

Familiäre Gesundheitsförderung

Raimund Geene

**Bundesgesundheitsblatt
- Gesundheitsforschung -
Gesundheitsschutz**

ISSN 1436-9990

Bundesgesundheitsbl
DOI 10.1007/s00103-018-2814-z



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Bundesgesundheitsbl
<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z>

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2018



Raimund Geene

Berlin School of Public Health, Berlin, Deutschland

Familiäre Gesundheitsförderung

Ein nutzerorientierter Ansatz zur Ausrichtung kommunaler Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien

Familien als Adressaten kommunaler Gesundheitsförderung

Das Präventionsgesetz (PrävG) von 2015 hat den Gestaltungsauftrag der Sozialversicherungen für die primäre Prävention festigt und durch §§ 20 ff. des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) insbesondere den Krankenkassen zugeordnet. Der Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung als Aufgabe der Kassen ist dabei strukturell wie inhaltlich bislang noch wenig ausgereift. Zwar wird „Stadtteil/Kommune“, wie es wörtlich in der Gesetzesbegründung heißt [1], als wichtiges Setting für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemäß § 20a SGB V ausgewiesen. Auch im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wird die Kommune als wichtiges Setting hervorgehoben [2]. Zudem wurden zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden im Jahr 2013 gemeinsame Empfehlungen verabredet, die als Anlage der Bundesrahmenempfehlungen 2016 ausgewiesen sind [3]. Aktivitäten für das Setting Kommune lagen jedoch bislang jeweils nur im einstelligen Prozentbereich, z. T. sogar darunter [4]. Der Präventionsbericht 2017 verweist auf 530 Aktivitäten im kommunalen Setting, das hier als „Stadtteil/Ort“ bezeichnet wird. Bei insgesamt 35.429 erreichten Lebenswelten ist dies nur ein geringer Anteil, wengleich darauf verwiesen wird, dass dieser Bereich künftig verstärkt werden soll [5].

Kommunale Gesundheitsförderung liegt als Teil der allgemeinen Daseins-

vorsorge gemäß Art. 28 Abs. 2 des Grundgesetzes aber auch in Gestaltungs- und Finanzverantwortung der Kommunen [6]. Diese Verantwortung wird jedoch in den Kommunen unterschiedlich wahrgenommen. Durch die Gesundheitsdienstgesetze gibt es hier landesspezifische Normierungen [4]. Eine Studie von Holleder [7] hat in 13 Bundesländern 130 kommunale Gesundheitskonferenzen gezählt, zumeist unter Federführung des Gesundheitsamts. Es fehlt also nicht nur bei den Krankenkassen, sondern auch in den Ländern an einer abgestimmten Orientierung für kommunale Gesundheitsförderung [8]. Überregionale Impulse geben Programme wie „Soziale Stadt“, das „Gesunde Städte-Netzwerk“ oder der „Kommunale Partnerprozess Gesundheit für Alle“ mit integrierten Gesamtstrategien, etwa zum Aufbau von Präventionsketten [4], wie sie auch in anderen Beiträgen dieses Themenheftes dargestellt werden.

Aufgegriffen werden solche Programme der Gesundheitsförderung beispielgebend in Nordrhein-Westfalen (NRW). Hier bestehen flächendeckend kommunale Gesundheitskonferenzen [8–10], auf die die Landesprogramme „Kommunale Präventionsketten“ (bis Mai 2017 „Kein Kind zurücklassen – KeKiz“) und „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ zurückgreifen können. Ziel dieser Programme ist der Aufbau von Präventionsketten, die in Koordination und Steuerung oftmals bei der Jugendhilfe,

z. T. aber auch in Händen der Gesundheitsämter liegen [11, 12].

Intensität und Qualität der Aktivitäten sind bislang noch wenig verstetigt und vielfach abhängig von engagierten Einzelpersonen sowie der jeweiligen Haushaltslage, weil Gesundheitsförderung für die Kommunen nur eine freiwillige und keine pflichtige Aufgabe darstellt [6]. Für die Krankenkassen ist zwar ein Mindestausgabenwert festgeschrieben, jedoch bezogen auf alle Lebenswelten und ohne Vorgaben zum Umfang kommunalen Engagements [1].

Das Konzept der familiären Gesundheitsförderung kann hier helfen, das Handlungsfeld inhaltlich zu festigen, in dem es einen Rahmen mit Qualitätsanforderungen für gesundheitsförderliche Aktivitäten aufzeigt. Diese sollten „vom Kind aus denken“ bzw., präziser ausgedrückt, an den Bedürfnissen und Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtet sein [12]. Nutzerorientierung stellt eine zentrale Zukunftsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Angebote dar mit dem Postulat, Sozial- und Gesundheitsleistungen nicht anbieter-, sondern nachfrage- bzw. nutzerorientiert vorzuhalten [13].

Diese Anforderung stellt sich für alle – also auch für überregionale – Angebote, ist aber auf der Ebene der Kommunen besonders bedeutsam, insofern hier am unmittelbaren Nahbereich der Bewohnerinnen und Bewohner angesetzt werden kann. In der kommunalen Gesundheitsförderung bei Kindern, etwa im Rahmen von Präventionsketten für gesundes Aufwachsen, sollte eine solche Nut-

zerorientierung auf Familien ausgerichtet sein, da diese als erste und unmittelbare Lebenswelt die primäre Sozialisationsinstanz der Kinder bilden [14]. Auch im Handlungsrahmen des NRW-Landesministeriums [9] wird auf die zentrale Bedeutung von Elternarbeit und familiärer Perspektive verwiesen. Diesen Anspruch aufgreifend, wird in diesem Beitrag nachfolgend familiäre Gesundheitsförderung [15] präzisiert mit besonderer Ausrichtung auf die Fragestellung, welche inhaltlichen Schwerpunkte kommunalen Handelns zur Stärkung familiärer Gesundheit gesetzt werden können.

Familiäre Gesundheitsförderung als nutzerorientiertes Konzept

Familiäre Gesundheitsförderung fokussiert auf familiäre Lebensphasen und Lebenslagen. Ziel ist die nutzerorientierte Darstellung und Identifikation von Präventionsbedarfen und Präventionspotenzialen, jeweils spezifisch für einzelne Lebensphasen und Lebenslagen [15].

Familien werden dabei gemäß einem modernen Familienverständnis nicht anhand formaler Aspekte (z. B. Eheschließung) definiert, sondern als private, generationenübergreifende Lebenszusammenhänge mit emotional verbindlichen Beziehungen, die sich über jeweils spezifische familiäre Routinen und Rituale konstituieren („Doing Family“) [16]. Familiäre Gesundheitsförderung adressiert gemäß diesem Verständnis Familien als soziale Systeme mit habituellen Logiken und geschlechts-, milieu- und kulturspezifischen Ordnungsmustern, die anerkannt und wertgeschätzt werden sollten. Eine solche empathische Haltung entspricht dem Gebot der familiären Autonomie, das in Art. 6 des Grundgesetzes in Verfassungsrang garantiert ist, und ermöglicht gleichermaßen Zugang, Verständnis und Interessenvertretung von Familien (Kernstrategie „Advocacy“ der Ottawa-Charta). Ziel ist die Unterstützung des familiären „Gelingens“, sodass Familien im Idealfall Orte gegenseitiger Unterstützung bilden [15].

