



Hauptsache gesund!

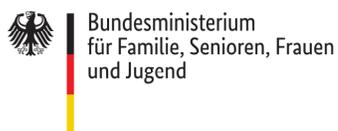
DOKUMENTATION 32

Fachtagung der eaf

18./19. September 2019

in Riesa

Die eaf dankt dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) für die finanzielle Unterstützung und allen Mitwirkenden für ihren Beitrag.



Dokumentation Nr. 32
Fachtagung der eaf 2019

Herausgeberin
evangelische arbeitsgemeinschaft familie (eaf) e.V.
Auguststraße 80
10117 Berlin

tel 030 283 95 400
fax 030 283 95 450

mail info@eaf-bund.de
web www.eaf-bund.de

Konzeption der Tagung Holger Adolph
Redaktion Beate Wolter, Cornelia Lange
Gestaltung Lachs von Achtern
Layoutumsetzung Katharina Pfuhl
Titelbild Adobe Stock
Fotos Katharina Pfuhl

INHALTSVERZEICHNIS

GRUSSWORT

Regina Kraushaar Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz	Seite 5
---	---------

VORTRÄGE

Thomas Altgeld Was leisten Familien für die Entstehung von Gesundheit? Was brauchen Familien für ihre Gesundheit?	Seite 8
Prof. Dr. med. Thomas Elkeles Familiengesundheit, Kindergesundheit und soziale Ungleichheit	Seite 9
Katja Beckmüller Netzwerk Gesunde Kinder in Brandenburg: Für einen gesunden Start ins Leben – Ein Angebot der Gesundheitsförderung für junge Familien mit Kindern	Seite 18
Ulrike von Haldenwang Wissenschaftliche Begleitforschung des "Netzwerkes Gesunde Kinder in Brandenburg"	Seite 20

ARBEITSGRUPPEN

Arbeitsgruppe 1 – Karolin Königsfeld Gesundheit, Familienbildung und Familienerholung	Seite 26
Arbeitsgruppe 2 – Antje Krause Beratung als Baustein zur Verbesserung der Mutter-, Vater-, Kindergesundheit	Seite 30
Arbeitsgruppe 3 – Ute Jochmann Familienstudie der AOK – Gesundheit und Bewegung	Seite 32

REFERENTEN / REFERENTINNEN	Seite 42
-----------------------------------	----------

Der Vortrag von Dr. h. c. Jürgen Gohde ist leider nicht in der Dokumentation enthalten.

GRUSSWORT

REGINA KRAUSHAAR

Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz



Regina Kraushaar

Sehr geehrter Herr Oberlandeskirchenrat,
sehr geehrte Frau Prof. Dr. Gerhard,
sehr geehrte Frau Riemann-Hanewinkel,
sehr geehrte Frau Brackelmann,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Gäste,

vielen Dank für Ihre Einladung zur Jahrestagung der evangelischen arbeitgemeinschaft familie e. V. (eaf). Die eaf ist uns als landesweit tätiger Familienverband ein seit langem geschätzter und engagierter Partner. Gerne erinnere ich mich an die Eröffnung der Ausstellung der eaf „So leben wir - Familien in Sachsen im Porträt“ in unserer Landesvertretung in Berlin. Sie werden morgen ebenfalls die Gelegenheit haben, die Ausstellung zu besuchen – ich lege Ihnen den Besuch ausdrücklich ans Herz.



Gut, dass Sie als Tagungsort in diesem Jahr die sächsische Stadt Riesa ausgewählt haben.

Sie werden feststellen, dass Riesa weit mehr als das bekannte fantastische Nudelsortiment zu bieten hat. Am ersten September-Wochenende fand hier der Tag der Sachsen statt und es wurde deutlich, dass Riesa sich, wie so viele ostdeutsche Städte nach der Wende, neu orientieren musste.

Und man konnte sehen: Riesa ist das mit dem Aus-

bau seines sportlichen Profils und der Entwicklung zur Sportstadt in hervorragender Weise gelungen. Talentierte Kinder finden hier eine exzellente Nachwuchsförderung vor.

Auch der Breitensport und die Förderung von Sport- und Freizeitangeboten für die ganze Familie sind der Stadt ein Anliegen.

Und hier sind wir auch mitten im Thema Ihrer Jahrestagung: „Hauptsache gesund!“

Uns allen geht es heute mal weniger um die medizinischen Aspekte der Thematik, als vielmehr um die familien- und sozialpolitische Dimension.

Aber auch hier dürfte gelten: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Familiengesundheit kann wachsen und stabil sein, wenn Familie ein Ort der Gemeinschaft ist.

Das Erleben, dass Menschen bereit sind, füreinander



einzustehen und dauerhaft Verantwortung zu übernehmen, ist schon für sich alleine heilsam – weil dieses Erleben Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, was wiederum die seelische Gesundheit wesentlich beeinflusst.

Darüber hinaus dürften wir uns einig sein: Familien sind die ersten und oft auch die nachhaltigsten, wenn es darum geht, Gesundheitswissen weiterzugeben.

