

Gesund aufwachsen –
Nutzerorientierung und
adressatenspezifische
Ansätze in
Gesundheitsförderung und
Prävention

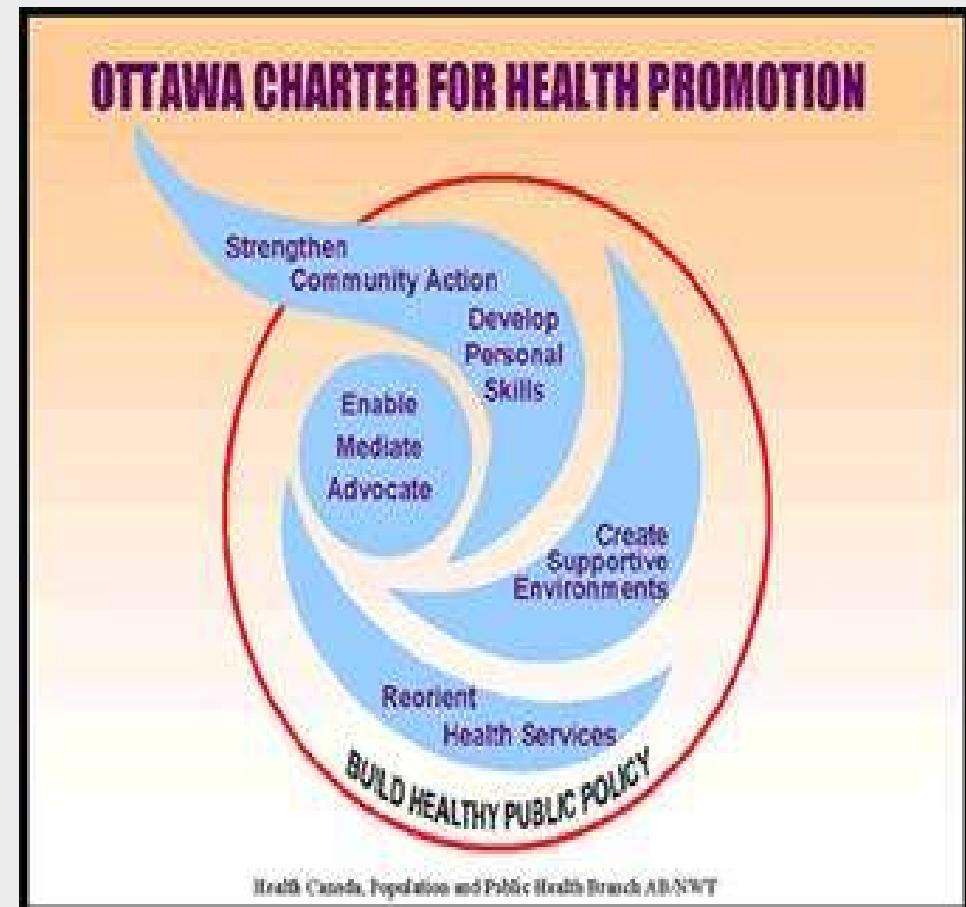
Familiäre Gesundheitsförderung als Konzept der Nutzerorientierung

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

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 Sinne des Setting-Ansatzes (WHO und GKV Präventionsleitfaden)
- Methoden des Setting-Ansatzes teilweise ungeeignet

Erreicht werden Familien lt. Präventionsgesetz durch:

