabei werden auch Menschen erreicht, welche diese Thematik weniger betrifft, jedoch zu einer Verbreitung des Anliegens beitragen können. Der finanzielle Aspekt muss dabei allerdings diskutiert werden, da eine breit gestreute Kampagne vermutlich kostenintensiver als eine zielgerichtete ist. Bemerkenswerterweise kannten laut

einer Studie im Jahre 2006 85% der über 15-Jährigen die Kampagne (Böck et al., 2012).

In Deutschland wurde 2006 das erste große Literacy-Frühförderprogramm durch die Stiftung Lesen und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend etabliert (Schorb et al., 2009). „Lesestart – Mit Büchern wachsen“ versorgte junge Familien in Sachsen, für drei Jahre mit verschiedenen Material- und Informationssets. Diese Sets enthielten u.a. altersgerechte Bücher für die Kinder, einen mehrteiligen Vorleseratgeber für die Eltern sowie Poster und Aufkleber zur Initiative. Diese wurden im Rahmen der U6, U7 und später in Bibliotheken verteilt (Schorb et al., 2009). In einer vorgeschalteten Machbarkeitsstudie wurden die Kinderarztpraxen als beste Zugangs- und Verteilungsmöglichkeit identifiziert (Stiftung Lesen, 2007). In der begleitenden Evaluation wurden 103 teilnehmende Kinderärzte telefonisch mit Hilfe teilstandardisierter Fragebögen befragt. Die Befragten gaben insgesamt eine positive Einschätzung bezüglich der Projektidee, der Organisation, der Materialien und der Umsetzung ab. Allerdings berichteten manche, sich nicht gut über das Projekt informiert zu fühlen. Einige Ärzte beklagten außerdem die künstliche Beschränkung auf eine Altersstufe und die regional begrenzte Ausdehnung des Projektes (Schorb et al., 2009).

Mittlerweile gibt es in verschiedenen deutschen Bundesländern entsprechende Projekte, die allerdings in der Regel kaum wissenschaftlich evaluiert werden (Kuhlmann, 2013). Eine diesbezügliche Ausnahme bildet das an „Bookstart“ angelehnte Projekt „Buchstart Hamburg“, in dessen Rahmen fast alle Hamburger Kinderärzte Buchsets an Eltern und Kinder ausgeben, die zur U6-Vorsorgeuntersuchung erscheinen. Damit werden in Hamburg über die verschiedenen Stadtteile ca. 16.000 Familien erreicht. Der Zugang zu den Buchsets ist dabei nicht beschränkt, eine Ausgabe der Materialien nur an bildungsferne- oder an Familien mit Migrationshintergrund ist „ausdrücklich nicht erwünscht“ (Kuhlmann, 2013, S.57). Weitere begleitende Projekte sind dabei Veranstaltungen wie „Gedichte für Wichte“ oder „Fest der kleinen Wichte“, welche die Eltern mehr für Themen wie kindgerechtes Vorlesen oder frühkindliche Förderung sensibilisieren sollen. Um möglichst viele Familien zu erreichen, werden Flyer und ausgewählte Veranstaltungen in verschiedenen Sprachen angeboten (Kuhlmann, 2013).

Die zum Projekt Buchstart Hamburg durchgeführte Evaluation, aus dem Jahr 2013, setzte vor allem den Schwerpunkt auf die Befragung der teilnehmenden Eltern. Über 90% der Eltern fanden die Buchstart-Tasche „gut“ oder „sehr gut“. Das Verhalten bezüglich des Vorlesens, z. B. regelmäßiges anschauen von Büchern oder die Etablierung eines gemeinsamen täglichen Vorleserituals, wurde laut Aussagen der Eltern teilweise positiv beeinflusst (Kuhlmann, 2013). Die Befragung der teilnehmenden Kinderärzte war bei der Evaluation hingegen eher kurz gehalten. Die teilnehmenden Ärzte bewerteten das Projekt als „ziemlich wichtig“ und fühlten sich „gut“ bzw. „sehr gut“ über die Zielsetzung und Programmumsetzung des Projektes informiert (Kuhlmann, 2013).

Wie beschrieben, gibt es zum Thema „Literacy im Kindesalter“ verschiedene Untersuchungen zur Wirksamkeit von Präventionsprogrammen. In deren Evaluationen werden häufig primär die Meinungen der Eltern zu den Projekten oder die Literacy-Kompetenzen der Kinder untersucht. Da im Rahmen von Frühförderprojekten häufig Kinderärzte eine tragende Rolle einnehmen, sollten diese vermehrt in den Fokus der Evaluation genommen werden, um ein umfassendes Bild zu erlangen. Hierzu möchte diese Arbeit im Folgenden beitragen.

1.5. Fragestellungen

Die vorliegende Dissertation soll zur Evaluation des bundesweiten Projektes „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ beitragen. Die zu diesem Projekt erfolgte Pädiaterbefragung aus dem Jahr 2013 dient für diese Arbeit als Grundlage. Die schriftlichen Antworten der Pädiater wurden hierfür digitalisiert und quantitativ sowie qualitativ analysiert.

Mit einem ergebnisorientierten Evaluationsansatz sollen folgende Fragen untersucht werden:

1. Welche Pädiater nahmen an der Initiative teil?
2. Welche Familien nahmen laut der Pädiater an der U6-Untersuchung teil?
3. Wie verlief die allgemeine Programmumsetzung?
4. Wurden die Selektionsvorgaben umgesetzt und gab es besonderen Beratungsbedarf?
5. Von welchen erwartbaren Effekten durch Lesestart gehen die Pädiater aus und werden diese durch Merkmale der teilnehmenden Kinderärzte, der Soziodemographie der Familien oder der Programmumsetzung beeinflusst?

2. Methodik

2.1. Studiendesign

Das Programm „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ war in drei aufeinanderfolgenden, sich zum Teil überschneidenden, Phasen unterteilt und ging über einen Zeitraum von 8 Jahren. Dabei wurden die Materialsets in jeder Phase, über einen Zeitraum von drei Jahren, von anderen Multiplikatoren ausgegeben. In der ersten Phase über pädiatrische Praxen, in der zweiten über Bibliotheken und in der dritten und letzten Phase über Grundschulen. Das gesamte Programm wurde dabei durch eine prozessorientierte und wirksamkeitsorientierte Evaluation begleitet.

Die erste Phase ging von 2011 bis 2013. Dabei erhielten die teilnehmenden Kinderärzte im Herbst jedes Jahres Materialsets zur Verteilung. Im Sommer des jeweils darauffolgenden Jahres, also von 2012 bis 2014, wurden die Pädiater zur Programmumsetzung befragt. Zur Entwicklung der konkreten Fragestellung wurden quantitative und qualitative Methoden der sozialwissenschaftlichen Evaluationsforschung verwendet. In einem 1-Gruppen-Querschnittsdesign wurde eine Zufallsstichprobe der teilnehmenden Pädiater mit Hilfe eines studienspezifisch entwickelten Fragebogens postalisch zu den interessierenden Dimensionen befragt. Auf ein Votum zur ethischen Unbedenklichkeit konnte verzichtet werden, da keine Patienten involviert sowie keine medizinischen Eingriffe vorgenommen wurden und die Angaben vollständig anonym waren.

2.2. Stichprobe

Als Grundgesamtheit galten alle an Lesestart teilnehmenden niedergelassenen Kinderärzte in der Bundesrepublik. Diese Gruppe wurde mit Unterstützung des Bundesverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) über dessen Mitgliederregister ausgewählt und postalisch um Mitarbeit gebeten. Im Jahr 2012 nahmen bundesweit 5.034 Pädiater an Lesestart teil, das waren somit knapp 85% aller niedergelassenen Kinderärzte in Deutschland (Bundesärztekammer, 2012). Im Jahr 2013 wurde für die Evaluation aus diesem Register eine Zufallsstichprobe von $N = 800$ Ärzten gezogen und um Teilnahme an der Befragung gebeten. Dabei

wurde lediglich darauf geachtet, dass keine Pädiater dabei waren, welche schon im Vorjahr (2012) zur Umsetzung befragt wurden. Die von den freiwillig teilnehmenden Pädiatern zurückgesendeten Fragebögen, wurden vom empirischen Sozialforschungsinstitut InterVal in Berlin gesammelt, digitalisiert und aufbereitet.

2.3. Fragebogen und Items

Basis für die Entwicklung des Fragebogens waren die Instrumente vergleichbarer Evaluationen (z. B. Buchstart Hamburg und Lesestart Sachsen). Der so entwickelte Fragebogen enthielt insgesamt 24 Items mit offenen und geschlossenen Fragen. Die unterschiedlichen Abschnitte des Fragebogens können in folgende Kategorien unterteilt werden:

1. Merkmale der teilnehmenden Pädiater
2. Einschätzung der soziodemographischen Merkmale der Familien bei U6-Untersuchungen
3. Fragen zur allgemeinen Umsetzung des Lesestart-Projektes in der Praxis und Erläuterungen zum Projekt während der U6-Untersuchung.
4. Kriterien zur Auswahl der Empfänger von Lesestart-Sets
5. Einschätzungen des allgemeinen Beratungsbedarfes bei U6-Untersuchungen
6. Erwartbare Effekte durch die Verteilung der Lesestart-Sets

Die Items wurden gemäß gängiger Regeln und weitgehend vollstandardisiert entwickelt. Bei einzelnen Items wurden Freitextkommentare erbeten (z. B. Rückmeldungen der Eltern). Mehrfachantworten waren je nach Item möglich. Die Antwortskalen variierten in Abhängigkeit von den zu erfragenden Inhalten. Der ausführliche Fragebogen ist in der Anlage dieser Dissertation zu finden.

2.4. Auswertung

Die Ergebnisse wurden zunächst mit Hilfe gängiger deskriptiver Statistiken numerisch und grafisch beschrieben. Die Freitextantworten wurden nach inhaltlich ho-

mogenen Gruppen sortiert und entsprechend etikettiert. Um die Erfolgseinschätzungen der Pädiater zu skalieren, wurde über alle inhaltlich dazugehörigen Items eine Analyse der internen Konsistenz mit Hilfe von Cronbachs Alpha durchgeführt. Anschließend wurden die Itemscores ungewichtet addiert und bildeten so den Skalenwert. Zur Erklärung dieser Skalenwerte wurde eine lineare multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Dabei wurden alle Prädiktoren, wie Pädiatermerkmale, Programmumsetzung oder soziodemographischen Familienmerkmale, gemeinsam eingeschlossen und ihr individueller Erklärungswert über den Anteil erklärter Varianz (partialisiertes η^2) bestimmt. Signifikanzen wurden dabei zweiseitig und auf dem 5%-Niveau definiert. Alle Rechnungen wurden mit SPSS 22.0 für Windows durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1. Merkmale der teilnehmenden Pädiater

Für die hier gezeigte Evaluation der bundesweiten „Lesestart“ Initiative wurde eine Stichprobengröße von 800 Pädiatern um Teilnahme gebeten. Von diesen $N = 800$ Pädiatern nahmen $n = 406$ (50.8%) aktiv an der Befragung teil. Tabelle 1 zeigt wesentliche Merkmale dieser Gruppe. Der Berufsbeginn der befragten Kinderärzte reichte von 1964 bis 2013, somit betrug die Berufserfahrung im Schnitt $M_{Jahre} = 20.2$ ($SD = 9.10$). Im Schnitt führten die Pädiater $M = 42$ ($SD = 36.68$) U6-Untersuchungen im Quartal durch. Stratifiziert nach regionaler Struktur ergab sich für ländliche Gegenden eine Häufigkeit von U6-Untersuchungen von $M = 34.4$ ($SD = 28.17$), für Kleinstädte $M = 36.4$ ($SD = 42.58$) und für Großstädte $M = 34.9$ ($SD = 33.33$).

