



Raimund Geene

---

## Familiäre Gesundheitsförderung

Ein konzeptioneller Rahmen für nutzerorientierte Gesundheitsförderung

Fachforum 4

### 1. Überblick: Was ist Familiäre Gesundheitsförderung?

Familiäre Gesundheitsförderung umfasst alle Aspekte der **Ressourcenstärkung von Familien**. Dabei wird darauf abgezielt, die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder – Kindern, Eltern und Erziehungsberechtigten sowie ggf. weiteren Familienmitgliedern – weniger individuell als vor allem **systemisch** über die Familie als soziales System mit eigenen Systemlogiken und (rituellen, habituellen ...) Handlungsformen zu fördern, in dem die **Rahmenbedingungen** für familiäres Leben gesundheitsförderlich ausgestaltet werden.

Dabei werden familiäre und kindliche **Lebensphasen** und **Lebenslagen** nutzerorientiert dargestellt mit dem Ziel der Benennung von **Potenzialen gesundheitsförderlicher Strukturen** als auch - auf dieser Grundlage - Möglichkeiten der **Individualprävention** dargestellt.

Familiäre Gesundheitsförderung ist nicht auf die Lebensphase von Eltern mit zu betreuenden Kindern beschränkt, sondern umfasst die gesamte Lebensspanne und alle Lebenslagen, was u.a. für den Bereich pflegender Angehörige hohe Relevanz besitzt. Im Idealfall ist die Familie dabei ein Ort, der Menschen emotionalen Beistand gibt, in dem sie sich geliebt und angenommen fühlen können und in ein unterstützendes System eingebunden werden, das auch in Belastungssituationen schützen kann (Kolip & Lademann, 2012).

Im Sinne der Familie als „**primärer Sozialisation**“ (Hurrelmann, 2006), die maßgeblich die Haltung und das spätere Gesundheitsverhalten der Kinder bestimmt, fokussiert dieser Beitrag auf familiäre Gesundheitsförderung im Rahmen der Kinderbetreuungsphase mit dem besonderen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung rund um die Geburt und frühe Kindheit.

### 2. Rahmenbedingungen familiärer Gesundheitsförderung

Familie als prägende, primäre Sozialisation

„Familie“ ist gleichermaßen ein selbstverständlicher wie auch hochkomplexer Begriff. Nach einem **modernen Familienverständnis** ist Familie nicht begrenzt auf die „klassische“ Sichtweise auf Vater, Mutter und Kind, sondern allgemein definiert als privater Lebenszusammenhang, in dem sich Menschen verschiedener Generationen in verbindlichen Beziehungen umeinander sorgen (Maihofer u.a., 2001). Familien bilden zumeist langfristige oder gar lebenslange Gemeinschaften und



Versorgungsbezüge und entwickeln milieuspezifische Eigenarten, die sich gegenseitig bedingen und sich (gesundheitlich) stärken, aber auch gegenseitig belasten und schwächen können (Thiessen, 2014: 9).

Werden (Gesundheits-)Bildungskonzepte nicht umfassend reflektiert, neigen sie dazu, ein vermeintlich „familiäres Idealbild“ zu implizieren, das jedoch der in Zeiten sozialen Wandels laufend zunehmenden Vielfalt familiärer Lebensformen nicht gerecht werden kann. Es kann sogar zu gegenteiligen Effekten führen, wenn simplifizierende Verhaltensbotschaften als unerfüllbare Normierung und somit als Verstärkung von Stigmatisierung vermeintlich „anderer Familienformen“ empfunden wird.

Der Begriff „familia“ stammt aus dem Lateinischen und meint zunächst „Hausgemeinschaft“. In der Begriffsadaption „familiär“ liegt sogar eine weitergehende Bedeutung: neben der ursprünglichen Begriffszusammenhang „die Familie betreffend“ hinaus wird auch Privatheit, Vertrauen und Vertraulichkeit verbunden. Diese Aspekte sind für Gesundheitsförderung von Bedeutung, will sie doch Menschen motivieren zu persönlichen („intrinsischen“) Entscheidungen für Gesundheit.

Mit dem Konzept des „**Doing family**“ (Jurczyk u.a., 2010) können familiäre Routinen und Rituale als geschlechts-, milieu- und kulturspezifische Ordnungsmuster erkannt und gefördert werden. Familiäre Gesundheitsförderung kann Familien hier helfen, ihre zumeist nicht ausgesprochenen, impliziten Lebens- und Gesundheitskonzepte zu explizieren, wodurch ein familiäres Gelingen (statt Scheitern) des eigenen Familienkonzepts (des jeweils spezifischen „Doing family“) unterstützt wird.

### **Familie ist kein Setting**

Familien sind in ihrem sozialen Umfeld, im Lebensverlauf und ihren speziellen Lebenslagen **eingebettet in kind- und familienbezogene Institutionen** wie Familienzentren, Kitas, Schulen, Wohnumgebung/ Kommune. Diese verfolgen verschiedene gesellschaftliche Aufträge (insb. Bildungs-, aber auch Betreuungs- oder Regulierungsaufträge) in staatlicher Verantwortung, so dass sie normativ zu prägen sind – der Auftrag der gesundheitsförderlichen Ausrichtung kann den Mitarbeitenden erteilt werden. Insofern handelt es sich hierbei um „Settings“ bzw. – in deutscher Übersetzung im Präventionsgesetz im § 20a des SGB V geregelt – um „Lebenswelten“.

In Übereinstimmung mit dem Setting-Ansatz der WHO (2015) schließt das Präventionsgesetz Familie nicht in die o.ªa. Definition der Lebenswelten mit ein, sondern sieht „Gesundheitsförderung in der Familie“, so die 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 (Deutscher Bundestag, 2015: 43). Denn es gibt Einwände dagegen, Familien mit den Instrumentarien des Setting-Ansatzes zu „bearbeiten“.

Zunächst ist Familie im Grundgesetz mit dem Artikel 6 besonders geschützt. Hintergrund der starken Rechtsstellung sind insbesondere Erfahrungen mit Zwangsadoptionen während der nationalsozialistischen Diktatur, aber auch z.ªT. noch in der DDR. Mit dem Elternrecht des



Grundgesetzes wurde auch ein Kontrapunkt gesetzt gegen die Zielsetzung einer Erziehung zum sozialistischen Staatsbürger, die in der Verfassung der DDR sowie in Bildungsprogrammen festgeschrieben war (Borkowski & Schmitt, 2013). Als einzige Ausnahme vom Elternrecht wird im Art. 6 Absatz 2 die Schulpflicht geregelt. Andere normierte Verpflichtungen, die das Elternrecht einschränken, bestehen nicht; auch die Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen oder Impfungen gegen Kinderkrankheiten ist grundsätzlich nicht verpflichtend. Dem Staat obliegt lediglich ein sog. „Wächteramt“, das die Kinder- und Jugendhilfe nur bei akuten, konkreten Gefährdungen legitimiert.

Diese **familiäre Autonomie** stellt sich aber nicht nur formal, sondern auch inhaltlich dar. Gerade weil die Bedeutung der Familie als primäre Sozialisation so herausragend ist, kann nur mit Eltern und niemals gegen sie gearbeitet werden. Dies gilt selbst bei Fällen akuter Kindeswohlgefährdungen, bei denen es sich immer auch empfiehlt – sofern die Umstände es ermöglichen – um die Mitarbeit der Eltern und Lernprozesse der Familie als soziales System zu werben.

Familienbezogene Leistungen werden nach dem Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) von den örtlichen Jugendämtern finanziert. Gesetzliche Krankenkassen fürchten hier einen „Verschiebeparkplatz“, d.h. eine Umschichtung der Ausgabenverpflichtung zu ihren Lasten (von der nach SGB VIII kommunal finanzierten Kinder- und Jugendhilfe in Kassenzuständigkeit gemäß SGB V).

Aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe gibt es in Deutschland seit einigen Jahren verschiedene Bemühungen, Familien strukturell zu unterstützen und ein gesundes Aufwachsen – insbesondere mit dem Fokus auf Kinder zwischen 0- und 3-Jahren - zu fördern. Dazu zählen die gesetzliche Verankerung des **Rechtes auf Kinderbetreuung** mit einem Jahr (Kinderförderungsgesetz – KiföG 2008) sowie das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG 2012), welches die zuvor als Modellprojekte geförderten **Netzwerke Früher Hilfen** und sozialpädagogisch fortgebildete **Familienhebammen** und **Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger** als flächendeckende Regelleistungen der Kommunen einführte (NZFH, 2014). Diese Veränderungen zeigen ein deutliches Bestreben der Familienpolitik, Familien zu stärken sowie besondere Belastungssituationen zu identifizieren (Sann u.a., 2013). Zwar werden auch durch das Präventionsgesetz zusätzliche Angebote für Familien (u.a. stärkere präventive Ausrichtung der Früherkennungsuntersuchungen mit der Möglichkeit zu ärztlichen Präventionsempfehlungen) eingeführt. Auch wurden durch das in der Gesetzesbegründung formulierte „Ziel der Steigerung **gesundheitlicher Elternkompetenz**“ (Deutscher Bundestag, 2015: 70) den Krankenkassen ein Teilbereich der familienbezogenen Leistungen aufgetragen, der jedoch nur schwer vom Auftrag zur sonstigen Elternkompetenzförderung der Jugendhilfe abzugrenzen ist. Es ist zu hoffen, dass sich dies zukünftig kooperativ mit den bestehenden Angeboten der Jugendhilfe sowie der Frühen Hilfen ausgestaltet. Bislang fehlt es noch an Umsetzungsbeispielen. Insgesamt gibt es bislang im



Gesundheitswesen nur wenige konkrete Zuständigkeiten und handelnde Akteure für familiäre Unterstützungsstrukturen.