Häufig passiert dies intuitiv von Generation zu Gene-

ration. Das umfasst ganz einfache Fragen, wie z. B. „Wie ziehe ich mich Jahreszeit und Wetterverhältnissen entsprechend an?“. Aber auch der Wadenwickel bei hohem Fieber, der Salbeitee bei Halsschmerzen, das Kamillenbad für den entzündeten Finger bis zur Pflege bei erkrankten Angehörigen – all das macht so ein „Grund-Gesundheitswissen“ in Familien aus.

Den Eltern (und oft genug den Großeltern) kommt also eine zentrale Rolle zu, wenn es darum geht, Familiengesundheit zu fördern und die Grundsteine für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Kinder zu legen.

Für die meisten Kinder sind ihre Eltern, Großeltern und Geschwister die Vorbilder, von denen sie im täglichen Miteinander Verhaltensweisen unbewusst übernehmen.



Die AOK Familienstudie 2018 konnte bspw. belegen: Wer sich bereits als Kind gemeinsam mit den Eltern bewegt hat, bleibt auch als Erwachsener körperlich aktiv.

Und denken Sie beispielsweise an feste Regeln und Rituale wie das gemeinsame Frühstück und Abendessen, der festlich gedeckte Tisch an einem Sonntag.

Jeder von uns hat jetzt sicherlich ein Bild vor Augen. Wer den Wert des gemeinsamen Essens erlebt hat, wird es vermissen und selbst motiviert sein, es fortzuführen, wenn er oder sie einen eigenen Haushalt und Familie hat.

Es ist also sehr bedeutsam, wie gut es Eltern gelingt, ihre Vorbildfunktion zu erfüllen und ihren Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Das wiederum hängt in erheblichem Maße davon ab, welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen und welchen Belastungen sie in ihrem Alltag ausgesetzt sind.



Gesunde Verhaltensweisen und Familiengesundheit fangen also im Kleinen an.

Der Kinder- und Jugendreport der DAK aus dem Jahr 2018 belegt übrigens die Zusammenhänge zwischen Elternhaus und Kindergesundheit recht eindrücklich. Den größten Einfluss auf die Kindergesundheit hat demnach das Bildungsniveau der Eltern.

Laut DAK-Report sind Kinder, in deren Elternhäusern ein vergleichsweise geringer Bildungsstatus existiert, ca. 3- bis 5-mal so häufig von krankhaftem Übergewicht, Karies sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen betroffen wie das Kinder von Akademikereltern sind.

Und hier, meine sehr geehrten Damen und Herren, können und müssen wir ansetzen. Der Schlüssel ist Bildung. Gesundheitsbildung. Sie muss noch stärker in Kitas und Schulen verankert werden.

Eine wichtige Grundlage haben wir durch unsere sächsische Landesrahmenvereinbarung zur Gesundheitsförderung und Prävention bereits geschaffen.

Einige von Ihnen haben vielleicht sogar mitgewirkt – ich würde es mir jedenfalls wünschen und gebe schon mal bekannt, dass diese Vereinbarungen regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden.

Wir wollen dabei auch Strukturen stärken und Angebotslücken schließen, damit die, die an Gesundheitsförderung nicht so einfach partizipieren können, profitieren. Wir gehen in die Lebenswelten, wie Kita, Schule und Betrieb.

Einer der vier großen Zielbereiche ist „Gesundes Aufwachsen“. Dabei engagieren wir uns in Sachsen bspw. für ein gesundes Verpflegungsangebot an Kitas und Schulen – eben in der Lebenswelt gesundes Essen zu bieten und auf diese Weise Gesundheit in die Lebenswelt „einzuweben“.

Die Kita oder die Schule wird als Ort der Gesundheit gestärkt, um die Eltern bei der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Kompetenzen bei ihren Kindern zu unterstützen.

Gleichzeitig brauchen wir neben dieser Gesundheitsbildung eine Familienbildung, die sich stärker als bisher mit Themen zur Gesundheit beschäftigt und Angebote macht.

Hierfür gibt es bereits vorzeigenswerte Programme, ich denke hier z. B. an das Netzwerk Gesunde Kinder in Brandenburg, das Ihnen morgen vorgestellt wird.

Wir haben in Sachsen seit 2011 mit unseren Familien-



gesundheitspaten ein ähnliches Angebot zur Gesundheitsförderung aufgelegt.

Angebote sind das Eine. Die Familien müssen sie auch kennen. Und da kann ich nur sagen: Achtung, noch besser werden.

Und zwar sage ich das auch ganz konkret an unsere Adresse im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Der Alltag von Familien fordert häufig alles. Und den kleinen Rest, der an Kraft bleibt, werden die Familien bspw. nicht für aufwendige Recherchen nutzen.

Deshalb entwickeln wir derzeit ein datenbankgestütztes Internetportal, das es Familien ermöglichen soll, thematisch in ihrem Umkreis nach aktuellen Veranstaltungen, Bildungs- und Beratungsangeboten zu suchen.

Die eaf Sachsen unterstützt uns hierbei tatkräftig – haben Sie dafür vielen Dank, liebe Frau Brackelmann. Das Portal soll Ende des Jahres in Betrieb genommen werden.