Tabelle 1
Merkmale der teilnehmenden Pädiater

	%
<hr/>	
Geschlecht	
männlich	47.5
weiblich	52.5
Mitglied im BVKJ	93.3
Lage der Praxis	
ländlich	23.0
kleinstädtisch	44.1
großstädtisch	32.9
Art der Praxis	
Einzelpraxis	50.2
Gemeinschaftspraxis	40.4
Klinik	4.2
Andere (MVZ, Amt etc.)	5.2
<hr/>	

Anmerkung. $N = 406$.

3.2. Soziodemographische Einschätzung der teilnehmenden Familien

Die befragten Pädiater wurden gebeten, eine Einschätzung bezüglich der soziodemographischen Charakteristika der an der U6-Vorsorgeuntersuchung teilnehmenden Familien abzugeben. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse über acht vorgegebene Antwortkategorien.

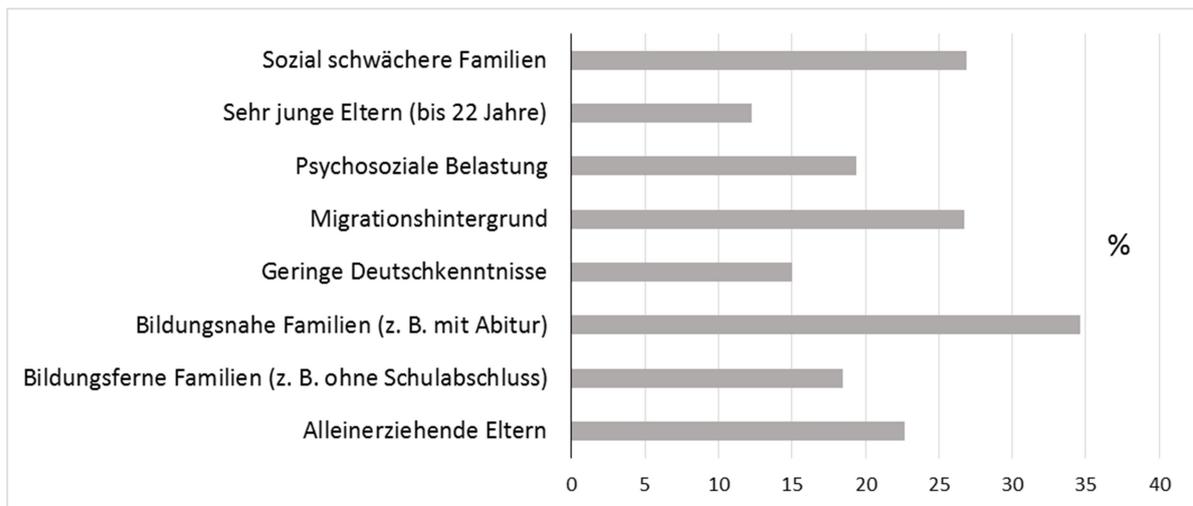


Abbildung 1. Verteilung soziodemographischer Merkmale der an der U6-Vorsorgeuntersuchung teilnehmenden Familien nach Einschätzung der Pädiater ($N = 406$, Mehrfachnennungen)

3.3. Allgemeine Programmumsetzung

Die Tabellen 2 und 3 zeigen nähere Angaben zur allgemeinen Umsetzung des Programms in den Praxen. Demnach hatten 55% der Praxen immer ausreichend Sets zur Verfügung. In 72.5% der Fälle wurden die Sets durch den Arzt persönlich übergeben, wobei 85.4% der Pädiater angaben, die Materialien an alle Eltern, also ohne spezielle Selektion, auszugeben. Von allen Befragten gaben 75.1% an, sich für die Eltern Zeit zu nehmen, um Erläuterungen zur Lesestart-Initiative zu geben. Im Durchschnitt wurden von den Pädiatern 3.2 ($SD = 2.07$) Minuten für die Erklärung verwendet. Dabei wurde überwiegend auf das Projekt im Allgemeinen und auf den Inhalt der Lesestartsets eingegangen. Außerdem wurden auch unabhängig von Lesestart Erläuterungen zur frühkindlichen Sprachförderung und einem

altersgerechten Umgang mit verschiedenen Medien bei der U6-Untersuchung geben.

Tabelle 2

Umsetzung des Programms in den Praxen

	%
Verfügbarkeit der Lesestart-Sets	
ausreichend Sets zur Verfügung	55.0
kurzfristige Engpässe (<1Monat)	21.3
längere Phasen ohne Sets	23.7
*Übergabe der Sets durch	
Kinderarzt	72.5
Arzthelfer/in	49.5
andere Methode (z. B. Auslage)	2.6
*Verteilungsmuster	
an alle Eltern	85.4
nur an ausgewählte Eltern	13.6
auch an ältere Kinder	10.6
*Erläuterung zu Lesestart	
vom Pädiater	75.1
von Arzthelfer/in	43.9
keine Erläuterung	4.8

Anmerkung. * Mehrfachantworten, % der Fälle, N = 406.

Tabelle 3

Allgemeine Beratung und Erläuterungen zu Lesestart bei der U6-Untersuchung

	keine	kurz	ausführlich
Information zu Lesestart			
zur Initiative	7.1	86.0	6.9
zum Inhalt	6.3	82.0	11.7
zur Anwendung	27.2	55.6	17.2
zum Elternratgeber	17.1	68.5	14.4
Information zur Kinderfrühförderung			
zur Sprachförderung	3.8	51.5	44.7
zum altersgerechten Umgang mit Medien (TV, Computer, etc.)	24.1	46.7	29.2

Anmerkung. Angaben in Prozent, $N = 406$.

Abbildung 2 zeigt, welcher Anteil der jeweiligen soziodemographischen Subgruppen an Lesestart teilnahm und somit von den Pädiatern ein Lesestart-Set erhielt. Alle genannten Subgruppen waren vom Projekt in unterschiedlichem Ausmaß erreicht worden. Die Teilnahmequote der jeweiligen Subgruppen reicht zwischen 64% und 86.2%. Die höchste Teilnahmequote hatten Familien mit bildungsfernen Eltern mit 86.2% und Familien mit geringen Deutschkenntnissen mit 85%. Die geringste Teilnahmequote zeigten Privatversicherte mit 64% und bildungsnahe Familien mit 65.1%.

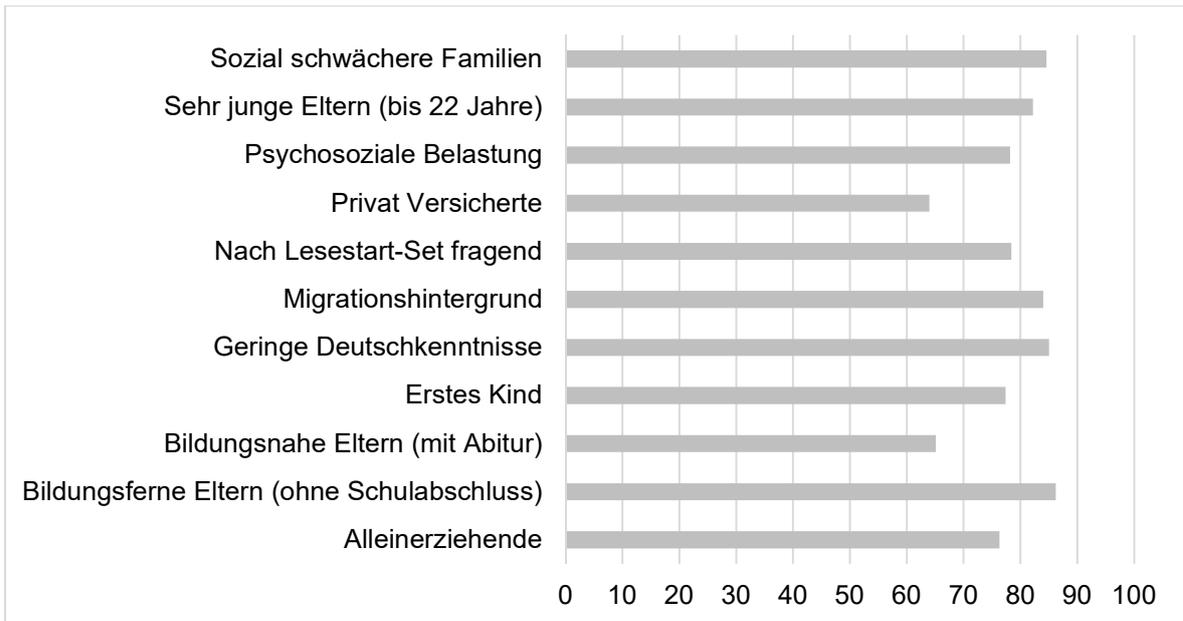


Abbildung 2. Verteilung soziodemographischer Merkmale der an Lesestart teilnehmenden Familien nach Einschätzung der Pädiater.

3.4. Kriterien für Verteilung des Lesestart-Sets und Beratungsbedarf der Familien

Die Pädiater wurden gebeten, ihre Kriterien zur Auswahl der Buchset-Empfänger anzugeben. Dabei sollten sie unter anderem verschiedene Fragen zur Verteilung der Sets auf einer vierstufigen Likert-Skala („trifft nicht zu“ bis „trifft voll zu“) beantworten. 83.7% der Pädiater verteilte die Lesestart-Sets an alle Familien, 13.3% nur an ausgewählte Familien. Tabelle 4 zeigt die Kriterien der Pädiater für die Setausgabe an alle Familien beziehungsweise an ausgewählte Familien.

Die Gruppe der Kinderärzte, die die Lesestart-Sets an alle Familien verteilte, gab als wichtigsten Punkt an, diese niemandem vorenthalten zu wollen. Des Weiteren wurden als häufige Gründe der ursprüngliche Sinn der Initiative und die Verfügbarkeit von ausreichend Sets angegeben.

Die Gruppe der Kinderärzte, welche einen Selektierungsprozess vornahm, nannte als wichtigstes Kriterium die gute Selektionsmöglichkeit im Praxisalltag. Außerdem wurden ebenfalls der ursprüngliche Sinn der Initiative und der unterschiedliche Informationsbedarf der Eltern als Grund angegeben.

Tabelle 4

Kriterien für die Ausgabe der Lesestart-Sets an alle bzw. nur ausgewählte Familien

Trifft ...	nicht	etwas über-	voll	
		wie-	zu	
		gend		
Verteilung an alle Familien (83.7% der Pädiater)				
Alle Eltern haben Bedarf	6.6	11.0	35.4	47.0
Niemandem vorenthalten	4.6	5.5	11.8	78.1
Selektion im Praxisalltag zu aufwändig	40.5	20.4	18.3	20.7
Im Sinne der Initiative, dass alle ein Set erhalten	5.5	5.8	21.6	67.1
Genügend Sets vorhanden, um an alle zu verteilen	12.7	7.2	21.1	59.0
Nicht Aufgabe der KÄ zu entscheiden, wer Set erhält	24.3	16.3	18.3	41.1
Verteilung an ausgewählte Familien (13.3% der Pädiater)				
Nicht alle Eltern haben Bedarf an Informationen	4.8	23.8	23.8	47.6
Es wird von Eltern akzeptiert, dass nicht alle ein Set erhalten	18.5	14.8	33.3	33.3
Im Praxisalltag gut möglich auszuwählen	6.5	14.5	24.2	54.8
Im Sinne der Initiative, dass ausgewählte ein Set erhalten	19.0	8.6	24.1	48.3
Nicht genügend Sets vorhanden, um an alle Eltern zu verteilen	45.9	9.8	18.0	26.2
KÄ können gut entscheiden wer Set erhält	7.7	6.2	41.5	44.6

Anmerkungen. Angaben in Prozent, $N = 406$.