Familiäre Gesundheitsförderung ist derzeit erst wenig systematisch als Handlungsfeld ausgewiesen. Die Zugänge zu Familien erfolgen gemäß PrävG eher verhaltenspräventiv oder über Setting-Ansätze in Kitas, Schulen oder Kommunen. Erprobte Ansätze gibt es im Bereich der Frühen Hilfen, die jedoch mit dem Gesundheitswesen noch zu wenig verknüpft und vernetzt sind, auch weil es an entsprechenden Konzepten mangelt.

Diesem Desiderat kommt der vorliegende Beitrag nach, in dem das Handlungsfeld konzeptionell skizziert wird. Dabei werden zunächst die besonderen Herausforderungen für Familien in ihren einzelnen **Lebensphasen** und in **besonderen Lebenslagen** dargestellt. Darauf aufbauend werden **Handlungsmaxime, Methoden** und **Strategien** der familiären Gesundheitsförderung dargestellt.

### 3. Familiäre Lebensphasen

Familiäre Gesundheitsförderung kann zunächst **vertikal entlang der Lebensphasen** konzipiert werden. In der Nationalen Präventionsstrategie nach SGB V, § 20d – diese besteht zunächst aus den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK, 2016) – werden hier die Lebensphasen gesundes Aufwachsen, gesundes Arbeiten und gesundes Altern genannt.

#### **Primäre Sozialisation: Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit**

Für den Bereich der familiären 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. Die sich hier entwickelnden familiären Abläufe, Regeln, Gewohnheiten und Rituale prägen das **Familienklima** („Doing family“ (Jurczyk u.a., 2010). 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 auch 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, soziale Einbindung etc. determiniert. Sie können von ihnen selbst günstigenfalls gesundheitsförderlich weiterentwickelt, jedoch kaum vollständig neu erfunden werden.

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

Familiäre Gesundheitsförderung sollte daher nicht – wie es in einer vordergründigen Betrachtung oft der Fall ist – auf Verhaltensprävention verkürzt werden. Es sollte vielmehr vorrangig auf



**Verhältnisprävention** ausgerichtet werden, d.h. auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung familiärer Rahmenbedingungen. Wesentliche Elemente sind dafür im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik („Healthy Public Policy“) familienfreundliche Rahmenbedingungen. Als Leistungen gesundheitlicher und sozialer Versorgung betrifft dies u.a. eine wohnortnahe, vernetzte und niedrigschwellige Bereitstellung von Unterstützungsangeboten, Minderung von Ausgrenzungs- und Armutfolgen sowie Förderung konfliktarmer Übergänge und familiärer Selbsthilfeförderung (Sandvoss & Hermann-Biert, 2017).

Familiäre Gesundheitsförderung fokussiert dazu 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 rund um Schwangerschaft und Geburt bietet das **10-Phasen-Modell der Bewältigungsaufgaben rund um die Geburt**, in dem der Zeitraum von präkonzeptioneller Phase bis zum Ende des 1. Lebensjahres in zehn Zeiträume unterteilt wird (Geene, Thyen u.a., 2016, vgl. auch Gloger-Tippelt, 1988). Dabei werden die Besonderheiten der Phasen mit ihren jeweiligen körperlichen, geistigen und gemeinschaftsbezogenen Bewältigungsaufgaben herausgestellt.

Das 10-Phasen-Modell ist im Überblick so skizziert (Geene & Bacchetta, 2017):

Tab. 1: 10-Phasen-Modell der Bewältigungsaufgaben rund um die Geburt			
Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	
<b>1. Phase: Präkonzeptionelle Phase</b> 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	
<b>2. Phase: Orientierung</b> 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 > Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen  <u>Sozial:</u> > Sorgen und Ängste > Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung	



# ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

## Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,  
20. und 21. März 2018  
an der TU Berlin

<p><b>3. Phase:</b> <b>Selbstkonzept ion</b></p> <p>ca. 12. bis 20. SSW Beginnt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft (pränatal, 2. Trimenon)</p>	<p>Erstes Selbstkonzept vom Elternwerden/-sein; Sichtbarwerden der Schwangerschaft</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik</li> </ul> <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufes (insb. Suchtmittelabstinenz, aber auch allgemein Gesundheitsverhalten, Ernährung, Schlafrythmus)</li> </ul> <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ „Öffentlichmachen“ und Umgang mit der Reaktion auf die Schwangerschaft von Außenstehenden</li> <li>➤ „normative Anpassung“</li> </ul>
<p><b>4. Phase:</b> <b>Subjektwerdung</b></p> <p>ca. 20. bis 32. SSW (pränatal, 2./3. Trimenon)</p>	<p>Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/als zunehmend eigenständiges Wesen Phase des Wohlbefindens</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wachsen des Bauches</li> <li>➤ erste Kindsbewegung („Quicken“)</li> </ul> <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Phantasien über das Leben mit Kind</li> </ul> <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entwicklung konkreter Lebensvorstellungen der zukünftigen Mutter/ des zukünftigen Vaters/ zukünftigen Ko-Elternteils</li> </ul>
<p><b>5. Phase:</b> <b>Antizipation und Vorbereitung</b></p> <p>ca. 32. bis 40. SSW (pränatal, Ende 3. Trimenon)</p>	<p>Anstieg der körperlichen Belastung, Vorbereitung auf Geburt.  Vorbereitung auf Familie</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Umgang mit körperlichen Belastungen (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase)</li> </ul> <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt</li> <li>➤ empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten</li> </ul> <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ „Nestbau“</li> <li>➤ Beginn des Mutterschutzes</li> </ul>
<p><b>6. Phase:</b> <b>Geburt</b></p> <p>(perinatal, von Geburtsbeginn bis etwa 2 bis 7 Tage postnatal)</p>	<p>Geburtsverlauf,  Zeit für das Kennenlernen/ Bonding</p>	<p><u>Physiologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gebären</li> <li>➤ Gelingende Anpassung an die körperliche Trennung der Mutter</li> <li>➤ ggf./wünschenswert: Stillbeginn</li> </ul> <p><u>Psychologisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Annehmen eines neuen Familienmitgliedes</li> <li>➤ Bindungsaufbau</li> </ul> <p><u>Sozial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Baby als Leben außerhalb des Mutterleibs</li> <li>➤ Beginn des Mutterschutzes</li> </ul>



# ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

## Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,  
20. und 21. März 2018  
an der TU Berlin

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



Die Phasen und Zeiteinteilungen sind nicht als starre Einheiten zu betrachten, sondern gehen fließend ineinander über. Es handelt sich um **Prozessphasen**, die je nach Lebenssituation, vorhergehenden Erfahrungen und vorhandener Unterstützung in unterschiedlichem Tempo ablaufen können. Es kommt auch vor, dass einzelne Phasen gar nicht oder nicht zu Ende erlebt werden (z.B. bei später Feststellung der Schwangerschaft, durch Warten auf oder Umgang mit Ergebnissen der Pränatalen Diagnostik oder durch Frühgeburt) (Gröhe, 2003). Auch solche Erfahrungen beeinflussen das **Übergangserleben** und benötigen spezifische Aufmerksamkeit, insbesondere weil sie darauf hindeuten, dass in einzelnen Phasen nicht-bewältigte Aufgaben zu besonderen Belastungen in späteren Phasen werden können.

Dabei ist auch immer kritisch zu hinterfragen, dass die Strukturierung zwar der systematischen Erkenntnisgewinnung dient, aber keinesfalls normierend als Maßstab für Regelabläufe von Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit geeignet ist.

Sie kann aber dazu dienen, Bedarfe und Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention phasenspezifisch zu erkennen und zu bedienen. Im Zentrum steht dabei das **subjektive Erleben** von Schwangeren, Müttern und ihren Partnerinnen und Partnern, das durch **umfassende Partizipation** empathisch unterstützt werden sollte. 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.

Das 10-Phasen-Modell bietet Orientierung, um so erfahrungsbezogen abzuleiten, welche **spezifischen Präventionsbedarfe und –potenziale** in der jeweiligen Lebensphase vorliegen (können), und wie diese aufgegriffen und gefördert werden sollten. Dies kann naheliegender Weise auf der Ebene der Verhaltensprävention erfolgen durch entsprechende Anreizsysteme, Information, Beratung oder auch phasenspezifischer Reflektionsangebote. Komplexer, aber von besonderer Bedeutung ist die Verhältnisprävention, um auf kommunaler (z.B. Präventionsketten, Netzwerke Frühe Hilfen, Wohnraumförderung) und überregionaler Ebene (z.B. Bundesgesetze zu Mutterschutz, Eltern- und Kindergeld, Stillakzeptanz und –förderung) förderliche Rahmenbedingungen bereit zu stellen.