Die zielgerichtete Unterstützung von Familien durch unterschiedlichste Maßnahmen der Familienförderung und Familienbildung ist uns sehr wichtig.

Wir haben in den Haushaltsjahren 2019 und 2020 insgesamt über 5,9 Millionen Euro zur Verfügung – ich kann sagen, dass der Landtag unsere Familienpolitik also auch finanziell sehr unterstützt.

Zwei Beispiele:

Familien, die wenig zeitliche und finanzielle Ressourcen besitzen, unterstützen wir mit Zuschüssen zu gemeinsamen Familienurlaube und Freizeiten.

Auch der Familienpass des Freistaates Sachsen wird gut angenommen. Durch diesen Pass können Familien kostenfrei verschiedenste Museen und Schlösser besuchen und gemeinsam Zeit verbringen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Großen und Ganzen geht es den Familien in Deutschland und speziell in Sachsen gut.

Den Datenanalysen unserer Krankenkassen zufolge haben viele Eltern allerdings nach wie vor mit Zeitmangel, finanziellen Sorgen und Problemen in der Beziehung zu kämpfen. Stehen Eltern unter Druck, wirkt sich das auch auf das Familienleben und die eigene Gesundheit sowie die Gesundheit der Kinder aus.

Familien brauchen daher unsere beständige Unterstützung – bspw. auch bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Hier schließe ich Familien, in denen Pflegeverantwortung wahrgenommen wird, ausdrücklich mit ein.

Ich wünsche mir, dass es uns gemeinsam künftig noch besser gelingt, die gesundheitlichen Ressourcen von Familien zu stärken und ihnen mit familien- und gesundheitsbildenden Angeboten das nötige Rüstzeug für ein gesundheitsbewusstes Verhalten mitzugeben.

Ich freue mich auf den weiteren Abend und wünsche Ihnen für den morgigen Tag spannende Vorträge und Seminare.



VORTRAG



Thomas Altgeld

WAS LEISTEN FAMILIEN FÜR DIE ENTSTEHUNG VON GESUNDHEIT? WAS BRAUCHEN FAMILIEN FÜR IHRE GESUNDHEIT?

Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Thomas Altgeld von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen spannte als erster Vortragender einen großen Bogen an Schnittmengenthemen zwischen Familien- und Gesundheitspolitik auf.

Gesundheit umfasst viele Aspekte des Alltags: Bewegung, Ernährung, finanzielle Lage, Qualität von Beziehungen u. v. m. Bekannt ist die WHO-Festlegung „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Gebrechen.“ (WHO 1948) Gemessen an diesem Maßstab ist Gesundheit gar nicht einfach zu erlangen.

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland orientiert sich am „Freisein von Gebrechen“. Gesundheitspolitische Ziele werden selten mit den Zielen anderer Politikbereiche zusammen gedacht, z. B. mit familienpolitischen. Auch richten sich die gesundheitspolitischen Ziele auf den Einzelnen unter Ausblendung seines sozialen Zusammenhangs, wie z. B. der Familie.

Die vielen Akteure im Gesundheitsgeschehen tragen dazu bei, dass es viele verschiedene Programme und Initiativen gibt, meist mit durchaus begrüßenswerten Zielen. Aber alle werden einzeln initiiert und beworben, überdies ist eine Konzentration auf leicht erreichbare Zielgruppen zu verzeichnen. Ein Zusammenhang wird meist nicht hergestellt, wie z. B., dass ausreichend Bewegung bei Kindern die körperliche und geistige Gesundheit fördert, ausreichend Bewegung in der Kindheit ein gutes Fundament für das gesamte Leben legt, dadurch die Entwicklung von Freude an Bewegung entstehen kann, Übergewicht vorgebeugt und das Immunsystem gestärkt wird etc. Die Zersplitterung von Aktivitäten schwächt die Wirksamkeit der einzelnen

Kampagnen und Programme und führt zu „Präventionsmüdigkeit“ bei den Zielgruppen.

Der Programmaktionismus steht in auffälligem Gegensatz zu klaren politischen Vorgaben. Es gibt in Deutschland weder Werbeverbote für Alkohol noch eine gesundheitsorientierte Lebensmittelkennzeichnung oder eine Geschwindigkeitsbegrenzung auf Autobahnen, um nur einige Problembereiche zu nennen. Stattdessen wird in derartigen Themen eher auf Selbstverpflichtungen gesetzt, die, wie oben beschrieben, manchmal zu entsprechenden Kampagnen führen, die wiederum alle Verantwortung beim „mündigen Verbraucher“ sehen.

Herr Altgeld belegte durch verschiedene Statistiken den Zusammenhang von Armut und Gesundheit. Insbesondere ist bei Kindern aus armen bzw. armutsgefährdeten Familien die körperliche Koordinationsfähigkeit, die deutschen Sprachkenntnisse wie auch die selektive Aufmerksamkeit geringer, als in Familien mit auskömmlichen Einkommen. (Ausführlicher zu dieser Thematik siehe den Beitrag von Thomas Elkeles in dieser Dokumentation.)