Den Beratungsbedarf der Eltern von 1- bis 3-jährigen Kindern zu bestimmten Themen außerhalb des Lesestart-Projektes sollten die Pädiater in drei Abstufungen einschätzen (gering, mittel, hoch). In Abbildung 3 sind die Ergebnisse zu den vier vorgegebenen Antwortkategorien dargestellt. Demnach hatten die Eltern in allen erfragten Bereichen einen mittleren bis hohen Beratungsbedarf, vor allem aber im Hinblick auf entwicklungsfördernde Aktivitäten insgesamt. Am geringsten wurde der Bedarf nach Beratung bezüglich des Konsums altersgerechter Medien eingeschätzt.

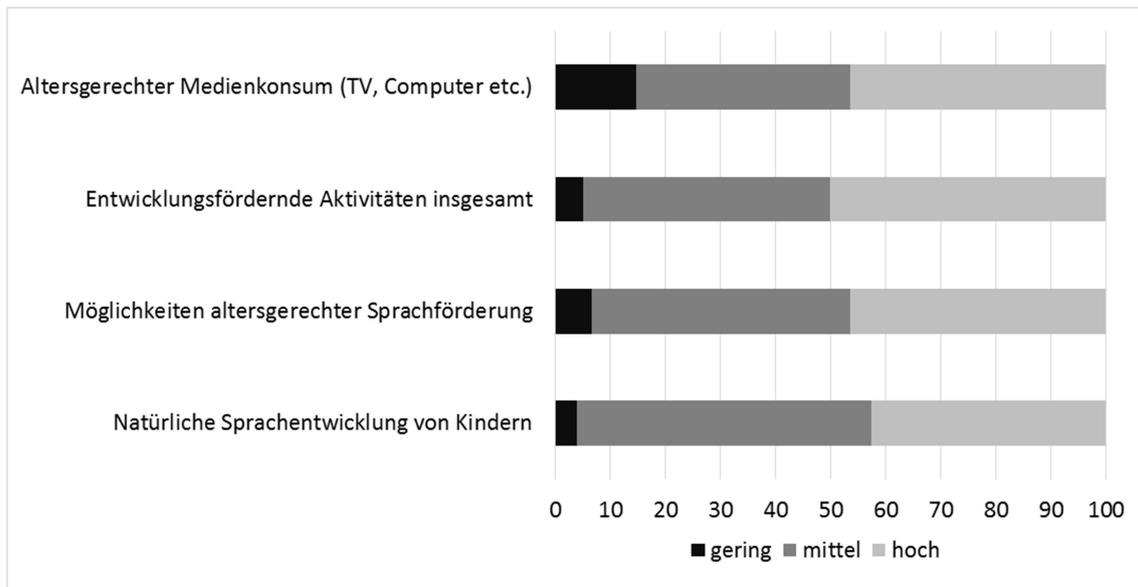


Abbildung 3. Beratungsbedarf der Eltern von 1- bis 3-jährigen Kindern laut teilnehmenden Pädiatern

3.5. Erwartbare Effekte des Lesestartprojektes und Prädiktoren der Erfolgseinschätzung

Die Kinderärzte sollten beschreiben, welche erfolgreichen Effekte sie durch die Verteilung der Lesestart-Sets erwarteten (Tabelle 5). Demnach schätzten die Pädiater ein, dass das Projekt am ehesten dazu beitrage, Eltern zum Vorlesen und Erzählen zu motivieren. Als zweithäufigster erwartbarer Effekt wurde die Sensibilisierung der Eltern für einen bewussten Sprachumgang genannt. Am wenigsten erwarteten die Ärzte einen nachhaltigen Einfluss des Projektes auf die Eltern.

Die Kinderärzte konnten außerdem Freitext-Anmerkungen zur Initiative geben. Die 262 (64.5%) Pädiater, welche eine Freitext-Anmerkung gaben nannten dabei vor allem folgende Punkte: Die Ärzte wünschten sich eine Ausweitung des Projektes auf spätere U-Untersuchungen, mehr Materialien für die Praxis und besonders häufig eine Fortsetzung des Programms.

Teilnehmerin aus Baden-Württemberg, 27 Berufsjahre:

„Ich finde die Initiative "Lesestart" super! Vielleicht könnte man es auf andere Altersgruppen (z.B. 3 Jahre = U7a, oder 5 Jahre = U9) ausweiten. Es besteht dringend Bedarf.“

Teilnehmer aus Siegen-Wittgenstein, 27 Berufsjahre:

„Wir sind Multiplikatoren, brauchen noch mehr Material (Kinderbücher, Infos) z.B. fürs Wartezimmer“

Teilnehmerin aus Emmendingen, 28 Berufsjahre:

„eine gute Möglichkeit, Eltern auf Lesen hinzuweisen, sollte unbedingt fortgesetzt werden.“

Tabelle 5

Zu erwartende Effekte durch die Verteilung der Lesestart-Sets

	weiß nicht	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft über- wiegend zu	trifft voll zu
Sensibilisieren Eltern für den bewussten Umgang mit Sprache	1.5	2.0	10.0	34.8	51.7
Motivieren Eltern dazu, ihren Kindern vorzulesen und zu erzählen	0.5	0.7	8.5	25.9	64.3
Bieten kurzfristig gute Anregungen für das elterliche Verhalten	1.3	1.3	14.7	42.8	40.0
Haben nachhaltigen Einfluss auf das Verhalten der Eltern	9.1	10.1	43.9	28.0	8.8
Gute Möglichkeit, um auch bildungsferne Familien zu erreichen	2.0	2.3	28.0	33.0	34.8
Motivieren Eltern dazu, sich Zeit für ihr Kind zu nehmen	2.0	2.5	27.8	41.1	26.6

Anmerkung. Angaben in Prozent, $N = 406$.

Um herauszufinden, von welchen Merkmalen diese Effekteinschätzungen der Pädiater abhingen, wurde aus den sechs Items durch Addition der Itemwerte eine Gesamtskala „Erfolgserwartung“ gebildet. Der theoretische Wertebereich dieser Skala reichte von 0-24, die Reliabilität betrug Cronbachs $\alpha = .80$ und die einzelnen Werte waren leicht rechtssteil mit einem Mittelwert von 17.9 ($SD = 3.83$) verteilt. Insgesamt wurde also eine eher hohe Erwartung an das Projekt abgebildet (Abbildung 4).

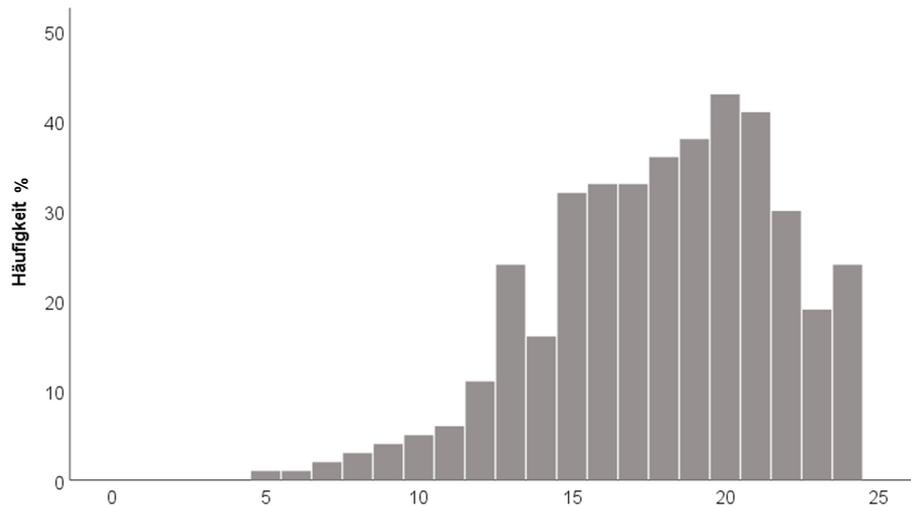


Abbildung 4. Werteverteilung der Skala „Erfolgserwartung“ der Pädiater ($M = 17.9$, $SD = 3.83$, $N = 406$)

Um zu analysieren, ob die Erwartungen von den Merkmalen der Pädiater, der Programmumsetzung oder den soziodemographischen Merkmalen der Familien abhängen, wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse mit den entsprechenden Prädiktoren durchgeführt (Tabelle 6). Die Ergebnisse zeigen, dass die Erfolgseinschätzungen mit den erhobenen Variablen insgesamt nicht bedeutsam erklärt werden konnten ($p = .097$). Alle jeweilig berücksichtigten Einzelprädiktoren zeigten keine Signifikanz, außer einer: Der Beratungsbedarf der Familien ($p = .033$), mit dem 1.7% der Varianz in den Erfolgseinschätzungen erklärt werden konnte.

Tabelle 6

Vorhersage der Erfolgseinschätzungen durch die Pädiater

	b	p	eta ² _{part}
Interzept	14.9	.000	.225
Pädiatermerkmale			
Weibliches Geschlecht	0.5	.314	.004
Berufserfahrung in Jahren	0.0	.229	.005
Lage (Referenz: großstädtisch)	-	-	-
kleinstädtisch	0.1	.096	.000
ländlich	0.1	.226	.000
Einzelpraxis	0.0	.984	.000
U6-Zahl pro Jahr (log)	-0.2	.604	.001
Programmumsetzung			
Ausreichend Sets verfügbar	-0.4	.451	.002
Übergabe durch Kinderärzte	0.2	.320	.000
Verteilung an alle Familien	0.6	.357	.003
Erläuterung vom Pädiater	1.0	.091	.011
Soziodemographische Familienmerkmale			
Bildungsfern (0-4)	-0.6	.150	.008
Sozial schwach (0-4)	0.3	.742	.002
Migrationshintergrund (0-4)	-0.3	.343	.003
Beratungsbedarf	0.2	.033	.017

Anmerkungen. Multiple lineare Regression, $F = 1.538$, $df = 14$, $p = .097$,

$R^2_{adj} = .026$, $N = 406$.

4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Auswertung einer Pädiaterbefragung aus dem Jahr 2013, die als Teil eines groß angelegten Evaluationsprojektes Fragen zur Struktur- und Prozessqualität der bundesweiten „Lesestart-Initiative“ untersuchte. Da es zuvor noch kein vergleichbares deutschlandweites Frühförderprogramm für Kinder und deren Eltern gab, war die Evaluation der Durchführung eines solchen Präventionsprogramms für die Initiatoren und Beteiligten von großem Interesse. Die Wirksamkeit eines so groß angelegten Förderprogramms ist dabei der wohl wichtigste und interessanteste Aspekt und wird über die Zukunft solcher oder ähnlicher Programme entscheiden. Da die Untersuchung der Wirksamkeit einen sehr aufwändigen und zeitintensiven Prozess bedeutet und die dazu nötigen Daten bisher noch nicht freigegeben sind, wurden hier die ebenfalls wichtigen formativen Aspekte untersucht. Dabei standen vor allem die Durchführbarkeit und die Programmeinschätzung seitens der Multiplikatoren im Vordergrund. Anhand von Untersuchungsfragen zur ersten Phase des Projektes entstanden die unten zusammengefassten Ergebnisse. Diese werden im folgenden Abschnitt unter Berücksichtigung der aktuellen Forschungslage interpretiert und diskutiert. Es folgen die methodischen Grenzen, das Fazit und der Ausblick für die zukünftige Forschung und Praxis.