Beispielhaft kann dies entlang der Orientierungsphase im ersten Trimenon der Schwangerschaft nachvollzogen werden (Geene & Bacchetta, 2017, siehe Tabelle 3).

### **Sekundäre Sozialisation: Fremdbetreuung**

Mit der **ersten Fremdbetreuung** (in Kindertagesstätten oder Tagespflegen, d.h. bei Tagesmüttern und –vätern) und später in der **Schule** erhalten die Institutionen der sekundären Sozialisation zunehmend Bedeutung. Diese **Erweiterung des familiären Handlungsfeldes** kann





günstigenfalls als Entlastung und Unterstützung erlebt werden, insbesondere dann, wenn die neuen Institutionen von Kindern und Eltern als angenehm erfahren werden, Eltern sich in ihrer zuvor entwickelten Rolle positiv gewürdigt fühlen und ihnen niedrigschwellige Möglichkeiten der Beteiligung (Teilhabe/ Partizipation) angeboten werden. Kitas und Schulen können aber auch problemverschärfend wahrgenommen werden, wenn **Diskrepanzen mit den habituellen Regeln der Familie** entstehen. Schnabel (2010: 317) spricht hier von „nicht immer, aber häufig rivalisierenden Systemwelten“ zwischen primärer und sekundärer Sozialisation.

**Kitas und Schulen** sind gut geeignet für den **Settingansatz** der Gesundheitsförderung. Damit wird darauf abgezielt, den **Alltag** in diesen Settings für alle Beteiligten – Kinder, Eltern, Fachkräfte, Träger und soziales und regionales Umfeld – so zu gestalten, dass sie sich darin **wohlfühlen** und ihren **Alltag als eine Quelle der Gesundheit** empfinden und nicht als Ort, der sie krankmacht (Richter-Kornweitz, 2011).

Der Settingansatz ist eine Form der Organisationsentwicklung, durch den sich die Beteiligten als kollektiv und individuell selbstwirksam erleben sollen. Rosenbrock (2004: 74) spricht hier von einer „synthetisch indizierten sozialen Reformbewegung für das jeweilige Setting“.

Kitas bieten als erste Orte der gesellschaftlichen Außenwelt besondere Möglichkeiten der familiären Förderung. Der Besuch einer Kita wirkt sich, im Vergleich zu Kindern ohne Kita-Besuch, grundsätzlich positiv aus – sowohl hinsichtlich Gesundheitseffekten (Butler & Nguyen, 2013) als auch künftigen Bildungsgewinnen, wobei auch Ansätze der Verminderung sozialer Ungleichheit nachgewiesen werden konnten (im Überblick: Geene u.a., 2015). Jedoch bestehen für Familien **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 (Olk, 2013). Diesen Zugangsproblemen kann durch gezielte Ansprache, Kostenfreiheit sowie sozialen Kriterien bei der Vergabe von Betreuungsplätzen begegnet werden (Geene, Richter-Kornweitz u.a., 2016).

Eine „gute gesunde Kita“ (Preissing & Schneider, 2012) fördert dabei den Einbezug der Eltern und berücksichtigt psychosoziale **Problemlagen und Potenziale von Familien**, auch durch **Vernetzung im regionalen Umfeld** (Viernickel u.a., 2016). 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 (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2016). Gesundheitsförderung in Kitas kann dazu einen wichtigen Anstoß liefern, wobei es als „partizipative Organisationsentwicklung“ im Sinne von „Mehr-Themen-Interventionen“ möglichst flächendeckend umgesetzt werden sollte, wie der Bundesgesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts (RKI, 2015) für Kitas und Schulen empfiehlt.

Ähnlich stellt sich das grundsätzliche Potenzial für familiäre Gesundheitsförderung auch in den Schulen dar. Entsprechende Konzepte der „guten gesunden Schule“ orientieren auf eine **Verknüpfung von Gesundheit mit dem Bildungsziel der Schulen**, d.h. dass Gesundheit nicht



als zusätzliche Aufgabe verstanden werden soll, sondern als unterstützende Methode in der Umsetzung der Bildungsziele der Schulen (Dadaczynski u.a., 2015). Hinsichtlich der Elternarbeit besteht jedoch der gewichtige Unterschied, dass - durch die grundgesetzlich geregelte **Schulpflicht** als einzige Ausnahme des ansonsten universellen Elternrechts nach Art. 6 GG - alle Kinder Schulen besuchen (müssen). So wichtig die Schulpflicht für den egalitären gesellschaftlichen Anspruch und die Bildung aller Kinder ist, so sehr ist es aus Perspektive von Familien zu bedauern, dass Eltern hier bislang kaum berücksichtigt werden und wenn überhaupt, dann nur zur Unterstützung/ Koproduktion des Bildungsprozesses ihrer Kinder (Rauschenbach, 2006). Aktuelle bildungspolitische Konzepte wie das Ganztagschulprogramm zielen eher auf Sicherstellung der Beschäftigungsfähigkeit der Eltern durch Entlastung vom Betreuungsauftrag. Eine solche **familiäre Entkoppelung** mag unter vielfältigen Gesichtspunkten sinnvoll sein, aber an dieser Stelle ist zu konstatieren, dass sie die Gestaltungspotenziale familiärer Gesundheitsförderung reduziert. Wünschenswert in diesem Sinne sind gemeinsame **Familienbildungsprozesse**, die sich weniger an curricularen Vorgaben orientieren, sondern stärker die **familiären Bewältigungsaufgaben** in den Blick nehmen. Ansatzweise wird dies durch entsprechende kommunale Bildungslandschaften (Müller, 2011, de Haan & Duveneck, 2017) sowie die Programme zur Schulsozialarbeit (Speck & Olk, 2010) aufgegriffen. Familiäre Gesundheitsförderung im **Setting Schule** sollte hier jedoch regelmäßig weitere **Gestaltungsmöglichkeiten für elterliche Partizipation** einfordern.

### **Tertiäre Sozialisation: außerschulische Freizeitangebote und Sport**

Ältere Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsene gelten als wenig beachtete Altersgruppen der Gesundheitsförderung (Richter u.a., 2010), aktuell zudem in der Armutsdiskussion als „vergessene Generation“ (Merten, 2010: 131ff) bezeichnet. Durch **freizeitbezogene Kinder- und Jugendeinrichtungen** (Institutionen der tertiären Sozialisation) eröffnen sich für sie neue Lebenswelten, so dass diese zu wichtigen **Institutionen im Umfeld kindlicher Entwicklung** werden können. Eine enge Verknüpfung mit der primären Sozialisation des Familiensystems ist auch hier im günstigen Fall wünschenswert. Anders als in den Bereichen der sekundären Sozialisation können hier ggf. aber auch Kontrapunkte gegenüber der primären Sozialisation gesetzt werden, insofern es einen Wunsch der Kinder und Jugendlichen nach eigenständiger, von den Eltern abgegrenzter sozialer bzw. Ich-Identität bedient. Allerdings konstatieren aktuelle Jugendstudien ein abnehmendes Interesse junger Menschen an intergenerativer Abgrenzung (King, 2013).

Ein wichtiger Ort dafür sind **Sportvereine**, über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen sind hier aktiv (Steinbach & Hartmann, 2007) und fast 80% sind zumindest zeitweise Mitglied (BMFSFJ, 2009). Sie können einen wichtigen Beitrag zur Sozialisation leisten, idealer Weise unter Rück- und Einbezug der Familien und möglichst wenig sozial selektiv. Mit der in den 1970er Jahren entwickelten „Trimmy-Kampagne“ existiert in Deutschland ein erfolgreiches **bevölkerungsbezogenes Modell eines familienorientierten Ansatzes** (Mörath, 2005). Allerdings können Vereine entsprechende Bedarfe sowohl qualitativ als auch quantitativ oft zu wenig bedienen. Zudem gehen Entwicklungen der „Versportlichung der Kindheit“ (Brinkhoff & Sack 1999) oft an den Vereinen vorbei, weil Trendsportarten wie Skating oder Basketball von Vereinen vielfach nicht aufgegriffen werden.



Als weiteres wichtiges Setting gelten die etwa 8.000 Jugendfreizeiteinrichtungen in Deutschland mit etwa 20.000 hauptamtlich Mitarbeitenden (Pothmann & Thole, 2005). Sie werden überdurchschnittlich oft von **sozial benachteiligten und/oder migrantischen Jugendlichen** genutzt, wenngleich die Datenlage hier insgesamt lückenhaft ist (BMFSFJ, 2006). Sie bieten zahlreiche Ansatzpunkte für familiäre Gesundheitsförderung, wenngleich kritisiert wird, dass entsprechende Angebote (insb. Suchtprävention) vielfach noch zu stark **defizitorientiert** sind (BMFSFJ, 2009).

### Weitere Lebensphasen

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), **Mehrgenerationenleben** und auch Konzepten der **Seniorenbetreuung** und **Angehörigenpflege** sowie insgesamt mit familiärem **Zeitmanagement** („Work-Life-Balance“) (Kolip & Lademann, 2013). Entsprechende Präventionsbedarfe und -potenziale werden in diesem Lehrbuch in anderen Kapiteln angesprochen und sollen an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden, weil auch diese Lebensphasen Teilaspekte für eine vollständige Darstellung familiärer Gesundheitsförderung darstellen.