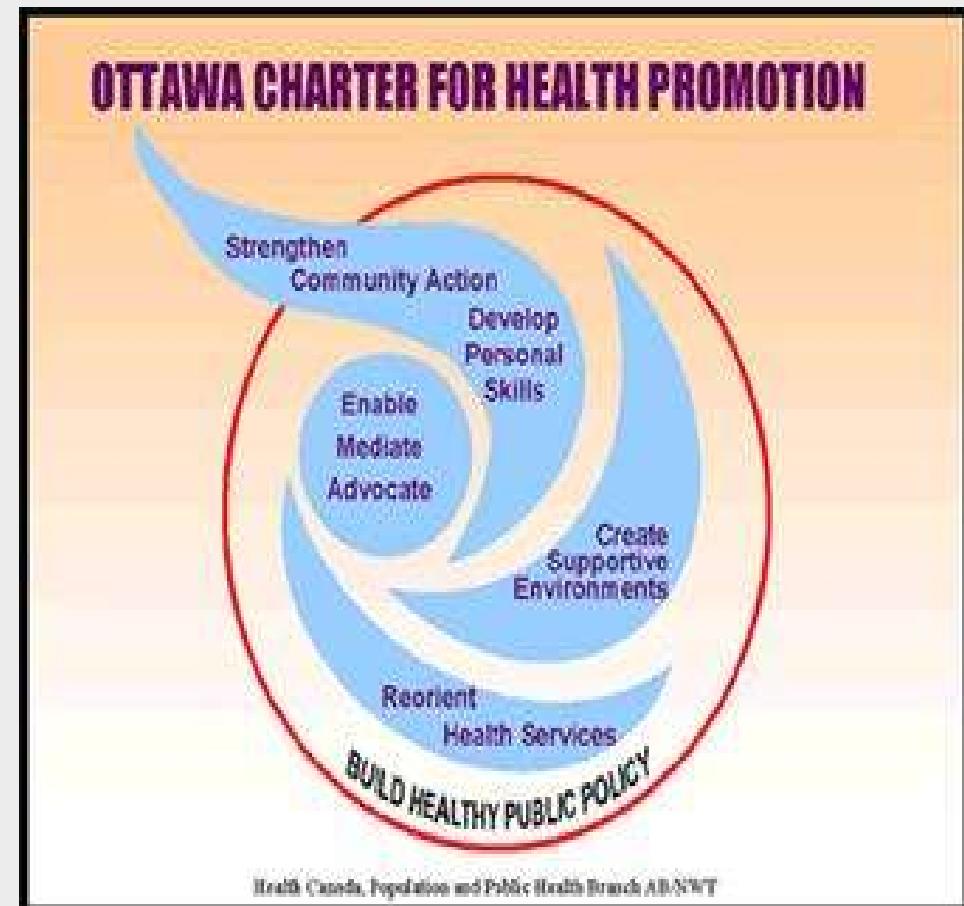
- Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (Schwangerschaft und Kindheit) incl. Präventionsempfehlungen für Kinder + Eltern
- durch Kitas sowie Schulen
- „die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren, etwa der Familienbildung in der Lebenswelt ‚Kommunen/ Stadtteil‘ unterstützt“ (PrävG 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“



■ Critical period

- kritische Perioden: Zeitraum, in dem die Exposition einen Einfluss hat; außerhalb des Zeitraums hat sie keinen Einfluss

■ Sensitive period

- sensitive Perioden: Zeitraum, in der die Exposition einen stärkeren Einfluss hat als sonst

■ Accumulation of risk

- Kumulationen: Risiken sammeln sich im Laufe der Zeit an und erhöhen dadurch das Risiko für ein bestimmtes Outcome

■ Chain of risk

- Risikoketten: ein Faktor bedingt die Wahrscheinlichkeit für den nächsten (positiv oder negativ)