4.1. Kurzzusammenfassung der Hauptergebnisse

1. An der Lesestart-Befragung nahm eine repräsentative Gruppe von Pädiatern teil, welche sowohl über ihr Alter, die Region, die Berufserfahrung als auch das Geschlecht breit verteilt waren.
2. An der U6-Untersuchung nehmen laut der Kinderärzte besonders Eltern aus bildungsnahen sowie sozial schwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund teil.
3. Die Programmumsetzung verlief insgesamt zufriedenstellend sowohl in der Bereitstellung der Materialien als auch in der Durchführung durch die Pädiater. Mit der Initiative konnte eine Vielzahl soziodemographischer Subgruppen erreicht werden.

4. Die ursprünglich vorgegebene Selektion der Familien bei der Materialverteilung wurde von einem Großteil der Kinderärzte aus unterschiedlichen Gründen nicht umgesetzt.
5. Die Pädiater schätzten das Projekt als wichtig und sinnvoll ein und nahmen sich teilweise zusätzlich Zeit, um zum Projekt Erläuterungen zu geben. Ein Großteil der Pädiater erwartete positive Effekte durch die Lesestart-Initiative.
6. Mit Hilfe einer multiplen Regressionsanalyse konnten die Erfolgseinschätzungen der Pädiater in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen insgesamt nicht bedeutsam erklärt werden. Nur ein Prädiktor, der Beratungsbedarf der Familien, zeigte einen signifikanten Zusammenhang zu den Erfolgseinschätzungen, hatte dabei aber nur einen kleinen Effekt.

4.2. Diskussion der Untersuchungsfragen und ausgewählter Einzelergebnisse

Bezüglich der Reichweite und Machbarkeit gibt es kaum eine Alternative zu Kinderärzten, wenn man nach geeigneten Multiplikatoren zur Frühförderung von Kindern sucht. Andere Institutionen wie Kindergärten/-krippen, Tagesmütter oder gar Geburtskliniken wären zwar ebenfalls denkbar, würden aber womöglich weniger Kinder erreichen. Auch der Zeitpunkt für eine solche Frühförderung ist bei Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte (U6), im Gegensatz zu den anderen Optionen, relativ klar definiert. Schon deshalb wurde in den vergangenen Frühförderprojekten wie Lesestart Sachsen (Schorb et al., 2009) oder auch Buchstart Hamburg (Kuhlmann, 2013) auf Kinderärzte als Multiplikatoren gesetzt. Auch die aktuelle bundesweite Initiative „Lesestart 1-2-3“, das Folgeprojekt zu „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“, wird erneut über Pädiater verwirklicht (Stiftung Lesen, 2020).

In den vorherigen Programmen in Hamburg oder Sachsen wurden die teilnehmenden Pädiater kaum untersucht oder in der Evaluation der Projekte vernachlässigt. Das bundesweite Projekt „Lesestart - Drei Meilensteine für das Lesen“ hatte dagegen einige Daten zu den teilnehmenden Kinderärzten erhoben. Von den 800

angeschriebenen, am Projekt teilnehmenden Pädiatern, hatte im Jahr 2013 die Hälfte der Befragten teilgenommen. Dieses kann als positiv betrachtet werden, da die Teilnahme an einer Befragung ein gutes Maß an Mehraufwand in dem häufig ausgelasteten Alltag von Kinderärzten bedeutet (Schorb et al., 2009). Wenn man allerdings die Aussagen der Kinderärzte aus vorherigen Befragungen auswertet, hätte die Teilnahme auch durchaus etwas höher ausfallen dürfen. Im sächsischen Projekt „Lesestart – Mit Büchern wachsen“ bewerteten z. B. über 80% der Pädiater eine „öffentliche Initiative zur frühkindlichen Sprach- und Leseförderung“ als „sehr notwendig“ und der Rest der Befragten als „notwendig“ (Schorb et al., 2009, S.29). Wenn man nun davon ausgeht, dass alle deutschen Kinderärzte ähnlich denken, würde man von einer höheren Teilnahme an der Befragung und somit der Evaluation eines solchen bundesweiten Frühförderprojekts ausgehen. In der Geschlechterverteilung ergab sich erfreulicherweise ein sehr ausgewogenes Ergebnis und bis auf wenige Ausnahmen waren alle Befragten Mitglied im Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Dies war allerdings anzunehmen, da hauptsächlich mit Hilfe der Mitgliederliste des BVKJ die Pädiater angeschrieben wurden.

Die im Schnitt sich ergebene Berufserfahrung von 20 Jahren lässt auf eine eher erfahrene Pädiaterstichprobe schließen, welche regelmäßig U6-Untersuchungen durchführt. Die Verteilung der Fördermaterialien als auch die Befragung verlief über ganz Deutschland und war nicht, wie in Erhebungen zuvor, auf einzelne Regionen beschränkt (Buchstart – Hamburg, Lesestart – Sachsen). Die regionale Ansiedlung der Pädiater ergab nur einen geringen Unterschied in der Anzahl der pro Quartal durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen. Dies lässt auf eine ausgeglichene Quote von Pädiatern zu ihren zu versorgenden Patienten innerhalb der jeweiligen Region rückschließen (Rodens, 2018). Über 90% der teilnehmenden Pädiater stammte aus Einzel- und Gemeinschaftspraxen und nur ein verschwindend kleiner Teil von 4.2% aus Kliniken. Das ist erfreulich und zeigt deutlich, dass die gewünschten Institutionen, welche die zielführenden U6-Untersuchungen durchführen, erreicht wurden. Pädiater, welche in Kliniken tätig sind, waren dagegen kaum vertreten, welches als Zeichen einer richtigen Setverteilung gewertet werden kann, da insbesondere niedergelassene Kinderärzte erreicht werden sollten. Wenn man die Daten schlussendlich analysiert, welche über die Pädiater zusammengetragen wurden, kann man die Umfrage als repräsentativ für die Ge-

samtheit der in Deutschland niedergelassenen Kinderärzte werten. Es sind über 400 Pädiater unterschiedlichen Alters und Berufserfahrung sowie ausgewogenen Geschlechts über Deutschland verteilt befragt worden, welche aus einer Liste von über 5000 Pädiatern zufällig ausgewählt wurden.

Grundsätzlich sollten die Sets im Rahmen der U6-Untersuchung und möglichst an bildungsferne Familien ausgegeben werden. Der Zeitpunkt und die Teilnahmequote der U6-Untersuchung ist gut geeignet für ein Vorhaben wie eine flächendeckende Übergabe von Präventionsmaterial. Es wird mit 97-99% die maximal mögliche Anzahl an Familien erreicht und die Kinder sind in einem Alter, in dem die Entwicklung besonders gefördert werden sollte (Schmidtke et al. 2018). Im Rahmen der Lesestart-Initiative sollten die teilnehmenden Kinderärzte Familien, welche zur U6-Untersuchung erscheinen, in bestimmte soziodemographische Gruppen einteilen und hier eine prozentuale Schätzung vornehmen. Dabei fiel auf, dass die Pädiater einen relativ geringen Anteil an bildungsfernen Familien bezifferten. Der größte Anteil seien laut Kinderärzten sogar bildungsnahe Familien. Da das Ziel von Lesestart war, eher Familien mit geringem Bildungsstatus zu erreichen (BMBF, 2011), hätten diese Daten zur Folge, dass die Pädiater nur sporadisch und unter genauer Selektion ein Set heraus geben würden. Dabei stellt sich die Frage, wie gut Kinderärzte überhaupt in der Lage sind, anhand von kurzen Kontakten die Familien und deren Bildungs- oder Lebensstatus einschätzen zu können. Schon in den vergangenen Projekten in Hamburg und Sachsen war eine Einteilung oder Selektion der Familien schwierig. Um beispielsweise die Vorlesekompetenz oder Sprachförderkompetenz der Eltern zu ermitteln, musste Buchstart Hamburg dafür zusätzliche Skalen entwickeln (Kuhlmann, 2013). Hier wurden allerdings die Eltern mittels Selbsteinschätzung zu den jeweiligen Kompetenzen befragt und keine Fremdeinschätzung von den Pädiatern verlangt. Auch in der Begleitforschung zu Lesestart Sachsen wurden in Hinblick auf die Lesekompetenz zufällig ausgewählte Eltern befragt (Schorb et al., 2009). Hier wurde anhand von 5-stufigen Skalen zum einen die „Lesefreude“ als auch die „Häufigkeit des Lesens“ erfragt, welche die Eltern selbst beantworten sollten. Inwiefern solche Antworten im Rahmen einer Selbsteinschätzung reliabel sind, ist jedoch fraglich. Hier räumt Lesestart Sachsen ein, dass „sich aus der hohen gesellschaftlichen Wertung des

Lesens“ eine „soziale Erwünschtheit“ des Lesens ergeben kann (Schorb et al., 2009, S.21).

Eine exakte Einteilung der Familien in bestimmte Kategorien war den Kinderärzten bei Lesestart dementsprechend nicht ohne weiteres möglich, zumal die soziodemographischen Subgruppen (siehe Abb. 1) zum einen nicht trennscharf waren und zum anderen sich teilweise überschneiden. Selbst vor dem Hintergrund, dass die meisten Familien auch schon vorher bei mindestens drei Vorsorgeuntersuchungen anwesend waren, gaben die Pädiater an, in den meisten Fällen zu wenig Einblick in die Familien und deren sozialer Stellung zu erhalten. Dadurch sei es sehr schwer, bezüglich Fragen wie Anteil von „Eltern ohne Schulabschluss“ realistische Angaben machen zu können. Deswegen ist bei den Ergebnissen zu dieser Fragestellung in den meisten Fällen eher von einem subjektiven Meinungsbild auszugehen.

Die organisatorische Programmumsetzung der Initiative Lesestart kann insgesamt als zufriedenstellend bewertet werden. Bezüglich der Versorgung mit Material berichteten über die Hälfte der Kinderärzte, immer genügend Sets in ihrer Praxis zur Verfügung gehabt zu haben und somit die Versorgung der Familien sichergestellt zu haben. Ca. 20% der Pädiater gab an, kurzzeitige Engpässe (von unter einem Monat) gehabt zu haben. Diese könnten durch schwer kontrollierbare Faktoren wie Produktions- und Lieferverzögerungen entstanden sein. Allerdings gaben auch etwas weniger als ein Viertel der Pädiater an, längere Phasen ohne Material gehabt zu haben. Dieses sollte zukünftig vermieden und genauer betrachtet werden. Denkbare Gründe könnten zum Beispiel eine Fehlkalkulation von Seiten der Initiative, eine Phase gehäufte U6-Untersuchungen oder eine zu späte Nachbestellung von neuem Material durch die Pädiater sein. Auch wenn in vergangenen Frühförderprogrammen wie Buchstart Hamburg oder Lesestart Sachsen erst gar keine Daten zur Materialverfügung gesammelt wurden, sind diese Engpässe ein zu beachtender Faktor und sollten deshalb kritisch betrachtet werden. Bei den meisten Bildungsinitiativen ist eine flächendeckende Versorgung das Hauptziel und sollte verlässlich so viele Familien erreichen, wie nur möglich.