### 4. Belastete Lebenslagen von Familien

In einer *horizontalen* Betrachtung familiärer Gesundheitsförderung werden die Lebensphasen eher als Eckpunkte betrachtet, im Zentrum stehen hier die jeweiligen besonderen **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 Familien in belasteten Lebenslagen jeweils ein differenziertes und hoch sensibles Vorgehen angezeigt.

Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (**AGG**) von 2006 gelten sechs Gruppen als schutzbedürftig: „Ziel des Gesetzes ist es, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“, heißt es in § 1 AGG, das sich insgesamt vor allem als Diskriminierungsschutz begreift. Das AGG verweist insofern rechtlich verbindlich darauf, dass gerade Menschen in belasteten Lebenslagen einer besonderen Förderung bedürfen und darauf Anspruch haben. Ein solcher proaktiver Diskriminierungsschutz besteht auch in der Gesundheitsförderung mit der Norm des § 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V, nach dem die primärpräventiven Leistungen „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“.



Benachteiligungen und Diskriminierungen stellen Belastungsfaktoren dar und korrelieren mit Risiken für familiäre bzw. hier insbesondere kindliche Entwicklungen, jedoch nicht in dem eigentlichen Faktor begründet, sondern vielmehr – bedingt durch die Benachteiligung - als **Determinanten für Adversionsrisiken**. So können Benachteiligungen ein niedriges Bildungsniveau, einen geringen sozioökonomischen Status und weitere Risiken begründen.

Verschiedene Referenzsysteme zur Einschätzung familiärer Adversionshinweise ("Family Adversity Index" nach Rutter & Quinton, 1977) basieren auf der Bayley-Skala der Säuglings- und Kleinkind-Entwicklung. Seit 2006 liegt hier mit Bayley-III eine neuere Version vor. Es handelt sich bei den Bayley-Scales um Standardmessungen, die ursprünglich von der Psychologin Nancy Bayley (2006) in den 1960er Jahren konzipiert und vorgenommen wurden. Zu den Bayley-Skalen liegen zahlreiche Modifikationen und Anpassungen an deutsche Lebens- und Sozialverhältnisse vor (u.a. Mannheimer Eltern-Fragebogen, vgl. Laucht u.a., 2000; vgl. auch die nachstehend in Tabelle 2 dokumentierte Skala).

Tabelle 2: Family Adversity Index nach Rutter & Quinton, 1977 (hier modifiziert nach: Wolf-Kühn & Geene, 2009)

<b>Risikofaktoren</b>
Niedriges Bildungsniveau
Psychische Erkrankungen/ Suchterkrankungen
Delinquenz oder zerrüttete Familie
Schlechte Alltagsbewältigung
Elterliche Disharmonie, Partnerkonflikte
Frühe Elternschaft
Ein-Eltern-Familie
Unerwünschte Schwangerschaft
Beengte Wohnverhältnisse, belastendes Wohnumfeld
Mangel an sozialer Unterstützung
Chronische Belastungen
Niedriger sozioökonomischer Status



Diese familienbezogenen Belastungs- und Risikofaktoren erschweren ein gesundes Aufwachsen der Kinder. Weitere und **z.T. ausdifferenzierte Risikofaktoren** für Kindesentwicklung bestehen in längerer Trennung (über zwei Wochen) von primärer Bezugsperson im ersten Lebensjahr, Geburt eines jüngeren Geschwisters in den ersten beiden Lebensjahren, Geschwister mit einer Behinderung, ernste oder häufige Erkrankungen in der Kindheit, außerfamiliäre Unterbringung sowie elterlicher Alkohol- und Drogenerkrankungen (im Überblick: Egle u.a., 2016). Die Risikofaktoren korrelieren stark mit späteren psychischen Störungen sowie kriminellem Verhalten insbesondere bei jungen Männern, wobei die internationale Studienlage auf die kumulative Wirkung von Belastungsfaktoren in der Kindheit verweist – je mehr Risikofaktoren, desto höher die Eintrittswahrscheinlichkeit.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass familiäre Prozesse hier auf den Blickwinkel kindlicher Entwicklungen verengt wird. Aus subjekt- und kinderrechtsorientierter Perspektive wird hier entgegen gehalten ist, dass Kinder nicht nur „Zukünftige“ („Becomings“), sondern auch „Seiende“ („Beings“) sind (Liebel, 2013). Zudem erweisen sich auch etwa ein Drittel der hochbelasteten Kinder als „**resilient**“, d.h. dass sie trotz hohen Belastungsfaktoren kaum Erkrankungen bzw. Delinquenzen entwickeln (Egle u.a., 2016).

### Familienarmut

Ein überlagerndes Thema entsprechender Belastungen und Risiken ist Kinderarmut, wobei aus Armutsforschung (u.a. Schulze u.a., 2013) und Familiensoziologie (u.a. Dienel, 2002) darauf hingewiesen wird, dass es sich dabei tatsächlich um **Familienarmut** handelt. In Studien konnte dargestellt werden, dass im Lebensverlauf das Armutsrisiko an keiner Stelle so einschneidend wirkt wie in der Phase der Familienentstehung<sup>1</sup>. In dieser Phase treffen Einnahmeausfälle (durch verringerte oder gestoppte Erwerbstätigkeit, z.B. durch Mutterschutz- oder Elternzeit) und erhöhtem Finanzbedarf (durch familienwerdungsbedingte Unkosten, z.B. Wohnraumbedarf, Babyausstattung) zusammen (ebd.).

Durch die 1985 eingeführte Stiftung Mutter Kind und das Erziehungsgeld (2005 abgelöst durch Elterngeld) sind Maßnahmen ergriffen worden zur Reduktion dieser Armutsfälle. Diese Regelungen greifen jedoch bei SGB II-Leistungsempfänger/innen nicht, weil zusätzliche Mittel auf dem Hintergrund des Subsidiaritätsprinzips mit dem Regelsatz nach Hartz IV nicht greifen, denn hier werden zusätzliche kindbezogene Mittel von der jeweiligen monatlichen Unterstützung abgezogen. 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 (Klundt, 2017).

Familiäre Gesundheitsförderung orientiert zunächst auf Verhinderung oder Begrenzung von Armut, z.B. durch Anwaltschaft für günstigen Wohnraum oder Vermittlung von Handlungswissen über

---

<sup>1</sup> Es wird an dieser Stelle allgemein von Familienentstehung bzw. Familienwerdung gesprochen. Der üblicherweise geläufige Begriff „Familiengründung“ ist zu ungenau, denn er impliziert eine bewusste Entscheidung zur Gründung einer Familie. Dies ist jedoch häufig nicht gegeben.



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 Kinderreisen).

### Alleinerziehende

Das Risiko für Familienarmut ist besonders hoch bei Familien mit **allein erziehenden** Elternteilen. Insbesondere bei **nicht-schulpflichtigen Kindern** betrifft dies in weit überwiegender Anzahl Frauen/ Mütter (Rattay u.a., 2014), für die es mithin eine **Statuspassage** darstellt bis zur Verselbstständigung der Kinder oder aber einer (neuen) Partnerschaft (Hancioglu, 2015). Darüber hinaus wird ‚alleinerziehend‘ auch als (umstrittener und statistisch schwer zu erfassender) **Sammelbegriff einer Reihe unterschiedlicher Lebensformen** bezeichnet, die u.a. mit Begriffen wie Einelternfamilien, Trennungsfamilien oder Folgefamilien eingegrenzt werden, wobei die Kinder z.T. ausschließlich mit einem Elternteil, z.T. **im Wechselmodell** mit beiden Elternteilen leben. Nach allen Berechnungen leben mindestens 20 % aller Kinder nur bei einem Elternteil, wobei ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen ist (Lenze & Funcke, 2016). Sowohl alleinerziehende Eltern (Sperlich u.a., 2011) als auch Kinder von Alleinerziehenden (Rattay u.a., 2014) weisen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf, der in den Bereichen psychischer Gesundheit, Gesundheitsverhalten (u.a. Obst- und Gemüseverzehr) sowie subjektivem Gesundheitsempfinden auch nach Sozialstratifizierung signifikant ist (ebd.).

Familiäre Gesundheitsförderung kann ansetzen in spezifischen Settings für Alleinerziehende (z.B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18) oder zur Unterstützung bei Elternkonflikten (z.B. Familienbildung, insb. Familienberatung) sowie zur Verbesserung von Rahmenbedingungen (z.B. Bedarfssensibilisierung in kinderbezogenen Settings mit der 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 Alleinerziehend und der Stigmatisierungsgefahr dieser Zuschreibung empfiehlt sich auch hier 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 Suchterkrankungen

Eine gravierende Belastung stellt für Familien eine elterliche Erkrankung dar. Als besonders häufig gelten **Suchterkrankungen**, wobei diese wiederum stark mit Armutsfaktoren korrelieren. Schätzungen nennen dabei zwei bis drei Millionen betroffene Kinder in Deutschland, wobei



insbesondere ein hoher Anteil an elterlichem Alkoholmissbrauch vermutet wird (AGJ, 2010). Dies verweist aber auch hier auf einen schwierig abzugrenzenden Bereich zwischen akuten Kindeswohlgefährdungen bei starken und häufigen Rauschzuständen durch Medikamenten-, Drogen- und/oder Alkoholmissbrauchs und eher schwachen Formen einer zwar unerfreulichen, aber weithin kulturell akzeptierten Alkoholisierung, die z.T. sogar noch die Schwangerschaft umfasst<sup>2</sup>.