Zwei Analyserichtungen familiärer Gesundheitsförderung

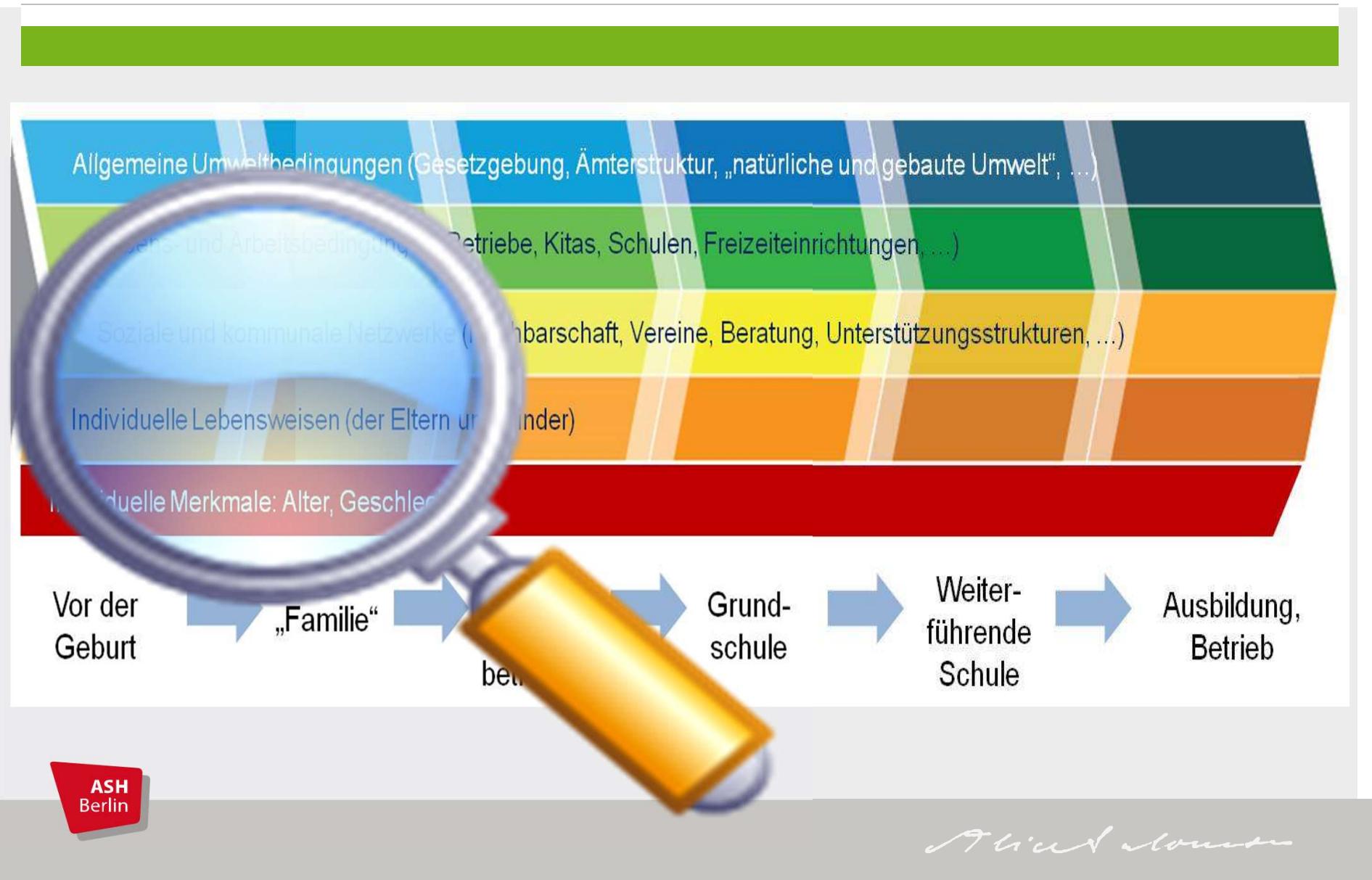
- *vertikal* entlang der Lebens**phasen**
 - „Zeitleiste“ der Lebensphasen
 - entlang Sozialisationsstufen
 - Primäre Sozialisation: Familie
 - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
 - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen ...
- *horizontal* entlang der Lebens**lagen**
 - Familiäre Adversitätsrisiken 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 Lebensphasen*
 - „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

Neuheit, unsicheres Selbstbild,
geringe Selbstsicherheit u.
Kontrollüberzeugung

Bekanntheit, stabiles Selbstbild,
hohe Selbstsicherheit u.
Kontrollüberzeugung

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

Freud & Co.

