

Kinder- und Familiengesundheit und Frühe Hilfen

was wünschen junge Mütter, was kann das
Gesundheitswesen leisten?



Ringvorlesung

Wintersemester 2017/18

Prof. Dr. Raimund Geene
Prof. Dr. Nicola Wolf-Kühn
Susanne Borkowski

1. Erkenntnisinteresse
2. Gesundheitswissenschaftlicher Hintergrund
 1. Einteilung der Frühen Hilfen
 2. Kindervorsorge-U's: Probleme
3. Studie
 1. Design
 2. Ergebnisse zur Inanspruchnahme Medizinsystem (1)
4. 10-Phasen-Modell: Präventionsbedarfe und –
potenziale rund um die Geburt (Ergebnisse 2)

Kindbezogene Hilfen:

- Medizinische (Kindervorsorge-U´ s, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Frühförderung ...)
- Frühkindliche Gesundheitserziehung

Familienbezogene Hilfen:

- Eltern-Kind-Gruppen, Müttertreffs
- Elternkurse
- (Familien-)Hebammen

Medienvermittelte Hilfen:

- Videofeedback
- Super-Nanny

- Sekundärpräventiver Ansatz
→ Teilnahme: Sozialer Gradient
- Fokus auf biologische Risiken
- „Späterkennung“ bei psychosozialen Risiken
- Screening auf Kindesvernachlässigung nicht durchführbar
- Nutzenbewertung der einzelnen U´ s steht aus
- Primärpräventive Elternberatung noch unterentwickelt
- Wenig Vermittlung und keine systematischen Pfade in
(familienbezogene) Frühe Hilfen

Der pädiatrische Vorsorge-Ansatz von Früherkennung plus Frühförderung scheint bei sozial benachteiligten Familien wenig angemessen, weil

- es sich bei psychosozialer Entwicklungsstörung eher um „Späterkennung“ handelt und
- im Kern das Kind therapiert, nicht aber das Umfeld gestärkt und verändert wird.

Nötig sind Familien-stärkende Angebote im Vorfeld der Frühförderung.

Das Präventionsdilemma:

- Je schwieriger die Lebensbedingungen, desto höher der Bedarf an Prävention
 - Je höher der Bedarf an Prävention, desto niedriger die Inanspruchnahme
- *Bedarf und Qualität werden definiert durch Expert/innen mit anderem sozialen Hintergrund*

*Wie sehen benachteiligte Mütter (Eltern)
Früherkennungsuntersuchungen (U's) und Frühe Hilfen?*

allgemeiner ausgedrückt:

- Erfahrung von Müttern (Vätern)
 - im Medizinsystem
 - mit kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (Gelbes Heft/ „U's“)
 - in der Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen
- Interviews:
 - bislang > 150 Interviews ausgewertet
 - Klassifikation der Mütter analog Family Adversity Index
 - Vergleich zwischen sozial benachteiligten und einigen bildungsnäheren Müttern

Family Adversity Index

(in Anlehnung an Becker u.a. 2004 – eigene Operationalisierung)

Risikofaktor	Operationalisierung
Niedriges Bildungsniveau	Schulabbruch vor Ende 10. Klasse oder Ausbildungsabbruch
Psychische Störungen (in Herkunftsfamilie des Vaters oder der Mutter)	Klassifizierte moderate oder starke Störung oder erwähnte starke Suchtproblematik (Alkohol, Tabletten, Drogen; nicht: Spielsucht, Nikotinabhängigkeit)
Schlechte Alltagsbewältigung	Selbst berichtetes Gefühl der wiederholten oder lang andauernden (>3 Monate) Überforderung
Elterliche Disharmonie, Partnerkonflikte	Andauernde Konflikte mit Kindsvater innerhalb der Partnerbeziehung, auch bei getrennt lebenden Eltern
Frühe Elternschaft	Alter bei Geburt < 19 Jahre oder Paarbeziehung < 7 Monate bei Zeugung
Ein-Eltern-Familie	Mutter überwiegend allein erziehend zwischen Geburt und 1. Lebensjahr
Unerwünschte Schwangerschaft	Ernsthaft über Abbruch nachgedacht.
Beengte Wohnverhältnisse, belastendes Wohnumfeld	< 1 Wohnraum pro Familienmitglied; auch: familienwerdungsbedingter Umzug in „schlechtere“ Umgebung (nach subjektiver Selbsteinschätzung) ⁴
Mangel an sozialer Unterstützung	Weniger als zwei verbindliche Unterstützerinnen oder Unterstützer (Freundinnen, Freunde, Verwandte)
Chronische Belastungen	Chronische Erkrankung von Mutter oder Kind Dauerhafte (> 6 Monate) und starke soziale Belastung (z.B. Angehörigenpflege)
Niedriger sozioökom. Status	Hartz IV – Bezug(-sberechtigung)

Erfahrungen mit dem Medizinsystem (1)

Sozial benachteiligte Mütter

- beurteilen die Kinderärzt/innen überwiegend positiv
- beurteilen das Krankenhaus tendenziell schlechter
- sind gegenüber statushöheren Personen (Arzt/ Ärztin) gehemmt
- verhalten sich eher passiv
- trauen sich weniger zu fragen und
- erhalten darum auch weniger Aufklärung und Ratschläge

Erfahrungen mit dem Medizinsystem (2)

I: "Falls die Ärztin mal etwas nicht oder unverständlich erklärt, kannst du dann auch Fragen stellen oder denkst du nur eher: jetzt nerv ich die?"

M: "*Dann "frag ich nicht mehr weiter",*

I: "Du fragst dann nicht mehr weiter?"

M: "*Nee, denn frag ich lieber bei meiner Hebamme"*

I: "Und da kannst du aber auch immer Fragen stellen?"

M: "*Ja, wenn ich mich traue die anzurufen".*

I: "Traust du dich auch nicht immer?"