Familien gelten nach dem WHO-Konzept nicht als Setting und sind entspre-

chend auch keine Lebenswelten gemäß Legaldefinition des PrävG (§ 20a SGB V) [1, 3, 5]. Vielmehr wird „Gesundheitsförderung in der Familie“, so der Wortlaut der Gesetzesbegründung, indirekt über die Lebenswelten Kita und Schule sowie „insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren wie etwa der Familienbildung in der Lebenswelt Kommune/Stadtteil unterstützt“ [1]. Damit verweist die Gesetzesbegründung auf die kommunal verantwortete Kinder- und Jugendhilfe, wobei die Familienbildung (nach § 16 SGB VIII) explizit erwähnt wird. Es finden sich jedoch keine Anhaltspunkte, wie diese Leistung der Zusammenarbeit, die hier als Gestaltungsauftrag an die Krankenkassen ausgewiesen ist, konkret gestaltet werden soll.

Die Kinder- und Jugendhilfe hält neben der Familienbildung noch zahlreiche weitere Angebote vor, Familien zu fördern. Das Bundeskinderschutzgesetz 2012 führte Frühe Hilfen als flächendeckende Netzwerke ein, die 2017 als Regelleistungen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen verstetigt wurden [17]. Das PrävG 2015 verpflichtet die Krankenkassen, zusätzlich zu dem Auftrag zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten, auch dazu, Angebote für Familien wie ärztliche Präventionsberatung, Präventionsempfehlungen sowie Präventionskurse zur „Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz“, wie es in der Gesetzesbegründung zum neu geregelten § 26 SGB V heißt [1], zu finanzieren. Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen (nach § 24d SGB V) sowie Pädiaterinnen und Pädiater (nach § 26 SGB V) sind nun verpflichtet, Schwangere und Eltern über regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind zu informieren [1].

Leider gibt es auch im Jahr 2018 noch kaum Umsetzungsbeispiele. Zu Präventionsempfehlungen gibt es zwar ein rudimentäres Formblatt [18], das aber in den Arztpraxen noch keine Verwendung findet, weil sich der Bewertungsausschuss noch nicht über die Honorierung einigen konnte. Die Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten durch Hebammen, Ärztinnen und Ärzte erfolgt bislang ohne einheitliche Aufbereitung entsprechender Angebote oder andere Formen

der Standardisierung dieser Beratungs- und Verweisleistungen.

Seitens der Krankenkassen sind bislang weder Kurse zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz noch für Gesundheitsförderung in Familienbildungsstätten ausgewiesen [5]. Auch im Rahmen von Präventionsketten sind Krankenkassen bislang kaum in Erscheinung getreten [8, 10, 11].

Daher muss konstatiert werden, dass es bislang kaum Zuständigkeiten, kaum standardisierte Methoden und nur wenige Akteure der familiären Gesundheitsförderung gibt. Das Handlungsfeld ist konzeptionell wie praktisch erst wenig ausgestaltet [15]. Diesem Desiderat beugend, werden hier nachfolgend entlang von Lebensphasen und Lebenslagen besondere Präventionsbedarfe, aber auch Potenziale für familiäre Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt. Im Sinne des nutzerorientierten Ansatzes sollte dies dazu beitragen, den Blick auf die spezifischen Lebensphasen und Lebenslagen zu schärfen. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen und ihrer entsprechenden Verbreitung (über Gesundheits- und Sozialberichterstattung und fachliche Diskurse, aber auch über Öffentlichkeitsarbeit) ergeben sich in den Kommunen Ansatzpunkte, um Abstimmungen zwischen den verschiedenen Akteuren – mit Blick auf die Familien – zu verbessern.

Familiäre Lebensphasen

Gesundheitsförderung rund um die Geburt

Familiäre Gesundheitsförderung kann *vertikal* entlang der Lebensphasen konzipiert werden. Dabei werden die jeweils phasenspezifischen Bedarfe und Potenziale für Gesundheitsförderung, insbesondere auch hinsichtlich der Übergänge zwischen den einzelnen Phasen und den sie gestaltenden Institutionen, als Handlungsfelder benannt [15]. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz wird dies als Lebenslauforientierung mit den Handlungsbereichen Gesundes Aufwachsen, Gesundes Arbeiten und Gesundes Altern ausgewiesen [3].

Zusammenfassung · Abstract

Die Lebensphase rund um die Geburt ist im 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Gesundheitsziel [19] ausdifferenziert. Hier werden Potenziale zur salutogenen Ausrichtung und zu Rahmenbedingungen benannt wie u.a. vernetzte Unterstützungsangebote, Minderung von Ausgrenzungs- und Armutfolgen sowie Förderung konfliktarmer Übergänge und familiärer Selbsthilfeförderung.

Für familiäre Gesundheitsförderung sind die Lebensphasen rund um die Geburt von hoher Bedeutung, weil sich in diesen Zeiträumen, insbesondere im Fall von Familienwerdung/Erstgeburten, Gesundheitsverhältnisse und -verhalten neu herausbilden können [20]. Die sich hier entwickelnden familiären Abläufe, Regeln, Gewohnheiten und Rituale prägen das Familienklima [16].

Dabei ist die Bereitschaft zur gesundheitsförderlichen Neuorientierung bei Eltern in der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt in aller Regel stark ausgeprägt. Die Veränderungspotenziale dürfen jedoch nicht überschätzt und überfordert werden, denn die Korridore der individuellen Verhaltensänderung für junge Familien sind durch ihre familiären Lebensverhältnisse wie soziale Lage, Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie soziale Einbindung maßgeblich bestimmt. Sie können günstigenfalls gesundheitsförderlich weiterentwickelt, jedoch kaum vollständig neu erfunden werden [20].

Ohnehin sinkt die Bereitschaft zur Neuorientierung in den Folgemonaten und -jahren kontinuierlich, insbesondere dann, wenn sich Erwartungen und Hoffnungen an eine verbesserte Lebenssituation nicht erfüllen und das Familienleben durch erhöhte Belastung in der Kinderbetreuung, verdichtete Wohnverhältnisse oder Einnahmeausfälle als zunehmend überfordernd erlebt wird [21].

Familiäre Gesundheitsförderung sollte daher nicht auf Verhaltensprävention verkürzt, sondern vorrangig auf Verhältnisprävention ausgerichtet werden, d.h. auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung familiärer Rahmenbedingungen. Wesentliche Elemente dafür im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik („Healthy Public Policy“) sind

Bundesgesundheitsbl <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018

R. Geene

Familiäre Gesundheitsförderung. Ein nutzerorientierter Ansatz zur Ausrichtung kommunaler Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien

Zusammenfassung

Kommunale Gesundheitsförderung, die auf gesundes Aufwachsen ausgerichtet ist, bedarf eines konzeptionellen Rahmens, um Kinder und Familien zu unterstützen und ihre Gesundheitschancen nachhaltig zu verbessern. Zur inhaltlichen Ausrichtung dieser anspruchsvollen Aufgabe dient das Konzept der familiären Gesundheitsförderung. Es fokussiert insbesondere die Nutzerperspektive der Familien. Aus diesem Blickwinkel werden einerseits *lebensphasenspezifische* Bewältigungsaufgaben skizziert, wobei die Phasen Schwangerschaft, frühe Kindheit und Adoleszenz sowie die *Übergänge* zwischen den altersspezifischen Sozialisationsinstanzen besonders vulnerabel sind. Andererseits

werden belastete *Lebenslagen* entlang familiärer Adversionen wie Armut, Isolation, Alleinerziehen, Fremdunterbringung oder Erkrankung dargestellt und lebenslagenspezifische Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention benannt.