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> ➤ Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit <u>Psychologisch:</u> ➤ Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/ Wohlbefinden <u>Sozial:</u> ➤ 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> ➤ 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 <u>Sozial:</u> ➤ Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen ➤ 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> ➤ Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik <u>Psychologisch:</u> ➤ Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufes (insb. Suchtmittelabstinenz, aber auch allgemein Gesundheitsverhalten, Ernährung, <u>Schlafrythmus</u>) <u>Sozial:</u> ➤ „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> ➤ Wachsen des Bauches ➤ erste Kindsbewegung („Quickening“) <u>Psychologisch:</u> ➤ Phantasien über das Leben mit Kind <u>Sozial:</u> ➤ 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> ➤ Umgang mit körperlichen Belastungen (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase) <u>Psychologisch:</u> ➤ Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt ➤ empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten <u>Sozial:</u> ➤ „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	<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
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	<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
8. Phase: Familienwerdung ca. 2. oder 3. bis 6. Lebensmonat	Zunahme der Elternkompetenz. Wahrnehmung von Veränderungen in der Paarbeziehung	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Heilungsprozess ➤ ggf./wünschenswert: Stillen ➤ Kennerlernen/Einordnen 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)
9. Phase: Stabilisierung ca. 6. bis 12. Lebensmonat	Gewöhnung an die neue Familiensituation mit einsetzender Routine	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kindesentwicklung ➤ Stillen/Beifüttern/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
10. Phase: Vergesellschaftun g ca. vollendete 1. bis 3. Lebensjahr	Übergang zur Fremdbetreuung (Oma/Opa, Tagesmutter/-vater, Krippe, Kita)	<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) Bildung/-abschluss, Berufstätigkeit