Erfreulich ist, dass über 72% der Sets durch die Kinderärzte selbst übergeben wurden. Interessanterweise deckt sich dieser Wert mit den vorherigen Erhebun-

gen in Hamburg und Sachsen. In Sachsen gaben ca. 77% von den 103 befragten Kinderärzten an, an der Verteilung vollständig oder zumindest teilweise beteiligt gewesen zu sein (Schorb et al., 2009). In Hamburg waren es von den 75 befragten Kinderärzten 76% (Kuhlmann, 2013). Diese Daten sprechen für ein hohes Maß an Interesse bezüglich Präventionsmaßnahmen in der Kinderfrühförderung seitens der Pädiater. Das sich ein Großteil der Ärzte die Zeit nahm, das Material selbst zu übergeben, ist bemerkenswert, da Kinderärzte schon im Allgemeinen ein sehr hohes Arbeitsaufkommen haben (Hardenberg, 2018). Hier gesondert zu erwähnen ist, dass 75.1% der befragten Pädiater berichteten, den Eltern zusätzlich Informationen zum Projekt oder zu allgemeinen Themen zu geben. Dabei nahmen sie sich im Schnitt ca. 3 Minuten Zeit für Erläuterungen zur Lesestartinitiative. Schon bei Buchstart Hamburg gaben die Pädiater an, sich durchschnittlich ca. 3 Minuten Zeit für weitere Erläuterungen genommen zu haben (Kuhlmann, 2013). Das lässt anhand der sehr nah beieinander liegenden Werte vermuten, dass 3 Minuten Erläuterungszeit zum Projekt, im Praxisalltag eines Kinderarztes, durchaus aufgewendet werden. Unklar ist, ob die Kinderärzte bei einer langfristigen Implementation eines solchen Förderprogramms, sich zukünftig dauerhaft die zusätzliche Zeit nehmen.

Bei den gegebenen Erläuterungen ging es bei den meisten Pädiatern um kurze Informationen bezüglich der Initiative und den Inhalt des Lesestartsets. Diese Erläuterungen könnten grundsätzlich das Interesse für das Projekt steigern und eine erhöhte Kompetenz der Eltern im Umgang mit den Setmaterialien ermöglichen. Eine einfache Übergabe der Sets ohne entsprechende Aufklärung könnte vermutlich die gewünschten Effekte des Projektes verringern. So wird zumindest kurz die Aufmerksamkeit der Eltern geweckt und somit im besten Fall ein Anstoß in die gewünschte Richtung gesetzt. Eben diesen Anstoß sollte der entwickelte Elternratgeber geben, welcher dem Set beilag. Dieser wurde im dritten Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung als zweitwichtigster Bestandteil nach dem Buch beschrieben (Garbe et al. 2014). So ein Ratgeber war nicht erst in diesem Projekt vorhanden, sondern ebenfalls schon in den Vorläuferprojekten in Hamburg und Sachsen. Ob den Pädiatern die Relevanz dieses Elternratgebers bekannt war, ist unklar. Doch gaben 82.9% der Pädiater an, ausführlich oder zumindest kurz auf den Elternratgeber eingegangen zu sein. Das lässt darauf schließen, dass die Relevanz des Ratgebers den meisten Teilnehmern bewusst gewesen sein muss. Von

Vorteil wäre es, wenn zukünftig idealerweise noch mehr Pädiater zumindest kurz auf den Elternratgeber eingehen würden.

Neben den notwendigen Erläuterungen zur Lesestart-Initiative wurde der allgemeine Beratungsbedarf von Familien mit 1- bis 3-jährigen Kindern evaluiert. Der am häufigsten genannte Themenbereich war hier „Entwicklungsfördernde Aktivitäten insgesamt“. Dass hier laut Kinderärzte der meiste Beratungsbedarf besteht, ist nachvollziehbar, da diese Kategorie am weitesten gefasst ist. Im Vergleich zur U6, die bereits zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat erfolgt, spielen bei den etwas älteren Kindern neben Sprachentwicklung und Sozialverhalten vermehrt Themen wie Motorik oder Sozialverhalten eine Rolle. Interessant ist, dass von den vier erfragten Punkten der „altersgerechte Medienkonsum“ laut Befragung am wenigsten Beratung bedurfte. Das ist im Zeitalter der fortschreitenden Digitalisierung bemerkenswert, da die Mehrzahl der Kinder heute von Fernsehern, Computern, Smartphones, Tablets, interaktive Lernspiele etc. umgeben sind (Büsching & Riedel, 2017). Wahrscheinlich ist der Beratungsbedarf der Familien zu diesem Thema gar nicht unbedingt gering, sondern wird von anderen Instanzen schon genügend bedient. Ein bekanntes Programm ist dahingehend die „schau hin“-Initiative welche unter anderem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend realisiert wird. Hierbei sollen Eltern animiert werden, sich mehr mit dem Medienkonsum ihrer Kinder auseinanderzusetzen (www.schau-hin.info).

Im Rahmen der Lesestart-Initiative wurde, im Gegensatz zu Vorläuferprojekten wie Buchstart Hamburg oder Lesestart-Sachsen, aufgrund limitierter Materialien eine Selektierung bei der Setvergabe gewünscht. In der Initiative waren zwar grundsätzlich alle Familien bei der U6-Untersuchung berechtigt, ein Lesestartset zu erhalten, doch wurden die Pädiater angehalten, bildungsferne Familien präferiert zu berücksichtigen (Garbe et al. 2014). Diese Selektionsvorgabe hat im Nachhinein betrachtet nicht wie gewünscht funktioniert. Über 85% der Pädiater gaben an, die Sets an alle Eltern bei der U6-Untersuchung auszugeben. Nur etwas weniger als 14% gaben an, eine Vorauswahl zu treffen. Die Gründe für die fehlende Selektionsbereitschaft konnten in der Evaluation differenziert erfasst werden und sollen im nächsten Diskussionsteil beschrieben werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Vorauswahl grundsätzlich durch die Pädiater möglich wäre, diese aber zum Großteil diese Vorgabe ablehnen. Ob eine Selektion seitens der Pädiater und deren individueller Einschätzung dagegen überhaupt ethisch gerechtfertigt ist, ist ein Punkt, der diskutiert werden muss. In der Behandlungssituation entscheidet der Kinderarzt nach seinem subjektiven Gefühl darüber, ob ein Kind Material, sprich eine Förderung erhält oder nicht. Dieses tut er womöglich aufgrund nicht ausreichend vorliegender Sets. Dabei muss der Arzt nun durch einen kurzen Eindruck der Familie, der dabei nie umfassend sein kann, den individuellen Förderbedarf des Kindes einschätzen. Faktoren wie beispielsweise Habitus, Kleidung, Gepflegtheit und Sprachgebrauch der Eltern können dabei nur indirekte Hinweise geben, garantieren jedoch keine verlässliche soziodemographische Eingruppierung. Subjektive verzerrende Faktoren wie Sympathie könnten dabei ebenfalls eine Rolle spielen. Der Kinderarzt muss außerdem nach eigenem Ermessen entscheiden, an welchem Punkt „Förderbedürftigkeit“ anfängt und wo sie endet. Eine unbewusste Gewichtung bei der Verteilung ist somit nicht ausgeschlossen, eine gerechte und faire Verteilung nicht automatisch gewährleistet.

Eine Vorselektion, wie sie bei Lesestart angedacht war, bringt somit wichtige ethische Verteilungsfragen mit sich. Doch wenn eine Materialeselektion, beispielsweise aufgrund von limitierter Produktionskapazität oder Sparzwang nötig sein sollte, wird es ohne erheblich höheren Aufwand kaum eine Alternative zur subjektiven Einschätzung des Pädiaters geben. Kinderärzte finden sich nicht nur in dieser Situation häufig im Spannungsfeld zwischen der Rolle als „Anwalt des Kindes“ und „Berater der Eltern“ wieder (Landzettel & Landzettel, 2003, S. 1287-1288).

Bei Lesestart zeigte sich, wie bereits beschrieben nur ein geringer Anteil bereit, die vorgegebene Selektion zu treffen. Laut Evaluation wurden verschiedene Gründe genannt, das Set an alle Eltern zu verteilen. Der häufigste Grund war dabei der Wunsch, keiner Familie ein Set vorenthalten zu wollen. Des Weiteren wurden häufig ein allgemein bestehender Bedarf an Förderung und die ausreichende Versorgung mit Materialien genannt. Diese Antworten lassen auf ein hohes Gerechtigkeitsempfinden und eine geringe Bereitschaft, einzelne Kinder von Präventionsprogrammen auszuschließen, rückschließen. So wird auch eine Stigmatisierung einzelner Familien, aufgrund vermeintlich „bildungsferner“ Einschätzung, verhin-

dert. Da bei Lesestart jedoch aufgrund nicht ausreichend vorliegendem Material eine Selektion als notwendig erachtet worden war, wäre in Zukunft eine bessere Kommunikation einer solchen Limitierung empfehlenswert. Dies könnte in Form von einer kurzen und übersichtlichen Infobroschüre zu Beginn der Initiative erfolgen. Dass das Selektieren grundsätzlich möglich und durchführbar sei, meinte sowohl der Großteil der selektierenden als auch der nicht selektierenden Pädiater. Doch auch wenn die Kinderärzte einen vermeintlich subjektiv guten Eindruck über die Soziodemographie der Familie haben, ist eine Selektion mit mehr Aufwand verbunden. Bei einer Verteilung der Sets an alle Familien würde es zu weniger inneren Konflikten und einer verringerten kognitiven Belastung der Ärzte kommen. Von den Sets könnten so schließlich alle Familien profitieren (Schorb et al., 2009).

Ein Schwerpunkt der Evaluation waren die Effekte, die sich die teilnehmenden Pädiater durch das Lesestart-Projekt erwarteten. Hier gingen die meisten davon aus, dass die Verteilung der Sets die Eltern zum Vorlesen und Erzählen animieren würde (s. Tabl. 5). Fast identische Ergebnisse waren in der Kinderarztbefragung zu Lesestart Sachsen (Schorb et al., 2009) erhoben worden. In Sachsen stimmten 64.1% der Pädiater voll, 23.3% eher und 10.7 teils/teils zu, dass das Projekt Eltern zum Vorlesen motivieren könnte. Hier ist ein allgemeines Bias in der Einschätzung solcher Förderprojekte jedoch nicht ausgeschlossen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der Großteil der freiwillig teilnehmenden Kinderärzte einen Erfolg des Programmes verspricht, zumal die Durchführung des Projektes organisatorischen Mehraufwand ohne finanzielle Vergütung oder andere Anreize bedeutet. Ebenso ist es deshalb naheliegend, dass die Pädiater davon ausgehen, dass solche Projekte dem elterlichen Verhalten zumindest kurzzeitig eine gute Anregung geben können. Am wenigsten gingen die Pädiater bei der bundesweiten Lesestartinitiative dagegen von einem nachhaltigen Einfluss auf das elterliche Verhalten aus. Das kann darin begründet liegen, dass zum Zeitpunkt der Pädiaterbefragung die Initiative erst zwei Jahre durchgeführt wurde und die meisten Pädiater erst mit der Verteilung begonnen hatten, sowie die Laufzeit des Programms noch nicht bekannt war. Wenn die meisten Pädiater womöglich nur von einer kurzen und einmaligen Verteilung ausgegangen sind, ist ein „nachhaltiger Einfluss“ unwahrscheinlicher zu erwarten. Bei Lesestart Sachsen stimmten hingegen 47.6% der Pädiater vollkommen, 29.1% eher und 16.5% teils/teils zu, dass Lesestart bei Kindern „ein nachhaltiges Interesse an Büchern wecken“ kann (Schorb et al., 2009

S.99). Dass das Ergebnis der Pädiaterbefragung, bei ähnlichem Frageninhalt, hier doch recht unterschiedlich ausfällt kann an der Art der Fragestellung gelegen haben. In der Kinderarztbefragung in Sachsen, wurden die Pädiater befragt ob das Projekt etwas bewirken *kann*, in der bundesweiten Befragung hingegen wurde erfragt ob es etwas bewirken *wird*.