M: "*Doch schon, aber manchmal denk ich: ach, ich komm jetzt alleine zurecht, jetzt muss ich nicht unbedingt anrufen und nerven" (13/14).*

Erfahrungen mit dem Medizinsystem (3)

Die bildungsnäheren Mütter:

- haben eine größere soziale Nähe zur Arzt-Praxis
- haben mehr Selbstvertrauen
- holen sich mit ihrer kommunikativen Kompetenz Tipps und Ratschläge
- haben auch Distanz zu dem, was Arzt/Ärztin tut

Erfahrungen mit dem Medizinsystem (4)

M: "... da hat er uns spielerisch vermittelt, was wir machen können, damit sie [die Tochter] motorisch halt nicht liegen bleibt ... Halt so Spiele spielen, die viel mit Motorik zu tun haben, halt so Laufspiele und so; er hat uns auch Tipps gegeben und Bücher empfohlen und das haben wir dann immer so gemacht." (I, 5).

M" Ich hab mir wirklich ganz, ganz viele Tipps von ihm geholt (...) Auf jeden Fall ist er auf alles eingegangen" (I, 9).

Teilnahme an den Vorsorge-U´ s (1)

Sozial benachteiligte Mütter

- nehmen an den Vorsorge-U´ s teil
- ziehen einen hohen subjektiven Nutzen daraus

Dies ist erstaunlich, weil sie

- kein “geordnetes Leben” haben
- zum Teil sehr wenig soziale Unterstützung erfahren
- häufig negative Erfahrungen mit dem Medizinsystem gemacht haben
- wenig Tipps und Ratschläge von der Kinderärztin bekommen

-> Warum nehmen sie *dennoch* teil?

Teilnahme an den Vorsorge-U's (2)

Der subjektive Nutzen bei sozial benachteiligten Müttern:

- Die Teilnahme *symbolisiert*, eine gute Mutter zu sein
- Die ärztliche Autorität versichert, dass mit dem Kind alles in Ordnung ist
- Zudem wird vermieden, auffällig zu werden

Teilnahme an den Vorsorge-U´ s (3)

M: "Ich brauche eine echte Bestätigung, dass ich es richtig mache. Und wenn ich diese Bestätigung kriege, dann weiß ich, ich bin auf dem richtigen Weg, dann weiß ich, ich mach das richtig." (II, 7).

- Internalisierung:

M: „Wir hatten ja Risikogeburt gehabt“

(I vom 28.06.11, Z. 14)

Angst vor Kontrolle

Frage: Und sind die Dir wichtig, die U-Untersuchungen? [5.2.d]

P: Ja, naja weil die kriegen ja die Impfstoffe, wegen de ganzen Krankheiten und so, da hat, da bin ich ganz doll hinterher also, also wenn du da eine auslässt, weeiß nicht denn mein Nichte, äh meine Schwägerin, die hat eine mal verpasst, da ham die gleich äh die Hebamme kontaktiert und wollten dann zum Jugendamt, halt, weiß ich auch nicht, das ist anscheind so ne heftige Impfung, die Kinder halt brauchen. Joar, denk ich mir.“

(Interview 125, 391ff.)

Sozial benachteiligte Mütter

- bevorzugen Hilfen, bei denen sie keine Einblicke in ihre Privatsphäre gewähren müssen
 - kindbezogene medizinische Hilfen (Kinderarzt/-ärztin, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung)
- wehren ganzheitliche, familienbezogene Hilfen eher ab
 - Eltern-Kind-Gruppen, Müttertreffs
 - Hebammen, Familienhebammen (wenn sie sie nicht schon kennen)

Ausnahmen: Familienhebammen werden während/ nach Inanspruchnahme positiv bewertet

- sehen das Jugendamt eher als Bedrohung
- bezeichnen andere Eltern als „kontrollbedürftig“

*M: „Also, ich würd' das nicht machen, weil ich würd' sagen,
das geht keinen was an, was in meiner Beziehung so läuft
und so.“*

(7, Z. 95)

- Sozial benachteiligte Mütter bevorzugen kindbasierte medizinische Hilfen
- Der “objektive” Nachteil, nur auf das Kind und nicht auf die psychosoziale Situation der Familie zu fokussieren, wird zum subjektiven Vorzug
- Es ist wichtig, die Perspektiven der Mütter genau zu betrachten und zu berücksichtigen, vor allem ihre Ängste, ihr Schamgefühl usw.

Blick auf Frühe Hilfen - Das Selbsthilfe-Dilemma

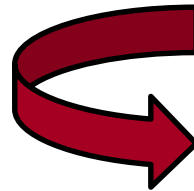
Mütter und Familien mit besonders hohem Unterstützungsbedarf sind zumeist auch diejenigen,

- denen es am stärksten an den dazu erforderlichen Ressourcen und Fähigkeiten mangelt und
- die aufgrund ihrer von der Norm abweichenden Verhältnisse eine besonders hohe Scham- und Peinlichkeitsschwelle zu überwinden haben

Hoher Unterstützungsbedarf in der Familiengründung (→Übergangsgestaltung)

