Hochschule Magdeburg • Stendal

Ringvorlesung
Wintersemester 2017/18

Familiäre Gesundheitsförderung –

Welche präventiven Potenziale bei Familien können aufgegriffen werden?

Stendal, 14. November 2017
Prof. Dr. Raimund Geene MPH
Hochschule Magdeburg-Stendal

Überblick

- Rahmenbedingungen familiärer Gesundheitsförderung
- Handlungsmaxime familiärer Gesundheitsförderung
- Familiäre Lebens*phasen*
- Belastete Lebens*lagen* von Familien
- Abgestimmte Methoden und Strategien familiärer Gesundheitsförderung – integrierter Handlungsansatz

Fallbeispiele

- Jack, 10 Jahre und sein Halbbruder Manuel, 6 Jahre

- Max, 4 Jahre + seine Mutter Natalie, 27 Jahre
- Natalie und ihr Halbbruder Martin, damals 6 + 4 Jahre (jetzt 27 + 25)
- Sherrly (jetzt 17)
  - http://www.ardmediathek.de/tv/Menschen-hautnah/Wenn-Pflegekinder-erwachsen-werden/WDR-Fernsehen/Video?bcastId=7535538&documentId=40228814

- Jeanette, 27 Jahre, und ihr Sohn Leno, 1 Jahr

Dormagener Modell: http://www.3sat.de/mediathek/?mode=play&obj=68453

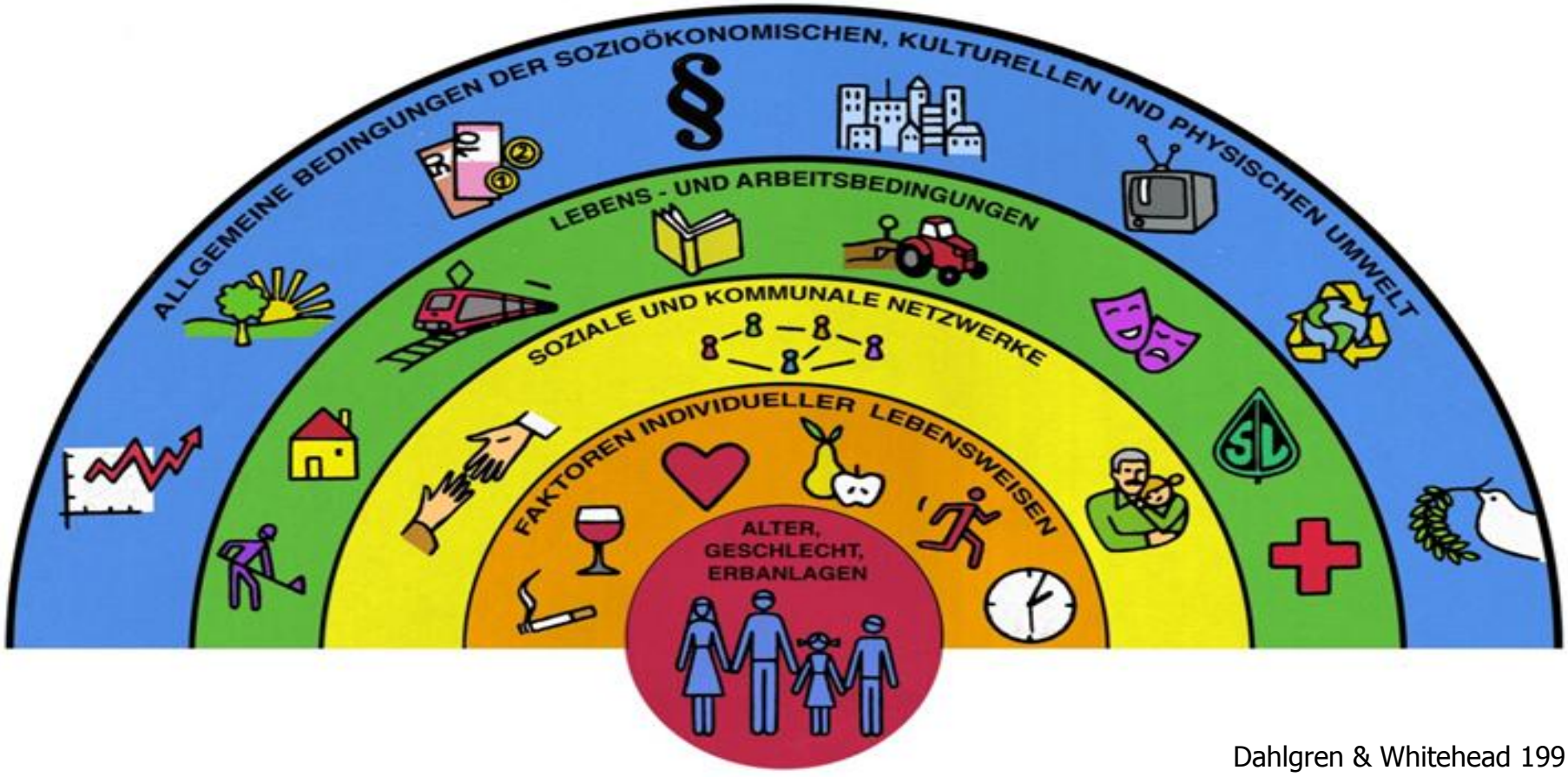
Hintergründe der breiten öffentlichen Thematisierung

Seit gut zehn Jahren ist gesundes Aufwachsen ein zentrales sozialpolitisches (gesundheitspolitisches, familienpolitisches) Thema

- Dramatische Fälle von Kindesvernachlässigung („Kevin" + „Lea-Sophie") und in der Folge „Kindergipfel" bei der Kanzlerin
- Der 1. dt. Kindergesundheitsbericht „KiGGS" mit den Befunden zur „Neuen Morbidität"
- Die Armuts- und Reichtumsberichte seit 2002 mit dem wiederkehrenden Befund von hoher Kinderarmut

Determinanten für Gesundheit

Das Regenbogenmodell (1991)



Dahlgren & Whitehead 1991

Gesundheitsförderung

als Querschnittsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Sicherungssysteme

- 3 Kernstrategien: befähigen - vermitteln - vertreten
- 5 Handlungsfelder
  - Gesunde Lebenswelten
  - Gemeinschaftsaktionen stärken
  - Persönliche Kompetenzen entwickeln
  - Gesundheitsdienste neu orientieren
  - Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik

Lebenswelt Familie?

- Familie ist zentraler Einflussfaktor bei Verhütung, Entstehung, Entwicklung und Bewältigung von Krankheiten
- Familie hat hohe protektive sowie salutogene Potenziale insbesondere hinsichtlich
  - primärer Sozialisation
  - gesundheitsförderlichen Lebensstils
  - Regeneration
  - soziale Unterstützung
  - Hilfe im Krankheitsfall und bei Pflegebedürftigkeit

Lebenswelt Familie?

- Gesundheitsförderung bei Familien - rechtliche und ethische Implikationen
  - Familie ist kein Setting im Sinne der WHO
  - Methoden des Settingansatzes teilweise ungeeignet für Arbeit in Familien (zB. OE, Negativzuschreibungen)
  - Familiäre Autonomie ist ein hohes, grundgesetzlich normiertes Gut (Art. 6 GG), beschränkt ausschließlich durch die Schulpflicht (Art. 6 (2) GG) sowie das staatliche Wächteramt
- Familie als Ort der Gesundheitsförderung im PrävG eher indirekt adressiert
  - Settings Kita, Schule, Kommune
  - Direkte Adressierung über Jugendhilfe (Frühe Hilfen)

Lebenswelt Familie?

- Familie ist **keine** Lebenswelt im Sinnen des Setting-Ansatzes (WHO und GKV Präventionsleitfaden)
- Methoden des Setting-Ansatzes teilweise ungeeignet

Erreicht werden Familien lt. Präventionsgesetz durch:
•Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (Schwangerschaft und Kindheit) incl. Präventionsempfehlungen für Kinder + Eltern
•durch Kitas sowie Schulen
•„die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren, etwa der Familienbildung in der Lebenswelt ‚Kommunen/ Stadtteil' unterstützt" (PrävG Gesetzesbegründung § 20a SGB V)

Gesundheitsförderung bei Familien –
nicht die Familien selber, sondern die Rahmenbedingungen familiärer Lebenswelten gesundheitsförderlich gestalten

→ *Kernstrategien als Maxime:*

- Advocate: Anwaltschaftliche Interessensvertretung
- Mediate: gesundheitsförderliche Ausrichtung der Angebote, insb. auch hinsichtlich Transitionen
- Enabling: Angebote zur freiwilligen gesundheitsförderlichen Kompetenzentwicklung „make the healthier way the easier choice"