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

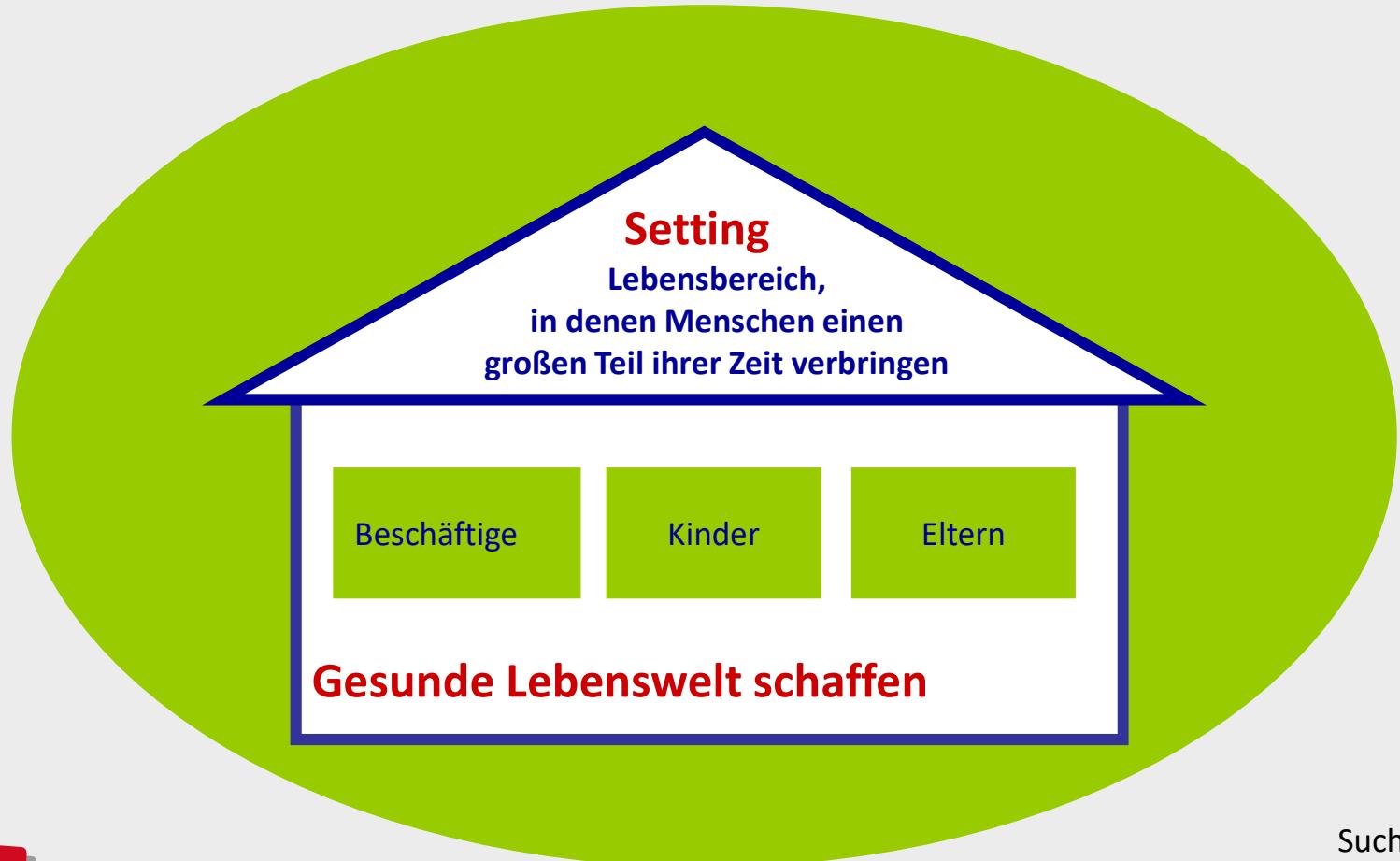
Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung/ Präventionsbedarfe und -potenziale
2. Phase: Orientierung Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. Schwanger- schaftswoche (pränatal, 1. Trimenon)	Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwanger- schaft Beginn körperlicher Veränderungen	<u>Physiologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bewältigung körperlicher Veränderungen ➤ Umgang mit mögl. Symptomen (z.B. Müdigkeit, Unbehagen, 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 Angste ➤ Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung 	<u>Advocate:</u> <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 <u>Enable:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hilfe bei Entscheidungsfindung, v.a. durch umfassende Bereitstellung von ergebnisoffenen Informationen ➤ Präventivmedizinische Informationen ➤ Aufklärung ➤ Hilfe bei Partnerkommunikation <u>Mediate:</u> <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