Angebote der familiären Gesundheitsförderung sollten Stigmatisierung vermeiden und Familien lebensphasen- und lebenslagenspezifisch über Kommunen und weitere Settings unterstützen.

Schlüsselwörter

Familiäre Gesundheitsförderung · Gesundes Aufwachsen · Lebenslaufansatz · Lebenslagenansatz · Familienstützende Gesamtpolitik

Family-oriented health promotion. A user-oriented approach for health promotion with children and families in municipalities

Abstract

Community health promotion with children requires a conceptual framework to support children and families and sustainably improve their health opportunities. Family-oriented health promotion is an approach to implement this demanding task. It focuses in particular on the user perspective of families. It can be conceptually presented along the life-stage approach. Pregnancy, early childhood and adolescence as well as transitions between age-specific socialization institutions are highly vulnerable. Additionally, burdened life situations are presented along familial adversities

such as poverty, isolation, single parenting, external placement or illnesses, and life-specific approaches to health promotion and prevention are named. Family-oriented health promotion should avoid stigmatization and support families through municipalities and other settings.

Keywords

Family health promotion · Growing up healthy · Life-stage approach · Family adversities · Healthy public policy with families

familienfreundliche Rahmenbedingungen [15].

Um solche Möglichkeiten der Familienfreundlichkeit zu identifizieren, fokussiert familiäre Gesundheitsförderung kleinschrittig die jeweilige Lebensphase, um physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben zu identifizieren und entsprechende Strategien zur individuellen und kollektiven bzw. strukturgestützten Ressourcenstärkung abzuleiten. Eine detaillierte Betrachtung der Lebensphase von Schwangerschaft

bis Kleinkindalter bietet das 10-Phasen-Modell der Bewältigungsaufgaben rund um die Geburt [15], in dem von der präkonzeptionellen Phase bis zum Ende des 1. Lebensjahres die jeweiligen physiologischen, psychischen und sozialen Bewältigungsaufgaben identifiziert und entsprechende Strategien zur Ressourcenstärkung familienspezifisch abgeleitet werden können (▣ Tab. 1).

Diese fokussierte Betrachtung ermöglicht es, Bedarfe, Bedürfnisse und Potenziale für Gesundheitsförderung und

Leitthema

Tab. 1 10-Phasen-Modell der Bewältigungsaufgaben rund um die Geburt (eigene Darstellung, in Anlehnung an [15] sowie [50])

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychische und soziale Bewältigungsaufgaben
1. Phase: <i>Präkonzeptionelle Phase</i> Vor Eintritt einer Schwangerschaft	Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit; Herausbildung elementarerer Voraussetzungen	<i>Physiologisch:</i> Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit <i>Psychologisch:</i> Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/Wohlbefinden <i>Sozial:</i> Soziale und finanzielle Sicherheit schaffen
2. Phase: <i>Orientierung</i> Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. SSW (pränatal, 1. Trimenon)	Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft Beginn körperlicher Veränderungen	<i>Physiologisch:</i> Bewältigung körperlicher Veränderungen Umgang mit mögl. Symptomen (z. B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Fehlen von Symptomen <i>Psychologisch:</i> Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen <i>Sozial:</i> Sorgen und Ängste Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung
3. Phase: <i>Selbstkonzeption</i> ca. 12. bis 20. SSW, beginnt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft (pränatal, 2. Trimenon)	Erstes Selbstkonzept vom Elternwerden/-sein; Sichtbarwerden der Schwangerschaft	<i>Physiologisch:</i> Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik <i>Psychologisch:</i> Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufs (insb. Suchtmittelabstinenz, aber auch allgemein Gesundheitsverhalten, Ernährung, Schlafrhythmus) <i>Sozial:</i> „Öffentlichmachen“ und Umgang mit der Reaktion von Außenstehenden auf die Schwangerschaft „normative Anpassung“
4. Phase: <i>Subjektwerdung</i> ca. 20. bis 32. SSW (pränatal, 2./3. Trimenon)	Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/als zunehmend eigenständiges Wesen; Phase des Wohlbefindens	<i>Physiologisch:</i> Wachsen des Bauches Erste Kindsbewegung („Quicken“) <i>Psychologisch:</i> Phantasien über das Leben mit Kind <i>Sozial:</i> Entwicklung konkreter Lebensvorstellungen der zukünftigen Mutter/des zukünftigen Vaters/ zukünftigen Ko-Elternteils
5. Phase: <i>Antizipation und Vorbereitung</i> ca. 32. bis 40. SSW (pränatal, Ende 3. Trimenon)	Anstieg der körperlichen Belastung; Vorbereitung auf Geburt; Vorbereitung auf Familie	<i>Physiologisch:</i> Umgang mit körperlichen Belastungen (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase) <i>Psychologisch:</i> Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt Empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten <i>Sozial:</i> „Nestbau“ Beginn des Mutterschutzes
6. Phase: <i>Geburt</i> (perinatal, von Geburtsbeginn bis etwa 2 bis 7 Tage postnatal)	Geburtsverlauf; Zeit für das Kennenlernen/ Bonding	<i>Physiologisch:</i> Gebären Gelingende Anpassung an die körperliche Trennung der Mutter vom Kind Ggf./wünschenswert: Stillbeginn <i>Psychologisch:</i> Annehmen eines neuen Familienmitgliedes Bindungsaufbau <i>Sozial:</i> Baby als Leben außerhalb des Mutterleibs Beginn des Mutterschutzes

Tab. 1 (Fortsetzung)

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychische und soziale Bewältigungsaufgaben
7. Phase: <i>Wochenbett-Phase der Überwältigung und Erholung</i> (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	<i>Physiologisch:</i> Erschöpfung Heilungsprozess bei Geburtsverletzungen Körperliche Veränderung (z. B. Brust, Rückbildungsprozesse, hormonelle Umstellungen) Schlafmangel Ggf./wünschenswert: Stillen <i>Psychologisch:</i> Stimmungsschwankungen Schlafmangel Annehmen eines neuen Familienmitgliedes, Bindung <i>Sozial:</i> Mutterschutz Versorgung des Kindes mit neuer Verantwortung (Angst vor Fehlern) Änderung im Tagesrhythmus Bürokratische Aufgaben
8. Phase: <i>Familienwerdung</i> ca. 2. oder 3. bis 6. Lebensmonat	Zunahme der Elternkompetenz; Wahrnehmung von Veränderungen in der Paarbeziehung	<i>Physiologisch:</i> Heilungsprozess Ggf./wünschenswert: Stillen Kennerlernen/Einordnen der individuellen Merkmale des Kindes <i>Psychologisch:</i> Ausbau/Entwicklung der elterlichen Feinfühligkeit Regulation, Eltern-Kind-Interaktion <i>Sozial:</i> Anpassung an Mutter-/Vaterrolle Aufgabeneuverteilung in der Paarbeziehung (evtl. Konflikte)
9. Phase: <i>Stabilisierung</i> ca. 6. bis 12. Lebensmonat	Gewöhnung an die neue Familiensituation mit einsetzender Routine	<i>Physiologisch:</i> Kindesentwicklung Stillen/Beifüttern/Abstillen <i>Psychologisch:</i> Elterliche Feinfühligkeit <i>Sozial:</i> Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes
10. Phase: <i>Vergesellschaftung</i> ca. vollendetes 1. bis 3. Lebensjahr	Übergang zur Fremdbetreuung (Oma/Opa, Tagesmutter/-vater, Krippe, Kita)	<i>Physiologisch:</i> (Kindliche) Ernährung (Kindliche) Bewegung, Körpererfahrung <i>Psychologisch:</i> Sorgen und Ängste Kontakt zu anderen Kindern und Menschen Freiraum für die Eltern <i>Sozial:</i> Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes (Wieder-)Aufnahme (Aus-)Bildung/-abschluss, Berufstätigkeit

SSW Schwangerschaftswoche

Prävention phasenspezifisch zu erkennen und zu bedienen. Im Zentrum steht dabei das subjektive Erleben von Schwangeren, Müttern und ihren Partnerinnen und Partnern. Familiäre Gesundheitsförderung sollte von dem Bewusstsein getragen sein, dass die Beteiligten die Expertinnen und Experten ihrer eigenen Lebensweise und Gesundheit sind, und diese Prozesse selbst – mehr oder weniger bewusst oder unbewusst, explizit

oder implizit – konstruieren und (mit-)gestalten [20].