Zusammenfassung: Insa Schöningh

Dieser QR-Code führt zur Präsentation des Vortrags:



Oder: <https://www.eaf-bund.de/documents/Dokumentationen/Altgeld.efa.riesa.ohneBilder..pdf>

VORTRAG

FAMILIENGESUNDHEIT, KINDERGESUNDHEIT UND SOZIALE UNGLEICHHEIT

Hochschule Neubrandenburg



Prof. Dr. med.
Thomas Elkeles

EINLEITUNG

Auch in entwickelten und wirtschaftlich prosperierenden Gesellschaften wie der Bundesrepublik Deutschland hält nach wie vor soziale Ungleichheit an oder verstärkt sich teilweise sogar. Dies zeigt sich sehr deutlich auch in den gesundheitlichen Lebensverhältnissen.

Schon im Jahresgutachten 2005 stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fest:

„In epidemiologischen Studien zum Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand wurde dargelegt, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (d. h. mit einer niedrigen Bildung, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem niedrigen Einkommen) überproportional häufig einen beeinträchtigten Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung aufweisen als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (socioeconomic status, SES).

Danach haben Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahren); für Frauen beträgt der entsprechende Unterschied fünf Jahre (81 gegenüber 86 Jahren)“ (SVR 2005, Ziffer 16).

Derartige Befunde, die dem sozialstaatlichen Eigenanspruch und dem Gerechtigkeitsempfinden in unserer Gesellschaft entgegenstehen, haben sich seitdem verfestigt (Lampert et al. 2019). Wenn sich die soziale Ungleichheit in gesundheitlichen Verhältnissen bzw. deren Indikatoren äußert, spricht man auch von gesundheitlicher Ungleichheit – für manche eine Extremform sozialer Ungleichheit, die noch über die „übliche“ soziale Ungleichheit hinausgeht. Im Englischen unterscheidet man auch health inequalities (alle sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand) von health inequities (die als ungerecht empfundenen sozialen Un-

terschiede im Gesundheitszustand). In Deutschland besteht weitgehend gesellschaftlicher Konsens, dass die vorhandenen gesundheitlichen Ungleichheiten health inequities, also nicht legitimierbar, sind.

Bevor in diesem Beitrag eine Auswahl empirischer Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit – zunächst allgemein, dann speziell für Kinder und Jugendliche bzw. Familien – und letztlich Ansatzmöglichkeiten und -felder für zumindest deren Reduktion vorgestellt werden, sollen bereits vorab einige Erklärungsansätze für deren Zustandekommen dargelegt werden, auch weil sich aus der allerdings meist komplexen Kausalität die Ansatzpunkte für entsprechendes Handeln in Familien-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik (um nur einige aus dem intersektorellen Set von „Health in All Policies“, nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, zu nennen) ergeben und ergeben müssen.

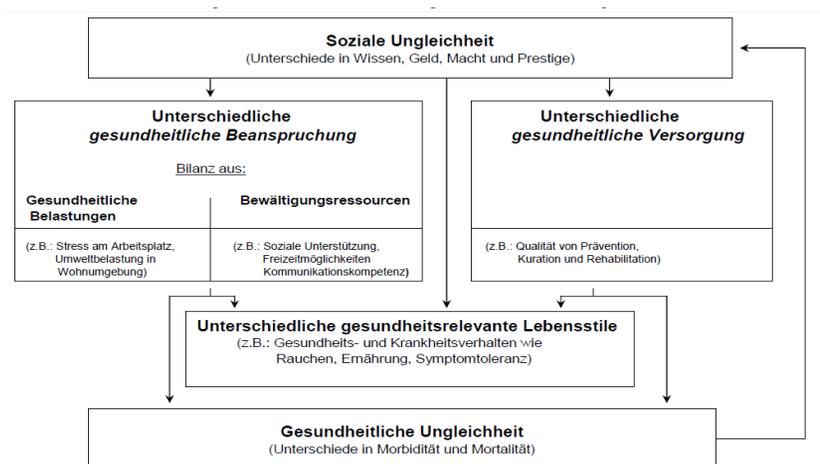
Ein Schema zu den Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zeigt Abbildung 1. Dieses betrachtet soziale und gesundheitliche Ungleichheit nicht nur in einer Wirkungsrichtung, sondern als zwei Pole, die sich gegenseitig beeinflussen können. Einerseits kann soziale Ungleichheit gesundheitliche Ungleichheit entstehen lassen und verstärken, andererseits kann aus gesundheitlicher Ungleichheit wiederum eine Reproduktion und auch Verstärkung sozialer Ungleichheit resultieren. Dieses kann über mehrere Vermittlungsglieder transmittiert werden, die sich teilweise untereinander bedingen, aber auch teilweise voneinander unabhängig wirken können.