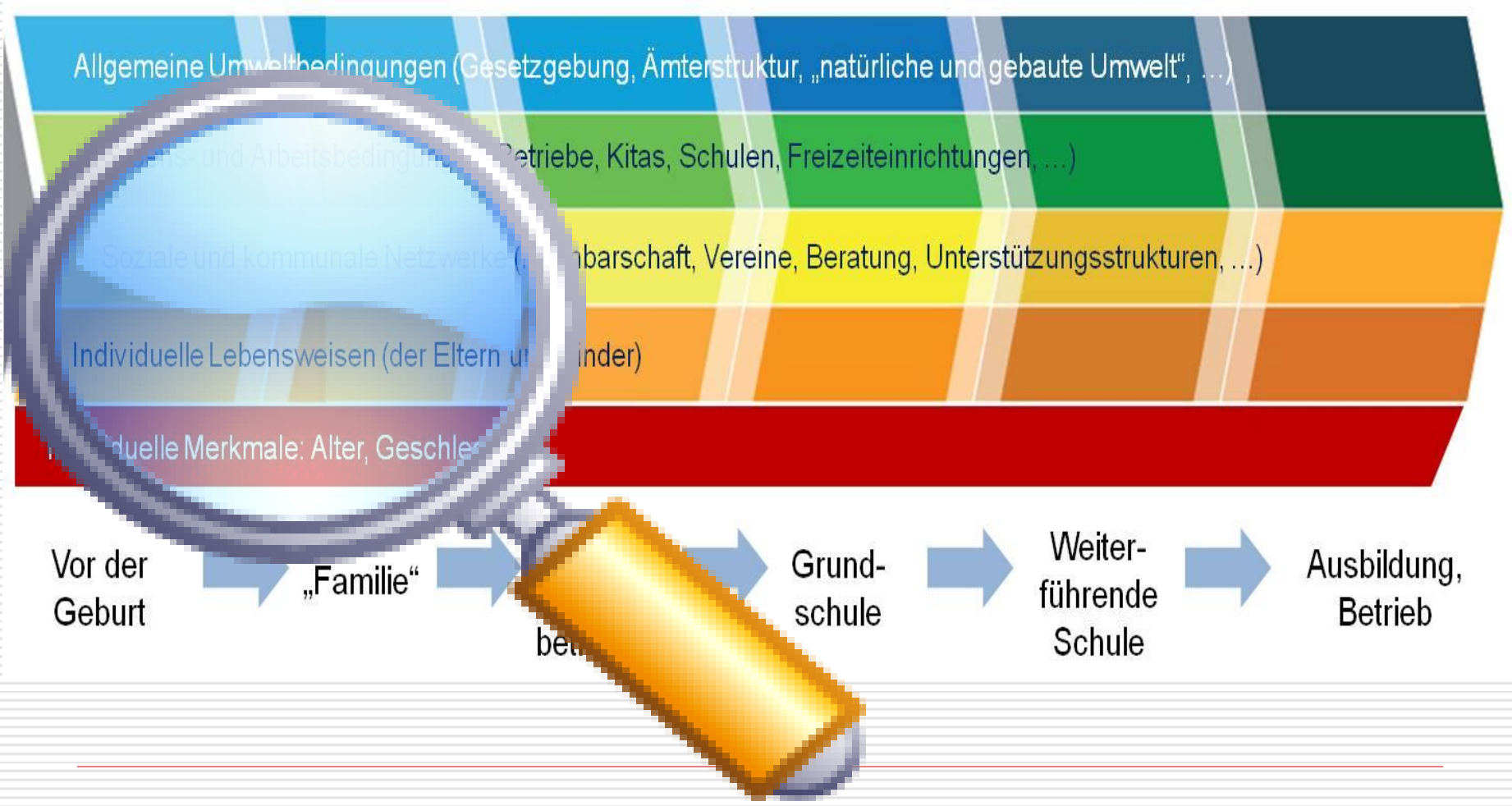
Zwei Analyserichtungen familiärer Gesundheitsförderung

- *vertikal* entlang der Lebens***phasen***
  - „Zeitleiste" der Lebensphasen
  - entlang Sozialisationsstufen
    - Primäre Sozialisation: Familie
    - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
    - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen …
- *horizontal* entlang der Lebens***lagen***
  - Familiäre Adversionsrisiken und besondere Belastungslagen, z.B.
    - Kinder- und Familienarmut
    - Alleinerziehen
    - Elterliche psychische und Suchterkrankungen
    - (entstehende) Behinderungen und Erkrankungen des/ der Kinder
    - Chronische Erkrankungen/ „Neue Morbidität"
    - Pflegefamilien und Kinderheimgruppen

Lebensphasen familiärer Gesundheitsförderung

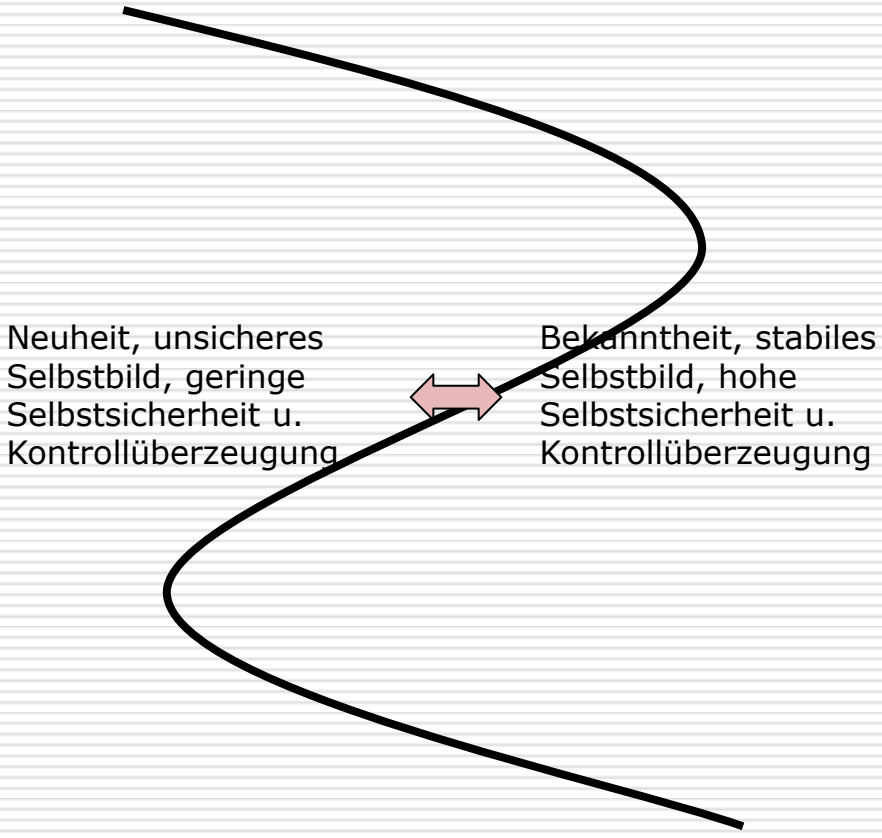
- *vertikal* entlang der Lebens***phasen***
  - „Zeitleiste" der Lebensphasen
  - entlang Sozialisationsstufen
    - Primäre Sozialisation: Familie
    - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
    - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen …
  - weitere Lebensphasen

Regenbogenmodell als Präventionskette



10-Phasen-Modell der Gesundheitsförderung bei Familiengründung

1. Präkonzeptionelle Phase
2. Orientierungsphase
3. Selbstkonzeptphase
4. Subjektwerdungsphase
5. Phase der Antizipation und Vorbereitung
6. Geburt
7. Phase der Überwältigung und Erholung
8. Familienwerdungsphase
9. Stabilisierungsphase
10. Vergesellschaftungsphase



10-Phasen Modell in Anlehnung an das 8-Phasenmodell „Schwangerschaft und erste Geburt – Psychologische Veränderungen der Eltern“ von Gloger-Tippelt (1988)

Tab. 1: 10-Phasen-Modell der Bewältigungsaufgaben rund um die Geburt (Geene & Bacchetta, 2017)

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben
1. Phase: Präkonzeptionelle Phase Vor Eintritt einer Schwangerschaft	Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit; Herausbildung elementarer Voraussetzungen	Physiologisch: ➢ Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit Psychologisch: ➢ Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/ Wohlbefinden Sozial: ➢ soziale und finanzielle Sicherheit schaffen
2. Phase: Orientierung Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. SSW (pränatal, 1. Trimenon)	Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft Beginn körperlicher Veränderungen	Physiologisch: ➢ Bewältigung körperlicher Veränderungen ➢ Umgang mit mögl. Symptomen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Fehlen von Symptomen Psychologisch: ➢ Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene ➢ Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen Sozial: ➢ Sorgen und Ängste ➢ Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung
3. Phase: Selbstkonzeption ca. 12. bis 20. SSW Beginnt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft (pränatal, 2. Trimenon)	Erstes Selbstkonzept vom Elternwerden/-sein; Sichtbarwerden der Schwangerschaft	Physiologisch: ➢ Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik Psychologisch: ➢ Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufes (insb. Suchtmittelabstinenz, aber auch allgemein Gesundheitsverhalten, Ernährung, Schlafrhytmus) Sozial: ➢ Offentlichmachen“ und Umgang mit der Reaktion auf die Schwangerschaft von Außenstehenden ➢ „normative Anpassung“
4. Phase: Subjektwerdung ca. 20. bis 32. SSW (pränatal, 2./3. Trimenon)	Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/als zunehmend eigenständiges Wesen Phase des Wohlbefindens	Physiologisch: ➢ Wachsen des Bauches ➢ erste Kindsbewegung („Quickening“) Psychologisch: ➢ Phantasien über das Leben mit Kind Sozial: ➢ Entwicklung konkreter Lebensvorstellungen der zukünftigen Mutter/ des zukünftigen Vaters/ zukünftigen Ko-Elternteils
5. Phase: Antizipation und Vorbereitung ca. 32. bis 40. SSW (pränatal, Ende 3. Trimenon)	Anstieg der körperlichen Belastung, Vorbereitung auf Geburt. Vorbereitung auf Familie	Physiologisch: ➢ Umgang mit körperlichen Belastungen (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase) Psychologisch: ➢ Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt ➢ empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten Sozial: ➢ „Nestbau“ ➢ Beginn des Mutterschutzes