Das 10-Phasen-Modell bietet Orientierung zu möglichen spezifischen Präventionsbedarfen und -potenzialen in der jeweiligen Lebensphase, und wie diese aufgegriffen und gefördert werden sollten. Dies kann in naheliegender Weise auf der Ebene der Verhaltensprävention erfolgen durch entsprechende Anreizsysteme, Information, Beratung oder auch phasenspezifische Reflexionsange-

bote. Komplexer, aber von besonderer Bedeutung ist die Verhältnisprävention, um auf kommunaler Ebene (z. B. Präventionsketten, Netzwerke Früher Hilfen, Wohnraumförderung, Unterhaltsvorschuss) und überregional (z. B. Gesetzgebung zu Mutterschutz, Eltern- und Kindergeld, Maßnahmen zu Stillakzeptanz und -förderung) unterstützende Rahmenbedingungen bereitzustellen [22].

Tab. 2 Beispiele für Gesundheitsförderung in der Orientierungsphase der Schwangerschaft (eigene Darstellung, in Anlehnung an [20])

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

SSW Schwangerschaftswoche

Beispielhaft kann dies am Beispiel der Orientierungsphase im ersten Trimenon der Schwangerschaft nachvollzogen werden (■ Tab. 2). Hier wird aufgezeigt, wie eine differenzierte nutzerorientierte Betrachtung der jeweiligen Bewältigungsaufgaben wiederum zur Identifikation spezifischer Bedarfe und Potenziale für Präventionsangebote genutzt werden kann [20]. Deutlich wird hier u. a. der hohe Bedarf nach Lotsenfunktionen, z. B. von Hebammen und Fachkräften aus der Gynäkologie, die durch Angebotstransparenz, u. a. durch Bündelung entsprechender regionaler Unterstützungsangebote, unterstützt werden sollten [19]. In der kommunalen Praxis zeigen sich vielfältige Anforderungen an Zugang, Transparenz und Vernetzung schwangerschafts- und babyfreundlicher Angebote z. B. aus der Schwangerschafts- sowie Paarberatung sowie Ansatzpunkten für Gesundheitsförderung bei Stakeholdern in relevanten Lebenswelten (wie Betrieben, Berufs- und Hochschulen, aber auch durch Wohnungsbaugesellschaften oder Stadtteil- und Quartiersmanagement) sowie im Rahmen von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Nachbarschaftszentren oder Jugendeinrichtungen) [19].

Gesundheitsförderung im Rahmen von Fremdbetreuung

Mit der ersten Fremdbetreuung in Kita und später Schule (sekundäre Sozialisation) verändert sich familiäres Leben. Dies kann als Entlastung und Unterstützung erlebt werden, wenn die neuen Institutionen von Kindern und Eltern als angenehm erfahren werden, Eltern sich positiv gewürdigt fühlen und ihnen niedrigschwellige Möglichkeiten der Beteiligung (Teilhabe/Partizipation) angeboten werden, sodass Kinder und Eltern sich wertgeschätzt und wohl fühlen. Kitas und Schulen können aber auch problemverschärfend erlebt werden, wenn Diskrepanzen zu habituellen Regeln der Familien entstehen [15].

Kitas und Schulen sind gut geeignet für den Settingansatz der Gesundheitsförderung [23]. Der im SGB V, § 20a benannte Regelablauf entspricht dem „Public Health Action Cycle“ und skizziert eine Form der Organisationsentwicklung, durch die sich die Beteiligten als kollektiv und individuell selbstwirksam erleben sollen, sodass sie ihren Alltag als eine Quelle der Gesundheit empfinden können [24].

Kitas bieten als erste Orte der gesellschaftlichen Außenwelt besondere Möglichkeiten der familiären Förderung

[25]. Der Besuch einer Kita wirkt sich, im Vergleich zum Nicht-Besuch, grundsätzlich positiv auf die Kinder aus – sowohl hinsichtlich Gesundheitseffekten [26, 27] als auch künftigen Bildungsgewinnen [28], wobei auch Ansätze der Verminderung sozialer Ungleichheit aufgezeigt werden können [29]. Jedoch bestehen für Familien auch Zugangsprobleme. Festgestellt wurden insbesondere bei sozial belasteten Familien Distanz und Zurückhaltung, sei es aus der Sorge vor Diskriminierung (Vermeidungsstrategien), aus dem Gefühl der Fremdheit (Schwellenängste sowie fehlende Kenntnis des deutschen Betreuungssystems) oder wegen mangelnder Ansprache [30]. Diesen Zugangsproblemen kann durch gezielte Adressierung, Kostenfreiheit sowie soziale Kriterien bei der Vergabe von Betreuungsplätzen begegnet werden [12, 30].

Für die Kommunen als Träger oder Kommunalaufsicht von Kitas stellt sich die Aufgabe, den Einbezug der Eltern und die Berücksichtigung ihrer psychosozialen Problemlagen und Potenziale sicherzustellen, auch durch Vernetzung im regionalen Umfeld. Als Modell einer entsprechenden Weiterentwicklung von Kitas zu Familienzentren gelten die „Family Centers“, die im Rahmen des „Sure Start“-Programms des britischen „New

Deals“ seit Ende der 1990er Jahre in England flächendeckend aufgebaut wurden [15]. Auch in Deutschland gibt es zahlreiche Förderprogramme zur Weiterentwicklung von Kitas zu Familienzentren sowie diesbezüglich engagierte Kommunen, wenngleich es sich dabei zumeist eher um ergänzende Angebote der Kitas handelt und weniger um eine grundsätzliche Neuausrichtung wie im britischen Vorbild [31]. Grundlegende Voraussetzung für solche Öffnungs- und Partizipationsprozesse sind motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Partizipation von Eltern wie Kindern aktiv fördern, weil sie sich auch selbst durch eine entsprechend fördernde Haltung seitens ihrer Kita-Leitung und des Trägers als mitwirkungs- und gestaltungsmächtig in ihrer eigenen Tätigkeit empfinden [25].