Das häufig anzufindende Korrelat eines ungünstigen Gesundheitsverhaltens, z. B. Rauchen, kann als subjektiv eingesetztes Bewältigungshandeln von psychosozialen Beanspruchungen und Belastungen mit

direktem oder auch mit indirektem Wirkungspfad verstanden werden. Zu diesem speziellen Beispiel ist bekannt, dass ein Teil der gesundheitlichen Ungleichheit über „individuelles“ Verhalten wirkt, ein anderer Teil davon aber auch, bei statistischer Kontrolle, unabhängig davon zustande kommt. Nicht nur den mannigfaltigen Belastungen und geringeren Kompetenzen

Wir haben Grund zu der Annahme, dass nicht nur die – teilweise recht gut empirisch belegte – sozial unterschiedliche Nutzung, sondern auch die sozial unterschiedliche Qualität der Versorgung in Deutschland bei der gesundheitlichen Ungleichheit eine Rolle spielt (Abb. 1).

Abb. 1: Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Elkeles/Mielck (1997)

und Ressourcen bei sozialer Ungleichheit entspricht ein Kausalpfad, sondern ein anderer potentieller Kausalpfad muss auch – wie einige Befunde belegen – in der unterschiedlichen (medizinisch-)gesundheitlichen Versorgung angenommen werden.

Der international klassische Grund, dass es an Versorgung absolut fehlt bzw. diese nur gegen individuelle Zahlungen – und damit gerade für die Bedürftigsten faktisch nicht – verfügbar ist, ist in Deutschland mit seinem auf Bismarck zurückgehenden Sozialversicherungssystem im Grundsatz ausgeschlossen, auch wenn es einige Grenzfälle gibt. Auch bei dieser international günstigen Konstellation, bei der es eigentlich ausgeschlossen sein müsste, dass gesundheitliche Ungleichheit dadurch entsteht, dass der Zugang zu Versorgung sozial unterschiedlich verfügbar ist, können faktisch dennoch (weiterhin) zwei Gründe für sozial ungleiche Versorgung vorhanden sein, und zwar

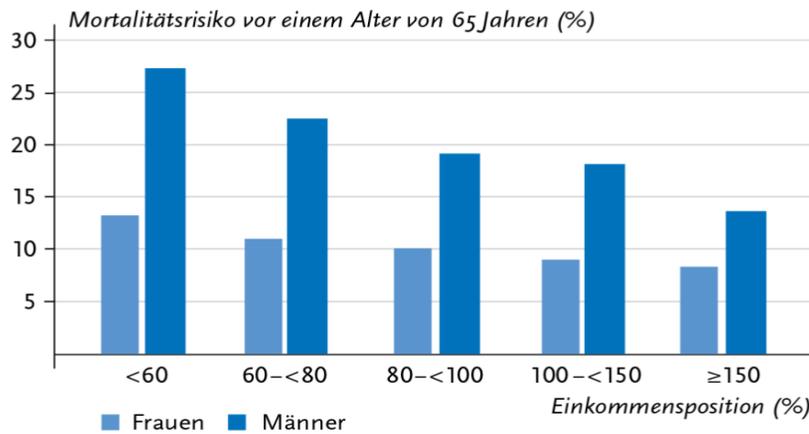
- > sozial unterschiedliche Quantität der Nutzung (Inanspruchnahme) des Versorgungssystems (bei – unterstellter – gleicher Wirksamkeit)
- > unterschiedliche Qualitäten, d. h. Wirkungsgrade des Versorgungssystems oder einzelner seiner Teile (bei gleichem Nutzungsgrad und Inanspruchnahme).

AUSWAHL ALLGEMEINER BEFUNDE

Empirische Untersuchungen zur gesundheitlichen Ungleichheit sind in Deutschland in den vergangenen Jahren in breiterem Maße dadurch möglich geworden, dass repräsentative Befragungsstudien im Quer-, teilweise auch im Längsschnitt, durchgeführt wurden, welche die Verknüpfung von sozialen und gesundheitlichen Indikatoren ermöglichen.

So ist die sog. vorzeitige Sterblichkeit (Sterblichkeit im Alter bis 65 Jahre) nach Einkommensklassen sozial ungleich verteilt, und zwar – bei unterschiedlich hohem Niveau zwischen Frauen und Männern (in nahezu allen Ländern der Welt haben heute Männer eine kürzere Lebenserwartung als Frauen) – sinkt das Risiko in annähernd linearer Weise mit dem Anstieg des Einkommensniveaus. In der niedrigsten Einkommensklasse ist die Mortalitätsdifferenz zum mittleren Einkommen am höchsten (Abb. 2).

Abb. 2: Vorzeitige Sterblichkeit nach Einkommensposition und Geschlecht in Deutschland 1992–2016



Quelle: Journal of Health Monitoring 2019 4(1), Abb. 3
 GBE des Bundes, „Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung“
 Datenbasis: SOEP, Periodensterbetafeln 1992-2016

Einen annähernd ebenso linearen Zusammenhang zeigt auch der Grad sozialer Integration mit dem Sterblichkeitsniveau. Je niedriger der Grad sozialer Integration und damit der Zusammenhalt in sozialen Gemeinschaften, über den Voraussetzungen zur Teilhabe an gemeinschaftlichen Gütern und Aktivitäten vermittelt werden, desto höher war in prospektiven Langzeitstudien die Sterblichkeit (Abb. 3).