Tab. 1, Teil 2: 10-Phasen-Modell der Bewältigungsaufgaben rund um die Geburt (Geene & Bacchetta, 2017)

6. Phase: Geburt (perinatal, von Geburtsbeginn bis etwa 2 bis 7 Tage postnatal)	Geburtsverlauf, Zeit für das Kennenlernen/ Bonding	Physiologisch: ➢ Gebären ➢ Gelingende Anpassung an die körperliche Trennung der Mutter ➢ ggf./wünschenswert: Stillbeginn Psychologisch: ➢ Annehmen eines neuen Familienmitgliedes ➢ Bindungsaufbau Sozial: ➢ Baby als Leben außerhalb des Mutterleibs ➢ Beginn des Mutterschutzes
7. Phase: Wochenbett - Phase der Überwältigung und Erholung (postnatal, bis ca. 8 bis 12 Wochen nach der Geburt)	Wechsel zwischen Freude/Stolz und Erschöpfung. Umgang mit körperlichen Veränderungen und Veränderungen im Tagesablauf mit neuer Verantwortung	Physiologisch: ➢ Erschöpfung ➢ Heilungsprozess bei Geburtsverletzungen ➢ Körperliche Veränderung (z.B. Brust, Rückbildungsprozesse, hormonelle Umstellungen) ➢ Schlafmangel ➢ ggf./wünschenswert: Stillen Psychologisch: ➢ Stimmungsschwankungen ➢ Schlafmangel ➢ Annehmen eines neuen Familienmitgliedes, Bindung Sozial: ➢ Mutterschutz ➢ Versorgung des Kindes mit neuer Verantwortung (Angst vor Fehlern) ➢ Änderung im Tagesrhythmus ➢ Bürokratische Aufgaben
8. Phase: Familienwerdung ca. 2. oder 3. bis 6. Lebensmonat	Zunahme der Elternkompetenz. Wahrnehmung von Veränderungen in der Paarbeziehung	Physiologisch: ➢ Heilungsprozess ➢ ggf./wünschenswert: Stillen ➢ Kennerlernen/Einordnen der individuellen Merkmale des Kindes Psychologisch: ➢ Ausbau/Entwicklung der elterlichen Feinfühligkeit ➢ Regulation, Eltern-Kind-Interaktion Sozial: ➢ Anpassung an Mutter-/Vaterrolle ➢ Aufgaben-Neuverteilung in der Paarbeziehung (evtl. Konflikte)
9. Phase: Stabilisierung ca. 6. bis 12. Lebensmonat	Gewöhnung an die neue Familiensituation mit einsetzender Routine	Physiologisch: ➢ Kindesentwicklung ➢ Stillen/Beifüttern/Abstillen Psychologisch: ➢ Elterliche Feinfühligkeit Sozial: ➢ Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes
10. Phase: Vergesellschaftung ca. vollendetes 1. bis 3. Lebensjahr	Übergang zur Fremdbetreuung (Oma/Opa, Tagesmutter/-vater, Krippe, Kita)	Physiologisch: ➢ (kindliche) Ernährung ➢ (kindliche) Bewegung, Körpererfahrung Psychologisch: ➢ Sorgen und Ängste ➢ Kontakt zu anderen Kindern und Menschen ➢ Freiraum für die Eltern Sozial: ➢ Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes ➢ (Wieder-)Aufnahme (Aus) Bildung/-sabschluss, Berufstätigkeit

Tab. 2: Beispiele für Gesundheitsförderung in der Orientierungsphase der Schwangerschaft (Geene & Bacchetta, 2017)

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung/ Präventionsbedarfe und -potenziale
2. Phase: Orientierung Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. Schwangerschaftswoche (pränatal, 1. Trimenon)	Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft Beginn körperlicher Veränderungen	<u>Physiologisch:</u> ➢ Bewältigung körperlicher Veränderungen ➢ Umgang mit mögl. Symptomen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Fehlen von Symptomen <u>Psychologisch:</u> ➢ Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene ➢ Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen <u>Sozial:</u> ➢ Sorgen und Ängste ➢ Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung	<u>Advocate:</u> ➢ Schwangerschafts(konflikt)beratung ➢ Ggf. niedrigschwellige Bereitstellung der „Pille danach" (postkoitale Empfängnisverhütung) ➢ Positive „Begrüßungskultur" des neuen Zustandes durch alle beteiligten Akteurinnen und Akteure <u>Enable:</u> ➢ Hilfe bei Entscheidungsfindung, v.a. durch umfassende Bereitstellung von ergebnisoffenen Informationen ➢ Präventivmedizinische Informationen ➢ Aufklärung ➢ Hilfe bei Partnerkommunikation <u>Mediate:</u> ➢ Qualifizierung von Schwangerschaftsberatung, Gynäkologen und Hebammen als erste Lotsen für Schwangere; Multiplikatorenangebote ➢ Niedrigschwelliger und anonymer Zugang zu Schwangerschaftsinformationen, auch über relevante Settings ➢ Aktivierung von sozialem Kapital

Sekundäre Sozialisation: Gesundheitsförderung in Kita

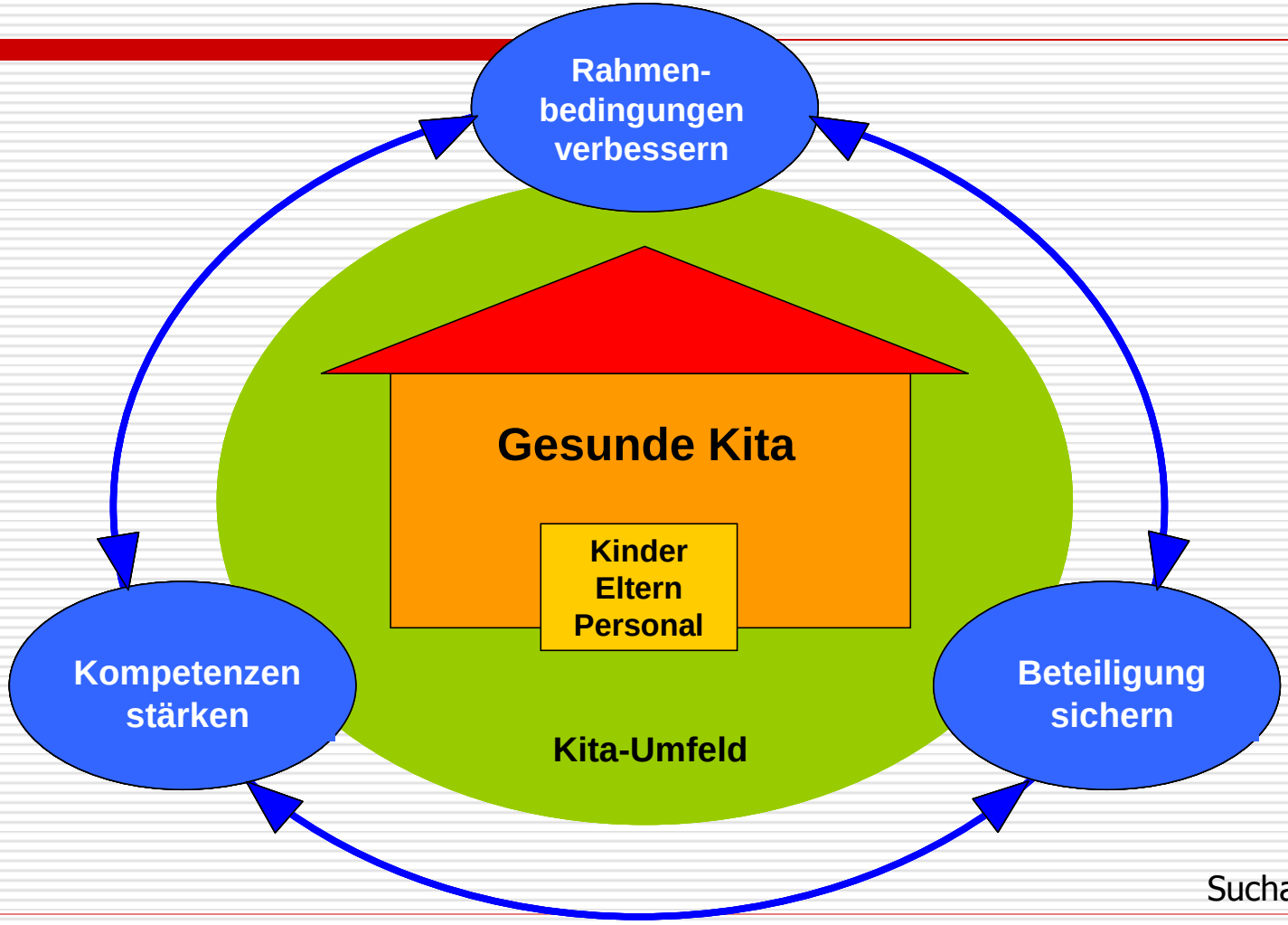
- „**Gesundheitsförderung** in Kindertagesstätten setzt im **Alltag** an. Sie soll **Lebens- und Arbeitsbedingungen** in der Einrichtung **berücksichtigen** und ein positives Konzept von Gesundheit vermitteln. Dazu gehören **Angebote und Aktivitäten** für alle, die sich dort regelmäßig aufhalten, sowie die **Zusammenarbeit** mit relevanten Institutionen und Einzelpersonen im sozialen Umfeld der Einrichtung. Es geht dabei sowohl um die **Entwicklung von gesundheitsrelevanten Einstellungen** und Verhaltensweisen wie auch um die dazu **erforderlichen Rahmenbedingungen**. *Das Ziel ist, die gesamte Kindertagesstätte zu einer gesunden Lebenswelt zu machen.*"