Insgesamt waren die Ergebnisse der erwartbaren Effekte der Pädiater sowohl in der bundesweiten Initiative als auch in Sachsen als positiv zu werten. Dieses spiegelte sich auch in der Auswertung der Freitextkommentare wider, in der der Großteil aller Befragten das Projekt als vielversprechend empfand und das Potential so einer Initiative erkannten. Die meisten Pädiater waren sich allerdings einig, dass eine einmalige Verteilung solcher Sets nicht ausreicht, um nachhaltig Bildungsförderung zu generieren. Letztendlich werden erst zukünftige Evaluationen zeigen können, ob diese Art von Frühförderung einen anhaltenden Einfluss auf die Literacy von Kindern haben kann und ob nur langfristig angelegte Projekte in Frage kommen oder eben auch einzelne Anregungen etwas bewirken können.

Dass die Multiplikatoren, sprich die Kinderärzte, von positiven Effekten der Initiative ausgehen, ist für die Durchführung ähnlicher Präventionsmaßnahmen essentiell. Die Erfolgseinschätzung der Pädiater ist ein wichtiger Faktor und für die Zukunft dieser Fördermaßnahmen richtungsweisend. Anzunehmen ist, dass Pädiater die an das Projekt und dessen Erfolg glauben, auch in Zukunft weiterhin als Multiplikatoren dienen werden. Um die Erfolgseinschätzung quantifizieren zu können, wurde eine entsprechende Skala entwickelt. Die Konstruktion dieses sogenannten Outcome-Maßes erfolgte durch Addition der einzelnen Erwartungswerte der Pädiater (vgl. Tabelle 5). Die dabei entstandene rechtssteile Verteilung sprach für eine eher hohe Erwartung von Seiten der Kinderärzte an das Projekt. Über ein multiples lineares Regressionsmodell wurde versucht, die Erfolgseinschätzungen mittels verschiedener erhobener Variablen zu erklären. Hier wäre es aufschlussreich, welche Variablen die Erwartungen an das Projekt steigern. In der vorliegenden Dissertation konnte gezeigt werden, dass sowohl die individuellen Merkmale der Pädiater, die Abläufe in der Programmumsetzung und die soziodemographischen Merkmale der Familien die Erfolgseinschätzungen der Ärzte nicht ausreichend erklären konnten. Einzig der Faktor „Beratungsbedarf der Familien“ zeigte einen signifikanten Zusammenhang, jedoch mit statistisch schwachem Effekt. Es kann

nicht ausgeschlossen werden, dass andere, in dieser Evaluation nicht erfasste Faktoren, einen relevanten Einfluss auf die Erfolgserwartung der Pädiater haben könnten. Ein statistischer Zusammenhang zwischen Erfolgserwartung und tatsächlichem Einfluss des Projektes auf die Literacy der Kinder könnte in zukünftigen Erhebungen untersucht werden. In Freitextkommentaren der Pädiater konnten zumindest Angaben über Rückmeldungen der Familien zum Lesestartset gewonnen werden. Dabei gaben 57.7% der Pädiater an eine positive, 41.8 keine und nur 0.4% eine negative Rückmeldung erhalten zu haben. Bei den positiven Rückmeldungen wurde besonders das beiliegende Buch gelobt, welches bei vielen Familien als „Lieblingsbuch“ beschrieben wurde. Außerdem wäre das Buch auch häufig bei den Geschwistern zum Einsatz gekommen und das Material würde insgesamt zum Vorlesen anregen. Die einzige negative Rückmeldung zu den ausgeteilten Sets kam, laut einer Kinderärztin aus dem Main-Kinzig-Kreis, von einer „sehr gebildeten Mutter, die meinte, dann man ihr mit Überreichung des Sets Vorwürfe, nicht ausreichend mit ihrem Kind zu lesen“. Eine dahingehend kritische Äußerung schien aber eher ein Einzelfall gewesen zu sein.

4.3. Methodische Grenzen

Die Arbeit sollte das bundesweite Lesestart-Frühförderprojekt evaluieren, welches Familien im Rahmen der U6-Untersuchung ansprechen soll. Dabei wurden die teilnehmenden Pädiater mit Hilfe von Fragebögen nach dem Ablauf, Durchführbarkeit und erwartbaren Effekten befragt. Nach einer solchen Erhebung ist grundsätzlich zu hinterfragen, wie valide diese Daten sind. Da die Ärzte im Querschnitt befragt wurden, sind die erhobenen Daten nur eine Momentaufnahme. Um eine mögliche Entwicklung in der Programmumsetzung oder Wirksamkeitseinschätzung der Pädiater erfassen zu können, müsste man eine Längsschnittstudie oder als Spezialfall eine prospektive Kohortenstudie durchführen (Döring & Bortz, 2016). Um einen differenzierteren Blick bezüglich der Programmumsetzung zu bekommen, müssten bestenfalls die Zielpersonen (Familien/Kinder) und die Initiatoren (Lesestart) befragt werden. Denn auch wenn der Großteil der Pädiater die Umsetzung als gelungen einschätzten, ist es dennoch möglich, dass sie nicht im Sinne der Initiatoren gehandelt haben (Selektion) und die Familien womöglich

nicht ausreichend erreicht wurden (Outcome). Erschwerend kommt die bisher kaum ausgeprägte wissenschaftliche Begleitung solcher Präventionsprojekte hinzu. Die Datenlage zum Thema Kinderfrühförderung ist äußerst dünn und besonders in Deutschland wurden bislang kaum Studien dazu durchgeführt. Es gab zwar, wie auch in dieser Arbeit mehrfach herangezogen, Vorläuferprojekte mit ähnlichem Aufbau und wissenschaftlicher Datenerhebung (Sachsen, Hamburg), diese waren allerdings auf regionaler Ebene beschränkt. Eine vergleichbare Reichweite hatte bisher vor allem das „Mutterprogramm“ Bookstart in Großbritannien (Moore & Wade, 2003).

4.4. Fazit

Bei der wissenschaftlichen Begleitung dieses Bildungspräventionsprogramms wurden deutschlandweit Kinderärzte verschiedensten Alters, Geschlechts und unterschiedlichster Berufserfahrung befragt. Dabei war die Teilnahme an der Befragung zwar schon hoch, hätte aber im Vergleich zu früheren Pädiaterbefragungen (Buchstart Hamburg, Lesestart Sachsen) auch durchaus noch etwas höher ausfallen können. Da die Angaben der Anzahl der U6-Untersuchungen sehr gleichmäßig hoch waren, konnte man daraus schlussfolgern, dass die richtige Kohorte an Kinderärzten erreicht wurde, da Lesestart über genau diese Vorsorgeuntersuchung realisiert wurde.

Aufgrund von Materiallimitierungen waren die Pädiater bei Lesestart dazu angehalten, bei der Verteilung des Präventionsmaterials eher bildungsferne Familien zu bevorzugen. Dafür mussten die Pädiater allerdings in der Lage sein, die Familien, welche zur U6-Untersuchung erscheinen, in verschiedene soziodemographische Gruppen einzuteilen. Diese Einteilung der Familien war für einen Großteil der Kinderärzte nur bedingt umsetzbar. Die Pädiater haben in den meisten Fällen zu wenig Einblick in die Familien, wodurch solche Einschätzungen als eher subjektiv zu werten sind.

Bis auf die vorgegebene Verteilungsselektion funktionierte die allgemeine Programmumsetzung laut der Pädiater recht gut. Wichtig war dabei vor allem, dass immer genügend Material für die Verteilung zur Verfügung stand. Die Verteilung lief in den meisten Fällen über die Pädiater selbst und nur zum Teil über Praxispersonal. An Hand der erhobenen Daten konnte außerdem geschlussfolgert werden, dass die Pädiater auch über die reine Verteilung hinaus Interesse hatten, den Familien Informationen mitzugeben sei es zu Lesestart selbst oder allgemein zur Kinderfrühförderung. Das ließ auf ein hohes „Präventionsinteresse“ seitens der Pädiater schließen. Die Bezugnahme auf den beiliegenden Elternratgeber von den Projektteilnehmern war zwar hoch, hätte aber durchaus noch etwas höher sein können und sollte in folgenden Präventionsmaßnahmen, um das Vorleseverhalten und Interesse der Eltern maximal zu stärken, noch mehr fokussiert werden.

Die Sets sollten möglichst an bildungsferne Familien ausgegeben werden, somit war eine Selektion der Familien erwünscht. Nur ein geringer Teil der Kinderärzte ist diesem Wunsch nachgekommen. Die meisten Kinderärzte selektierten nicht und verteilten die Materialien an alle zur U6-Untersuchung erscheinenden Familien.

In der Befragung gab es kaum einen Arzt, der das Programm nicht grundsätzlich gut fand und das mögliche Potential erkannte. Trotzdem waren die Erwartungen der meisten Pädiater, aufgrund der kurzen Verteilungsepisode, eher verhalten. Einig sind sich die meisten Kinderärzte darin, dass eine nachhaltige Bildungsförderung vor allem durch eine langfristige Ausweitung des Projektes gelingen kann. Mit Hilfe einer multiplen Regressionsanalyse ließ sich kein Merkmal finden, welches die Erfolgseinschätzung der Pädiater maßgeblich beeinflussen konnte. Da eine hohe Erwartung an solch ein Präventionsprogramm von Seiten der Multiplikatoren für die Durchführung und für spätere ähnliche Programme sehr wichtig ist, sollte auch in künftigen Studien nach solchen Merkmalen gesucht werden.

Ausblick für die Forschung

Bei zukünftigen Datenerhebungen mit Hilfe von Pädiatern zur Kinderfrühförderung wäre es sinnvoll...

1. den Pädiatern genauere Fragen zur Durchführbarkeit und Umsetzung zu stellen und dabei zur besseren Auswertung und Vergleichbarkeit der Daten eher auf mehrstufige Antwortskalen zu setzen und im Gegenzug auf Freitext-Antwortmöglichkeiten zu verzichten.
2. eine Längsschnittbefragung der Pädiater durchzuführen. Dabei gäbe es die Möglichkeit, neben einer randomisierten Befragung von Kinderärzten (Trendstudien) zusätzlich eine Kohorte zu wählen, welche immer wieder befragt werden kann (Panelstudien). Durch stetiges und kurzfristiges Auswerten dieser Befragungen wäre auch eine zügige Anpassung der wissenschaftlichen Begleitung (Fragebögen) möglich.
3. neben Fragebogen-gestützter Erhebung auch Leitfadengestützte Telefoninterviews durchzuführen (Schorb et al., 2009), um mehr „freien Input“ zu erhalten und den Multiplikatoren eine Art Mitgestaltung der wissenschaftlichen Begleitung zu ermöglichen.

Ausblick für die Praxis

Bei einer erneuten Verteilung von Bildungspräventionsmaterial über Kinderärzte oder ähnliche Multiplikatoren könnte...