Deutlich ist ein hoher Präventionsbedarf, der sich einerseits auf die suchterkrankten Eltern(teile) bezieht mit primärpräventiven Angeboten 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 (Moesgen u.a., 2017). Insbesondere die Suchtselbsthilfe, auch für Angehörige, ist hier ein wichtiger Bezugspunkt.

### **Psychische Erkrankungen von Eltern**

Eine der Anzahl nach geringere, aber ebenfalls bedeutsame Problematik ist die von psychischen Erkrankungen von Eltern. Hier wird von einer Prävalenz von etwa 60.000 Müttern und Vätern ausgegangen. Die **Erkrankungen werden aber oftmals nicht erkannt oder** nicht behandelt und sind zudem gegenüber Formen der psychischen Stimmungsschwankungen **schwer abgrenzbar** (Lenz, 2016).

Als präventionsrelevant gelten hier insbesondere Formen der Postpartalen Depressionen oder der sog. „Baby-Blues“ bei Müttern nach Geburt, denen mit niedrigschwelligen Frühen Hilfen begegnet werden sollte, um eine Chronifizierung zu einer psychischen Erkrankung zu verhindern (Pillhofer u.a., 2016).

### **(Entstehende) Behinderungen und Erkrankungen von Kindern**

Eine andere, mitunter vorherige Problematiken ergänzende gravierende Belastung stellt es für Familien dar, wenn Kinder körperliche, geistige und/oder auch seelische Entwicklungsverzögerungen oder auch Behinderungen aufweisen bzw. sich diese in der frühen Kindheit manifestieren bzw. chronifizieren. Um solche Belastungen zu verhindern bzw. zu begrenzen, ist eine Prävention von Frühgeburtlichkeit (WHO, 2012) wichtig sowie ggf. eine niedrigschwellige Begleitung durch Sozialpädiatrische Zentren und Angebote der Interdisziplinären Frühförderung, die nach SGB XI als sog. „Komplexleistungen“ angeboten werden (Klein, 2009).

Eine frühe Form solcher Erkrankungen können Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme (sog. „Regulationsstörungen“) darstellen, die etwa jedes 5. Kind betreffen und sich bei jedem zweiten davon chronifizieren (Cierpka u.a., 2007). Insbesondere die Schreibabyproblematik tritt häufig auf

---

<sup>2</sup> Alkohol kann in der Schwangerschaft schon in geringen Mengen schädigend für das ungeborene Kind sein. Dennoch tranken nach den Ergebnissen der KiGGS-Studie 14 % der Schwangeren zumindest gelegentlich Alkohol, wobei der Konsum in der Gruppe mit hohem Sozialstatus am häufigsten, in der Gruppe der Migrantinnen am geringsten ist (Bergmann u.a. 2007). Dies verweist auf ein hohes Aufklärungsdefizit (BMG 2017).



(Korczak u.a., 2013) und bedarf einer frühzeitigen, multidisziplinären Unterstützung der Eltern im Rahmen von Babysprechstunden und Schreibabyberatung (BMG, 2017).

### **Chronische Erkrankungen / „Neue Morbidität“**

Im weiteren Lebensverlauf entstehende bzw. sich verstärkende Erkrankungen können sich ebenfalls zu besonderen Belastungen entwickeln. In der Kindheit treten hier – verstärkt wahrgenommen auch durch verstärkte Diagnostik sowie ein zunehmend verbessertes Betreuungs- und Versorgungsangebot – insbesondere psychische Erkrankungen auf, aber auch Allergien, Übergewicht/ Adipositas sowie ADHS. Bei allen genannten Befunden ist die Datenlage uneinheitlich, inwiefern bzw. ggf. wie umfänglich diese zunehmen (zu den entsprechenden KiGGS-Auswertungen vgl. u.a. Krause & Lampert, 2014; Mauz & Kamtsiuris, 2015; Schlack u.a., 2014).

Unstrittig ist aber der Präventionsbedarf, wobei insbesondere im Bereich von Kinderübergewicht/ Adipositas die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Relevanz hoch bewertet wird (Schorb, 2014). Angezeigt sind hier 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 sowie Marktsteuerung durch Subventionierung gesunder Lebensmittel und Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln, Zuckersteuer u.ä.; im Überblick: NICE, 2012, vgl. auch Babitsch u.a., 2016). In der frühen Kindheit werden Still- und Bindungsförderung zur Prävention eines metabolischen Syndroms empfohlen (Wabitsch, 2014).

### **Pflegefamilien und Kinderheimgruppen**

Kinder, die aus diversen Gründen nicht bei ihren Eltern leben können, werden als sog. „Hilfen zur Erziehung“ gemäß §§ 34f SGB VIII in Pflegefamilien und Kinderheimgruppen untergebracht. Diese (Profi-)Familien sind stark belastet, 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 (Dörr, 2009). Zudem sind kaum spezifische Ansätze erkennbar, wenngleich dringend notwendig, wie Forschungsergebnisse zeigen (im Überblick: Kindler u.a., 2011; Wolf, 2015).

Zumindest sind Heime, wie auch alle anderen stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, seit 2016 (Änderung durch das Präventionsgesetz) zur Gesundheitsförderung verpflichtet, sie müssen entsprechende Maßnahmen gemäß § 45 SGB VIII 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.





### 5. Handlungsmaxime der familiären Gesundheitsförderung

Die Beispiele für Belastungen und Bewältigungsaufgaben in den einzelnen, jeweils spezifisch und detailliert zu betrachtenden **Lebensphasen** und **Lebenslagen** hat die Anforderungen an familiäre Gesundheitsförderung bereits skizziert und erste Umsetzungsbeispiele aufgezeigt. Das Folgekapitel widmet sich nun der Fragestellung der **handlungsleitenden Prinzipien** für familiäre Gesundheitsförderung.

Dabei muss zunächst der besonderen **Autonomie von Familien** Rechnung getragen werden. Familie keine Lebenswelt im Sinne des Settingansatzes der WHO (WHO, 2015). Auch Gesundheitsförderung in Lebenswelten (gemäß dem durch das Präventionsgesetz von 2015 neu eingeführten § 20a SGB V) adressiert Familien nur indirekt über die Settings Kita und Schule sowie Kommune, und hier insbesondere über Familienbildung (Geene & Reese, 2016).

### Fürsprache, Kompetenzförderung und Koordination als Kernstrategien

Wie für alle Ansätze der Gesundheitsförderung, bilden die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta auch für die familiäre Gesundheitsförderung Handlungsmaxime (Geene & Rosenbrock, 2012).

### Advocacy-Ansatz

Der Advocacy-Ansatz, die 1. Kernstrategie der Ottawa-Charta, verpflichtet alle Professionellen zu einer empathischen Haltung gegenüber Familien. Der Advocacy-Ansatz sieht eine parteiliche, anwaltschaftliche Fürsprache vor.

Familiäre Gesundheitsförderung zielt in Umsetzung des Advocacy-Ansatzes prioritär auf politische Interessenvertretung von Familien insgesamt sowie Eltern und Kindern in ihrem jeweiligen familiären Bezug. Gefordert ist unter dem Blickwinkel, Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten. Es sind also nicht die Eltern oder Familien, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen ihrer Lebenswelten, die vorrangig unterstützend und (gesundheits-)förderlich zu gestalten sind.

Die Entwicklungsaufgabe liegt darin, die vielen unterschiedlichen Stimmen der Familiendienstleistungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung so zusammenzuführen, dass für Familien „die gesunde Wahl die einfachere Wahl“ ist ( „The aim must be to make the healthier choice the easier choice“, heißt es in der Ottawa-Charta der WHO von 1986). In jüngeren Diskussionen wird auch von „Nudging“ (dt. für „leichtes Anstupsen“, vgl. Krisam u.a., 2017) gesprochen, durch das gesundheitsorientiertes Verhalten leicht umsetzbar und attraktiv gemacht werden soll.

Dies ist allerdings eine Aufgabe von hoher Komplexität, denn insbesondere sozial belastete Familien mit Kindern stehen vor vielfältigen bürokratischen Aufgaben, nicht nur im Kontakt mit



Krankenkassen und Kinderärzten und -ärztinnen, sondern vor allem auch im Zusammenhang mit Jobcenter/Arbeitsagentur, Kinder- und Jugendhilfe, mitunter auch Sozialhilfe, örtlichen Schul- und Bildungsträgern und weiteren sozialen Strukturen.