  (Richter-Kornweitz, 2011: 246)

Setting Kita

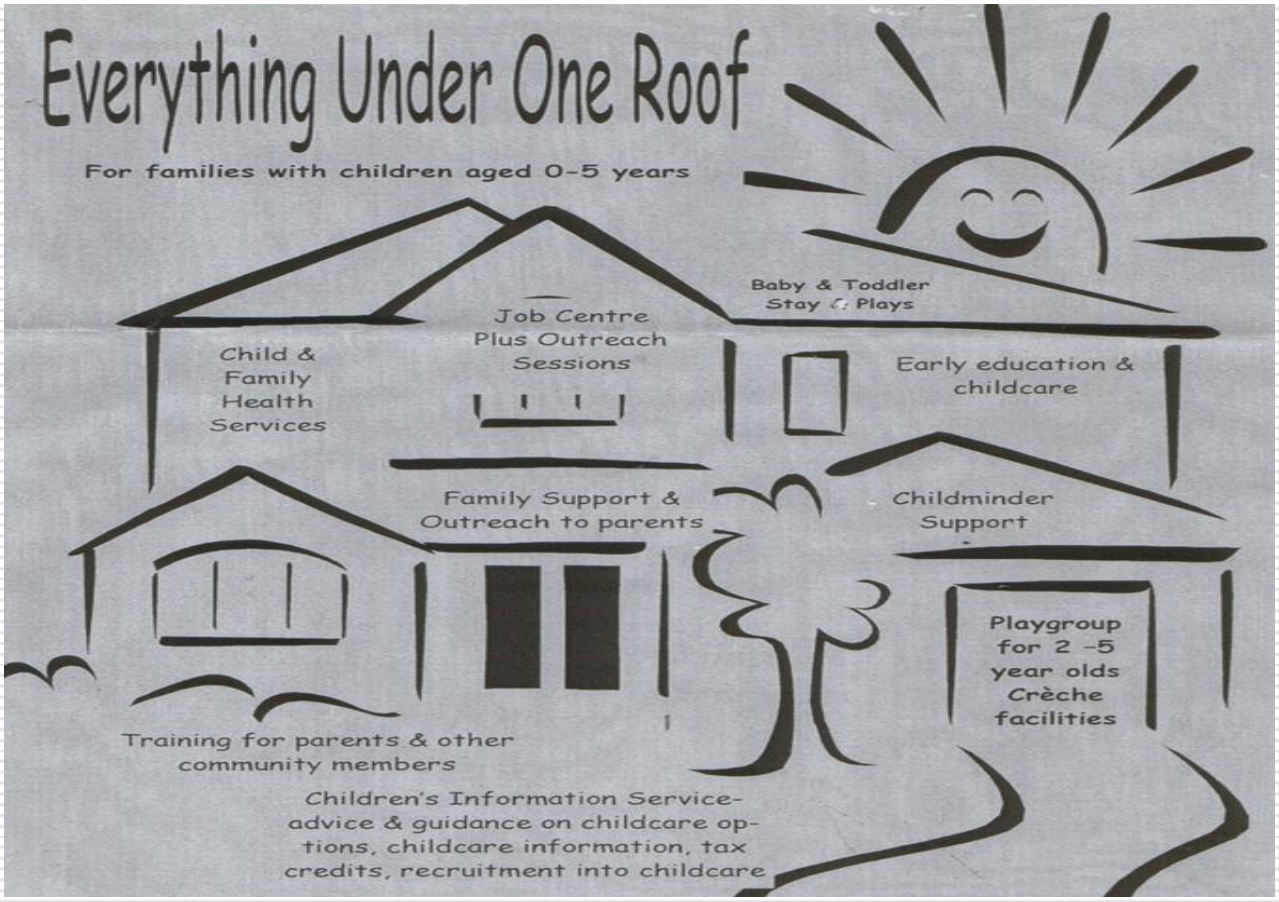
Suchantke 2011

Setting Kita



Suchantke 2011

Setting Kita: Weiterentwicklung zu Familienzentren



"One Stop Shop"

"SureStart"-Programm: Childrens Centre North Shields (GB)

Schule mit ‚Setting-Ansatz'

- „gute gesunde Schule"
- Gesunde Lebenswelten schaffen
- *Organisationslernen*
- Aktivierung/ Empowerment/ Emanzipation
- Gesunde Bedingungen durch ‚Tools', zB:
  - (selbstorganisierte) Schulverpflegung
  - Trinkbrunnen
  - Schulhofgestaltung / bewegter Pausenhof
  - BGF mit Lehrer/innen
  - Vernetzung/Koordination mit Eltern, Schüler(vertretung), Schulsozialarbeit, Kommunales Umfeld …
- Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ./. Gesundheitsförderung im Setting

Jugend-Settings: Jugendgruppen, Jugendzentren, Jugendsport

- Selbsterfahrung
- Peer Education
- Sexualität
- Diversität und Inklusion

Lebensphasen familiärer Gesundheitsförderung

- *vertikal* entlang der Lebens***phasen***
  - „Zeitleiste" der Lebensphasen
  - weitere Lebensphasen:
    - Adoleszenz
    - Trennungs- und Neuformierungsprozesse
      - z.B. „Empty-Nest"-Familien
    - Mehrgenerationenleben
    - Seniorenbetreuung
    - Angehörigenpflege
  - Themenkreis „familiäres Zeitmanagement"
    - „Work-life-balance"

Besondere Lebenslagen familiärer Gesundheitsförderung

- *horizontal* entlang der Lebens***lagen***

  - In einer horizontalen Betrachtung familiärer Gesundheitsförderung werden die Lebensphasen eher als ***Eckpunkte*** betrachtet, im Zentrum stehen hier spezifische **Belastungs- und Benachteiligungssituationen** von Familien.

  - Diese Perspektive zielt auf **spezifische Belastungssenkung** und **Ressourcenstärkung** der Familien, wobei alle Maßnahmen einem doppelten **Dilemma** gegenüber stehen: Sie betreffen einerseits nur die **Auswirkungen** und können die Substanz der Problemlagen (z.B. Armut, Erkrankungen) nicht lösen; andererseits wird durch Thematisierung auch **Stigmatisierungsgefahr** erhöht. Insofern ist bei Gesundheitsförderung mit und bei Familien in belasteten Lebenslagen jeweils ein differenziertes und hoch sensibles Vorgehen angezeigt.

Family Adversity Index

(Wolf-Kühn & Geene 2009, 2015)

Risiko- bzw. Belastungsfaktoren	*Operationalisierung*
- Niedriges Bildungsniveau	- Schulabbruch vor Ende 10. Klasse *oder* Ausbildungsabbruch
- Psychische Störungen in Herkunftsfamilien der Eltern	- Klassifizierte moderate oder starke Störung oder erwähnte starke Suchtproblematik (Alkohol, Tabletten, Drogen; eher nicht: Spielsucht, Nikotinabhängigkeit)
- Schlechte Alltagsbewältigung	- Selbst berichtetes Gefühl der wiederholten oder lang andauernden (>3 Monate) Überforderung
- Elterliche Disharmonie, Partnerkonflikte	- Alter bei Geburt < 19 Jahre *oder:* Paarbeziehung < 7 Monate bei Zeugung
- Frühe Elternschaft	- Mutter überwiegend allein erziehend zwischen Geburt und 1. Lebensjahr
- Ein-Eltern-Familie	- Ernsthaft über Abbruch nachgedacht
- Unerwünschte Schwangerschaft	- insb. familiengründungsbedingter Umzug in neue Umgebung/ „einfache Lage" oder sozialer Brennpunkt/ Plattenbau/ an den Stadtrand
- Beengte Wohnverhältnisse	- Weniger als zwei verbindliche Unterstützer/innen (Freund/innen, Verwandte)
- Mangel an sozialer Unterstützung	- Chronische Erkrankung von Mutter oder Kind
- Chronische Belastungen	- Dauerhafte (> 6 Monate) und starke soziale Belastung (z.B. Angehörigenpflege)
- Niedriger sozioökom. Status	- Hartz IV –Bezug (-sberechtigung)

Armutsspirale

Keine Einmündung in einen Beruf
- *Risikoverhalten*

Inanspruchnahme von Leistungen
- *Gesundheit*
- *Förderungen*

Frühe, häufig überforderte Elternschaft
- *neue Armutslagen*

Armut
- *Mangelerfahrungen*

Rückzug
- *Größe sozialer Netzwerke*
- *Kitabesuch*

Niedriger Schulerfolg
- *leistungsbezogen*
- *sozial*

Beeinträchtigung der Bildungschancen
- *Funktionsstörungen*
- *Sprachkompetenz*
- *Konzentrationsfähigkeit*

Quelle: Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Grafik: IKK Bundesverband

Präventionsbedarf und –potenziale familiärer Gesundheitsförderung in belasteten Lebenslagen

- *Kinder- und Familienarmut*
  - Familiäre Gesundheitsförderung orientiert zunächst auf **Verhinderung oder Begrenzung von Armut**, z.B. durch rechtliche, politische und moralische Anwaltschaft, durch Vermittlung bzw. Bereitstellung günstigen Wohnraums, durch Vermittlung von Handlungswissen über Fördermöglichkeiten sowie auf Reduktion von Armutsfolgen. Wichtig sind hier Erkenntnisse einer **Pufferfunktion** durch verbesserte Ressourcenallokationen, insb. finanzielle (z.B. durch Kindergrundsicherung) sowie soziale Unterstützung (z.B. durch Patenmodelle, Community-Building, Selbsthilfeförderung, Familien- und/oder Kindererholung oder berufliche (Re-)Integration).