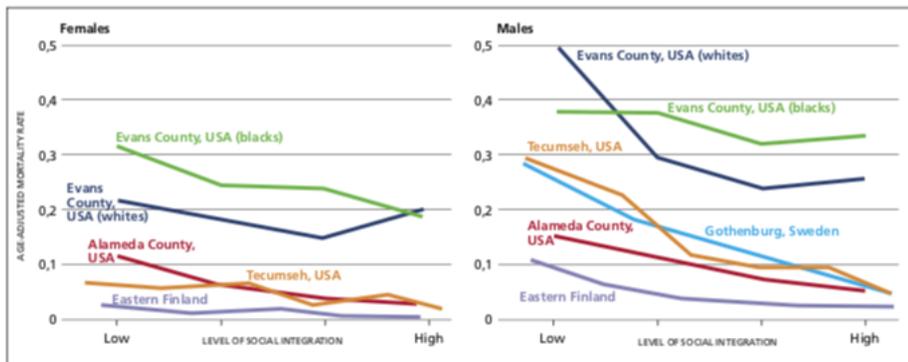
Solche Befunde ließen sich für die Erwachsenenbevölkerung fortsetzen, z. B. für die Selbsteinschätzung

Tabakkonsum, die sportliche Inaktivität, gesundheitliche Belastungen durch die Arbeit u. v. m. Dies soll im Folgenden fortgesetzt werden für Kinder und Jugendliche.

AUSWAHL VON BEFUNDEN ZUR GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Eine Übersicht über die Häufigkeit (Prävalenz) verschiedener Gesundheitsoutcomes bei 3- bis 17-Jährigen nach dem sozioökonomischen Status zeigt Tabelle 1. Hierbei sind Ergebnisse der bisher, seit der

Abb. 3 Grad der sozialen Integration und Mortalitätsniveau in fünf prospektiven Studien



Quelle: Weltgesundheitsorganisation (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. 2. Ausgabe., Abb. 6

des allgemeinen Gesundheitszustandes, krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, körperliche Schmerzen, spezifische Krankheiten, den

Basiserhebung 2003–2006, insgesamt drei vom Robert-Koch-Institut (RKI) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE; Elkeles 2019) des Bundes durchgeführten

Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zusammengestellt. Der sozioökonomische Status (SES) wurde hierbei anhand eines mehrdimensionalen SES-Index bestimmt, in den Fragebogenangaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem (bedarfsgewichteten) Haushaltsnettoeinkommen eingingen. Bei Gegenüberstellung einer niedrigen, mittleren und hohen Statusgruppe zeigt sich bei allen hier dargestellten Indikatoren eine deutliche Belastung der niedrigen SES-Gruppe. Über die Zeit sind bei einigen Indikatoren Verbesserungen (z. B. hat die Raucherprävalenz abgenommen), bei der körperlichen Aktivität allerdings eine Verschlechterung sichtbar. Die Differenz zwischen der niedrigen und der mittleren und der hohen Statusgruppe ist über die Zeit erhalten geblieben (Tab. 1).

In der Öffentlichkeit bekannt geworden als besonderes Problem der Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist die Häufigkeit des krankhaften Übergewichts (Adipositas). Tab. 2 ist zu entnehmen, dass bei Mädchen wie bei Jungen mit zunehmendem Alter die Adipositasprävalenz zunimmt. Über die Zeit hat sich der Anstieg der Übergewichts- und Adipositasprävalenz in der KiGGS-Basiserhebung im Vergleich zur Referenzpopulation nicht weiter fortgesetzt; seitdem unverändert und auf hohem Niveau stabil. Hierbei zeigt sich eine gegenüber der hohen Statusgruppe mehrfach erhöhte Adipositasprävalenz der niedrigen Statusgruppe (Tab. 2).

Einen weiteren Problemfall stellt das ADHS-Syndrom dar (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung). Wie dem von der Deutschen Angestelltenkasse (DAK) in Auftrag gegebenen Kinder- und Jugendreport

Tab 1. : Prävalenz der Gesundheitsoutcomes bei 3- bis 17-Jährigen nach sozioökonomischem Status in Deutschland 2003/06 bis 2014/17