### Kompetenzentwicklung

Familien mit Gesundheitsförderung direkt zu adressieren, erfordert daher insbesondere, Eltern praktisch Rat und Tat anzubieten und ihnen leicht gängige Wege zu bahnen, sich selbst und ihren Kindern bestmögliche Optionen für ein unbeschwertes Leben in Gesundheit und Wohlbefinden zu eröffnen. Damit wird Kompetenzentwicklung als zweite Kernstrategie der Ottawa-Charta angesprochen. Mit den Konzepten des Empowerments (Stark, 2000) sowie „Health Literacy“ (Kickbusch & Maag, 2006) sind die Anforderungen an Kompetenzentwicklung weiter ausdifferenziert beschrieben worden.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ sind dazu **Modellprojekte** (z. B. Familienzentren), neue **Dienstleistungen** (z. B. Familienhebammen) und **Methoden** (z. B. Eltern-AGs) zur Kompetenzförderung vor oder unmittelbar nach der Geburt als „Good Practice“ identifiziert worden (Lehmann u.a., 2010). Viele der so ausgezeichneten Projekte fungierten später als Modellprojekte Früher Hilfen (Renner & Heimeshoff, 2010); Familienhebammen wurden als Förderschwerpunkt im Rahmen der späteren Bundesinitiative Frühe Hilfen ab 2012 ausgewählt (s.ºu.). Die in der Gesundheitsförderung zuständigkeithalber etwas unklar verorteten Projekte fanden so eine neue Förderlinie.

Gerade die Funktion der **Familienhebamme**, auch über den Betreuungsbogen der Hebamme rund um die Geburt (Sayn-Wittgenstein, 2007) hinaus, füllt eine Versorgungslücke der Primärprävention, insb. hinsichtlich der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Behörden und Institutionen im Rahmen lokaler Netzwerke früher Hilfen.

### Vermittlung und Vernetzung

Gemäß der dritten Kernstrategie der Ottawa-Charta sind **Vermittlung und Vernetzung** Handlungsmaxime. Daraus ist unmittelbar die Forderung nach einem abgestimmten Vorgehen der beteiligten Akteurinnen und Akteure abgeleitet, die neben Ämtern und weiteren öffentlich-rechtlichen sowie freien Trägern, Bildungsträgern oder Wohnungsbaugesellschaften auch zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure („**Whole-of-Society-Approach**“, WHO Euro, 2012) umfassen. Sie alle sind gefordert, kinder- und familienfreundliche Lebenswelten zu entwickeln, insbesondere für **Familien in schwierigen Lebenslagen** sowie für **familiäre Übergänge** (Transitionen).



In zahlreichen Kommunen wird schon seit einigen Jahren in diesem Sinne vernetzt und vermittelt gearbeitet. Modellhaft stehen dafür die Kommunen Dormagen sowie Monheim, die ebenfalls als Modelle guter Praxis ausgewiesen wurden. Mit dem Kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ (Gold & Lehmann, 2012) bzw. später umbenannt in „Gesundheit für alle“ haben sie ein bundesweites Forum erhalten und sind nun stärker anschlussfähig. Dies wirkt sich auch innerhalb der Kommunen positiv aus, weil das Programm **Brücken zwischen Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe** aufzeigt. Mit dem Begriff der „Präventionsketten“ wurde ein – wenn auch bezüglich der Wortwahl umstrittenes (Kilian & Lehmann, 2014) – Label gewählt, mit dem „ein kontinuierlicher Prozess, der immer wieder neue Impulse und Anpassungsleistungen an die sich ändernden kommunalen Rahmenbedingungen erfordert“ (ebd.: 45), initiiert wird.

Ein zentrales Element der Präventionsketten besteht in der Unterstützung gelingender Übergänge nach dem **Transitions-Ansatz**. Dabei ist neben dem Übergang vom Elternhaus in Tagespflege oder Kita insbesondere die Transition im Rahmen der Familienwerdung zu fokussieren (Geene & Borkowksi, 2017).

Die praktische Umsetzung der Handlungsmaxime bedarf eines detaillierten Blickes auf die jeweiligen Adressatengruppen, wobei insbesondere ihre **Partizipation** zu fördern ist. Im Rahmen des 10-Phasen-Modells der Gesundheitsförderung rund um die Geburt haben wir dies entlang von Interviews mit 153 jungen Müttern (Wolf-Kühn & Geene, 2009) ausgewertet. Die entsprechenden Ergebnisse bilanziert, beispielhaft für den Bereich den ersten drei Schwangerschaftsmonate, *Tabelle*

3

Tabelle 3: Beispiele für Gesundheitsförderung in der Orientierungsphase der Schwangerschaft

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung/ Präventionsbedarfe und -potenziale
<b>2. Phase: Orientierung</b>  Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. Schwangerschaftswoche (SSW) (pränatal, 1. Trimenon)	Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft  Beginn körperlicher Veränderungen	<u>Physiologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bewältigung körperlicher Veränderungen</li> <li>➤ Umgang mit mögl. Symptomen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Fehlen von Symptomen</li> </ul> <u>Psychologisch:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene</li> <li>➤ Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen</li> </ul> <u>Sozial:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sorgen und Ängste</li> <li>➤ Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung</li> </ul>	<u>Advocate:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schwangerschafts(konflikt)beratung</li> <li>➤ Ggf. niedrigschwellige Bereitstellung der „Pille danach“ (postkoitale Empfängnisverhütung)</li> <li>➤ Positive „Begrüßungskultur“ des neuen Zustandes durch alle beteiligten Akteurinnen und Akteure</li> </ul> <u>Enable:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hilfe bei Entscheidungsfindung, v.a. durch umfassende Bereitstellung von ergebnisoffenen Informationen</li> <li>➤ Präventivmedizinische Informationen</li> <li>➤ Aufklärung</li> <li>➤ Hilfe bei Partnerkommunikation</li> </ul> <u>Mediate:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Qualifizierung von Schwangerschaftsberatung, Gynäkologen und Hebammen als erste Lotsen für Schwangere; Multiplikatorenangebote</li> <li>➤ Niedrigschwelliger und anonymer Zugang zu Schwangerschaftsinformationen, auch über relevante Settings</li> <li>➤ Aktivierung von sozialem Kapital</li> </ul>



### 6. Methoden und Strategien der familiären Gesundheitsförderung

#### Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung/ Primärprävention

Eine breite Umsetzung dieser Handlungsmaxime familiärer Gesundheitsförderung sollte im Rahmen einer abgestimmten Strategie erfolgen. Dies kann kommunal erfolgen, idealer Weise aber auch gestützt von bevölkerungsweiten sowie individuellen Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention. Dabei sind Maßnahmen der Verhältnisprävention deutlich aufwändiger, jedoch auch erfolgversprechender als reine Verhaltensbotschaften. Es ist zu reflektieren, dass eine Reduktion auf Gesundheitsverhalten zu gegenteiligen Effekten führen kann, weil die sozial bereits Benachteiligten durch weitere moralische Verpflichtungen zusätzlich belastet und bei Nichterfüllen stigmatisiert werden können.

Ein Modell für ein abgestimmtes Vorgehen bietet die nachfolgende *Tabelle 4*.

	<b>Information, Aufklärung, Beratung/ Verhaltensprävention</b>	<b>Beeinflussung des Kontextes/ Verhältnisprävention</b>
<b>Individuum</b>	<p><u>I</u>, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwangerschaftskonfliktberatung</li> <li>• (frauen- oder kinder-) ärztl. Präventionsempfehlung</li> <li>• Information zu Frühen Hilfen,</li> <li>• Präventionskurs zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz,</li> <li>• Beratung zur Kindersicherheit</li> <li>• Geburtsvorbereitungskurs</li> </ul>	<p><u>II</u>, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• präventiver Hausbesuch</li> <li>• Begleitung durch Familienhebammen</li> <li>• Niedrigschwellige Unterstützung durch Familienpatinnen und -paten</li> <li>• Maßgeschneiderte Übergänge (Transitionen) gemäß spezifischen familiären Wünschen &amp; Bedarfen</li> </ul>



<b>Set tin g</b>	<u>III.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Elterneinbeziehende) Sexuaufklärung in Jugendeinrichtungen</li> <li>• Sucht- und Drogenberatung in Familienzentren</li> <li>• Flyer zu familienbezogenen Sportangeboten in Kitas, Schulen oder Jobcentern</li> <li>• Beratung zur Übergängen</li> </ul>	<u>IV.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerke Frühe Hilfen</li> <li>• Präventionsketten</li> <li>• Familiäre Selbsthilfeförderung</li> <li>• Community-Aufbau von Familien in belasteten Stadtteilen (z.B. türkische Familientreffs, Väter-, Mutter-, Kindgruppen oder Eltern-AGs)</li> <li>• Selbsthilfeförderung bei vulnerablen Gruppen (z.B. suchtblasteten Familien, schwangeren Prostituierten)</li> <li>• Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung in Kitas</li> <li>• Leitbildentwicklung ‚gute gesunde Schule‘</li> <li>• Transitionskonzepte von Geburtshilfe, Kitas und Schulen</li> </ul>
<b>Be völ ker un g</b>	<u>V.</u> , z.B. Aufklärung durch Kernbotschaften, z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Stillen tut gut“</li> <li>• „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren“</li> <li>• „Fahrradhelme für Kinder“</li> </ul>	<u>VI.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktionsprogramm Frühe Hilfen</li> <li>• Kommunaler Partnerprozess</li> <li>• Multimodale Kampagnen zur Stillförderung</li> <li>• Familiäre Bewegungskampagnen (z.B. Trimm-Dich-Kampagne)</li> </ul>

Tabelle 4: Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung/ Primärprävention, eigene Darstellung in Anlehnung an SVR, 2005

Diese hier erweiterte, in der Grundstruktur als „Typen und Arten der Primärprävention“ zunächst von Rolf Rosenbrock (2004) und später vom Sachverständigenrat für das Jahresgutachten 2005 konsentrierte Tabelle der Primärprävention stellt sechs unterschiedliche Typen der Primärprävention dar mit der Schlussfolgerung, dass Primärprävention dann erfolgreich ist, wenn – wie in den beispielgebenden Fällen der AIDS-Prävention (Geene, 2000) und der Trimm-Dich-Kampagne des „Trimmis“ mit familien- und gemeinschaftsbezogenen Bausteinen (Mörath, 2005) – eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen zusammen wirken, koordiniert im Rahmen einer Dachkampagne und zugleich getragen durch möglichst aufeinander abgestimmte individuums- und kontextbezogene Maßnahmen.