Präventionsbedarf und –potenziale familiärer Gesundheitsförderung in belasteten Lebenslagen

Alleinerziehende

- Familiäre Gesundheitsförderung kann bei **Elternkonflikten** unterstützen (z.B. in Familienzentren, Familienberatung) oder ansetzen in spezifischen **Settings von Alleinerziehenden** (z.B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18) sowie zur **Verbesserung von Rahmenbedingungen** (z.B. Bedarfssensibilisierung in kinderbezogenen Settings mit dem praktischen Ziel einer Sicherstellung von Kita-, Hort- oder Schulbetreuungszeiten auch in Randzeiten) und zur Stärkung **sozialer Netzwerke** für und von Alleinerziehende(n).
- Wegen des fließenden Übergangs der Familienformen, der geringen Selbstidentifikation mit der Statuspassage des Alleinerziehens und der Stigmatisierungsgefahr dieser Zuschreibung empfiehlt sich **eine unspezifische Ansprache** mit **spezieller Adressierung** auf die belasteten Familien (***adressatenspezifische primäre Prävention***), z.B. über Sozialräume/ Wohngebiete mit hohem Anteil von Alleinerziehenden und spezifischen Qualitätsmerkmalen (z.B. obligatorische Einbeziehung der Kinder/ parallele Kinderbetreuung)

Präventionsbedarf und –potenziale familiärer Gesundheitsförderung in belasteten Lebenslagen

Elterliche psychische und Suchterkrankungen

- Präventionsbedarf bezieht sich einerseits auf erkrankte Eltern(teile) mit **primärpräventiven Angeboten** (insb. in der Schwangerschaft) sowie **sekundärpräventiv Therapien, Ausstiegshilfen** oder (ggf. punktuellen) **Vermeidungsstrategien**, andererseits an mitbetroffene Familienmitglieder – Partner/innen, Kinder sowie soziales Nahfeld der Familie - zur Verminderung von Formen der **Co-Abhängigkeit** → Suchtselbsthilfe, auch für Angehörige
- Schwierige, aber überaus wichtige Abgrenzung ggü. leichten Erkrankungsformen (Nikotinsucht, PPD, „Baby-Blues")

Präventionsbedarf und –potenziale familiärer Gesundheitsförderung in belasteten Lebenslagen

- *(entstehende) Behinderungen und Erkrankungen des/ der Kinder*
  - Unterstützung bei frühen Formen entstehender Behinderungen und Erkrankungen wie Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme (sog. „**Regulationsstörungen**"), die etwa jedes 5. Kind betreffen und sich bei jedem zweiten davon chronifizieren.
  - Insbesondere die Schreibabyproblematik tritt häufig auf und bedarf einer frühzeitigen, multidisziplinären Unterstützung der Eltern im Rahmen von **Babysprechstunden** und **Schreibabyberatung**

Präventionsbedarf und –potenziale familiärer Gesundheitsförderung in belasteten Lebenslagen

- *Chronische Erkrankungen/ Neue Morbidität*

  Beispiel Kinderübergewicht/ Adipositas:

  - Angezeigt sind **alltagsnahe** und **lebensweltbezogene Bewegungs- und Ernährungsangebote** für Kinder und Familien, die durch übergreifende Maßnahmen begünstigt sein sollten, etwa:
    - Bereitstellung von familiengerechten Grünflächen, Spiel- und Sportplätzen
    - Marktsteuerung durch Subventionierung gesunder Lebensmittel und Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln, Zuckersteuer u.ä.
  - In der frühen Kindheit werden **Still-** und **Bindung**sförderung zur Prävention eines metabolischen Syndroms empfohlen

Präventionsbedarf und –potenziale familiärer Gesundheitsförderung in belasteten Lebenslagen

Pflegefamilien und Kinderheimgruppen

- Diese (Profi-)Familien sind stark belastet, die (Pflege-/Heim-) Kinder gelten im weiteren Lebensverlauf als hochgefährdet. Bislang werden diese institutionalisierten Formen von Familien noch kaum von Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreicht.
- Stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe sind seit 2016 zur Gesundheitsförderung verpflichtet, sie müssen entsprechende Maßnahmen in ihrer Einrichtungskonzeption ausweisen. Es fehlt hier jedoch bislang an Konzepten sowie entsprechenden Praxiserfahrungen, die günstigenfalls durch Modellprojekte erhoben werden können.
- Sie sollten dabei bereits am Ausgangspunkt der Fremdunterbringung (durch Inobhutgabe oder -nahme) ansetzen und insbesondere die Übergänge durch schnelle Vermittlung in intensiver Begleitung gesundheitsförderlich ausgestalten

Notwendige Vielfalt an Methoden familiärer Gesundheitsförderung

- *vertikal* entlang der Lebens***phasen***
  - „Zeitleiste" der Lebensphasen
  - entlang Sozialisationsstufen
    - Primäre Sozialisation: Familie
    - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
    - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen …
- *horizontal* entlang der Lebens***lagen***
  - Familiäre Adversionsrisiken und besondere Belastungslagen, z.B.
    - Kinder- und Familienarmut
    - Alleinerziehen
    - Elterliche psychische und Suchterkrankungen
    - (entstehende) Behinderungen und Erkrankungen des/ der Kinder
    - Chronische Erkrankungen/ „Neue Morbidität"
    - Pflegefamilien und Kinderheimgruppen

→ Bedarf für abgestimmte Methoden und Strategien der familiären Gesundheitsförderung

Abgestimmte Methoden und Strategien der familiären Gesundheitsförderung

Tab. 4: Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung/ Primärprävention (Geene, 2018)

	Information, Aufklärung, Beratung/ ***Verhaltensprävention***	**Beeinflussung des Kontextes/** ***Verhältnisprävention***
Individuum	I., z.B. ➢ Schwangerschaftskonfliktberatung ➢ Arztliche Präventionsempfehlung ➢ Information zu Frühen Hilfen ➢ Präventionskurs zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz ➢ Beratung zur Kindersicherheit ➢ Geburtsvorbereitungskurs	II., z.B. ➢ präventiver Hausbesuch ➢ Begleitung durch Familienhebammen ➢ Niedrigschwellige Unterstützung durch Familienpatinnen und -paten ➢ Maßgeschneiderte Ubergänge (Transitionen) gemäß spezifischen familiären Wünschen & Bedarfen ➢ Individuelle Wohnraumvermittlung bzw. –bereitstellung
Setting	III., z.B. ➢ (Elterneinbeziehende) Sexualaufklärung in Jugendeinrichtungen ➢ Sucht- und Drogenberatung in Familienzentren ➢ Flyer zu familienbezogenen Sportangeboten in Kitas, Schulen oder Jobcentern ➢ Beratung zu Übergängen	IV., z.B. ➢ Netzwerke Frühe Hilfen ➢ Präventionsketten ➢ Familiäre Selbsthilfeförderung ➢ Community-Aufbau von Familien in belasteten Stadtteilen (z.B. türkische Familientreffs oder Eltern-AGs) ➢ Angebote mit Blick auf vulnerable Gruppen (z.B. Alleinerziehenden, suchtbelastete Familien, schwangere Prostituierte) ➢ Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung in Kitas ➢ Leitbildentwicklung ‚gute gesunde Schule' ➢ Transitionskonzepte von Geburtshilfe, Kitas und Schulen
Bevölkerung	V., z.B. Aufklärung durch Kembotschaften, z.B. ➢ „Stillen tut gut" ➢ „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren" ➢ „Fahrradhelme für Kinder und Eltern"	VI., z.B. ➢ Aktionsprogramm Frühe Hilfen ➢ Kommunaler Partnerprozess ➢ Multimodale Kampagnen zur Stillförderung ➢ Familiäre Bewegungskampagnen (z.B. Trimm-Dich-Kampagne)