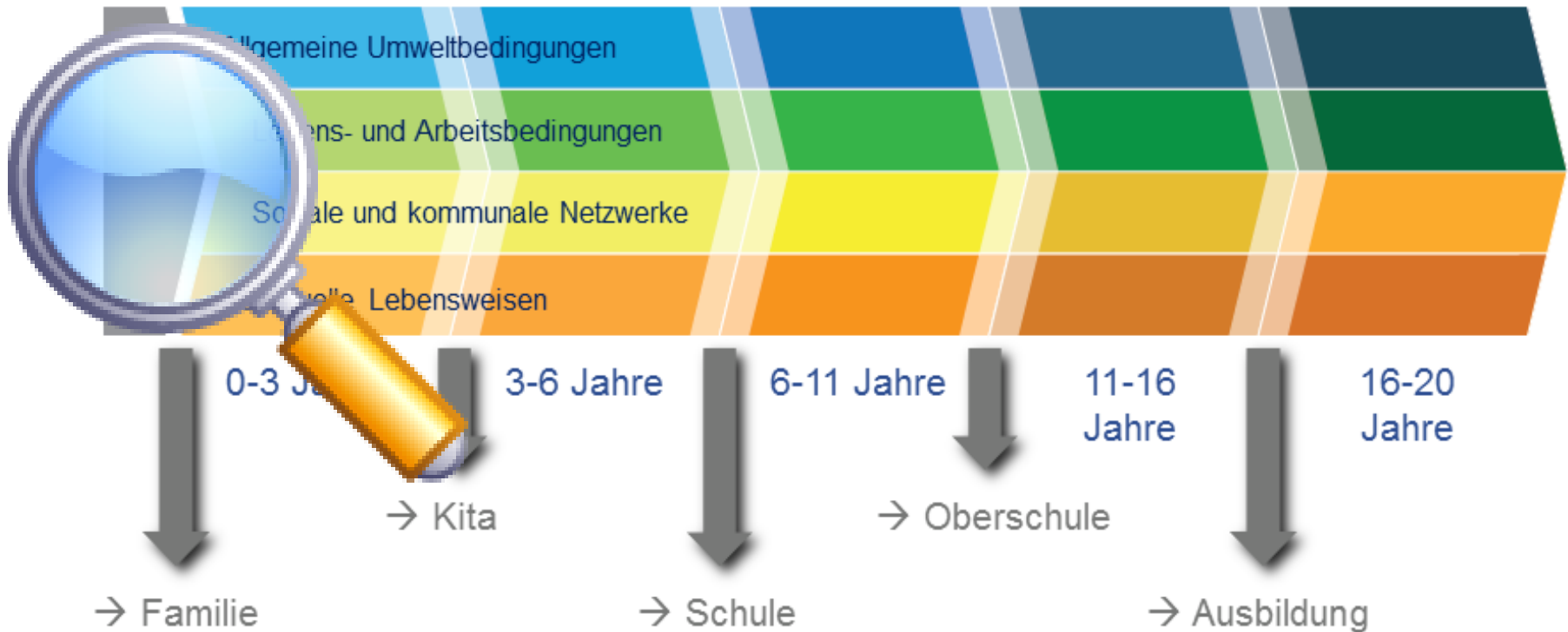
→ Transitionsansatz

- Lebenslaufereignisse „Sollbruchstelle“ für positive wie nachteilige Veränderungen
- Chancen und Risiken ungleich verteilt



„Bedeutung gibt ihnen erst die Person durch die Erfahrung: das heißt, *nicht das Lebenslaufereignis als solches*, sondern (...) dessen *Verarbeitung und Bewältigung* lässt es zu einem **Übergangserleben (Transition)** werden“

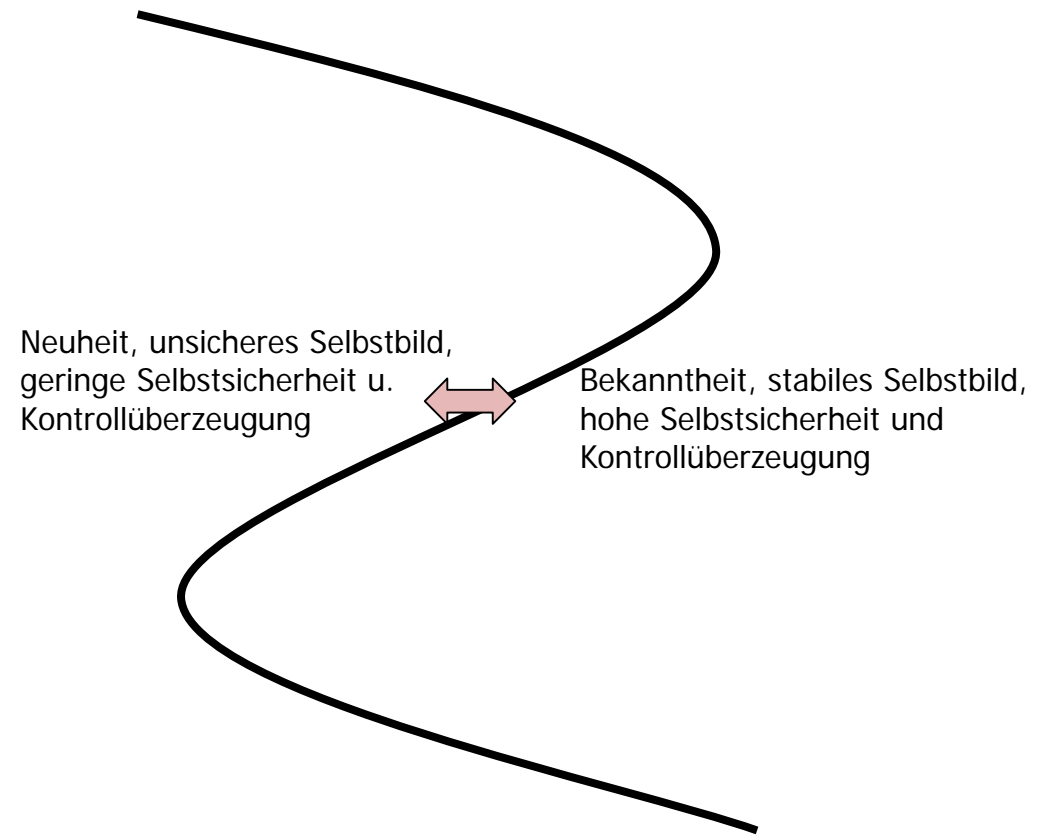
(Kroll 2011: 173)



1. Präkonzeptionelle Phase
2. Verunsicherungsphase
3. Anpassungsphase
4. Konkretisierungsphase
5. Phase der Antizipation und Vorbereitung
6. Geburtsphase
7. Phase der Erschöpfung und Überwältigung
8. Phase der Hoffnung und Umstellung
9. Gewöhnungsphase
10. Vergesellschaftungsphase