	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)		KiGGS Welle 1 (2009–2012)		KiGGS Welle 2 (2014–2017)		p-trend
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	
Allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig bis sehr schlecht)							
Niedriger SES	11,4	(9,7–13,4)	10,6	(8,3–13,6)	7,7	(6,1–9,6)	0,003
Mittlerer SES	7,5	(6,8–8,3)	5,9	(5,1–6,7)	4,1	(3,5–4,6)	<0,001
Hoher SES	4,4	(3,7–5,3)	3,2	(2,5–4,1)	1,4	(1,0–1,9)	<0,001
Psychische Auffälligkeiten							
Niedriger SES	30,6	(28,3–33,1)	33,5	(29,6–37,6)	26,0	(23,3–28,9)	0,031
Mittlerer SES	19,0	(17,9–20,1)	19,0	(17,5–20,6)	16,1	(15,0–17,4)	0,002
Hoher SES	11,2	(10,3–12,2)	9,8	(8,6–11,3)	9,7	(8,7–10,8)	0,028
Geringe körperliche Aktivität							
Niedriger SES	–	–	11,9	(9,2–15,3)	15,4	(12,9–18,2)	0,094
Mittlerer SES	–	–	5,8	(5,1–6,7)	7,9	(7,1–8,8)	<0,001
Hoher SES	–	–	2,3	(1,7–3,1)	5,9	(5,0–6,9)	<0,001
Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke							
Niedriger SES	28,9	(26,4–31,5)	–	–	17,9	(15,7–20,3)	<0,001
Mittlerer SES	20,3	(19,0–21,6)	–	–	10,3	(9,3–11,4)	<0,001
Hoher SES	9,0	(7,9–10,3)	–	–	2,6	(1,9–3,4)	<0,001
Rauchen							
Niedriger SES	25,2	(22,4–28,3)	14,4	(11,1–18,5)	8,0	(5,6–11,4)	<0,001
Mittlerer SES	21,5	(19,8–23,2)	11,8	(10,4–13,4)	7,9	(6,8–9,2)	<0,001
Hoher SES	16,3	(14,2–18,7)	8,9	(7,1–11,1)	4,0	(2,8–5,6)	<0,001

* gewichtet an die Bevölkerungsstruktur im jeweiligen Untersuchungszeitraum, SES= sozioökonomischer Status, KI= Konfidenzintervall

Quelle: Journal of Health Monitoring 2019 4(1), Tab. 3

GBE des Bundes, „Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“

Datenbasis: Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009-2012, KiGGS Welle 2 (2014-2017)

Tab. 2: Adipositasprävalenz (> 97. Perzentil nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2014/17

Mädchen	%	(95 %-KI)	Jungen	%	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	5,5	(4,3–7,0)	Jungen (gesamt)	6,3	(4,9–8,0)
Altersgruppen					
3–6 Jahre	3,2	(1,6–6,3)	3–6 Jahre	1,0	(0,4–2,5)
7–10 Jahre	4,7	(2,9–7,5)	7–10 Jahre	6,8	(4,2–11,0)
11–13 Jahre	6,5	(3,6–11,3)	11–13 Jahre	8,0	(4,8–13,0)
14–17 Jahre	7,7	(5,2–11,4)	14–17 Jahre	9,2	(6,2–13,4)
Sozioökonomischer Status					
Niedrig	8,1	(4,7–13,7)	Niedrig	11,4	(7,2–17,7)
Mittel	4,7	(3,5–6,4)	Mittel	5,2	(3,6–7,5)
Hoch	2,0	(0,5–7,3)	Hoch	2,6	(1,1–5,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	5,9	(5,0–7,0)	Gesamt (Mädchen und Jungen)	5,9	(5,0–7,0)

KI = Konfidenzintervall

Quelle: Journal of Health Monitoring 2018 3(1), Tab. 2

GBE des Bundes, Fact Sheet „Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“

Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014-2017)

2018 zu entnehmen ist, sind im Jahr 2016 – verstärkt bei Jungen – nahezu der Hälfte der 15- bis 17-jährigen Jugendlichen Psychostimulantien verordnet worden (Tab. 3).

Soweit in Deutschland ein gesetzlicher Anspruch auf Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bzw. deren Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen für Kinder und Jugendliche besteht, zeigt sich – hier beispielhaft dargestellt an zahnärztlichen

Vorsorgeuntersuchungen – eine nicht den Empfehlungen entsprechende Inanspruchnahmerate – bei Rückgang von einem Viertel (2003/06) auf ein Fünftel (2014/17) – verstärkt bei Jungen, mit zunehmendem Alter und wiederum bei der niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe und auch bei Migrationshintergrund (Abb. 4).

Tab. 3: Verordnungsprävalenz von Psychostimulantien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS* im Jahr 2016 (in %)

Altersgruppe	Jungen	Mädchen	gesamt
< 1	0	0	0
1 – 5	1,4	0,3	1,1
6 – 9	23,6	17,9	22,1
10 – 12	47,4	34,3	44,0
13 – 14	52,1	39,7	49,2
15 – 17	48,5	38,4	45,9
Gesamt	37,5	27,6	34,9