Abgestimmte Methoden und Strategien der familiären Gesundheitsförderung

- Priorität auf verhältnispräventiven Aktivitäten zur Kontextbeeinflussung
  - Flankierung durch individuelle, setting- oder bevölkerungsbezogene Beratung, Information und Bewerbung im Sinne von präventiven Kernbotschaften, z.B. zur Stillförderung
- In der Praxis dominieren jedoch häufig Verhaltensbotschaften
  - ohne Kontextbezug und verhältnispräventive Rahmung können diese sozial und geschlechtsbezogener Ungleichheit sogar noch verstärken → soziallagenorientierte, übergreifende Strategien und Kernbotschaften als zentrale Qualitätsanforderung
- Das strategische Ziel familiärer Gesundheitsförderung ist in diesem Sinne ein übergreifendes **Bündnis für Familien- und Kindergesundheit**,
  - getragen von den einzelnen Familien, den Fachkräften der gesundheitlichen und sozialen Beratung und Betreuung und
  - insbesondere einer entsprechend ausgerichteten, lokalen und überregionalen Gesundheits-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Einkommens-, Sozial-, Bildungs-, Wohnungs- und Verkehrspolitik.
- Familiäre GeFö als Teil der expliziten Gesundheitspolitik *und* einer familienstützenden Gesamtpolitik (‚implizite Gesundheitspolitik')

Fazit:
Familiäre Gesundheitsförderung

- … ist eine **komplexe Gestaltungsaufgabe**, die einen integrierten kommunalen und überregionalen Handlungsrahmen erfordert
- … sollte entlang lebens***phasen***spezifischer Bewältigungsaufgaben (Lebensphasen rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit, spätere Kindheit, Adoleszenz bis hin zum Erwachsenenalter mit Anforderungen an pflegende Angehörige) wirken.
- … sollte ergänzend unter Berücksichtigung ***belasteter Lebenslagen*** betrachtet werden entlang familiärer Adversionsanzeichen wie Armut, Isolation/ Alleinerziehen, elterlichen Erkrankungen, Regulationsproblematiken sowie speziellen Familienlagen.
- … sollte stets spezifisch an den **Bedarfslagen ausgerichtet** sein.
- … sollte **keinesfalls stigmatisieren**, sondern Familien vielmehr über Sozialräume und weitere Settings und in ihren spezifischen Lebensphasen unterstützen.
- … folgt den **Handlungsmaximen** Advocacy, Enabling und Mediating.

Modell Dormagen (1)

Entwicklung einer Leitidee

Dormagen

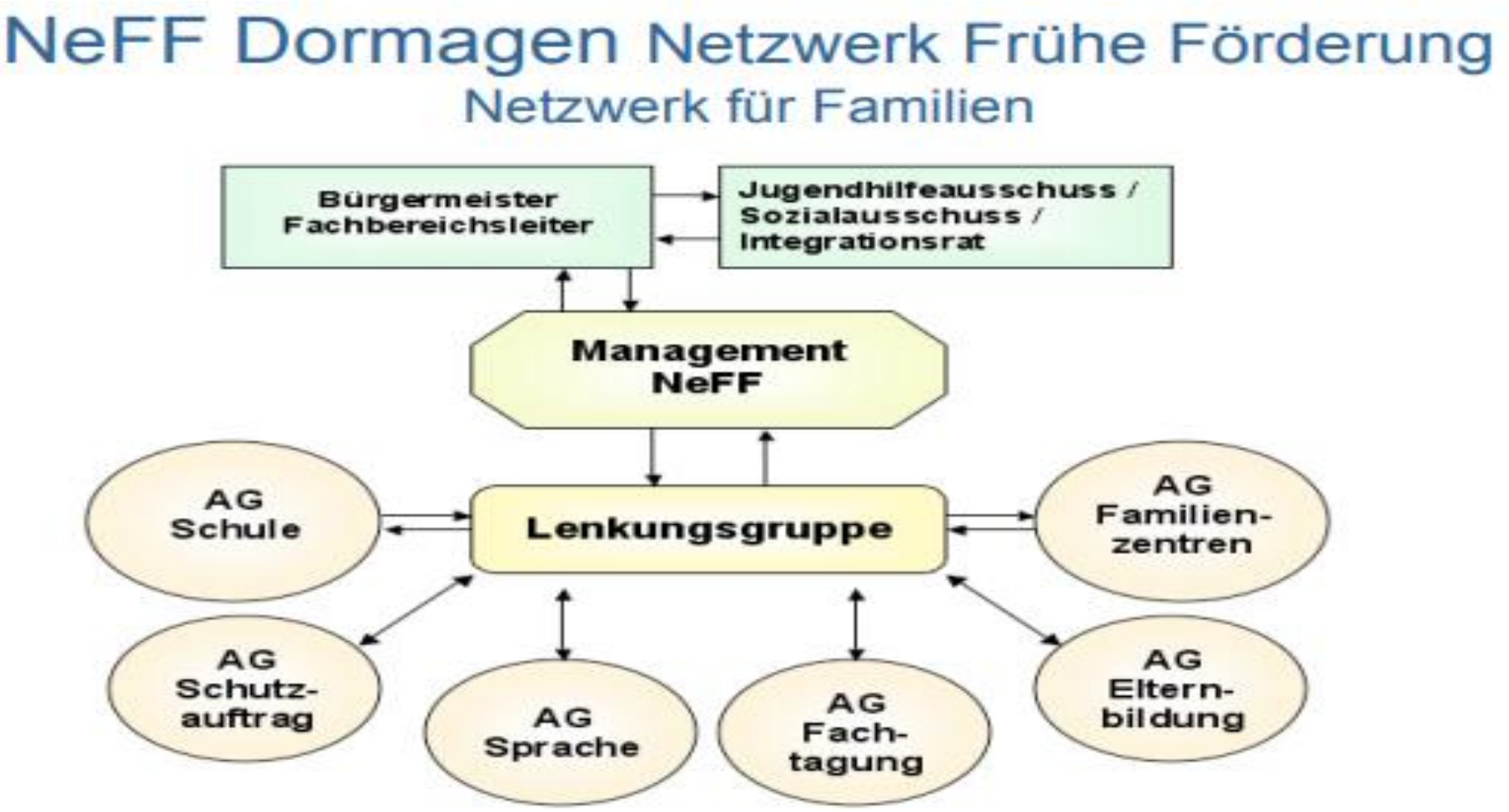
Mittendrin : Im Leben

- Hilfe und Unterstützung anstatt Aufklärungs- oder Sanktionskonzepten
- Helfer / Institutionen als Mitverursacher von Kindesvernachlässigung / Kindeswohlgefährdungen
- **Programm:** Kindeswohl ist nur mehrseitig, „Tripolarer Kinderschutz“ realisierbar. Kindeswohl, Elternwohl und Gemeinwohl bedingen einander.
- **Hilfe:** Kinderschutz ist eine mehrsystemische Aktion Gesundheitshilfe, Bildungswesen, Jugendhilfe) zur Förderung und Sicherung produktiver Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen (Kindeswohl).
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit Aller Beteiligten insbesondere mit Eltern, Kindern und Fachkräften der Regelbildungseinrichtungen

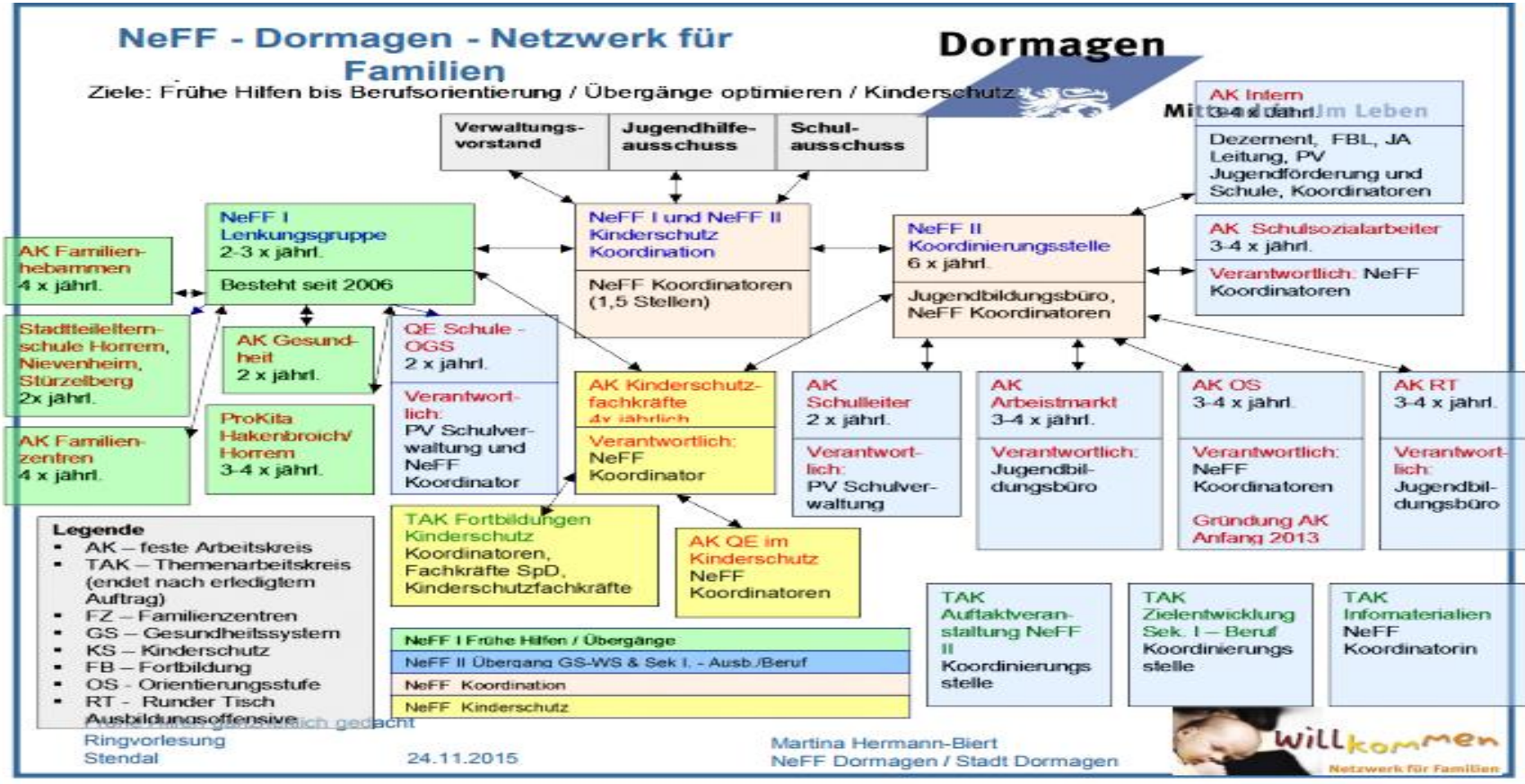
Frühe Hilfen ganzheitlich gedacht
Ringvorlesung
Stendal 24.11.2015