Grundsätzlich stellen sich solche Möglichkeiten auch im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung. Durch die grundgesetzlich geregelte Schulpflicht als einzige Ausnahme des ansonsten universellen Elternrechts nach Art. 6 GG ist die Rechtsstellung von Eltern jedoch deutlich reduziert. Aktuelle bildungspolitische Konzepte wie das Ganztagschulprogramm zielen eher auf Sicherstellung der Beschäftigungsfähigkeit der Eltern durch Entlastung vom Betreuungsauftrag [21]. Eine solche familiäre Entkoppelung mag unter vielfältigen Gesichtspunkten sinnvoll sein, die Gestaltungspotenziale familiärer Gesundheitsförderung werden dadurch jedoch eingeschränkt. Anzustreben sind insofern Familienbildungsprozesse, die familiäre Bewältigungsaufgaben in den Blick nehmen, wie dies ansatzweise im Rahmen kommunaler Bildungslandschaften sowie in Programmen zur Schulsozialarbeit und zum gebundenen Ganztagsunterricht aufgegriffen wird. Solche Unterstützungs- und Vernetzungsaufgaben stellen sich insbesondere in der Trägerschaft von Grundschulen, die im Sinne familiärer Gesundheitsförderung auch auf erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten und Partizipation von Kindern und Eltern ausgerichtet sein sollten [32].

Gesundheitsförderung bei außerschulischen Freizeitangeboten und Sport

Ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene gelten als wenig beachtete Altersgruppen der Gesundheitsförderung [33]. Freizeitbezogene Kinder- und Jugendeinrichtungen (Institutionen der *tertiären Sozialisation*) eröffnen ihnen neue Lebenswelten und können zu wichtigen Institutionen im Umfeld kindlicher Entwicklung werden. Eine enge Verknüpfung mit der primären Sozialisation der Familiensysteme ist wünschenswert. Anders als in den Bereichen der sekundären Sozialisation können hier ggf. aber auch Kontrapunkte gegenüber der primären Sozialisation gesetzt werden, insofern Wünsche der Kinder und Jugendlichen nach eigenständiger, von den Eltern abgegrenzter sozialer bzw. Ich-Identität bedient werden.

Sportvereine können einen wichtigen Beitrag zur Sozialisation leisten, idealerweise unter Einbezug der Familien und möglichst wenig sozial selektiv. Mit der in den 1970er Jahren entwickelten „Trimm-Dich-Kampagne“ existiert in Deutschland ein erfolgreiches bevölkerungsbezogenes Modell eines familienorientierten Ansatzes, mit dem bundesweit Trimm-Dich-Pfade errichtet und ihre Nutzung durch Medienkampagnen, regionale Netzwerke und Kooperationen mit Schulen und Sportvereinen forciert wurden [34]. Ansatzpunkte für familiäre Gesundheitsförderung wie generationenübergreifende Veranstaltungen (Spiel- und Sportturniere, Familiencafés u. Ä.) oder Angebote zur Familienerholung ergeben sich auch über Jugendfreizeiteinrichtungen [35].

In einer verlängerten chronologischen Betrachtung ergänzen sich die lebensphasenbezogenen Anforderungen an familiäre Gesundheitsförderung im weiteren Lebensverlauf mit Fragen spätjugendlicher Adoleszenz, Trennungs- und Neuformierungsprozessen (z. B. sog. „Empty-Nest“-Familien), beim Mehrgenerationenleben, bei Konzepten der Seniorenbetreuung und Angehörigenpflege sowie allgemein beim familiären Zeitmanagement („Work-Life-Balance“). Dies wird an dieser Stelle nur der

Vollständigkeit halber erwähnt, da Familie sich nicht auf das Zusammenleben mit minderjährigen Kindern beschränkt [33]. Auch spätere Lebensphasen sollten im Rahmen von kommunalen Präventionsketten adressiert werden [4, 23].

Belastete Lebenslagen von Familien

Horizontal zeigen sich Belastungsfaktoren von Familien, denen mit Maßnahmen zur Belastungssenkung und zur Ressourcenstärkung begegnet werden sollte. Solche Maßnahmen befinden sich in einem doppelten Dilemma: Sie betreffen eher Symptome und können Ursachen kaum beheben; zudem erhöht Thematisierung die Stigmatisierungsgefahr [24, 36].

Benachteiligungen u. a. wegen sozialer Lage, Herkunft oder Alter stellen Belastungsfaktoren dar und korrelieren mit familiären Adversionsrisiken wie elterlichen Konflikten, psychischen und Suchterkrankungen, belastenden Wohnverhältnissen, geringer sozialer Unterstützung und chronischen Belastungen, die sich im Sinne einer Negativspirale gegenseitig verstärken können. Solche Risiken korrelieren hoch mit späteren Gesundheitsproblemen der Kinder, wenngleich sich etwa ein Drittel der hochbelasteten Kinder als „resilient“ entwickelt [37]. Beispielhaft werden nachfolgend sechs Belastungsfaktoren kurz dargestellt. Sie werden jeweils um mögliche Ansätze familiärer Gesundheitsförderung ergänzt.

Armutbelastete Lebenslagen

Ein überlagerndes Thema ist Familienarmut, die in der bzw. durch die Phase der Erstgeburt (Familienwerdung) kulminiert, weil hier zusätzliche Finanzbedarfe und Einnahmeausfälle zusammenreffen [21]. Besonders problematisch ist in der Folge die häufige Verstetigung von Familienarmut auch über die Zeiten der vollzeitlichen Kinderbetreuung hinaus, etwa bedingt durch Prozesse elterlicher Dequalifizierung [33]. Für Kommunen stellen sich hier Aufgaben zur *Begrenzung von Armut*: z. B. rechtliche, politische und moralische Anwaltschaft, Vermittlung günstigen Wohnraums und gute

Kita-Plätze sowie Vermittlung von Handlungswissen über Fördermöglichkeiten. Zur *Reduktion von Armutfolgen* können Kommunen eine Pufferfunktion übernehmen durch verbesserte Ressourcenauslokalationen, insb. finanzielle (z. B. Wohngeld, Familienpass, Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket [36]) sowie soziale Unterstützung (z. B. Patenmodelle, Selbsthilfe, Community-Orientierung, Familien- und/oder Kindererholung sowie durch berufliche (Re-)Integration) [20, 21].

Statuspassage Alleinerziehend

Das Risiko für Familienarmut ist besonders hoch bei Familien mit alleinerziehenden Eltern. Insbesondere bei noch nicht schulpflichtigen Kindern betrifft dies in weit überwiegender Anzahl (je nach Berechnung >90%) Frauen/Mütter, für die es eine Statuspassage darstellt bis zur Verselbstständigung/Volljährigkeit der Kinder oder aber einer (neuen) Partnerschaft (die nach durchschnittlich drei Jahren begründet wird) [38]. Darüber hinaus wird „alleinerziehend“ auch als (umstrittener und statistisch schwer zu erfassender) Sammelbegriff einer Reihe unterschiedlicher Lebensformen verwendet, die u. a. mit Begriffen wie „Eielfamilien“, „Trennungsfamilien“ oder „Folgefamilien“ eingegrenzt werden, wobei die Kinder z. T. ausschließlich mit einem Elternteil, z. T. im Wechselmodell mit beiden bzw. mehreren Elternteilen leben.

Familiäre Gesundheitsförderung kann bei Elternkonflikten unterstützen (z. B. in Familienzentren, Familienberatung) oder in spezifischen Settings von Alleinerziehenden (z. B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18) ansetzen. Sie kann zudem 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 beitragen. Wegen des fließenden Übergangs der Familienformen, der geringen Selbstidentifikation mit der Statuspassage des Alleinerziehens und der Stigmatisierungsgefahr dieser Zuschrei-

bung empfiehlt sich eine unspezifische Ansprache mit spezieller Adressierung belasteter Familien (adressatenspezifische Gesundheitsförderung und primäre Prävention, z. B. in ausgewählten Wohngebieten und Nachbarschaften). Spezifische Qualitätsmerkmale entsprechender Unterstützungsangebote (z. B. obligatorische Einbeziehung der Kinder/parallele Kinderbetreuung) sollten beachtet werden [38].