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.*“

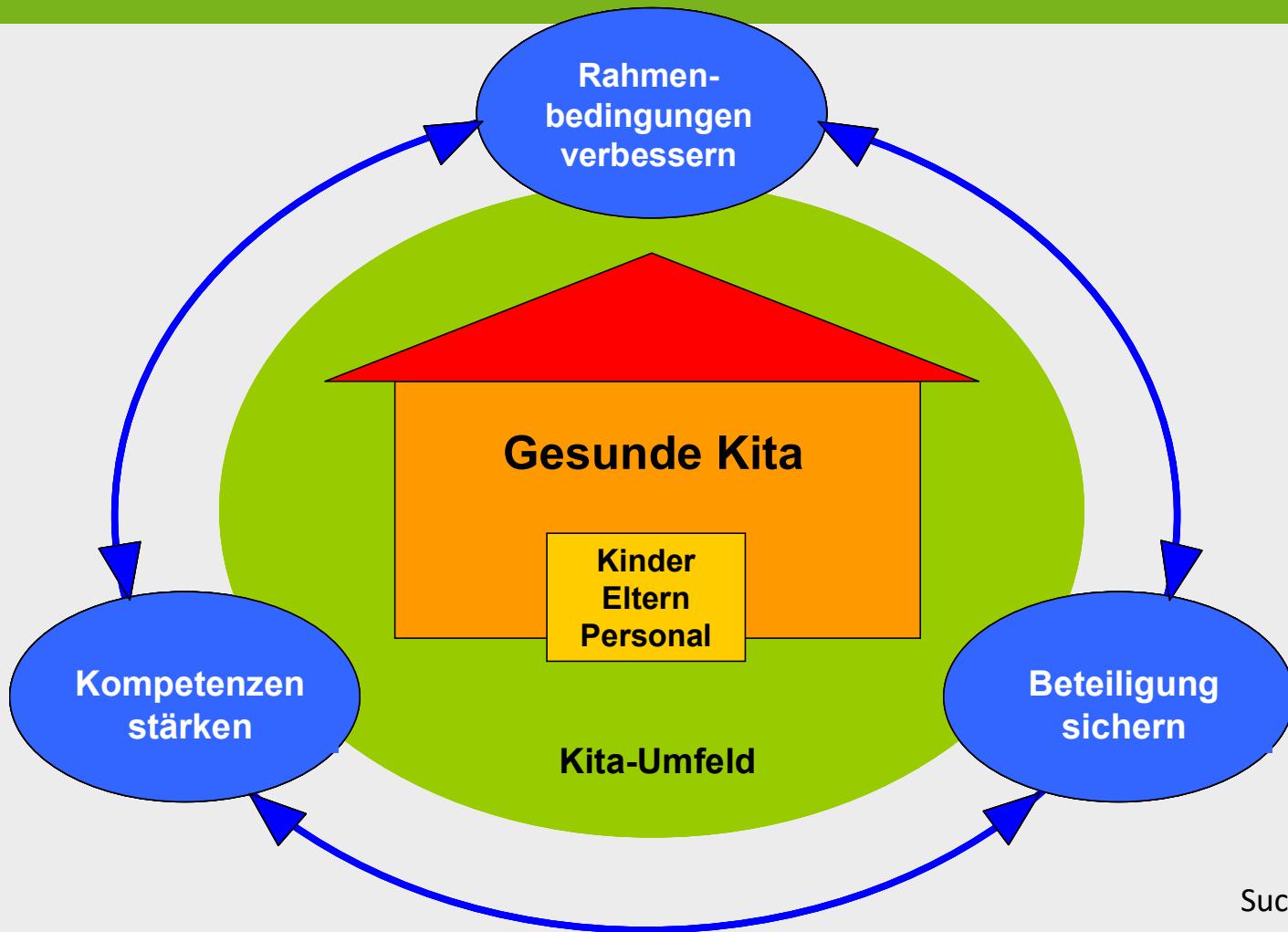
(Richter-Kornweitz, 2011: 246)