Martina Hermann-Biert
NeFF Dormagen / Stadt Dormagen

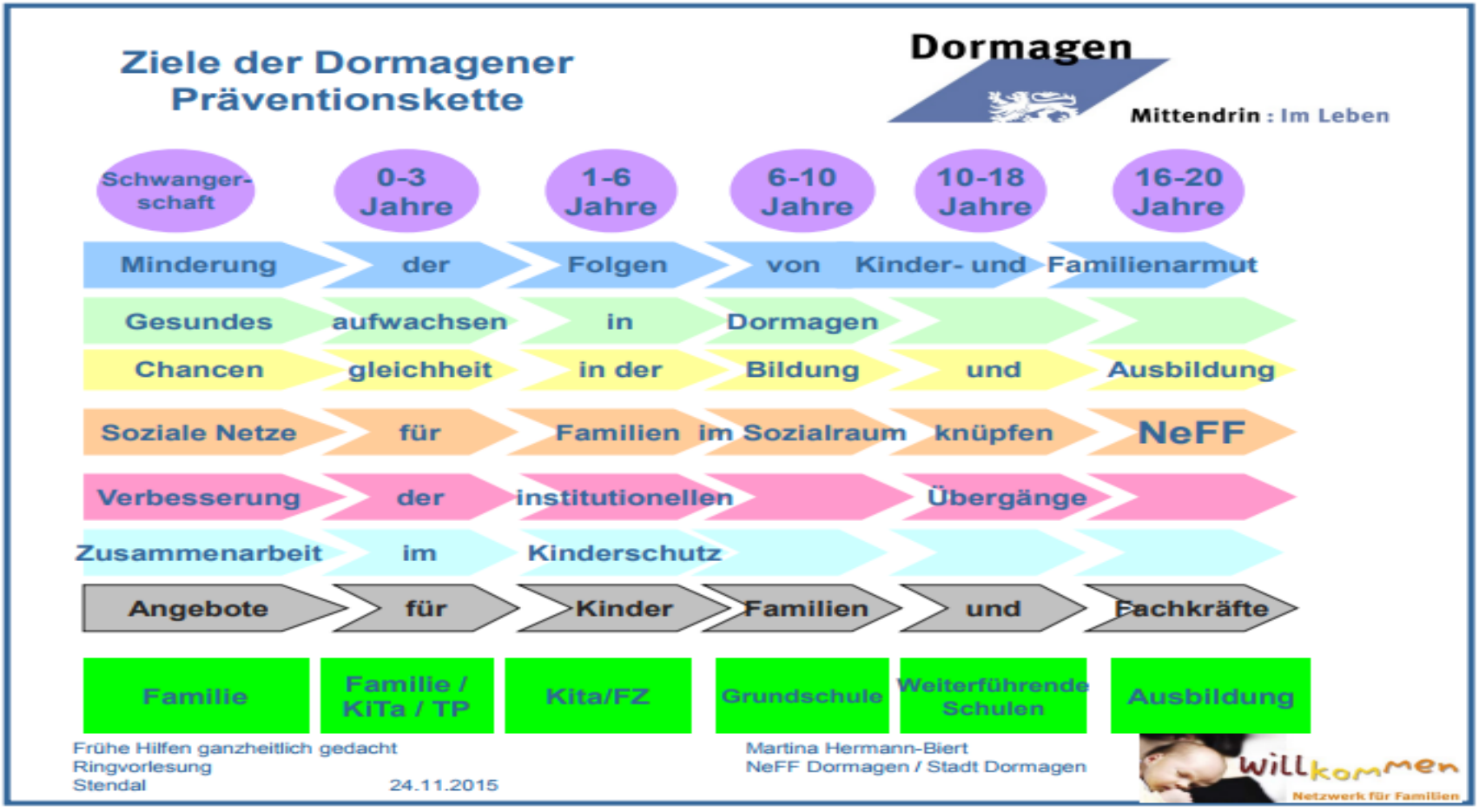
Modell Dormagen (2)



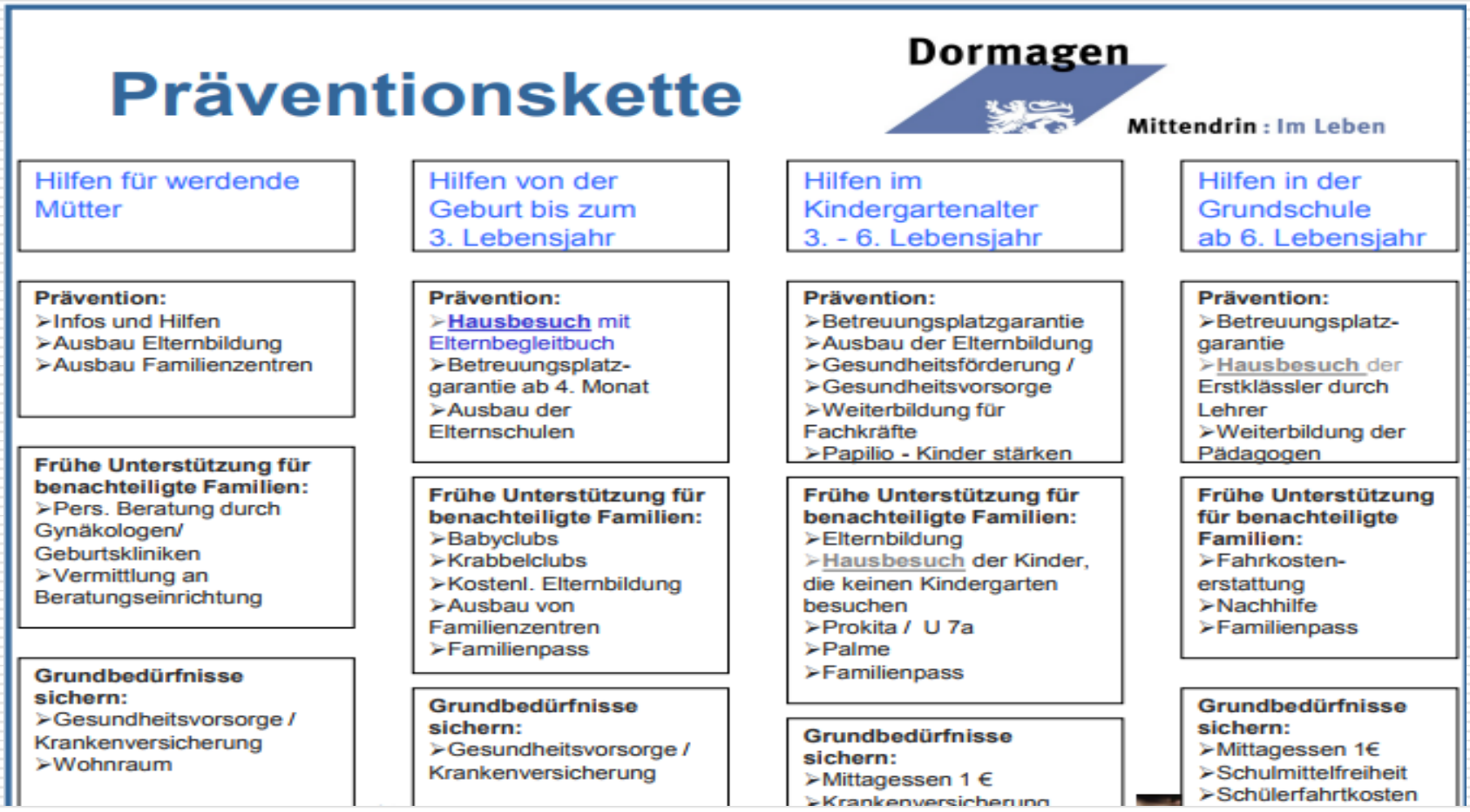
Modell Dormagen (3)



Modell Dormagen (4)



Modell Dormagen (5)



Modell Dormagen (6)