1. möglichst auf eine Selektionsvorgabe (z. B. bildungsferne Familien) verzichtet werden. Bei begrenzten Materialressourcen könnte allerdings eine „Verteilungsempfehlung“ ausgesprochen werden.
2. eine Verteilung von Zwischenberichten über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Datenerhebung an die Pädiater erfolgen. Dadurch würden die Pädiater weiter an das Projekt erinnert und zu einer möglichen Teilnahme an einer wissenschaftlichen Begleitung angeregt werden.
3. eine strikte Materialbegrenzung erfolgen. Durch wenig und gut ausgewähltes Informationsmaterial wird die Aufmerksamkeit der Familien auf das Wesentliche konzentriert. Dabei sollte man den wichtigen Elternratgeber so verständlich, übersichtlich und interessant wie möglich gestalten. Das zugehörige Buch sollte ansprechend und wertig sein, um das Material abzurufen. Alle anderen Informationen könnten die Eltern bei Bedarf auf der zugehörigen Internetseite abrufen.

Schlusswort

Bei „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ wurden Pädiater als Multiplikatoren für eine deutschlandweite Frühförderung eingesetzt. Das scheint genau der richtige Ansatz zu sein und sollte auch in Zukunft weiter verfolgt und gefördert werden. Denn zum einen erreicht kaum eine andere Instanz so viele Kinder eines Jahrgangs wie Kinderärzte bei ihren Vorsorgeuntersuchungen und zum anderen lässt sich womöglich zusätzlich ein nicht unbedeutender gesundheitsökonomischer Kreislauf generieren. Wenn Pädiater eine flächendeckende Bildungsfrühförderung betreiben, wird sich diese möglicherweise in Zukunft auch auf unsere Bevölkerungsgesundheit auswirken. Denn Menschen mit einem höheren Bildungsstand sind seltener krank (Mielck et al., 2012) und gesunde Menschen entlasten unsere Gesellschaft und unser Gesundheitssystem.

5. Zusammenfassung

„Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ war das erste bundesweite präventive Bildungsprogramm für Familien in Deutschland und erstreckte sich ab 2011 über einen Zeitraum von acht Jahren. In der ersten von drei Phasen sollten Pädiater Sets bestehend aus Bilderbüchern und Informationsmaterialien im Zuge der U6-Untersuchung an bildungsferne Familien verteilen. In der vorliegenden Arbeit wurden die Pädiater im Jahr 2013 hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität der ersten Phase befragt. Dafür wurden in einem 1-Gruppen-Querschnittsdesign 800 Pädiater zufällig ausgewählt, welche entsprechende Fragebögen erhielten. In diesen wurden die Personenmerkmale der Ärzte, die Umsetzung der ersten Phase in den Praxen und die Erfolgserwartungen an das Programm erfragt. Hierfür wurden Fragen mit teils mehrstufiger Antwortmöglichkeiten gestellt und Freitext-Antworten gefordert. Aus der ursprünglichen Stichprobe konnten 406 Fragebögen final ausgewertet werden. In der Auswertung zeigte sich, dass ein Großteil der Befragten mit der Umsetzung des Programmes insgesamt zufrieden war, das Projekt als wichtig und sinnvoll erachtete und positive Effekte durch die Initiative erwartete. Die überwiegende Mehrheit der Pädiater verteilte die Materialien entgegen der Vorgabe an alle Familien. Sie kritisierten dabei die durch Selektion bedingte Ungleichberechtigung der Familien oder ihnen war die Vorgabe schlicht nicht bewusst. Mittels einer multiplen Regressionsanalyse konnten die Erfolgseinschätzungen der Pädiater, in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen insgesamt nicht bedeutsam erklärt werden. Nur ein Prädiktor, der Beratungsbedarf der Familien, konnte die Erfolgseinschätzungen der Pädiater signifikant beeinflussen, hatte dabei aber nur einen kleinen Effekt.

Für zukünftige Bildungspräventionsprogramme wäre der Verzicht auf Selektionsvorgaben, eine Ausweitung der Fördermaßnahmen über einen längeren Zeitraum und die Durchführung von Längsschnittbefragungen von Pädiatern empfehlenswert.

6. Abstract

"Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen" was the first nationwide preventive education program for families in Germany and spanned a period of eight years starting in 2011. In the first of three phases, pediatricians were to distribute sets consisting of picture books and informational materials to educationally disadvantaged families in the course of the U6 examination. In the present study, the pediatricians were surveyed in 2013 regarding structure and process quality of the first phase. For this purpose, 800 pediatricians were randomly selected in a 1-group cross-sectional design, who received corresponding questionnaires. These questionnaires asked about the personal characteristics of the physicians, the implementation of the first phase in the practices, and the expectations of success of the program. For this purpose, questions were asked, some with multi-step response options, and free-text responses were requested. From the original sample, 406 questionnaires were finally evaluated. The evaluation showed that the majority of respondents were satisfied overall with the implementation of the program, considered the project important and meaningful, and expected positive effects from the initiative. The vast majority of pediatricians distributed the materials to all families, contrary to what was specified. In doing so, they criticized the inequality of families due to selection, or they were simply unaware of the default. Using multiple regression analysis, the pediatricians' estimates of success, as a function of several variables, could not be significantly explained overall. Only one predictor, the families' need for counseling, was able to significantly influence the pediatricians' estimates of success, but it had only a small effect. For future educational prevention programs, the abandonment of selection requirements, an extension of the support measures over a longer period of time and the implementation of longitudinal surveys of pediatricians would be recommended.

7. Literaturverzeichnis

Allhoff, P. (2010) Das deutsche Früherkennungsprogramm für Kinder — zwischen Politik, Lobby, Eminenz und Evidenz. In: *Kind und Recht*. Springer, Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0005-9_11

Artelt, C., McElvany, N., Christmann, U., Richter, T., Groeben, N., Köster, J., Schneider, W., Stanat, P., Ostermeier, C., Schiefele, U., Valtin, R. & Ring, K. (2007). *Förderung von Lesekompetenz - Expertise*. 1. Aufl., BMBF, Bonn, Berlin.

BMBF (2011). *Leistungsbeschreibung – Wissenschaftliche Begleitung des Programms „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“*. BMBF, Bonn.

Böck, M., Falschlehner, G. & König, M. (2012). *Family Literacy Bestandsaufnahme von nationalen und internationalen Projekten*. (Wien) [Online im Internet] URL: https://www.family-literacy.at/static/media/familyliteracy/material/bestandsaufnahme_family_literacy.pdf [Stand: 26.10.2020, 17:43].

Book Trust. (2017). *Invitation to Tender: Bookstart England meta-evaluation: Bookstart Baby, Bookstart Treasure and Bookstart Corner*. (London) [Online im Internet] URL: <https://www.booktrust.org.uk/globalassets/resources/research/itt/bookstart-meta-evaluation-itt.pdf> [Stand: 18.01.2020, 10:03].

Bruner, J. S. (2002). *Wie das Kind sprechen lernt*. 1. Aufl., Hans Huber Verlag, Bern.

Bundesärztekammer (2012). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2012. (Deutschland) [Online im Internet] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat12/Abbildungsteil.pdf [Stand 17.05.2021, 18:29].

Büsching, U., & Riedel, R. (2017). *BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien*. BMG, Köln.

Chomsky, N. (1969). *Aspekte der Syntaxtheorie*. 1. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt/M.

- Chomsky, N. (1970). *Sprache und Geist*. 1. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Chomsky, N. (1972). *Die formale Natur der Sprache*. In: *Biologische Grundlagen der Sprache*. Lenneberg E. H. (Hrsg.), 1. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/M, 483-539.
- DeGEval (2008). *Standards für Evaluation*. 4. Aufl., DeGEval, Mainz.
- DeGEval (2016). *Standards für Evaluation. Erste Revision 2016*. 1. Aufl., DeGEval, Mainz.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg.
- Egan, S. M., Hoyne, C., Moloney, M., Breatnach, D. & Pope, J. (2020). Shared Book Reading with Infants: A Review of International and National Baby Book Gifting Schemes. *An Leabhbh Óg*. 13(1):49-64.
- Garbe, C., Ekert, S., Ornig, N. & Barkmann, C. (2014). *Dritter Zwischenbericht: Wissenschaftliche Begleitung des Programms „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“*. InterVal GmbH, Berlin.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie)*. Berlin [Online im Internet.] URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2156/Kinder-RL_2020-05-14_iK-2020-03-25.pdf [Stand: 14.12.2020, 14:13].
- Hardenberg, N. von (2018). *Kinderärzte am Limit*. München [Online im Internet] URL: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/medizin-termin-in-vier-wochen-1.4011729> [Stand: 23.06.2019 16:21].
- Krauß-Leichert, U. (2019). Leseförderung – ein Plädoyer für eine Selbstverständlichkeit. In: *Bibliotheksentwicklung im Netzwerk von Menschen, Informationstechnologie und Nachhaltigkeit* Fühles-Ubach S. & Georgy U. (Hrsg.), 1. Aufl., Bock + Herchen Verlag, Bad Honnef, 67-70.

- Kuhlmann, E. (2013). *Buchstart Hamburg: Evaluation eines kulturpädagogischen Sprachfrühförderprogramms*. 1. Aufl. Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Landzettel, H. J. & Landzettel, M. (2003). Ethik im pädiatrischen Alltag. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 151(12):1282-1290.
- Lenneberg, E. H. (1972). *Biologische Grundlagen der Sprache*. 1. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M. & Korber, K. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. 1. Aufl., Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Moore, M. & Wade, B., (2003). Bookstart: A qualitative evaluation. *Educational Review*. 55(1):3-13.
- Nickel, S. (2007). Beobachtung kindlicher Literacy-Erfahrungen im Übergang von Kindergarten und Schule. In: *Diagnostik und Förderung im Elementarbereich und Grundschulunterricht*. Graf, U. & Moser Opitz, E. (Hrsg.), 1. Aufl., Schneider, Baltmannsweiler, 87-104.
- OECD (2012). Let's Read Them a Story! The Parent Factor in Education, *PISA*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264176232-en>
- Piaget, J. (1972). *Sprechen und Denken des Kindes*. 1. Aufl., Schwann, Düsseldorf.
- Rabkin, G. & Störmer, C. (2011). Die wichtigsten Lehrer für Kinder sind ihre Eltern. *Hamburg Macht Schule*. 2011(1):32-33.
- Reiss, K., Sälzer, C., Schiepe-Tiska, A., Klieme, E. & Köller, O. (2016). *Eine Studie zwischen Kontinuität und Innovation*. 1. Aufl., Waxmann, Münster.
- Rodens, D. K. (2018). Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung in Deutschland. *Kinder- Und Jugendarzt*. 49(4):161-166.

- Schlingensiepen, I. (2019). *Kinderschutz-Projekt: Pädiater geben Infos zu Gewaltprävention*. Düsseldorf [Online im Internet] URL: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/979824/kinderschutz-projekt-paediater-geben-infos-gewaltpraevention.html [Stand: 27.02.2019, 16:23].
- Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A., Lampert, T. (2018), Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(4): 68-77.
- Schorb, B., Müller, B., Kuttner, C., Spendrin, K. & Meier, K. (2009). *Abschlussbericht zur Begleitforschung des Modellprojektes „Lesestart – Mit Büchern Wachsen“*. 1. Aufl., Universität Leipzig, Leipzig.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. 1. Aufl., Appleton-Century-Crofts, New York.
- Spitz, R. A. (1957). *Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. 1. Aufl., Klett, Stuttgart.
- Schrenker, K. (2012). *Vom Ich zum Du zum Wir Perspektivenwechsel und Triangulierung in der frühen Kindheit*. 1. Aufl., Centaurus Verlag & Media UG, Freiburg.
- Stamm, M. & Edelmann, D. (2013). *Handbuch frühkindliche Bildungsforschung*. 1. Aufl., Springer VS, Wiesbaden.
- Stange, W., Krueger, R., Henschel, A. & Schmitt, C. (2013). *Erziehungs- und Bildungspartnerschaften- Praxisbuch zur Elternarbeit*. 1. Aufl., Springer VS, Lüneburg.
- Stiftung Lesen (2007). *Bookstart-Lesestart Machbarkeitsstudie Zusammenfassung*. Mainz [Online im Internet] URL: https://www.bkj.de/fileadmin/user_upload/documents/Praxisimpulse/bookstart_stiftung_lesen.pdf [Stand: 14.09.2018, 08:32].