Setting Kita



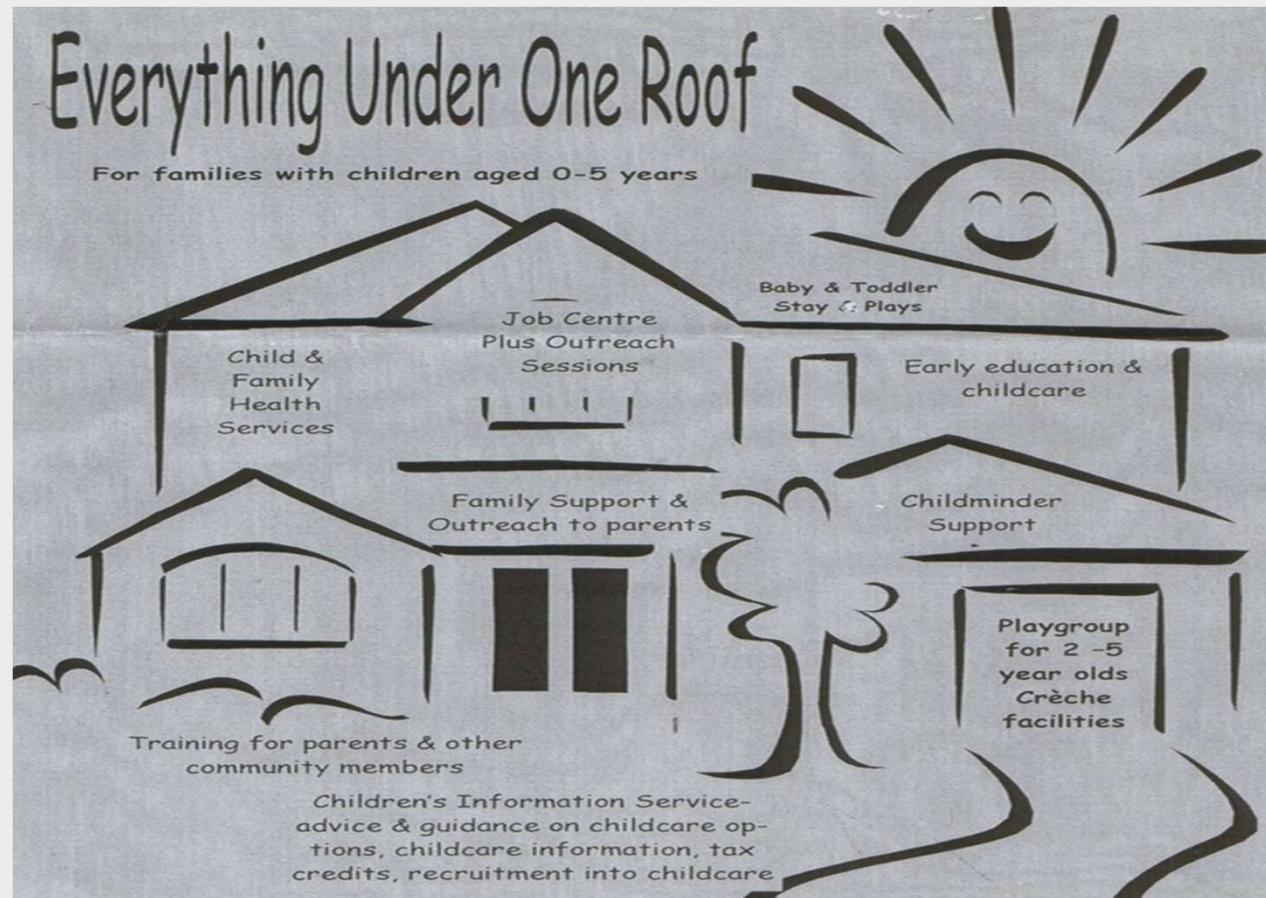
Suchantke 2011

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

Friedemann

Jugend-Settings: Jugendgruppen, Jugendzentren, Jugendsport



ASH
Berlin

- Selbsterfahrung
- Peer Education
- Sexualität
- Diversität und Inklusion



Markus

Lebensphasen familiärer Gesundheitsförderung

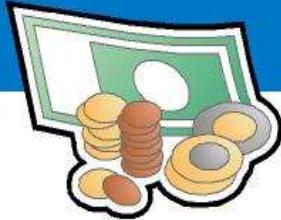
- *vertikal/entlang der Lebensphasen*
 - „Zeitleiste“ der Lebensphasen
 - weitere Lebensphasen:
 - Adoleszenz
 - Trennungs- und Neuformierungsprozesse
 - z.B. „Empty-Nest“-Familien
 - Mehrgenerationenleben
 - Seniorenbetreuung
 - Angehörigenpflege
 - Themenkreis „familiäres Zeitmanagement“
 - „Work-life-balance“

Besondere Lebenslagen familiärer Gesundheitsförderung

■ *horizontal* entlang der Lebenslagen

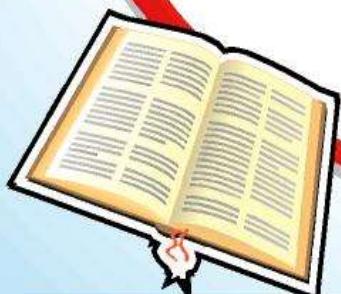
- In einer horizontalen Betrachtung familiärer Gesundheitsförderung werden die Lebensphasen eher als **Eckpunkte** betrachtet, im Zentrum stehen hier spezifische **Belastungs- und Benachteiligungssituationen** von Familien.
- Diese Perspektive zielt auf **spezifische Belastungssenkung** und **Ressourcenstärkung**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