10-Phasen-Modell der Gesundheitsförderung bei Familiengründung

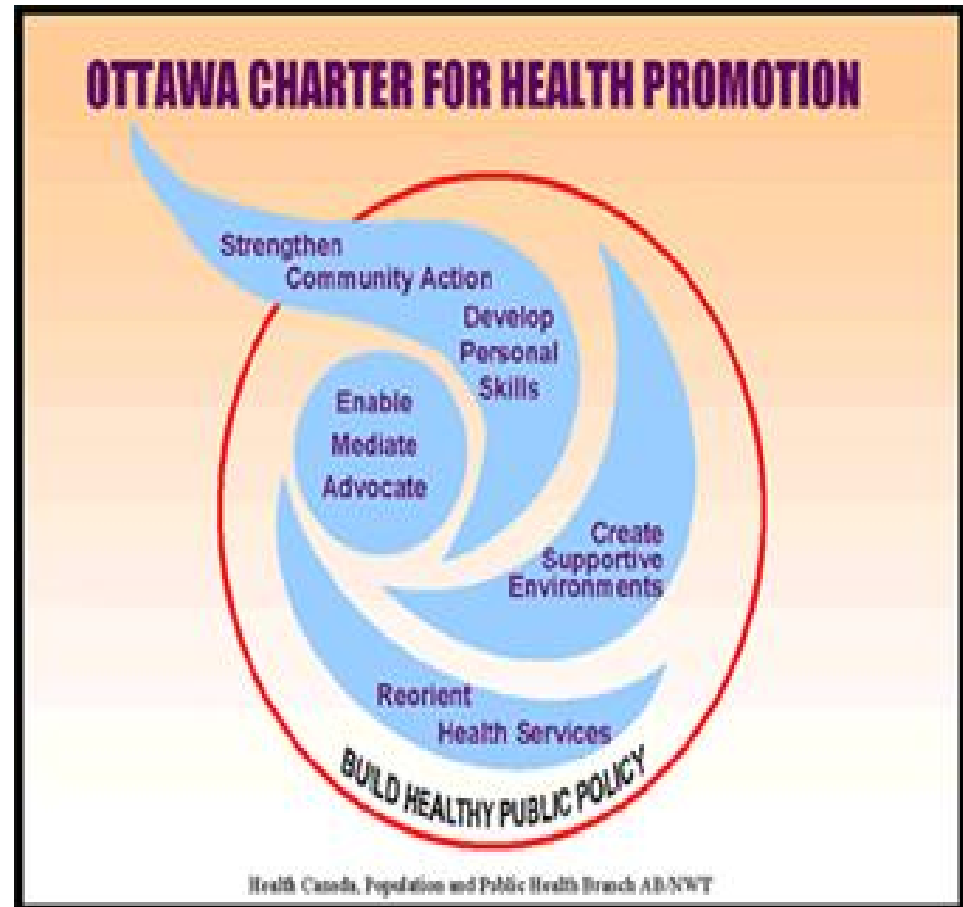
1. Präkonzeptionelle Phase
2. Orientierungsphase
3. Selbstkonzeptphase
4. Subjektwerdungsphase
5. Phase der Antizipation und Vorbereitung
6. Geburt
7. Phase der Überwältigung und Erholung
8. Familienwerdungsphase
9. Stabilisierungsphase
10. Vergesellschaftungsphase



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“



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	<u>Physiologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit <u>Psychologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/ Wohlbefinden <u>Sozial:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<u>Physiologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bewältigung körperlicher Veränderungen ➤ Umgang mit mögl. Symptomen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Fehlen von Symptomen <u>Psychologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene ➤ Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen <u>Sozial:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<u>Physiologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik <u>Psychologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufes (insb. Suchtmittelabstinenz, aber auch allgemein Gesundheitsverhalten, Ernährung, <u>Schlafrythmus</u>) <u>Sozial:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ „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	<u>Physiologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wachsen des Bauches ➤ erste Kindsbewegung („<u>Quickening</u>“) <u>Psychologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Phantasien über das Leben mit Kind <u>Sozial:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<u>Physiologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Umgang mit körperlichen Belastungen (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase) <u>Psychologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt ➤ empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten <u>Sozial:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ „Nestbau“ ➤ Beginn des Mutterschutzes

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

<p>6. Phase: Geburt (perinatal, von Geburtsbeginn bis etwa 2 bis 7 Tage postnatal)</p>	<p>Geburtsverlauf, Zeit für das Kennenlernen/ <u>Bonding</u></p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gebären ➤ Gelingende Anpassung an die körperliche Trennung der Mutter ggf./wünschenswert: Stillbeginn <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Annehmen eines neuen Familienmitgliedes ➤ Bindungsaufbau <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Baby als Leben außerhalb des Mutterleibs ➤ Beginn des Mutterschutzes
<p>7. Phase: Wochenbett - Phase der Überwältigung und Erholung (postnatal, bis ca. 8 bis 12 Wochen nach der Geburt)</p>	<p>Wechsel zwischen Freude/Stolz und Erschöpfung. Umgang mit körperlichen Veränderungen und Veränderungen im Tagesablauf mit neuer Verantwortung</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Erschöpfung ➤ Heilungsprozess bei Geburtsverletzungen ➤ Körperliche Veränderung (z.B. Brust, Rückbildungsprozesse, hormonelle Umstellungen) ➤ Schlafmangel ➤ ggf./wünschenswert: Stillen <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stimmungsschwankungen ➤ Schlafmangel ➤ Annehmen eines neuen Familienmitgliedes, Bindung <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mutterschutz ➤ Versorgung des Kindes mit neuer Verantwortung (Angst vor Fehlern) ➤ Änderung im Tagesrhythmus ➤ Bürokratische Aufgaben
<p>8. Phase: Familienwerdung ca. 2. oder 3. bis 6. Lebensmonat</p>	<p>Zunahme der Elternkompetenz. Wahrnehmung von Veränderungen in der Paarbeziehung</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Heilungsprozess ➤ ggf./wünschenswert: Stillen ➤ Kennenlernen/Emordnen der individuellen Merkmale des Kindes <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausbau/Entwicklung der elterlichen Feinfühligkeit ➤ Regulation, Eltern-Kind-Interaktion <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anpassung an Mutter-/Vaterrolle ➤ Aufgaben-Neuverteilung in der Paarbeziehung (evtl. Konflikte)
<p>9. Phase: Stabilisierung ca. 6. bis 12. Lebensmonat</p>	<p>Gewöhnung an die neue Familiensituation mit einsetzender Routine</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kindesentwicklung ➤ Stillen/<u>Beifüttern</u>/Abstillen <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elterliche Feinfühligkeit <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes
<p>10. Phase: Vergesellschaftung ca. vollendetes 1. bis 3. Lebensjahr</p>	<p>Übergang zur Fremdbetreuung (Oma/Opa, Tagesmutter/<u>-vater</u>, Krippe, Kita)</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ (kindliche) Ernährung ➤ (kindliche) Bewegung, Körpererfahrung <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sorgen und Ängste ➤ Kontakt zu anderen Kindern und Menschen ➤ Freiraum für die Eltern <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes ➤ (Wieder-)Aufnahme (Aus) <u>Bildung/-abschluss</u>, Berufstätigkeit

„Ich kannte damals keine Verhütung. Ich muss ganz ehrlich sagen, also meine Mutter hat uns das nie beigebracht, nix gar nix in der Schule war ´s einmal nen Thema und das war ´s dann. Und dadurch bin ich auch so schnell schwanger geworden mit dem ersten Kind.“ (I 42, 67ff)

*„Ja. Aber sie ist zu früh gekommen. Sie war eigentlich später geplant.“
(I 67, 0:11:54-2)*

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- Sexualaufklärung
- Thematisierung von impliziten Familienwünschen
- Information über Präventionsmöglichkeiten, zB. Folsäure

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung Präventionsbedarfe und -potenziale
1. Phase: Präkonzeption Vor Eintritt einer Schwangerschaft	Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit; Herausbildung elementarer Voraussetzungen	<p>Physiologisch: Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit</p> <p>Psychologisch: Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/Wohlbefinden</p> <p>Sozial: soziale und finanzielle Sicherheit schaffen</p>	<p>Advocate: Schwangerschafts- und geburtsfreundliche Rahmenbedingungen in Settings junger Menschen (z.B. schulischen oder beruflichen Ausbildungssettings, Freizeitangeboten oder Sportvereinen) Niedrigschwellige Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Schwangerschaftsverhinderung sowie –förderung</p> <p>Enable: Präventivmedizinische Informationen: Supplementierung mit Folsäure, Reduktion Genussmittelkonsum Sexualpädagogik</p> <p>Mediate: Multiplikatorenangebote für Stakeholder in Settings (z.B. Schule)</p>

- 1. Trimester der Schwangerschaft bis ca. 12 SSW,
- ambivalente Gefühle
 - Verunsicherung, evtl. Übelkeit, Müdigkeit...
 - Ängste

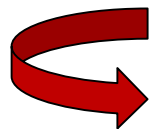
„Ich hatte schon Angst davor, aber ähm meine Mutter stand ganz dicht hinter mir.“ (I 37, 236)

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- anonyme Informationsmöglichkeiten
- niedrigschwelliger Zugang zu Schwangerschaftskonfliktberatung
- Wissensverbreitung zur körperlichen Entwicklung durch Schwangerschaft für junge Frauen und Männer /Physiologie
- Unterstützung zur informierten Entscheidungsfindung (z.B. Stillen, pränatale Diagnostik, Mutterschutzgesetz)

- hält manchmal länger an
 - Verdrängung vielfach beschrieben

„[...] , da war ich ja noch in Ausbildung gewesen. Ich wollte das nicht wahrhaben, dass ich schwanger bin. Die Anderen sagten schon immer, du isst so viel und du hast einen dicken Bauch. Und vor dem Abschluss haben die dann gesagt: Wir holen dir jetzt einen Schwangerschaftstest. Da fragt ich: Wieso, für wen denn? Na für dich, sagten sie. Da meinte ich: Nee, ich bin doch gar nicht schwanger! Ich wollte das wirklich nicht wahrhaben und dann, als ich den Schwangerschaftstest gemacht hatte, dann ist mir das alles runter gegangen. Also ich war fix und alle, denn ich hatte anschließend gleich ne Arbeit und alles.“ (I 6, 166-172)



Zukunftsängste und Unterstützungsmöglichkeiten spielen wichtige Rolle für Länge der Phase

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
<p>2. Phase: Orientierung</p> <p>Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. Schwangerschaftswoche</p> <p>(pränatal, 1. Trimenon)</p>	<p>Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft</p> <p>Beginn körperlicher Veränderungen</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bewältigung körperlicher Veränderungen ➤ Umgang mit mögl. Symptomen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Fehlen von Symptomen <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene ➤ Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sorgen und Ängste ➤ Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung 	<p><u>Advocate:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Schwangerschafts(konflikt)beratung ➤ Ggf. niedrigschwellige Bereitstellung der „Pille danach“ (postkoitale Empfängnisverhütung) ➤ Positive „Begrüßungskultur“ des neuen Zustandes durch alle beteiligten Akteurinnen und Akteure <p><u>Enable:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hilfe bei Entscheidungsfindung, v.a. durch umfassende Bereitstellung von ergebnisoffenen Informationen ➤ Präventivmedizinische Informationen ➤ Aufklärung ➤ Hilfe bei Partnerkommunikation <p><u>Mediate:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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

- ca. 2. Trimester, insb. 12.-20. SSW,
- Schwangerschaft wird öffentlich gemacht,
- erstes Selbstkonzept vom Eltern werden/sein
→ Entscheidung für das Kind

*„war'n Schock gewesen schwanger zu sein, weil ich das meinen Eltern beibring musste, aber wir ha'm das bis zum viert'n Monat verheimlicht, dritten, dat man nicht mehr abtreib'n konnte.“
(I 44, 37-39)*

- Beratungs- und Unterstützungsbedarf

„So dieses Mut zuspprechen, ‚Mensch, das wird alles gut‘, das hat mir immer so gefehlt, so dass die Ärztin gesagt hat ‚Mensch, haben Sie noch irgendwelche Fragen?’ oder ‚Können wir Ihnen noch irgendwo nochmal nen Gespräch anbieten?“ (Interview 121, Zeile 129-131)

„Konntest Du Deine Frauenärztin um Rat fragen?“ – Antwort: „Ne, also ich mich eh – also eher hab ich mir Rat geholt, ich bin bei Facebook und da gibt’s so’n Baby-Forum ‚Rund ums Baby‘ und um Schwangere und alles und da hab ich dann immer, weil manchmal hab ich der Nacht total Schmerzen gekriegt. Hab ich dann da rein geschrieben, um was es geht, hab dann die Frage gestellt, ich hab dann auch gleich nach zehn Minuten die Antwort gekriegt. Ob es Wehen waren oder halt ich soll ins Krankenhaus und so“ (Interview 125, Zeile 130ff.)

„ ... aber ich hab einfach zu sehr unter psychischem Stress gelitten und dis ist halt einfach mal so, weil der Vater hat in den ersten drei Monaten gesagt ich soll ihn wegmachen zum Abtreiben gezwungen und ich gesagt habe, dis kann nicht dein Ernst sein und ähm nach zweieinhalb Monaten hab ich dann gesagt, du musst dich entscheiden entweder du gehst oder das Kind kriegen.“

(I 37, 196-200)

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- Vermittlung von peer-gerechten familiären Rollenmodellen
- Sensibilisierung gegenüber und Teilhabeförderung von jungen Schwangeren in Ausbildungsbetrieben und Arbeitsstellen (evtl. [auch] zu Verunsicherungsphase)
- Stärkung der Physiologie, ressourcenorientierte Begleitung
- Beratung zur pränatalen Diagnostik
- Vermittlung von psychosozialen Unterstützungsangeboten

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung Präventionsbedarfe und -potenziale
3. Phase: Selbstkonzeption ca. 12. bis 20. SSW, beginnt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft (pränatal, 2. Trimenon)	Erstes Selbstkonzept vom Elternwerden/-sein; Sichtbarwerden der Schwangerschaft	<p>Physiologisch: Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik</p> <p>Psychologisch: Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufes (insb. Suchtmittelabstinenz, aber auch allgemein Gesundheitsverhalten, Ernährung, Schlafrhythmus)</p> <p>Sozial: „Öffentlichmachen“ und Umgang mit der Reaktion auf die Schwangerschaft von Außenstehenden „normative Anpassung“</p>	<p>Advocate: „Begrüßungskultur“ Emotionale Fürsprache Schwangeren-Selbsthilfe</p> <p>Enable: Emotionale Unterstützung Vorbildfunktion für Selbstkonzept als Mutter, als Vater sowie als Eltern Unterstützung in der Herausbildung von Familien- und Kindkonzepten</p> <p>Mediate: Sensibilisierung in relevanten Settings (z.B. Ausbildungsstätten, Betrieben/Arbeitsplätzen) Niedrigschwellig erreichbare Schwangeren-Selbsthilfe</p>

- ca. 20.-30. SSW → wird weit überwiegend positiv beschrieben
- Erste Kindsbewegungen
- Kind wird als eigenständiges Wesen wahrgenommen
- Wohlbefinden der Schwangeren steigt
- *„Am Schönsten war als se angefangen hat sich zu bewegen. Das war genau Silvester. Da hab ich die ersten Kindsbewegungen gespürt und das war... soo schön. Kann.. man kann's nicht beschreiben, wenn man anfängt das eigene Kind sich zu bewegen und das alles! Is schön!“ (I 7, 61-63)*
- *„Und dann ging's mir nachher richtig gut, also ich sah auch richtig gut aus und ähm ja gar keine Probleme. Also ich hab immer gesagt, die Schwangerschaft hätte auch `n halbes Jahr länger dauern können, also weil es mir wirklich sehr gut ging.“ (I 30, 243-246)*

- *„aber wo es dann nachher zum Ende hin ging, die Babysachen und Kinderzimmer einrichten, die Sachen alle kamen (...) dann hab ich mich langsam dran gewöhnt“ (Interview 144, Zeile 50-52)*
- *„zum Ende hin, da war es richtig schön. (...) Ich konnte das gut genießen, ja“ (Interview 124, Zeile 73-75)*

Grundsätzliche physiologische, psychologische und soziale Problemlagen können aber auch in dieser Schwangerschaftsphase überlagernd perpetuieren:

- *„War ne Horrorschwangerschaft. (...) Ich hab mich viel allein gefühlt mit den ganzen Diagnosen (...) oder dass ich mir noch ne zweite Meinung einholen sollte. Aber ich hatte da zu dem Zeitpunkt gar keine Kraft mehr, weil ich ja alles, vieles alleine durchgestanden habe“ (Interview 121, Zeile 105ff.)*

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- Eigenwahrnehmung stärken/Bindungsförderung:
Wachsendes Kind ertasten, Kindsbewegungen fühlen
- Partnereinbeziehung
- Vorstellungen und Phantasien über das Leben mit Kind
aufgreifen: Ernährungsfragen /Wohn-und Umfeldgestaltung
- Anträge auf finanzielle Unterstützung
- Wohlbefindensphase nutzen für Aufbau sozialer Netzwerke
- Vorbereitung auf Leben mit Kind: Vermittlung von
Grundkenntnissen zu physischer, psychischer und sozialer
Entwicklung von Kleinkindern und zu Kinderrechten

Subjektwerdungsphase (4)

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung Präventionsbedarfe und -potenziale
4. Phase: Subjektwerdung ca. 20. bis 32. SSW (pränatal, 2./3. Trimenon)	Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/als zunehmend eigenständiges Wesen Phase des Wohlbefindens	<p>Physiologisch: Wachsen des Bauches, erste Kindsbewegung („Quickening“)</p> <p>Psychologisch: Phantasien über das Leben mit Kind</p> <p>Sozial: Entwicklung konkreter Lebensvorstellungen der zukünftigen Mutter/ des zukünftigen Vaters/ zukünftigen Ko-Elternteils</p>	<p>Advocate: Fürsprache beim „Nestbau“ (z. B. durch kleinkindgerechten Wohnraum) Bereitstellung stabilisierender und ressourcenorientierter Informationen zum Quickening Ermutigende Beispiele zum Geburtsverlauf</p> <p>Enable: Feinfühlig-pränatale Diagnostik und Befundübermittlung Beratung zur Vermeidung von Frühgeburten Aufklärung über gesunde Lebensbedingungen</p> <p>Mediate: Frühzeitige Bereitstellung von Angeboten der Schwangerenselbsthilfe und weiteren Frühen Hilfen (z.B. Hebammen/Familienhebammen)</p>

Phase der Antizipation und Vorbereitung (1)

- ca. 32-40 SSW,
- Vorbereitung auf die Geburt, „Nestbau“
- Kind wird zunehmend als Individuum wahrgenommen

„Ich war ja schon im siebten Monat, wo ich dann beim Frauenarzt war. Ich hatte hinterher ne Hebamme gehabt. Denn ich wusste nicht, wie man mit Kindern umgeht. Also ich wusste gar nichts.“

(I 6, 231-233)

Phase der Antizipation und Vorbereitung (2)

- Manchmal abrupt beendet

„Ja wir hatten ja auch noch nichts fertig, wir hatten ja noch gar nichts für den Kleinen, weil er ja nun 3 Monate zu früh kam.“

(I 15, 179-180)

„Mmh, nur dass ich fast zwei Monate im Krankenhaus war [...] Zwei Monate weil sie 800g im siebten Monat gewogen hat. Gradmal.“

(I 19, 165-167)

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- „Nestbau“ – Beratung, Möglichkeiten finanzieller Unterstützung (falls noch nicht ausgeschöpft)
- Wertschätzung der Vorbereitung
- Geburtsvorbereitung einschließl. evtl. Versorgung von Geschwisterkindern
- Peer Support
- Entlastung bei körperliche Beschwerden

Phase der Antizipation und Vorbereitung (3)

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung Präventionsbedarfe und -potenziale
5. Phase der Antizipation und Vorbereitung ca. 32. bis 40. SSW (pränatal, Ende 3. Trimenon)	Anstieg der körperlichen Belastung, Vorbereitung auf Geburt, Vorbereitung auf Familie	<p>Physiologisch: Umgang mit körperlicher Belastung (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase)</p> <p>Psychologisch: Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten</p> <p>Sozial: „Nestbau“ Beginn des Mutterschutzes</p>	<p>Advocate: Förderung physiologischer Geburt Ressourcenanalyse zur Förderung sozialen Kapitals</p> <p>Enable: Hilfe bei Wahl von Geburtsort und -modus Ggf. nachholender „Nestbau“ Niedrigschwelliger und adressatengerechter Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer, psychologischer und sozialer Geburtsvorbereitung</p> <p>Mediate: Förderung sozialen Kapitals (Peers, Verwandte) ggf. Ergänzung durch Selbsthilfe, Ehrenamtsangebote (z.B. Stadtteilmütter, Familienpaten) oder professionelle Hilfe (z.B. Hebammen/Familienhebammen)</p>

- Kennenlernen

- Verlauf der Geburt und Zeit für das Kennenlernen
→ besondere Bedeutung für die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung
- Oftmals werden lange schmerzhafteste Geburtsphasen geschildert, verbunden mit Erfahrung von Negierung/ Missachtung

„Dadurch dass ich Schmerzen hatte beim Großen, dadurch dass ich geschnitten wurde, oder nicht geschnitten sondern gerissen bin, dadurch hat ich halt Schmerzen [...] und hab den Schwestern das halt gesagt [...] kam eine Schwester rein „Na wies reinkommt, kommt`s ja auch nicht raus.“ Und halt mit solchen Sprüchen kamen die dann immer.“ (I 3, 114-118)

„Dann liegt man ja noch ein bisschen da und dann kann man ja auch noch ein bisschen das Kind bewundern, also dieses Gefühl, ich mein das war nachher schlimm gewesen für mich, ich war total erschöpft gewesen, wo meine Mutti und mein Freund nachher gegangen sind.“ (I 38, 477ff)

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- Förderung der physiologischen Geburt /ausreichend Betreuungspersonal
- Ressourcenorientierte Betreuung unter Beachtung persönlicher Vorstellungen (implizite Orientierung) der werdenden Mutter
- Wahrung von Würde und Intimität
- Rahmenbedingungen zur Förderung des Aufbaus einer Eltern-Kind-Bindung
- Stillförderung

- Wochenbett: bis ca. 8 Wochen nach der Geburt
 - physische Erschöpfung, Hormonumstellung, Versorgung des Babys, Schlafmangel usw.,
 - Angst was falsch zu machen
 - gleichzeitig auch Freude über die Geburt, Stolz...