Stiftung Lesen (2020). *Pressemitteilung: Lesestart 1–2–3 fördert Vorlesen und Erzählen mit kleinen Kindern*. Mainz [Online im Internet] URL: <https://www.stiftunglesen.de/presseservice/pressemitteilungen/1111> [Stand: 29.10.2020, 11:13].

Stockmann, R. (2004) Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren. (CEval-Arbeitspapier, 9), Universität des Saarlandes, Fak. 05 Empirische Humanwissenschaften, CEval – Centrum für Evaluation, Saarbrücken.

Szagun, G. (2016). *Sprachentwicklung beim Kind: Ein Lehrbuch*. 6. Aufl., Beltz, Weinheim.

Tracy, R. (2007). *Wie Kinder Sprachen lernen: Und wie wir sie dabei unterstützen können*. 1. Aufl., Francke Verlag, Tübingen.

Trautner, H. M. (1997). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie Band 2: Theorien und Befunde*. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Wieczerkowski, W. (1982). *Spracherwerb und Sprachentwicklung*. In: *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. Wieczerkowski W. & Oeveste H. zur (Hrsg.), 1. Aufl., Schwann, Düsseldorf, 241-317.

8. Anlagen

Fragebogen 2013

INTERVAL

**Befragung von Kinderärzten und Kinderärztinnen
im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Initiative
„Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ (2013)**

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person, Ihrer Praxis und Ihren Klienten und Klientinnen:

1. Sie sind...

weiblich männlich

2. Seit wann sind Sie als Kinderarzt/-ärztin tätig? ____ (Jahreszahl)

3. Sind Sie Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (bvkj)?

ja nein

4. Sie sind tätig in einer...

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Klinik Anderes

5. Wie viele U6-Untersuchungen führen Sie durchschnittlich pro Quartal durch? ____

6. Das Einzugsgebiet Ihrer Praxis ist...

eher ländlich kleinstädtisch großstädtisch

7. Die Praxis liegt im Landkreis/in der kreisfreien Stadt: _____

8. Wenn Sie an die Familien denken, die in Ihre Praxis zur U6 kommen: Wie hoch schätzen Sie (näherungsweise) den Anteil von ... (Die Merkmale überschneiden sich i. d. R., bitte treffen Sie dennoch in jeder Zeile eine ggf. grobe Schätzung)

... sozial schwächeren Familien:ca. ____ %

... sehr jungen Eltern (bis ca. 22 Jahre):ca. ____ %

... eher bildungsfernen Familien (z. B. ohne Schulabschluss): ca. ____ %

... eher bildungsnahen Familien (z. B. mit Abitur):ca. ____ %

... Alleinerziehenden:ca. ____ %

... Familien mit Migrationshintergrund:ca. ____ %

... Eltern mit geringen Deutschkenntnissen:ca. ____ %

... privat versicherten Patienten/-innen:ca. ____ %

... Eltern mit psychosozialen Belastungen:ca. ____ %

Spezifische andere „Gruppen“ von Eltern und ihre Anteile:

Nun bitten wir Sie um einige Angaben zur Umsetzung der Initiative „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ und zur Verteilung von „Lesestart-Sets“ (Stoffbeutel mit verschiedenen Materialien) in Ihrer Praxis:

9. Seit wann verteilen Sie Sets der Initiative „Lesestart“ in Ihrer Praxis? _____ (Monat, Jahr)

10. Wie viele Lesestart-Sets haben Sie bisher insgesamt erhalten? _____ (ggf. reicht eine Schätzung)

11. Standen Ihnen bisher immer ausreichend Sets zur Verteilung an Eltern bei der U6 zur Verfügung?

- ja, wir hatten immer ausreichend viele Sets
 nein, wir hatten kurzfristige Engpässe (weniger als 1 Monat)
 nein, wir hatten längere Phasen, in denen wir keine Sets hatten

12. Wie werden die Lesestart-Sets in Ihrer Praxis verteilt? (Mehrfachantworten möglich)

- Sets liegen zur freien Mitnahme aus
 Sets werden durch Kinderarzt/-ärztin übergeben
 Sets werden durch Arzthelfer/-in übergeben
 Anderes Verfahren => bitte erläutern Sie: _____

13. An wen werden die Lesestart-Sets verteilt? (Mehrfachantworten möglich)

- An alle Eltern, die zur Vorsorgeuntersuchung U6 kommen => weiter mit Frage 14
 An ausgewählte Eltern, die zur U6 kommen => weiter mit Frage 15
 Auch an Eltern älterer Kinder

14. Aus welchen Gründen verteilen Sie Sets an alle Eltern bzw. Familien bei der U6?

	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft voll zu
Alle haben Bedarf an Informationen zu Sprach-/Leseförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es soll niemandem ein Set vorenthalten (niemand benachteiligt) werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist im Praxisalltag zu aufwändig, bestimmte Eltern auszuwählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist im Sinne der Initiative, dass alle Familien Sets erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ihrer Praxis sind genügend Sets vorhanden, um an alle Familien bei der U6 zu verteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kann nicht die Aufgabe der Kinderärzte sein, zu entscheiden, welche Familie ein Set erhalten soll und welche nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gründe:				

=> weiter mit Frage 17

15. Aus welchen Gründen verteilen Sie Sets nicht an alle, sondern an ausgewählte Eltern bzw. Familien bei der U6?

	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft voll zu
Nicht alle haben Bedarf an Informationen zu Sprach-/Leseförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird von den Eltern akzeptiert, dass nicht alle ein Set erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist im Praxisalltag gut möglich, bestimmte Eltern auszuwählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist im Sinne der Initiative, dass ausgewählte Familien Sets erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben gar nicht genügend Sets, um an alle Familien bei der U6 zu verteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärzte können gut entscheiden, welche Familie ein Set erhalten soll und welche Familie nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Gründe:

16. Welche Ihrer Gruppen von Patientenfamilien erhalten bei der U6 ein Lesestart-Set?

	alle davon	ein Teil davon	niemand davon	trifft nicht zu/habe keine Patienten aus dieser Gruppe
Sozial schwächere Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr junge Eltern (bis ca. 22 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eher bildungsferne Familien (z. B. ohne Schulabschluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eher bildungsnahe Familien (z. B. mit Abitur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleinerziehende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern mit geringen Deutschkenntnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat versicherten Patienten/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern mit psychosozialen Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern mit dem ersten Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern, die nach dem Lesestart-Set fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen dazu, an wen Sie Sets verteilen bzw. wie Sie unter Ihren Patientenfamilien auswählen:

17. Geben Sie und/oder Ihre Mitarbeiter/-innen den Eltern Erläuterungen zur Initiative oder zum Set? Und wenn ja, wie viel Zeit wird dafür schätzungsweise aufgewendet?

- nein => weiter mit Frage 19
- ja, Kinderarzt/-ärztin: ca. _____ Minute(n) pro Familie
- ja, Arzthelfer/-innen oder andere Mitarbeiter/-innen: ca. _____ Minute(n) pro Familie

18. Welche Erläuterungen werden gegeben?

	nein	ja, kurz	ja, ausführlich
Informationen zur Initiative Lesestart (wer steht dahinter, kostenloses Materialset, allgemeines Ziel etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über den Inhalt des Sets (Bilderbuch, Elternratgeber, Gutschein für Bibliothek etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise und Vorschläge, wie die Materialien des Sets angewendet werden können (wie man mit einjährigem Kind Bilderbuch ansehen kann etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass es wichtig ist, dass sich die Eltern den Lesestart-Ratgeber ausführlich durchlesen, da darin nützliche Tipps enthalten sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Besprechen Sie mit den Eltern folgende Themen bei der U6 (auch unabhängig von Lesestart)?

	nein	ja, kurz	ja, ausführlich
Informationen/Beratung zur Sprachförderung (warum es wichtig ist, wie man es am besten macht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen/Beratung zur altersgerechten Nutzung verschiedener Medien (TV, Computer etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wie schätzen Sie den Informations- und Beratungsbedarf der Eltern, die in Ihre Praxis kommen und ein- bis dreijährige Kinder haben, zu folgenden Themen ein?

	gering	mittel	hoch
Natürliche Sprachentwicklung von Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten altersgerechter Sprachförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsfördernde Aktivitäten insgesamt (auch Motorik etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersgerechter Medienkonsum (Nutzung TV, Computer etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Was erwarten Sie von der Verteilung der Lesestart-Sets?
Die Lesestart-Sets...**

	weiß nicht	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft voll zu
... sensibilisieren Eltern für den bewussten Umgang mit Sprache	<input type="checkbox"/>				
... motivieren Eltern dazu, ihren Kindern vorzulesen und zu erzählen	<input type="checkbox"/>				
... bieten kurzfristig gute Anregungen für das elterliche Verhalten	<input type="checkbox"/>				
... haben nachhaltigen Einfluss auf das Verhalten der Eltern	<input type="checkbox"/>				
... sind eine gute Möglichkeit, um auch bildungsferne Familien zu erreichen	<input type="checkbox"/>				
... motivieren Eltern dazu, sich Zeit für ihr Kind zu nehmen	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges:

**22. Gibt es bestimmte Familien/Zielgruppen, bei denen Sie eher Effekte erwarten?
Ggf. erläutern Sie bitte kurz welche und warum:**

23. Haben Sie bereits Rückmeldungen von den Familien zu den Sets erhalten (nicht unmittelbar bei der Übergabe der Sets sondern einige Zeit danach)? Wenn ja, welche?

24. Haben Sie weitere Anmerkungen zu Zielen, zur Implementation o. ä. der Initiative „Lesestart“?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung, der Fragebogen ist hiermit zu Ende!

9. Danksagung

Als erstes gilt mein Dank vor allem meinem Doktorarbeitsbetreuer Dr. Claus Barkmann und meinem Doktorvater Professor Dr. Michael Schulte-Markwort, die diese Dissertation erst möglich gemacht haben. Dr. Barkmann unterstützte mich in besonderem Maße mit seiner Expertise zur Thematik und Beantwortung meiner Fragen, insbesondere zu Grundlagen der Statistik, mit seiner immer sehr freundlichen und geduldigen Art. Mein Dank richtet sich auch an die beteiligten Personen der wissenschaftlichen Begleitung von „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ und der InterVal GmbH, welche die Daten gesammelt, digital aufbereitet und zur Auswertung zur Verfügung gestellt haben.

Dank gebührt ebenfalls meiner Familie und meinen Freunden, welche mich im Verlauf des Studiums und in der Erstellung dieser Arbeit zu jeder Zeit unterstützten. Vor allem dir Philipp, danke ich für deine Zeit und Korrekturen.

Besonderen Dank an meine Eltern, die mir das Privileg dieser langwierigen Ausbildung ermöglicht haben.

Zu guter Letzt danke ich meiner Frau Lena, welche mich über die vielen Jahre durch alle Höhen und Tiefen begleitete und wann immer es nötig war, mit aufmunternden Worten, einem Rat oder einfach nur einem offenen Ohr zur Seite stand.

10. Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

11. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: