

08.12.2020

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Ein gesundes Aufwachsen von Beginn an ermöglichen – Übergänge und Erreichen von Eltern gemeinsam gestalten

Prof. Dr. rer.pol. Raimund Geene MPH

Nutzersicht sozial benachteiligter Mütter (Eltern)

Ergebnisse aus dem Lehrforschungsprojekt der Hochschule Magdeburg-Stendal
und der Alice Salomon Hochschule
2009 – 2019

(u.a. Geene 2009, Wolf-Kühn & Geene 2009, 2014,
Geene 2012, Geene, Höppner & Luber 2013, Geene & Borkowski 2017, Geene & Bacchetta 2017, Borkowski 2018)

Lehrforschungsprojekt an der Hochschule Magdeburg-Stendal seit 2009,
sowie an der Alice Salomon Hochschule Berlin
Qualitative Studie mit einem Datenbestand von 154 Interviews

Britta Bacchetta MA

Prof. Dr. rer.medic. **Susanne Borkowski** MSW

Prof. Dr. rer.pol. **Raimund Geene** MPH

Dipl. Soz. **Claudia Höppner** MPH

Prof. Dr. med. **Nicola Wolf-Kühn** MPH

u.a.

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:
 - über 150 Interviews ausgewertet
- Klassifikation der Mütter analog Family Adversity Index
 - Vergleich zwischen sozial benachteiligten und einigen bildungsnäheren Müttern

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

I: "Falls die Ärztin mal etwas nicht oder unverständlich erklärt, kannst du dann auch Fragen stellen oder denkst du 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).

Die bildungsnaheren 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

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).

Sozial benachteiligte Mütter

- nehmen regelmäßig und gerne 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?

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

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).

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.“

(Pfautsch 7, S. 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.

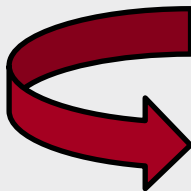
Mütter und Familien mit besonders hohem Unterstützungsbedarf sind zumeist auch diejenigen,

- 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**

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



Erfahrungen und Ressourcen im Lebensverlauf relevant

- Korrelation von Belastungselementen im Transitionsprozess und Erleben der Frühen Hilfen herausstellen
 - Wird eine Reduktion von Belastungen durch Inanspruchnahme Früher Hilfen deutlich?
 - Welche Angebote Früher Hilfen sind erforderlich?
- Partnerschaftskonflikte als zentrales Belastungsmoment in den Blick nehmen
- „Case-Management“-/ Advocacy-Angebote insb. bei sozial bedingten Umzügen

- 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)

Kumulationsmodell

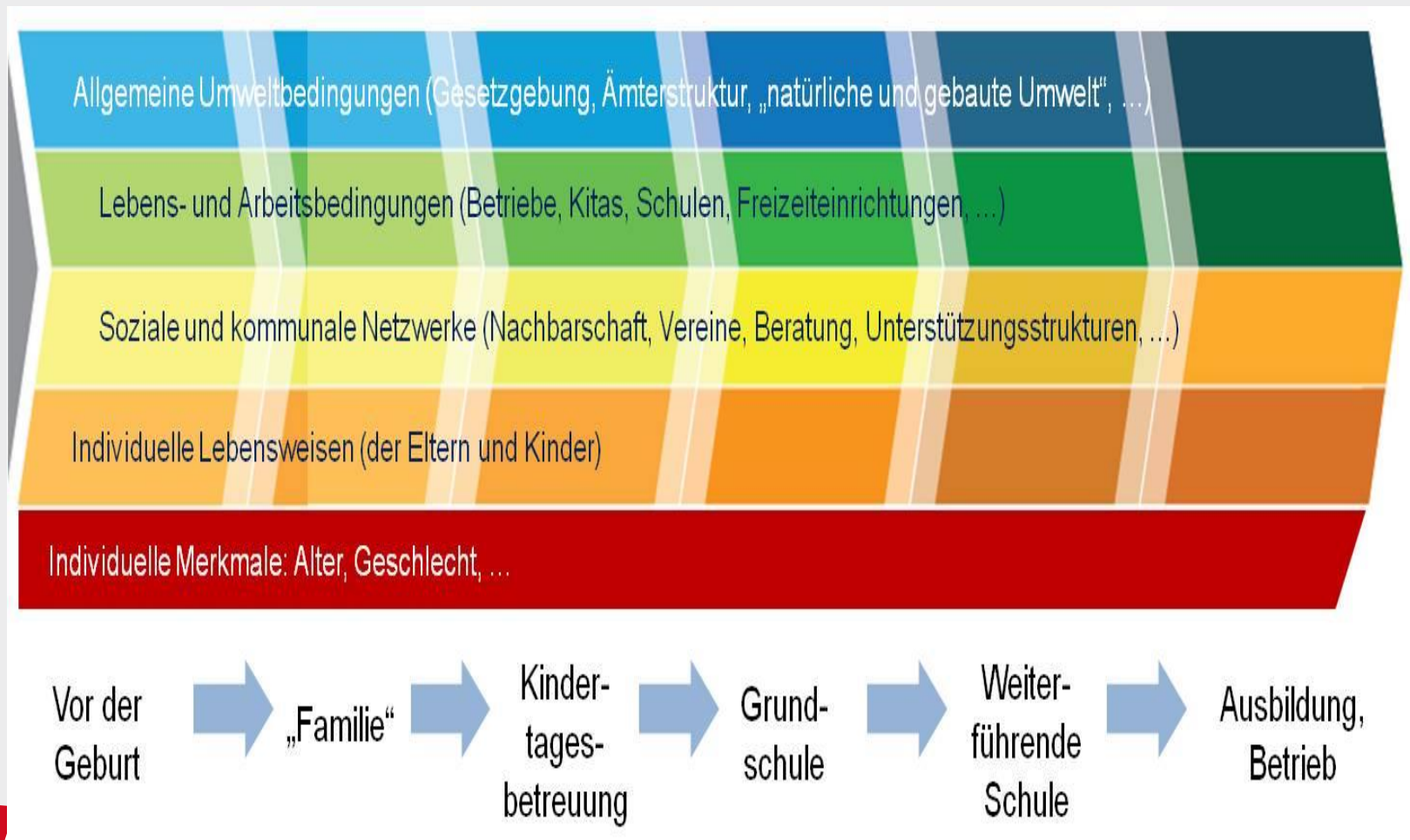
- Summierung sozialer und gesundheitlicher Belastungen
- Strategien zur Minderung des Kumulationseffektes:
 - Abbau sozialer Ungleichheiten
 - Allgemeine Reduzierung von Belastungen
- Problem:
 - Determinanten tlw. kaum steuerbar(z.B. Einkommensverhältnisse, Arbeitsverhältnisse, soziale Teilhabe)

Pfadmodell

- Modell der „Risikoketten“
- Transitionen im Fokus
 - Übergänge als kritische Lebensereignisse
- Impulsintervention zur positiven Bearbeitung
 - Aufbau von Netzwerken
 - Wertschätzende Haltung
 - partizipative Gestaltung von Lebenswelten
 - Förderung von Bewältigungskompetenzen

positive Selbstwirksamkeitserfahrungen
- Problem:
 - Impulsförderung ist zunächst nur punktuell
 - Koordinationsbedarf

→ **Präventionsketten**



1. Präkonzeptionelle Phase

2. Orientierungsphase

3. Selbstkonzeptphase

4. Subjektwerdungsphase

5. Phase der Antizipation und
Vorbereitung

6. Geburt

7. Phase der Überwältigung und
Erholung

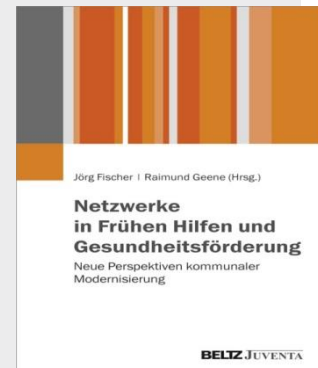
8. Familienwerdungsphase

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 Gloger-Tippelt (1988)

- ✓ Aufteilung in 5 Ziele und untergeordnete Teilzielen
- ✓ Themen: Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, 1. Lebensjahr, Rahmenbedingungen
- ✓ Perspektive an Wohlbefinden und Gesundheit, salutogenetische Ausrichtung
- ✓ Betrachtung physiologischer Abläufe und Darstellung der Ausgangslage unter Berücksichtigung aktueller Daten und Erkenntnissen
- ✓ Ableitung von Zielen zur Prävention/ Ressourcenstärkung
- ✓ Tabellen mit Zielen, Teilzielen, Maßnahmenempfehlungen, Akteuren, Berufsgruppen und Multiplikatoren

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert

Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen sind gesundheitsförderlich gestaltet

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

Doing Family = Herstellung von Familie; dies beinhaltet zwei Dimensionen:

- **Praxis:** Blick auf das, was Familien tun und wie das Familienleben in seiner praktischen Ausgestaltung aussieht
- **Sinn:** Blick auf sinngebende Prozesse hinter den Handlungen

Balancemanagement umfasst vielfältige organisatorische, logistische Abstimmungsleistungen der Familienmitglieder, um Familie im Alltag praktisch lebbar zu machen. Es zielt auf die praktische Gewährleistung des „Funktionierens“ von Familie ab

Konstruktion von Gemeinsamkeit umfasst Prozesse, in denen in alltäglichen und biografischen Interaktionen Familie als sinnhaftes gemeinschaftliches Ganzes hergestellt wird; identitätsorientierte Konstruktion von Familie als zusammengehörige Gruppe und ihre Selbstdefinition als solche

- **Displaying Family:** eher nach außen gerichtet; betrifft Familien, die sich unter Legitimitätsdruck sehen (z.B. Patchwork- oder Regenbogenfamilien, aber auch AE). Signal an andere: „Wir sind eine Familie“. **Aber:** durch soziale Ungleichheiten sind Ressourcen und Kompetenzen für diese Gestaltungsleistungen ungleich verteilt!

Kernaussagen:

- Familie ist eine zunehmend notwendige, sich nicht von selbst ergebende, aktiver, praktischer Leistung der Integration von Individuen zu einem mehr oder weniger gemeinsamen, mehr oder weniger gelingenden Lebenszusammenhang
- Familie ist prinzipiell eine „conflictual community“
- Familie ist keine selbstverständliche, natürlich gegebene Ressource, sondern kontinuierlich zu reproduzieren → *Option für Gesundheitsförderung!*

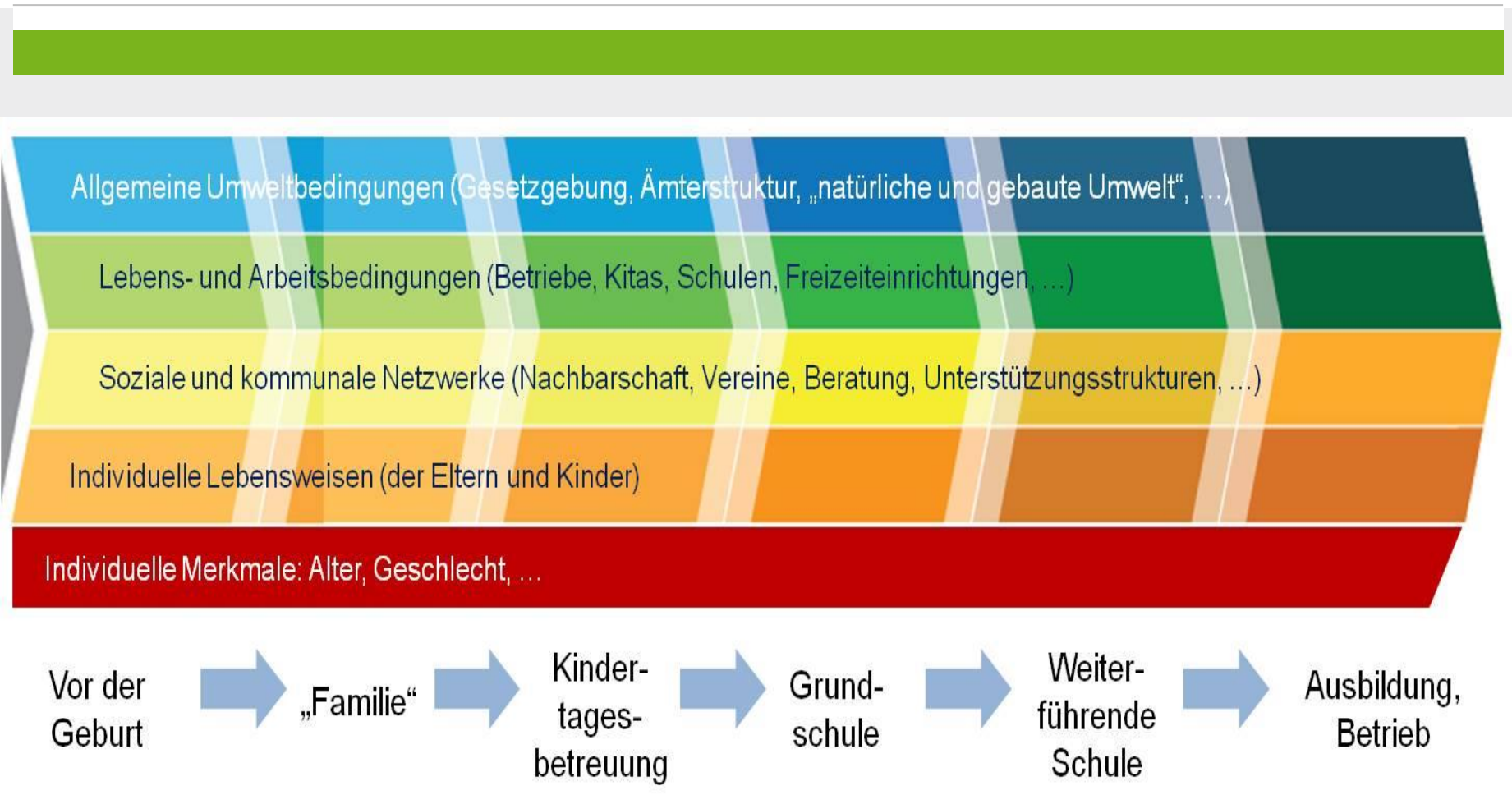
→ *Kernstrategien der Ottawa Charter als Maxime:*

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

- *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

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

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

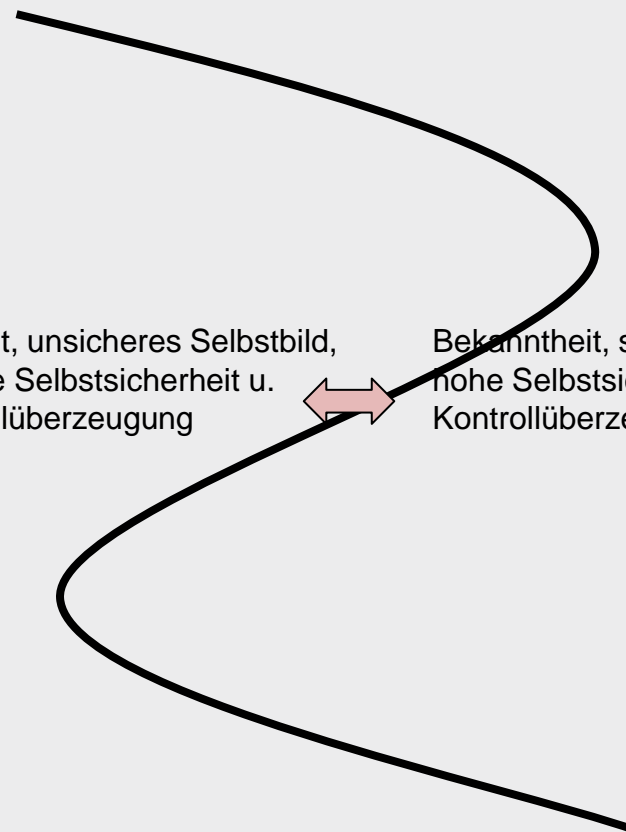


1. Präkonzeptionelle Phase
2. Orientierungsphase
3. Selbstkonzeptphase
4. Subjektwerdungsphase
5. Phase der Antizipation und Vorbereitung
6. Geburt
7. Phase der Überwältigung und Erholung
8. Familienwerdungsphase
9. Stabilisierungsphase
10. Vergesellschaftungsphase

Neuheit, unsicheres Selbstbild,
geringe Selbstsicherheit u.
Kontrollüberzeugung

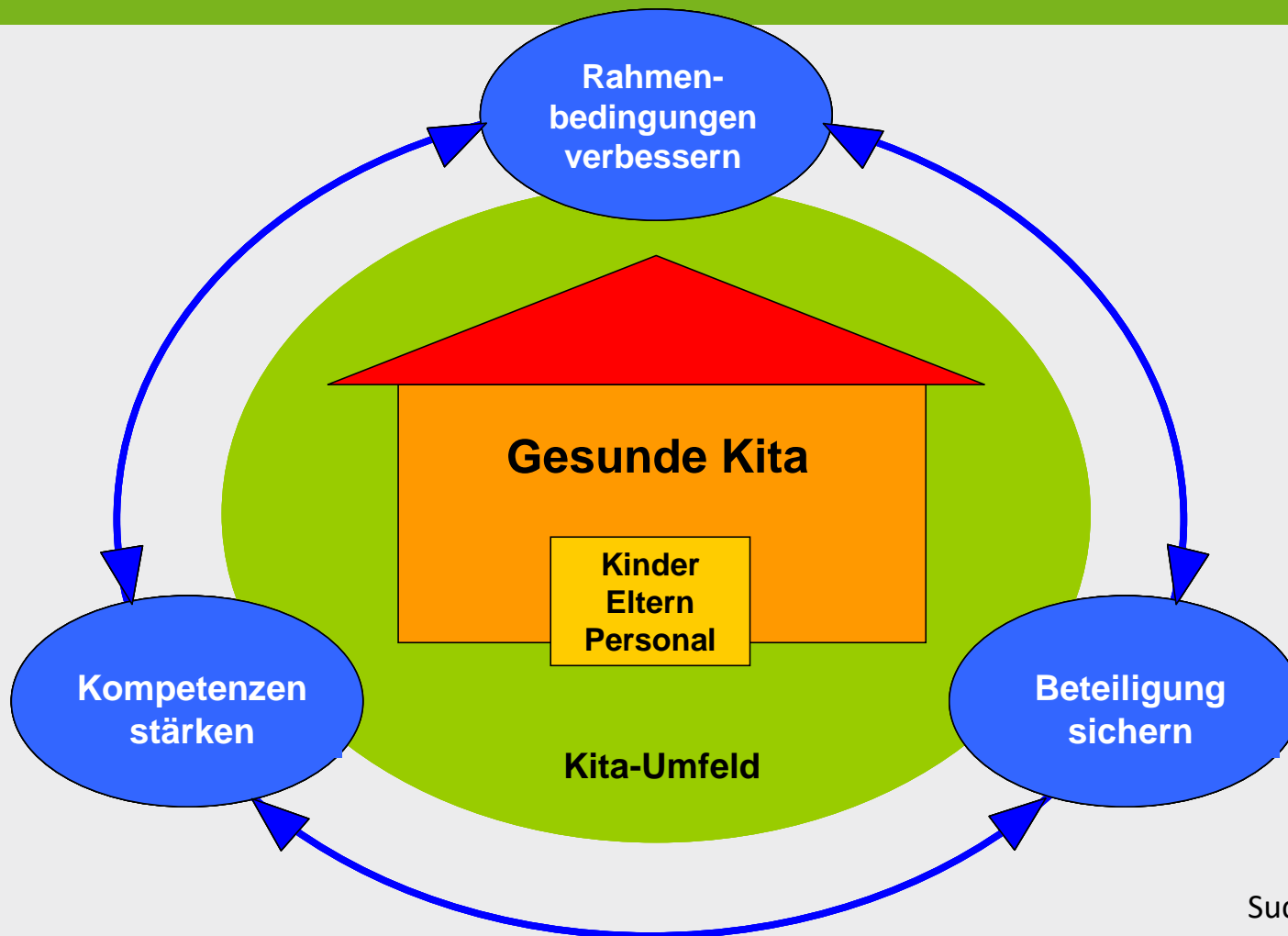


Bekanntheit, stabiles Selbstbild,
hohe Selbstsicherheit u.
Kontrollüberzeugung



- „**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)



Suchantke 2011

Setting Kita: Weiterentwicklung zu Familienzentren

“One Stop Shop”

“SureStart”- Programm:
Childrens Centre North
Shields (GB)

- „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 ...

Jugend-Settings: Jugendgruppen, Jugendzentren, Jugendsport

- Selbsterfahrung
- Peer Education
- Sexualität
- Diversität und Inklusion

- *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“

- *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.

- *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).

■ *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)

- *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“)

- *(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**

■ *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

■ *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

- *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

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. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Schwangerschaftskonfliktberatung ➤ Ärztliche Präventionsempfehlung ➤ Information zu Frühen Hilfen ➤ Präventionskurs zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz ➤ Beratung zur Kindersicherheit ➤ Geburtsvorbereitungskurs 	<u>II.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. <ul style="list-style-type: none"> ➤ (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. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. <p>Aufklärung durch Kambotschaften, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ „Stillen tut gut“ ➤ „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren“ ➤ „Fahrradhelme für Kinder und Eltern“ 	<u>VI.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktionsprogramm Frühe Hilfen ➤ Kommunaler Partnerprozess ➤ Multimodale Kampagnen zur Stillförderung ➤ Familiäre Bewegungskampagnen (z.B. Trimm-Dich-Kampagne)

- **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 → soziallygenorientierte, 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')**

- ... 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.