„Und zuerst konnt' ich auch keine Muttergefühle aufbauen. Ich wollte se erst inne Pflegefamilie stecken. Aber dann ham se mir gezeigt, wie man sich richtig kümmert und denn war es auch schön mit ihr. Probleme gabs nur anfangs mit'm Stillen.“ (I 14, 181-184)

Phase der Überwältigung und Erholung (2)

„Also anstrengend (.) die Anfangszeit war sehr anstrengend; ich wusste nicht was welches Schreien sein sollte, ob es in die Hose gemacht hat oder ob es nu Hunger hatte oder ob es nu Aufmerksamkeit will; also war sehr anstrengend die Anfangszeit (...) Und der Schlaf ist auch sehr kurz gekommen.“ (I 57, 155-159)

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- niedrigschwellige, umfassende Unterstützungsangebote durch Hebammen und Haushaltshilfen
- Beratung: körperliche Veränderungen, Heilungsprozesse, Stillen und Versorgung und Verhalten des Neugeborenen
- Wochenbettkultur: Anerkennung der Leistung, Raum für Erholung
- Aktivierung sozialer und familiärer Netzwerke
- kindheitspädagogische und entwicklungspsychologische Beratung
- Bei Bedarf Unterstützung mit Ämterangelegenheiten
- SIDS-Prävention

- ca. 2-6 LM
- Anpassung an die Mutter/Vaterrolle,
 - Unterstützung durch Partner, Mutter, Hebammen wird positiv bewertet
- Zunahme der Elternkompetenz,
- Veränderung in der Paarbeziehung,
 - Aufgaben-(neu-)Verteilung, evtl. Unzufriedenheit und Konflikte

„An Anfang hab ich es nicht wirklich begriffen, dass ich Mama geworden bin. [...] Wie machste, wie macht man das jetzt? Weil ich hatte ja Null (.) Ahnungen über nen Kind. Und dann ging's halt immer wieder. Und jetztte bin ich ne super gute Mama.“ (I 115, 45ff.)

„Ja also wie gesagt, hat natürlich klar, irgendwo stößt man da an seine Grenzen in der Beziehung, also im Privatleben so in dem Sinne, hatten wir natürlich nicht mehr, es drehte sich alles, alles nur noch um das Kind“ (I 30, 225-227)

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- Unterstützung nach Bed. mit Ämtern, Ärzten auch bei besonderen Bedarfen
- Stillen und Säuglingsernährung
- Familienplanung
- Bindungsförderung (und frühzeitige Hilfe bei Regulationsstörungen)
- Paarberatung bzw. geeignete Angebote für Mütter und Väter
- Peer-Support (Zugänge für alle schaffen)

- ca. 6.-12 LM,
- Eltern gewöhnen sich zunehmend an die neue Familiensituation,
- Routine beginnt, Stabilisierung

„Einfach organisieren. Du musst alles organisieren, sonst geht gar nix. Wir verbinden das dann immer mit irgendwelchen Spaziergängen ne, dass dann irgendwas zu erledigen ist. Aber sonst, man muss es organisieren wirklich.“ (I 9, 58-60)

Also ich kann das mit meinem Freund ganz gut regeln, dass jeder so seine Freiräume hat und jeder auch so Zeit für sich hat , [...] dass E. Abends von seinem Papa ins Bett gebracht wird , so dass ich dann auch entspannen kann oder die restlichen Haushaltssachen noch erledigen kann und auch runterfahren kann und Zeit für mich habe (I 84, 54-57)

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- Unterstützung nach Bed. mit Ämtern, Ärzten auch bei besonderen Bedarfen
- Paarberatung
- Bindungsförderung / Hilfe bei Regulationsstörungen
- Stillen und Beikost
- Peer-Support

- ca. 1-3 Jahre
- Übergang zur Fremdbetreuung
 - Kontakt zu anderen Kindern ermöglichen
 - Entlastung
 - Freiraum
 - Berufsabschluss
- Aber auch Ängste, Verunsicherung

„Das wär so mein Wunsch dass er in den Kindergarten kommt unter andern Kindern und ich auch gerne wieder arbeiten möchte.“
(I 66, 50-52)

*„Naja manchmal vielleicht ein unwohles Gefühl. Weil man ja nicht weiß, ob die Erzieherinnen auch gucken. Wegen Verletzen oder so. Nenn's mal lieber „gemischte Gefühle“. Aber ich bin eigentlich ganz zufrieden mit dem Kindergarten. Das ist schon in Ordnung, doch.“
(I 17, 202-204)*

Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale (to be continued ...)

- Stillförderung (Berufstätigkeit und Stillen / Fremdbetreuung und Stillen)
- Ausreichend Betreuungsangebote / Hilfe beim Suchen eines Betreuungsplatzes der Wahl
- Unterstützung bei besonderen Bedarfen
- Übergänge Familie- Krippe bzw. Kita (Berliner Modell ...)
- geeignete Arbeitszeitmodelle für Mütter bzw. ggf. beide Elternteile

Zusammenfassung und Ausblick

- Familiengründung/ Familienwerdung ist eine vulnerable Lebensphase
- in dieser Lebensphase bestehen hohe Präventionspotenziale
- die genaue Betrachtung der Verunsicherungen und Bewältigungsanforderungen eröffnet eine differenzierte Sicht auf Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale
- Netzwerke und alle Akteure der Frühen Hilfen können sich diese Erkenntnisse zu Nutze machen
- Die Angebote der Frühen Hilfen können in diesem Sinne
 - präzisiert,
 - adressatengenau angeboten und
 - nachgeschärft werden
- die hier skizzierte Forschung sollte – partizipativ mit Schwangeren und jungen Eltern - verbreitet und vertieft werden

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 **Bedarflagen 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.



**Vielen Dank für
Eure Aufmerksamkeit!**

Prof. Dr. rer.pol. Raimund Geene MPH

Prof. Dr. med. Nicola Wolf-Kühn MPH

Susanne Borkowski MSW

Hochschule Magdeburg-Stendal

www.hs-magdeburg.de