Elterliche Suchterkrankungen

Eine gravierende Belastung stellt für Familien eine elterliche Erkrankung dar. Als weit verbreitet gelten psychische und Suchterkrankungen, wobei insbesondere ein hoher Anteil an elterlichem Alkoholmissbrauch vermutet wird [39]. Dies verweist auf einen schwierig abzugrenzenden Bereich zwischen akuten Kindeswohlgefährdungen bei starken und häufigen Rauschzuständen durch Medikamenten-, Drogen- und/oder Alkoholmissbrauch und eher schwachen Formen einer zwar unerfreulichen, aber weithin kulturell akzeptierten Alkoholisierung, die z. T. sogar noch die Schwangerschaft umfasst. Bei den elterlichen psychischen Erkrankungen zeigen sich deutlich unterschiedliche Auswirkungen auf die Familiengesundheit. Die dominierenden fünf Krankheitsbilder Depression, Schizophrenie, Angst- und Zwangsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Traumatisierung stellen jeweils spezifische Belastungen für die Familien dar. Daraus ergeben sich je nach Erkrankungstyp unterschiedliche Bedarfe und Potenziale für Unterstützungs- und Förderstrategien [40].

Deutlich ist ein hoher kommunaler Handlungsbedarf, der sich einerseits auf die psychisch und/oder suchterkrankten Eltern(teile) selbst bezieht, mit primärpräventiven Angeboten sowie sekundärpräventiv Therapien, Ausstiegshilfen oder (ggf. punktuellen) Vermeidungsstrategien [41]. Andererseits sollten auch mitbetroffene Familienmitglieder – Partnerinnen, Partner und Kinder sowie soziales Nahfeld der Familie adressiert werden zur Verminderung von Formen der Co-Abhängigkeit. Angebote der Suchtselbsthilfe für Betroffene und

Angehörige, die vor Ort durch regionale Selbsthilfekontaktstellen vorgehalten werden, können dabei wichtige Bezugspunkte sein [42].

(Entstehende) Behinderungen und Erkrankungen von Kindern

Eine andere, mitunter vorherige Problematik ergänzende gravierende Belastung stellt es für Familien dar, wenn Kinder körperliche, geistige und/oder auch seelische Entwicklungsverzögerungen oder auch Behinderungen aufweisen, bzw. diese sich in der frühen Kindheit manifestieren bzw. chronifizieren. Um solche Belastungen zu verhindern bzw. zu begrenzen, ist eine Prävention von Frühgeburtlichkeit wichtig sowie ggf. eine niedrigschwellige Begleitung durch sozialpädiatrische Zentren und weitere kommunal vernetzte Angebote der interdisziplinären Frühförderung, die gemäß § 46 SGB IX als sog. „Komplexleistungen“ angeboten werden.

Eine frühe Form solcher Erkrankungen können Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme (sog. „Regulationsstörungen“) darstellen, die etwa jedes fünfte 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 [43]. Solche Angebote werden bislang überwiegend aus Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe, über Stiftungen oder als Privatleistungen durch die Nutzerinnen und Nutzer finanziert [19]. Der Regelungsbedarf hat sich deutlich erhöht durch die neu gefassten Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von 2016, die erstmals Anamnese und präventive Beratung zur Schreibabyproblematik bei den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen vorsehen [44], und durch das PrävG, durch das die Krankenkassen nach Gesetzesbegründung gehalten sind, Präventionsangebote zur „Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz“ [1] vorzuhalten. Hier besteht hoher Bedarf zur Kooperation, sowohl hinsichtlich entsprechender Programmentwicklung durch die Kassen (adressatenspezifische

Angebotsentwicklung) als auch zur regionalen Vernetzung vor Ort, z. B. durch Adresslisten/Wegweiser zur Angebotstransparenz, gemeinsame Informationsveranstaltungen und Verknüpfung mit Netzwerken Früher Hilfen [15].

Chronische Erkrankungen/„Neue Morbidität“

Im weiteren Kindheitsverlauf entstehende bzw. sich verstärkende Erkrankungen können sich ebenfalls zu besonderen Belastungen entwickeln. Hier treten Formen der „Neuen Morbidität“ auf wie psychische Erkrankungen, ADHS, Allergien sowie Übergewicht und Adipositas. Angezeigt sind hier alltagsnahe und lebensweltbezogene Bewegungs- und Ernährungsangebote und übergreifende Maßnahmen (etwa familiengerechte Grünflächen, Spiel- und Sportplätze sowie Marktsteuerung durch Ampelkennzeichnung oder auch Zuckersteuer). In der frühen Kindheit werden Still- und Bindungsförderung zur Prävention eines metabolischen Syndroms empfohlen [45]. Mit dem WHO-UNICEF-Programm für stillfreundliche Geburtskliniken mit dem Qualitätssiegel „Babyfreundliches Krankenhaus“ gibt es auch hier verschiedene Präventionsansätze, die von Kommunen als Träger oder Kooperationspartner der Kliniken forciert werden können [19].

Pflegefamilien und Kinderheimgruppen

Kinder, die aus diversen Gründen nicht bei ihren Eltern leben können, werden als sog. „Hilfen zur Erziehung“ gemäß §§ 27 i. V. mit 34f SGB VIII in Pflegefamilien und Kinderheimgruppen untergebracht. Diese (Profi-)Familien sind stark belastet [46], die (Pflege-/Heim-)Kinder gelten im weiteren Lebensverlauf als hochgefährdet für Kriminalität, Gewalterfahrungen und Erkrankungen. Bislang werden diese institutionalisierten Formen von Familien noch kaum von Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreicht [47].

Zumindest sind Heime, wie auch alle anderen stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, seit 2016 (Änderung durch

das PräVG) zur Gesundheitsförderung verpflichtet; sie müssen entsprechende Maßnahmen gemäß § 45 SGB VIII in ihrer Einrichtungskonzeption ausweisen [1]. Es fehlt hier jedoch bislang an Konzepten sowie entsprechenden Praxiserfahrungen, die z. B. durch Modellprojekte von stationären Einrichtungen sowie Pflegekinderdiensten mit Krankenkassen (gemäß § 20g SGB V) 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 [46], insofern diese nicht durch intensive Fallbegleitung sogar im Vorfeld präveniert werden können [48].

Ausblick: Familienorientierung als Beitrag einer nutzerorientierten Qualitätsentwicklung kommunaler Gesundheitsförderung

Familiäre Gesundheitsförderung, wie hier skizziert als lebensphasen- und lebenslagenbezogenes Rahmenkonzept zur Stärkung familiärer Ressourcen und Reduktion von Belastungsfaktoren und Übergangsproblematiken, bietet vielfältige Potenziale für kommunale Gesundheitsförderung. Die Familienorientierung kann maßgeblich zur nutzerorientierten Qualitätsentwicklung in der kommunalen Gesundheitsförderung beitragen, so in der Methodenentwicklung, in der Adressaten- und der Zielgenauigkeit sowie als ethische Orientierung.