Dabei stellen jeweils die **Aspekte der Verhältnisprävention die wesentliche Herausforderung** dar. So können verhältnis- bzw. strukturgestützte Kampagnen wie das Aktionsprogramm Frühe Hilfen oder auch eine Trimm-Dich-Kampagne die Grundlagen dafür bieten, dass auch auf Ebene der Settings (Kommunen, Familienbildung, Kitas, Schulen) sowie in den



Lebensverhältnissen einzelner Familien (z.B. über Familienhebammen oder ärztliches Präventionsmanagement) konkrete Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden.

Einem solchen Modell eines integrierten Konzepts familiärer Gesundheitsförderung folgend, sollten die verhältnispräventiven Aktivitäten zur Kontextbeeinflussung durch entsprechende individuelle, setting- oder bevölkerungsbezogene Beratung, Information und Bewerbung im Sinne von präventiven Kernbotschaften, z.B. zur Stillförderung, flankiert werden.

In der Praxis dominieren jedoch häufig Verhaltensbotschaften ohne Kontextbezug und verhältnispräventive Rahmung und können so, statt zu Verminderung sozial und geschlechtsbezogener Ungleichheit beizutragen, diese sogar noch verstärken. Die Anbindung an übergreifende Strategien und Kernbotschaften ist daher eine zentrale **Qualitätsanforderung** an familiäre Gesundheitsförderung.

Das übergeordnete 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, lokal und überregionalen Gesundheits-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Einkommens-, Sozial-, Bildungs-, Wohnungs- und Verkehrspolitik. Durchgreifende und nachhaltige Erfolge kann familiäre Gesundheitsförderung dann erzielen, wenn sie als Teil der expliziten Gesundheitspolitik mit einer guten, familienstützenden Sozialpolitik („implizite Gesundheitspolitik“) zusammen wirkt.

## 7. Zusammenfassung

Familiäre Gesundheitsförderung ist eine komplexe Gestaltungsaufgabe. Sie kann konzeptionell eingegrenzt werden entlang lebensphasenspezifischer Bewältigungsaufgaben, die im Beitrag für die Lebensphase rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit skizziert sowie zur weiteren Kindheit, Adoleszenz bis hin zum Erwachsenenalter mit Anforderungen an pflegende Angehöriger angedeutet werden. Sie sollte ergänzend aber auch unter Berücksichtigung belasteter Lebenslagen dargestellt werden, deren zentrale Bedeutung einerseits über familiäre Adversionsanzeichen, andererseits konkret über Armut, Isolation/ Alleinerziehen, elterlichen Erkrankungen, Regulationsproblematiken sowie spezielle Familienlagen dargestellt werden können. Advocacy, Enabling und Mediating bilden dabei Handlungsmaxime.

Angebote der familiären Gesundheitsförderung sollten stets spezifisch an den jeweiligen Bedarfslagen ausgerichtet sein. Sie sollten keinesfalls stigmatisieren, sondern Familien vielmehr über Sozialräume, Settings und in ihren spezifischen Lebensphasen unterstützen. Idealerweise folgen sie verhältnispräventiv ausgerichteten Leitprozessen, an die sich leicht umsetzbare Kernbotschaften anschließen, und der perspektivische Anspruch, salutogen zu denken und zu handeln.



### Literatur- und Quellenangaben:

- AGJ (2010). Kinder von erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe vom 27. April 2010. Hamburg: AGJ.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016). Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Verlag W. Bertelsmann, Bielefeld
- Babitsch, B., Geene, R., Hassel, H., Kliche, T., Bacchetta, B., Baltus, S., ... & Rosenfeldt, D. (2016). Kriterienkatalog zur Systematisierung konzeptioneller Ansätze in der universellen Prävention von Kinderübergewicht. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitschutz, 59(11), 1415-1422.
- Bayley, N. (2006). "Bayley scales of infant and toddler development: administration manual". Harcourt Assessment. San Antonio, T
- Bergmann, K.E., Bergmann, R.L., Ellert, U., Dudenhausen, J.W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, 50, 670–676.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). 12. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Drucksache 15/6014. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009). 13. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg..) (2013). 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Drucksache 17/12200. Berlin: BMFSFJ.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2017). Gesundheit rund um die Geburt. Gesundheitsziel des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. Bonn: BMG.
- Borkowski S., Schmitt A. (2013) Ressourcenorientierung in der Elementarpädagogik. In: Geene, R., Höppner, C., Lehmann, F. (Hrsg) Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim, S 279-304
- Brinkhoff, Klaus-Peter & Sack, Hans-Gerhard (1999). Sport und Gesundheit im Kindesalter. Der Sportverein im Bewegungsleben der Kinder. Weinheim: Juventa.
- Brisch, K.H. (2005). Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In W. V. Suchodeletz, Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe. S. 23-43.
- Butler J, Nguyen Q (2013) Einrichtungsbesuch und Kindergesundheit im Bezirk Berlin-Mitte. Berlin
- Cierpka, Manfred; Stasch, Michael & Groß, Sarah (2007). Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der Frühen Kindheit in Deutschland. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 34. Köln: BZgA.
- Dadaczynski, K., Paulus, P., Nieskens, B., & Hundeloh, H. (2015). Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung–Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. Zeitschrift für Bildungsforschung, 5(2), 197-218.
- De Haan & Duveneck 2017
- Deutscher Bundestag (2015) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 17.06.2015. Drucksache 18/5261
- Dienel, C. (2002). Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme. Weinheim: Juventa.
- Dörr M (2009). Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Verfügbar unter: [https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs/Expertenband\\_Kap\\_5\\_2\\_Doerr\\_AK\\_LK\\_P.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertenband_Kap_5_2_Doerr_AK_LK_P.pdf) [30.08.2017].
- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz, 59(10), 1247-1254.
- Geene, R. (2000). AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt a.M.
- 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
- 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.





# ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

## Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,  
20. und 21. März 2018  
an der TU Berlin

- Geene R; Reese M (2016). Handbuch Präventionsgesetz – Neuregelungen der Gesundheitsförderung in Deutschland. Frankfurt: Mabuse.
- Geene, R., Richter-Kornweitz, A., Strehmel, P., & Borkowski, S. (2016). Gesundheitsförderung im Setting Kita. Prävention und Gesundheitsförderung, 11(4), 230-236.
- Geene, R./Thyen, U./Quilling, E./Bacchetta, B. (2016). Familiäre Gesundheitsförderung. Prävention 11. S. 222-229.
- 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. Weinheim: Beltz Juventa. 228-261.
- Geene R; Borkowski S (2017). Transitionsansatz und Frühe Hilfen: Wie erleben junge Mütter den Prozess der Familienwerdung?. In: Fischer J; Geene R (Hrsg.). Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Weinheim: Beltz Juventa. 211-227.
- Gloger-Tippelt, Gabriele (1988). Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gold, C., & Lehmann, F. (2012). Gesundes Aufwachsen für alle! Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA.
- Gröhe, F. (2003). Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Göttingen: Vanderhoek/Ruprecht.
- Hancioglu M (2015) Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit. Fakultät für Sozialwissenschaft. Ruhr-Universität, Bochum
- Hurrelmann K (2006) Einführung in die Sozialisationstheorie. Beltz, Weinheim
- Jurczyk, K./Lange, A./Thiessen, B. (Hrsg.). (2010). Doing Family - Familienalltag heute. Weinheim: Juventa.
- Kickbusch, Ilona & Maag, Daniela (2008). Health Literacy. In: Heggenhougen, Kris & Quah, Stella (Hrsg..). International Encyclopedia of Public Health, Vol 3. San Diego: Academic Press, 204-211.
- Kindler, Heinz; Helming, Elisabeth; Meysen, Thomas; Jurczyk, Karin (Hrsg..) (2011). Handbuch Pflegekinderhilfe. Verfügbar unter: [http://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/pkh/DJI\\_Handbuch\\_Pflegekinderhilfe.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/pkh/DJI_Handbuch_Pflegekinderhilfe.pdf) [30.08.2017].
- Kilian H, Lehmann F (2014) Präventionsketten. J Gesundheitsf, 2:42-45
- King V (2013). Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz. Individuation, Generativität und Geschlecht in modernisierten Gesellschaften. Wiesbaden: Springer VS.
- Klein, G. (2009). Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen – Eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hrsg..). Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber, 99-107.
- Klundt, M. (2017). Kinderpolitik. Eine Einführung in Praxisfelder und Probleme. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kolip, P., Lademann, J. (2012). Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz-Juventa, 517-540.
- 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 Schreieambulanzen. HTA-Bericht 124. Köln: DIMDI.
- Krause, L., & Lampert, T. (2014). Statusspezifische Unterschiede im Auftreten von Übergewicht und Adipositas beim Übergang vom Kindes- in das Jugendalter – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Das Gesundheitswesen, 76(06), 377-384.
- Krisam, M., von Philipsborn, P., Meder, B. (2017). Nudging in der Primärprävention: Eine Übersicht und Perspektiven für Deutschland. In: Gesundheitswesen 2017; 79(02): 117-123. DOI: 10.1055/s-0042-121598
- Lampert, T./Kuntz, B./KiGGS Study Group (2015). Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6(1) 1–22. URL: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015\\_1\\_gesund\\_aufwachsen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.pdf?__blob=publicationFile) [Letzter Abruf: 19.09.2017].
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie Vol. 29, No. 4, 246-262. doi:10.1026//0084-5345.29.4.246
- Lenz, A. (2016). Kinder psychisch kranker Eltern – Hilfebedarfe und Versorgungssituation der Familien. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 65(4), 226-230.
- Lenze, A., Funcke, A. (2016) Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh



# ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

## Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,  
20. und 21. März 2018  
an der TU Berlin

- Lehmann, F., Köster, M., Brandes, S., Bräunling, S., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Linden, S., Wehen, M., Reker, N. (2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung konkret. Band 5. 4. Auflage. Köln: BZgA.
- Liebel M (2013). Kinder und Gerechtigkeit, Über Kinderrechte neu nachdenken. Weinheim / Basel: Beltz Juventa
- Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (2006). Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- Maihofer, A., Böhnisch, T, Wolf, A. (2001). Wandel der Familie. Zukunft der Gesellschaft, Arbeitspapier 48. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung. [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_arbp\\_048.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_048.pdf) [Letzter Zugriff: 05.08.2017]
- Mauz, E., & Kamtsiuris, P. (2015). Familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf psychische Störungen, Adipositas und Allergien im Lebenslauf–Vertiefungsstudie im Rahmen der KiGGS-Welle 2. Das Gesundheitswesen, 77(08/09), A156.
- Merten, R. (2010). Armut von Kindern – Bildungslaufbahn und Bildungserfolg. In G. Holz & A. Richter-Kornweitz (Hrsg.), Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? (S. 66–80). München: Reinhardt.
- Mey, Günter (2013). Perspektiven einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013). Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 165-202.
- Müller, C. (2011). Kommunale Bildungslandschaften als Entwicklungsraum früher Bildung, Betreuung und Erziehung. Münster: Waxmann.
- 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. Berlin: WZB.
- Moesgen, D., Klein, M., Dyba, J., Deutschland, N. A. C. O. A., Calhoun, S., Conner, E., ... & Lester, B. M. (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft–Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. Suchttherapie, 18(02), 65-72.
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). Pregnancy clinical guidelines. Verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byTopic&o=7261> [24.07.17].
- Nationale Präventionskonferenz (2016) Bundesrahmenempfehlungen. Verabschiedet am 19. Februar 2016 auf der 2. Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz
- NZFH, 2014
- Ohlbrecht, H. (2010). Die Lebenswelten von Familien und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit In: Hackauf, H. & Ohlbrecht, H. (Hrsg.). Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim: Juventa. S. 136-159.
- Olk T (2013) Alle Kinder gezielt fördern. DJI impulse, 1:16-18
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Hoffmann, T., & Paul, M. (2016). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. Köln: NZFH.
- Pothmann, J., Thole, W. (2005). Ein Blick in den Zahlenspiegel. In: Deinet, U., Sturzenhecker, B. (Hrsg.). Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit. Wiesbaden: VS. 344-353.
- Preissing, C., Schneider, B. (2012) Die gute gesunde Kita gestalten. Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita – Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Rattay, P., Lippe, E. von der & Lampert, T. (2014). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57 (7), 860–868.
- Richter, M., Kruse, C., Steckling, N. (2010). Ungleiche Gesundheitschancen im Jugendalter. Eine internationale Perspektive. In: Hackauf Horst & Ohlbrecht Heike (Hrsg.). Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim: Juventa. S. 18-43.
- Richter-Kornweitz A (2011) Gesundheitsförderung und Kindertagesstätten. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. BZgA, Köln, S 246-249
- Rauschenbach, T. (2006). Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld: W. Bertelsmann
- Rauschenbach, T. (2016). Informelles Lernen – Bilanz und Perspektiven. In: Harring, Marius/Witte, Matthias D./Burger, Timo (Hrsg.). Handbuch informelles Lernen. Interdisziplinäre und internationale Perspektiven. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 803-816
- Renner, I., Heimeshoff, V. (2010). Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln: NZFH.
- RKI Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin



# ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

## Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,  
20. und 21. März 2018  
an der TU Berlin

- Rosenbrock R (2004) Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A (Hrsg) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliches Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S 7-149
- Rutter, M., Quinton, D. (1977). Psychiatric disorders – ecological factors and concepts of causation. In: M. Gurk (Ed.). Ecological factors in human development. Amsterdam: North Holland.
- Sandvoss & Hermann-Biert, 2017
- Sann, A, Geene, R., Paul, M. (2013). Frühe Hilfen – ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien. In: Geene, R., Höppner, C., Lehmann, F. (Hrsg.). Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbesuch zur Kindergesundheit. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 361-388.
- Sayn-Wittgenstein, F. (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Huber.
- Sperlich, S., Arnold-Kerri, S. & Geyer, S. (2011). Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 54 (6), 735–744
- Schlack, R., Mauz, E., Hebebrand, J., & Hölling, H. (2014). Hat die Häufigkeit diagnostizierter Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zugenommen? Prävalenz und Trend elternberichteter Diagnosen zu zwei Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012)-Ergebnisse der KiGGS-Studie–Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 57.
- Schnabel, P.-E. (2001). Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.
- Schorb, F. (2014). Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem: Gesellschaftliche Wahrnehmung und staatliche Intervention (Vol. 24). Springer-Verlag.
- Schulze, R., Richter-Kornweitz, A., Klundt, M. & Geene, R. (2013). Kinderarmutsforschung im Wandel. In R. Geene, C. Höppner & F. Lehmann (Hrsg.), Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt (S. 327–360). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Speck, K., Olk, T. (Hrsg.) (2010). Forschung zur Schulsozialarbeit. Weinheim: Juventa.
- Stark, Wolfgang (2002). Über die Schwierigkeit, sich einzumischen: Bürger/innenbeteiligung, soziale Utopien und Grundlagen einer partizipativen Politik. In: Geene, R., Graubner, S., Papiés-Winkler, I., Stender, K.P. (Hrsg.). Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität. Berlin: b\_books, 188-221.
- Steinbach, D., Hartmann, S. (2007). Demografischer Wandel und organisierter Sport. Projektionen der Mitgliederentwicklung des DOSB für den Zeitraum bis 2030. In: Sport und Gesellschaft. Jahrgang 4, Heft 3. 223-242
- Thiessen, B. (2014). Lebenswelt Familie verstehen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) & Felsenweg-Institut (Hrsg.). Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-, Gesundheits-, und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger. Köln: NZFH. Verfügbar unter: <https://tinyurl.com/y8nqxs3n> [Zugriff am 17.08.2017].
- Viernickel, S., Fuchs-Rechlin, K., Strehmel, P. u.a. (Hrsg.) (2016). Qualität für alle. Wissenschaftlich begründete Standards für die Kindertagesbetreuung, Herder, Freiburg
- Wabitsch, M. (2014). Adipositas. In Pädiatrie (pp. 248-255). Springer Berlin Heidelberg.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2012). Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Abrufbar unter: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf) [Letzter Zugriff: 08.09.2017]
- WHO Euro Regionalbüro für Europa (2012). *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.* Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020> (letzter Zugriff: 24.09.17).
- WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2015). Healthy Settings. Verfügbar unter [http://www.who.int/healthy\\_settings/en/](http://www.who.int/healthy_settings/en/) [Letzter Zugriff: 08.09.2017]
- Wolf, K. (Hrsg.) (2015). Sozialpädagogische Pflegekinderforschung. Heilbrunn: Klinkhardt.
- Wolf-Kühn, N., Geene, R. (2009). Früherkennung und Frühe Hilfen. Unterstützung junger Mütter. In: Geene, R., Gold, C. (Hrsg.). Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber.



# ARMUT UND GESUNDHEIT 2018

## Der Public Health-Kongress in Deutschland

Dienstag und Mittwoch,  
20. und 21. März 2018  
an der TU Berlin

### **Kontakt**

Prof. Dr. Raimund Geene

Alice Salomon Hochschule

Berlin School of Public Health

Alice Salomon Platz 5

12627 Berlin

[geene@ash-berlin.de](mailto:geene@ash-berlin.de)

[www.ash-berlin.de](http://www.ash-berlin.de)

<https://bsph.charite.de>