Modell Dormagen (Modellbeispiel)

Stadt Dormagen: NeFF - Mozilla Firefox

http://www.webservices.dormagen.de/familiennetzwerk.html

RATHAUS STADTINFO WIP

Stadt Dormagen > Leben > Gesellschaft > Kinder > NeFF

Gesellschaft

- Kinder
- JuleiCa
- Kindereinrichtungen
- Jugendliche
- Frauen/Gleichstellung

Stadt Dormagen - Modellstandort für die...

Wenn Kinder in Armut aufwachsen, hat das gravierende Auswirkungen auf ihre persönliche und soziale Entwicklung. Um die Armutsfolgen zu mildern ist es wichtig, den Familien möglichst früh Unterstützung und Hilfe anzubieten. Diese Angebote müssen überschaubar und einfach zugänglich sein. Die Basis bildet ein Netzwerk der verschiedenen Anbieter und Dienste aus dem Bereich von Tagesstätten, des Allgemeinen Sozialen Dienstes der Familienberatung, der Familienbildung und des Gesundheitswesens, die gemeinsam die Bedarfslagen erkennen und ihre Angebote aufeinander abstimmen.

Netzwerk Frühe Förderung - Netzwerk für Familien

Stadt Dormagen verfügt über ein seit Jahren kontinuierlich aufgebautes, weitreichendes und ständig erweitertes Frühwarnsystem zur Vermeidung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.

Informationen:

- [Angebotsprogramm - Kurzinfo](#) (PDF-Datei, 29 kB)
- [Schutzleitfaden der Stadt Dormagen](#) (PDF-Datei, 1,6 MB)
- [Präsentation zur Kickoffveranstaltung Netzwerk](#) (PDF-Datei, 2,4 MB)
- [Evaluierung zum Thema Kinderarmut](#) (PDF-Datei, 335 kB)

Der Aufruf der PDF-Dateien kann - je nach Anbindung an das Internet - etwas Zeit in Anspruch nehmen.

Willkommen im Leben

Familienfreundliche Stadt Dormagen

Neues Rathaus
Paul-Wierich-Platz 2
41539 Dormagen
Raum 2.40 (2. OG)

Ansprechpartner:
Uwe Sandvoss
Telefon: 02133/257-245
Fax: 02133/257-509
[E-Mail senden](#)

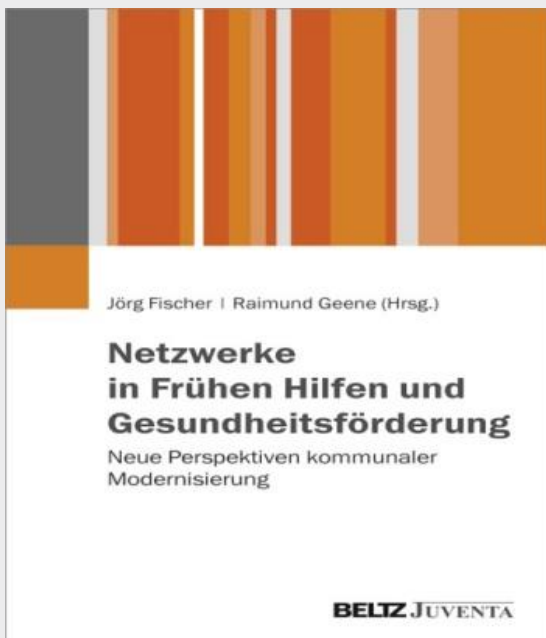
Willkommen im Leben
Netzwerk für Familien
[Elternbedürftbuch](#)
(PDF-Datei, 6,4 MB)

Software-Hinweis

Um eine PDF-Datei zu öffnen, benötigen Sie das Programm Acrobat Reader, das Sie [kostenlos herunterladen](#) können.

Google NeFF Dormagen

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Prof. Dr. **Raimund Geene** MPH

Alice Salomon Hochschule
Berlin School of Public Health (BSPH)

www.ash-berlin.eu

<https://bsph.charite.de>