Dies kann im Rahmen von integrierten kommunalen Handlungsansätzen fruchtbar gemacht werden. Dabei kann eine strukturelle Verankerung in Form von Präventionsketten eine gute Basis legen mit dem Ziel, die Kommune als „Dach-Setting“ zu profilieren, d. h. als übergreifende Struktur, die Aktivitäten der Gesundheitsförderung bündelt, verstärkt und Maßnahmen entwickelt, um Lücken auszufüllen und die Angebote „vom Kind her zu denken“ [12] bzw. an den Familien als Nutzerinnen und Nutzer auszurichten [22]. Dies

kann bereits etablierte Netzwerke wie Frühe Hilfen oder kommunale Gesundheitskonferenzen verstärken bzw. diese entsprechend inhaltlich ausrichten. Familiäre Gesundheitsförderung kann aber auch als Leitbild weiterer kommunaler Initiativen genutzt werden, wie etwa für „Bündnisse für Familie“, kommunale Bildungslandschaften, Netzwerkstellen Schulsozialarbeit oder durch örtliche Selbsthilfekontakt- und Informationsstellen [17, 49].

Ein praktischer Ausdruck kann darin bestehen, lokale Bündnisse für Familien- und Kindergesundheit zu initiieren. Diese können gemeinsame Plattformen bilden nicht nur für Krankenkassen, Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik, sondern auch für zivilgesellschaftliche Akteure vor Ort. Solche Bündnisse können erhebliche gesellschaftliche und soziale Kräfte mobilisieren und dadurch sogar solche Veränderungen anstoßen, die gemeinhin als schwer umsetzbar gelten [17]. Durch Bereitstellung von Strukturaufbauhilfen und Koordinierungsstellen können die Krankenkassen solche Prozesse im Rahmen ihres Auftrags zur gesundheitsförderlichen Lebensweltgestaltung nach § 20a SGB V aufgreifen bzw. initiieren und unterstützen.

Solche Bündnisse, die von der WHO als „Whole-of-Society Approach“ skizziert werden [17], sind wichtige Impulsgeber bei vielfältigen kommunalen Schnittstellenproblemen, beispielsweise an den Übergängen zwischen den einzelnen Lebensphasen und Lebenslagen. Dabei erscheinen Probleme vor dem Hintergrund institutioneller Abgrenzungen oft unlösbar, können jedoch durch übergreifende politische und soziale Bündnisse überwunden werden, z. B. durch Qualitätszirkel oder auch öffentliche Informations- und Diskussionsveranstaltungen unter Einbezug der Adressaten, die familiäre Nutzersichten aufzeigen. Dabei setzt Letzteres voraus, dass mittels partizipativer und aktivierender Methoden dargelegt wird, was Familien subjektiv brauchen und wünschen. Im Ergebnis können diese Bündnisse zu umfassender Angebotstransparenz, einer Vernetzung der familienbezogenen Leistungserbringer und

verbesserter Inanspruchnahme beitragen.

Aktuell brisante Fragen sind dabei die Schnittstellen der verschiedenen Anbieter rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit, deren sich die Frühen Hilfen bereits beispielgebend angenommen haben [19]. Durch das PrävG haben sich hier neue Möglichkeiten der ärztlichen Präventionsberatung mit Präventionsempfehlungen sowie mit Verweisen auf regionale Unterstützungsangebote gemäß den durch das PrävG neu geregelten §§ 20, 24d und 26 SGB V ergeben [1].

Im Rahmen der kommunalen Funktionen des „Dach-Settings“ können Impulse gegeben werden zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, die gemäß § 20a SGB V von den Krankenkassen gemeinsam mit den Trägern der Lebenswelten durchgeführt werden sollen. Dies betrifft Einrichtungen im frühkindlichen Bereich (wie Familienberatung gemäß § 16, Mutter-Vater-Kind-Heime gemäß § 18, Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. oder sonstige stationäre Einrichtungen gemäß § 45 SGB VIII), die – trotz hohem Bedarf – bislang kaum von solchen Maßnahmen erreicht wurden. Dies betrifft auch Jugendfreizeiteinrichtungen sowie Sportvereine, deren Potenziale trotz hohem Bedarf bei der (adoleszenten) Adressatengruppe noch weitgehend ungenutzt scheinen [36].

Stärker entwickelt sind Maßnahmen in Kitas und Schulen, die jedoch noch deutlich zu wenig vernetzt sind. Die fehlende Vernetzung erschwert für Familien die Übergänge (Transitionen) zwischen den Lebensphasen und den entsprechenden Institutionen. Das Konzept der Präventionskette stellt sich der Aufgabe, die Übergänge umfassend zu betrachten mit dem Ziel, die jeweiligen Transitionen für Kinder und ihre Familien gesundheitsförderlich zu gestalten [10–12].

Kommunale Aktivitäten familiärer Gesundheitsförderung sollten insbesondere auf Gesundheitsförderung in belasteten Lebenslagen ausgerichtet sein. Im Abschnitt „Belastete Lebenslagen von Familien“ sind Maßnahmen zur Begrenzung von Kinder- und Familienarmut genannt, zu denen Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag leisten

kann, wie Vernetzung und Sensibilisierung der Anbieter, niedrigschwelliger Zugang zu Förderleistungen, Lotsenfunktionen und Familienpatenschaften, Selbsthilfeförderung und Community-Orientierung. Für alleinerziehende Familien, Familien mit elterlichen Sucht- oder psychischen Erkrankungen, mit Behinderungen und Erkrankungen von Kindern, bei chronischen Erkrankungen („Neue Morbidität“) sowie hinsichtlich besonders vulnerabler Heim- und Pflegekinder stellen sich wiederum spezifische, ausdifferenzierte Handlungserfordernisse für kommunale Gesundheitsförderung.

Erfahrungen aus Präventionsketten belegen insbesondere dort, wo sie bereits seit Jahren umgesetzt werden [48], die praxisbezogene Relevanz des hier umrissenen Rahmenkonzepts der familiären Gesundheitsförderung. Sie zeigen, dass Gesundheitsförderung und Primärprävention erfolgreich sind, wenn Maßnahmen zusammenwirken, koordiniert als Dachkampagnen von übergreifenden Bündnissen für Familien- und Kindergesundheit, getragen von Familien, Fachkräften und Politik als Teil der expliziten Gesundheitspolitik, die mit einer familienstützenden Gesamtpolitik („implizite Gesundheitspolitik“) zusammenwirkt [24].

Das Rahmenkonzept bietet durch die Nutzerorientierung auf Familien einen methodischen Zugang zur Ermittlung von spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen. Mit lebensphasen- und lebenslagenspezifischen Angeboten können Familien dabei unterstützt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu entfalten. Kommunen wiederum können sich auf diese Weise ihrem Auftrag zur Daseinsvorsorge stellen bzw. – bildhaft gesprochen – ihrer Aufgabe nachkommen, die sich in dem vielzitierten afrikanischen Sprichwort „It needs a village to raise a child“ ausdrückt.