Zusammenarbeit Jugendhilfe – Bildung- und Gesundheitssystem

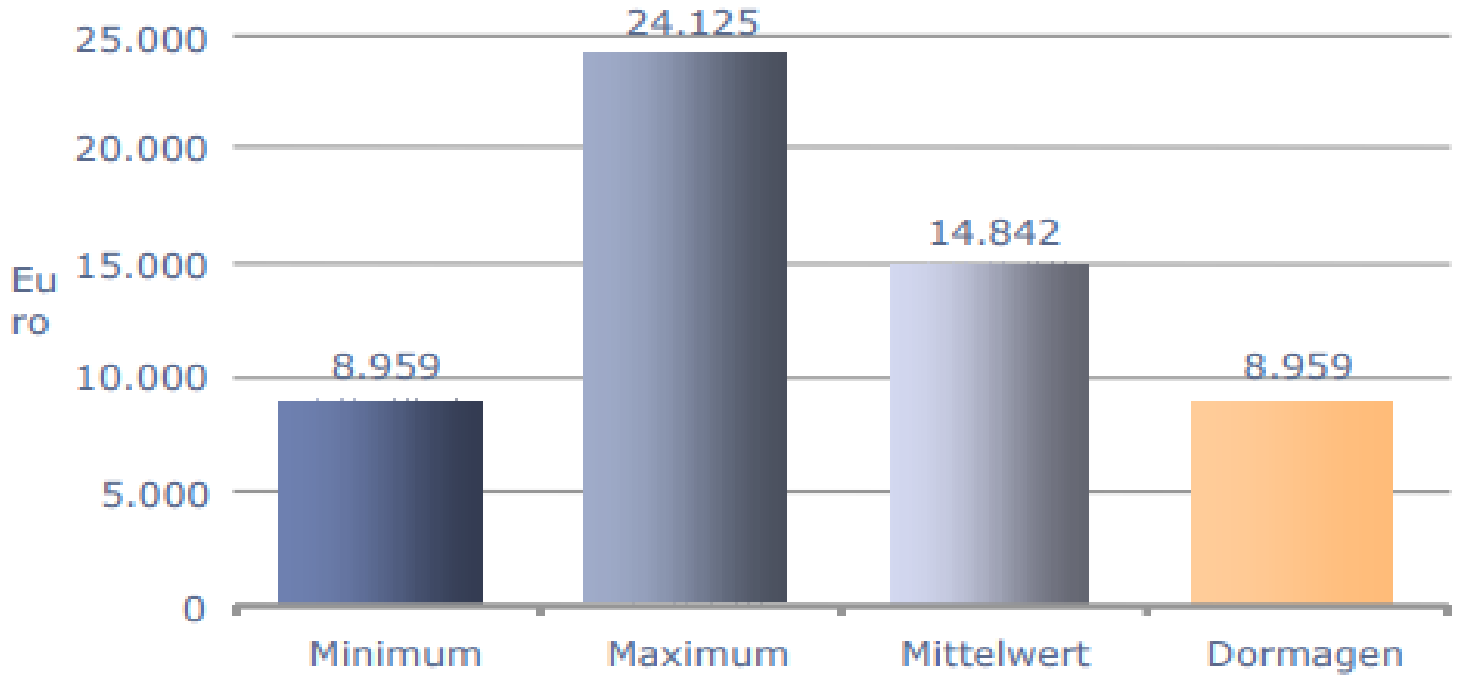
Dormagen

Mittendrin : Im Leben

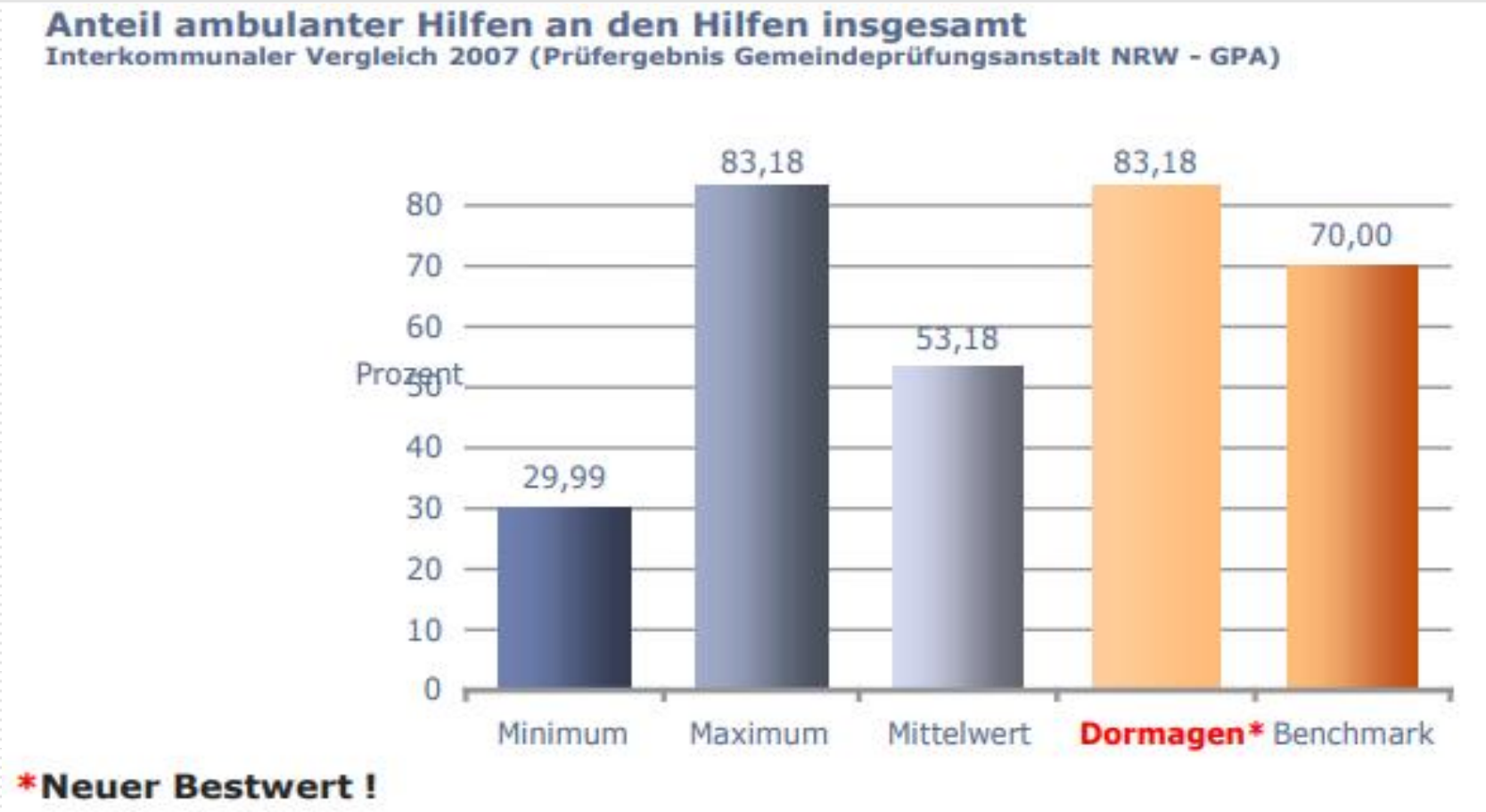
Hilfen für werdende Mütter	Hilfen von der Geburt bis zum 3. Lebensjahr	Hilfen im Kindergartenalter 3. - 6. Lebensjahr	Hilfen in der Grundschule ab 6. Lebensjahr
Prävention: ➢Infos und Hilfen ➢Zusammenarbeit bei der Frühkindlichen Karies mit Gynäkologen ➢Ausbau Familienzentren (Beratung durch Hebammen)	**Prävention:** ➢Hausbesuch mit Elternbegleitbuch (BZGA) ➢Zusammenarbeit mit Kinderärzten bei der U 5 und U7 Sprachförderung, Frühkindliche Karies	**Prävention:** ➢Alle U-Hefte werden bei Aufnahme in die Kita vorgelegt! ➢Gesundheitsförderung (Frühkindliche Karies) ➢Sprachförderung ➢Beobachtungsbögen Kita-Arzt	**Prävention:** ➢Hausbesuch der Erstklässler durch Lehrer ➢Frühkindliche Karies / Zähneputzen an Ganztagsschulen ➢Bewegte Schule
Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien: ➢Pers. Beratung durch Gynäkologen/ Geburtskliniken ➢Vermittlung an Beratungseinrichtung ➢Vermittlung von Hebammen	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:** ➢Babyclubs und Krabbelclubs (Gesundheitsthemen) ➢Nachbetreuung von Schwangeren in Familienzentren	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:** ➢Prokita / Enge Zusammenarbeit mit dem KJGD ➢U- Hefte in der Bildungsdokumentaion ➢Zahnbürsten und Zahncreme über Sponsoren in Kitas (Frühkindliche Karies	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:** ➢Zahnbürsten und Zahncreme durch Sponsoren für Grundschulen ➢Bewegung Fördern
Grundbedürfnisse sichern: ➢Gesundheitsvorsorge / Krankenversicherung	**Grundbedürfnisse sichern:** ➢Gesundheitsvorsorge / Krankenversicherung	**Grundbedürfnisse sichern:** ➢Krankenversicherung	**Grundbedürfnisse sichern:** Krankenversicherung

Modell Dormagen (7)

Ausgaben der Hilfe zur Erziehung je Hilfefall
in Euro ohne § 35a SGB VIII
Interkommunaler Vergleich 2007 (Prüfergebnis Gemeindeprüfungsanstalt NRW - GPA)



Modell Dormagen (8)



Modell Dormagen (9)

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften
www.hs-magdeburg.de