Armutsspirale



**Keine Einmündung
in einen Beruf**

- Risikoverhalten



Niedriger Schulerfolg
• leistungsbezogen
• sozial

**Inanspruchnahme
von Leistungen**
• Gesundheit
• Förderungen

Armut
• Mangelerfahrungen

Rückzug
• Große sozialer
Netzwerke
• Kitabesuch

**Frühe, häufig über-
forderte Elternschaft**
• neue Armutslagen

**Beeinträchtigung der
Bildungschancen**
• Funktionsstörungen
• Sprachkompetenz
• Konzentrationsfähigkeit

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 Armutssfolgen. 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 –potenzielle 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 –potenzielle 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 Schreibbabyproblematik tritt häufig auf und bedarf einer frühzeitigen, multidisziplinären Unterstützung der Eltern im Rahmen von **Babysprechstunden** und **Schreibbabyberatung**

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 Bindungsförderung** 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 Lebensphasen*

- „Zeitleiste“ der Lebensphasen
- entlang Sozialisationsstufen
 - Primäre Sozialisation: Familie
 - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
 - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen ...

■ *horizontal/ entlang der Lebenslagen*

- Familiäre Adversitiesrisiken 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	<u>I.</u> , z.B. ➤ Schwangerschaftskonfliktberatung ➤ Arztliche Präventionsempfehlung ➤ Information zu Frühen Hilfen ➤ Präventionskurs zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz ➤ Beratung zur Kindersicherheit ➤ Geburtsvorbereitungskurs	<u>II.</u> , z.B. ➤ präventiver Hausbesuch ➤ Begleitung durch Familienhebammen ➤ Niedrigschwellige Unterstützung durch Familienpatinnen und -paten ➤ Maßgeschneiderte Übergänge (Transitionen) gemäß spezifischen familiären Wünschen & Bedarfen ➤ Individuelle Wohnraumvermittlung bzw. –bereitstellung
Setting	<u>III.</u> , z.B. ➤ (Elterneinbeziehende) Sexualaufklärung in Jugendeinrichtungen ➤ Sucht- und Drogenberatung in Familienzentren ➤ Flyer zu familienbezogenen Sportangeboten in Kitas, Schulen oder Jobcentern ➤ Beratung zu Übergängen	<u>IV.</u> , 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	<u>V.</u> , z.B. Aufklärung durch Kembotschaften, z.B. ➤ „Stillen tut gut“ ➤ „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren“ ➤ „Fahrradhelme für Kinder und Eltern“	<u>VI.</u> , 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 **lebensphasenspezifischer** 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 (Modellbeispiel)

The screenshot shows a Mozilla Firefox browser window displaying the website for the Model City of Dormagen. The URL is <http://www.webservices.dormagen.de/Familiennetzwerk.html>. The page content discusses the model city status for children and families, mentioning the impact of poverty on personal and social development and the need for early support and help. It highlights the 'Netzwerk Frühe Förderung' (Network for Early Education) and the 'Elternberatungsbuch' (Parenting Guide). A large image of a baby is visible on the right side of the page.

Familienfreundliche Stadt Dormagen

Neues Rathaus
Paul-Wiech-Platz 2
41539 Dormagen
Raum 2-40 (2. OG)
Ansprechpartner:
Uwe Sandvoss
Telefon: 02133/257-245
Fax: 02133/257-509
E-Mail senden

Google NeFF Dormagen

AStA
Berlin

Freud Forum

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Raimund Geene MPH
Berlin School of Public Health
<https://bsph.charite.de>