Aus diesem Rahmenkonzept ergeben sich vielfältige Anknüpfungspunkte für die inhaltliche Ausgestaltung der Kooperationen regionaler Akteure und Krankenkassen in der kommunalen Gesundheitsförderung, die zukünftig ausgebaut werden sollten [4, 6, 19].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Raimund Geene, MPH
Berlin School of Public Health
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin,
Deutschland
raimund.geene@ash-berlin.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Geene gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Geene R, Reese M (2016) Handbuch Präventionsgesetz – Neuregelung der Gesundheitsförderung in Deutschland. Mabuse, Frankfurt/Main
2. GKV-Spitzenverband (2014) Leitfadens Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. GKV-Spitzenverband, Berlin
3. Nationale Präventionskonferenz (2016) Bundesrahmenempfehlungen. Verabschiedet am 19. Februar 2016 auf der 2. Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz. GKV-Spitzenverband, Berlin
4. Bär G (2015) Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Springer VS, Wiesbaden
5. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (2017) Präventionsbericht 2017. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2016. GKV-Spitzenverband, Berlin
6. Walter U, Volkenand K (2017) Kommunale Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Gesundheitswesen 79:229–237
7. Holleeder A (2013) Gesundheitskonferenzen in Deutschland: Ein Überblick. Gesundheitswesen 77:161–167
8. Böhm K (2017) Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Z Sozialreform 63(2):275–299
9. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (2015) Positionspapier Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention. MFKJKS NRW, Düsseldorf. https://www.mkff.nrw/sites/default/files/asset/document/positionspapier_integrierte-gesamtkonzepte-praevention_versand.pdf. Zugegriffen: 4. Aug. 2018
10. Dezort S, Günther C, Hilke M, Jasper CM, Köhler S, Schütte JD, Stolz HJ (2017) Der Qualitätsrahmen zum Aufbau einer Präventionskette. Landeskoordinierungsstelle „Kein Kind zurücklassen!“ ISA, Münster
11. Mavroudis A (2017) Präventionsnetzwerke und Präventionsketten erfolgreich koordinieren. Eine Arbeitshilfe aus dem LVR-Programm „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen

- Kinderarmut“ im Rheinland. Landschaftsverband Rheinland, Köln
12. Richter-Kornweitz A, Utermark K (2013) Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, Hannover. http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Präventionskette_Doppelseite.pdf. Zugegriffen: 7. Juli 2018
 13. Bauer U, Rosenbrock R, Schaeffer D (2006) Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen O, Badura B (Hrsg) Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Huber, Bern, S 187–201
 14. Hurrelmann K (2006) Einführung in die Sozialisations- und Lebenszyklustheorie. Beltz, Weinheim
 15. Geene R, Thyen U, Quilling E, Bacchetta B (2016) Familiäre Gesundheitsförderung. *Präv Gesundheitsf* 11(4):222–229. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0560-3>
 16. Jurczyk K, Lange A, Thiessen B (2010) Doing Family – Familienalltag heute. Juventa, Weinheim
 17. Geene R (2017) Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Impulspapier. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen_de/pdf/Publikation_NZFH_Impulspapier_Gesundheitsfoerderung_und_Fruehe_Hilfen.pdf. Zugegriffen: 14. Juli 2018
 18. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016) Regelung zur Präventionsempfehlung. Beschluss zur Änderung der Kinder-Richtlinie. Beschlussdatum: 21.07.2016. BAnz AT 12.10.2016 B2. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2659/2016-07-21_Kinder-RL_Praevensionsempfehlung.pdf. Zugegriffen: 4. Aug. 2018
 19. Bundesministerium für Gesundheit (2017) Gesundheit rund um die Geburt. Gesundheitsziel des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. BMG, Bonn
 20. Geene R, Bacchetta B (2017) Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft. In: Fischer J, Geene R (Hrsg) Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Beltz Juventa, Weinheim, S 228–260
 21. Dienel C (2002) Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme. Juventa, Weinheim
 22. Geene R (2018) Familiäre Gesundheitsförderung. *Public Health Forum* 26(2):102–105. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0010>
 23. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015) Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Entwicklung und Sicherung von Qualität. BZgA, Köln
 24. Geene R, Rosenbrock R (2012) Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold C, Lehmann F (Hrsg) *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. BZgA, Köln, S 46–75
 25. Geene R, Kliche T, Borkowski S (2015) *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung der Gesundheitsziele im Setting Kita und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Expertise im Auftrag des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de*. GVG, Köln
 26. Burger K (2009) How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the effects of early interventions for children from different social backgrounds. *Early Child Res Q* 25(2):140–165
 27. Caniato RN, Alvarenga ME, Stich H, Jansen H, Baune BT (2010) Kindergarten attendance may reduce developmental impairments in children: Results from the Bavarian Pre-School Morbidity Survey. *Scand J Public Health* 38(6):580–586
 28. Cooper H, Allen AB, Patal EA, Dent AL (2010) Effects of full-day kindergarten on academic achievement and social development. *Rev Educ Res* 80(1):34–70
 29. Butler J, Nguyen Q (2013) Einrichtungsbesuch und Kindergesundheit im Bezirk Berlin-Mitte. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, Bd. 19. Bezirksamt Berlin-Mitte, Berlin
 30. Olk T (2013) Alle Kinder gezielt fördern. *DJI Impulse* 1:16–18
 31. Harmsen T (2017) Familienzentren kompetent managen. Professionelle Herausforderungen und empirische Befunde. Disserta, Hamburg.
 32. Hartung S (2014) Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Elternunterstützung im Setting Schule: Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung. Springer, Wiesbaden
 33. Kolip P, Lademann J (2012) Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Beltz Juventa, Weinheim, S 517–540
 34. Mörath V (2005) Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970–1994. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, WZB, Berlin
 35. Kiepert F (2018) Damit niemand im Abseits steht. *BdW Blätter Wohlfahrtsplf* 165(11):12–15
 36. Sterdt E, Geene R, Morfeld M (2017) Kinderarmut in Deutschland – Das Bildungs- und Teilhabepaket. Evaluation der Umsetzung am Beispiel des Landkreises Stendal. Carl Link, Kronach
 37. Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (2016) Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(10):1247–1254
 38. Geene R, Töpritz K (2017) Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz. GKV-Bündnis für Gesundheit. GKV-Spitzenverband, Berlin
 39. Zobel M (2006) Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Hogrefe, Göttingen
 40. Pillhofer M, Ziegenhain U, Fegert JM, Hoffmann T, Paul M (2016) Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. *NZFH*, Köln
 41. Fröschl B, Brunner-Ziegler S, Wirl C (2013) Prävention des fetalen Alkoholsyndroms. *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland* Bd. 130. DIMDI, Köln
 42. Geene R (2010) Unterschätzte Gefahr. In: *Gesundheit & Gesellschaft* (13) Spezial 12/10: Selbsthilfe für suchtbelastete Familien, S 4–6
 43. Korczak D, Kister C, Krause-Girth C (2013) Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreieambulanz. *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*, Bd. 124. DIMDI, Köln
 44. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinderrichtlinien). BAnz AT 18.08.2016 B1. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung.pdf. Zugegriffen: 17. Juli 2018
 45. Babitsch B, Geene R, Hassel H, Kliche T et al (2016) Kriterienkatalog zur Systematisierung konzeptioneller Ansätze in der universellen Prävention von Kinderübergewicht. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59:1415–1422
 46. Kindler H, Helming E, Meysen T, Jurczik K (Hrsg) (2010) *Handbuch Pflegekinderhilfe*. Deutsches Jugendinstitut, München. http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/pkh/DJI_Handbuch_Pflegekinderhilfe.pdf. Zugegriffen: 20. Juli 2018
 47. Dörr M (2009) Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. BMFSFJ, Berlin (https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertisenband_Kap_5_2_Doerr_AK_LK_P.pdf). Zugegriffen: 07.07.2018
 48. Sandvoss U, Hermann-Biert M (2017) Präventionsketten als Netzwerk. In: Fischer J, Geene R (Hrsg) *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Beltz Juventa, Weinheim, S 124–135
 49. Geene R, Huber E, Hundertmark-Mayer J, Möller-Bock B, Thiel W (2009) Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 52(11):11–20
 50. Gloger-Tippelt G (1988) Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Kohlhammer, Stuttgart