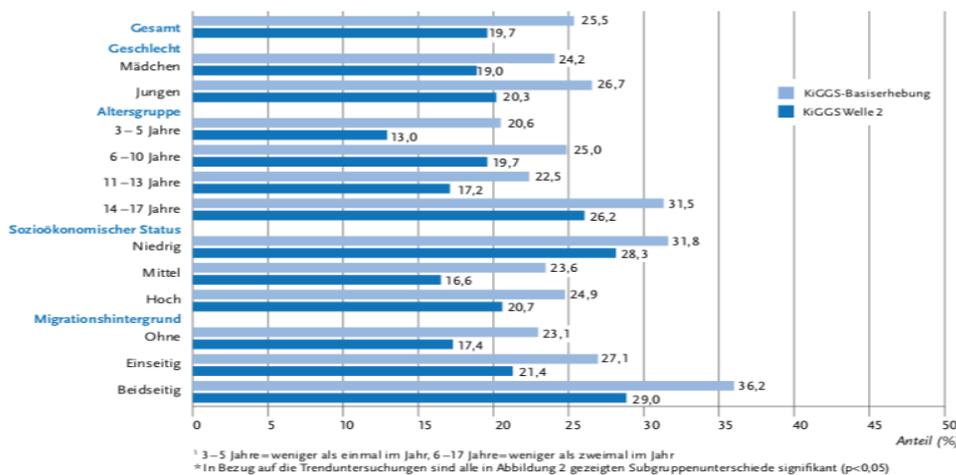
*ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

Quelle: Eigene Darstellung nach:

Tab. 17 in DAK-Gesundheit (Hrsg.: Storm, Andreas) (2018): Kinder- und Jugendreport 2018.

Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit. Heidelberg.

Abb. 4: Trend einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen bei 3- bis 17-Jährigen nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund 2003/06 – 2014/17



Quelle: Journal of Health Monitoring 2018 3(4), Abb. 2

GBE des Bundes, „KiGGS Welle 2 – Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland“

Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 2 (2014–2017)

AUSWAHL VON BEFUNDEN ZU BELASTUNGEN VON ELTERN

Aufschlüsse über indirekte und direkte Einflüsse auf die Familiengesundheit geben z.B. die von der AOK in regelmäßigem Abstand in Auftrag gegebenen Familienstudien. Leider sind diese nicht nach dem sozioökonomischen Status differenziert, aber doch nach dem Bildungsabschluss der Eltern. Den Zusammenhang von starkem oder sehr starkem Belastungsgefühl und den Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit zeigt Abb. 5.

Die Belastungen nehmen mit dem Alter der Kinder zu (Sander et al. 2018). An der Spitze der Belastungen ste-

hen zeitliche, finanzielle und psychische Belastungen. Die zeitliche Belastung der Eltern sank von 2014 auf 2018, blieb aber auf hohem Niveau, während partnerschaftliche Probleme wieder zunahmen (Abb. 6). Die zeitlichen Belastungen spiegeln sich auch in der Häufigkeit der Nennungen nicht realisierter Aspekte, die Müttern und Vätern bei der Bewältigung des Familienalltags helfen würden. Fast stets sind es die Mütter, die diese Aspekte häufiger nennen, auch beim Bedürfnis nach Beratungsangeboten und therapeutischen Gesprächen (Abb. 7). Etwa die Hälfte der Mütter und der Väter fühlen sich auch eher oder völlig unsicher in ihrer Elternrolle

Abb. 5: Verteilung der Eltern, die sich stark oder sehr stark belastet fühlen, differenziert nach Rahmenbedingungen ihrer Erwerbstätigkeit (in %), AOK-Familienstudie 2018

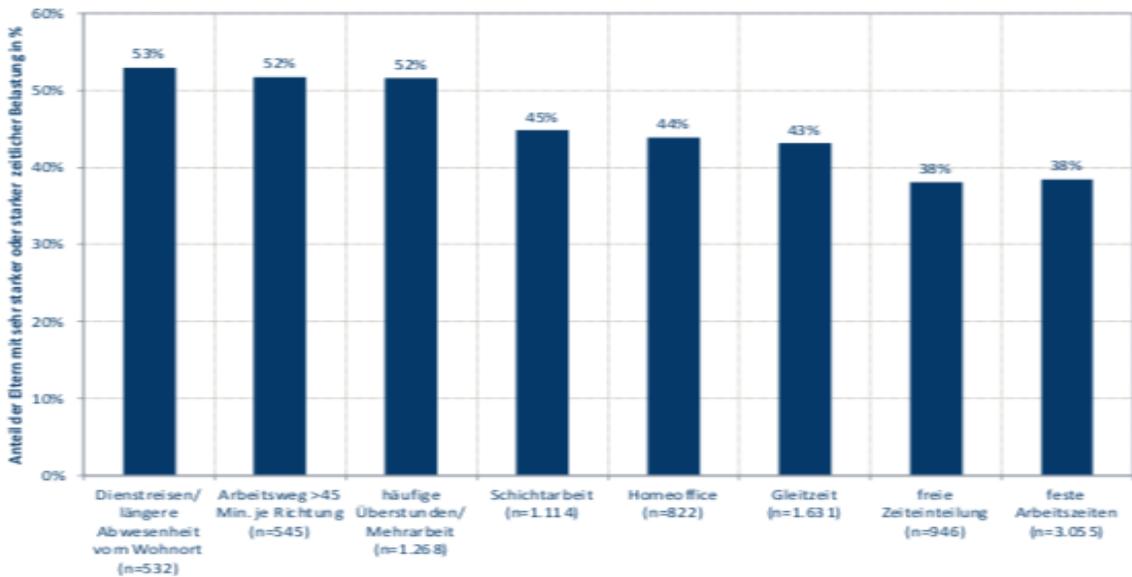
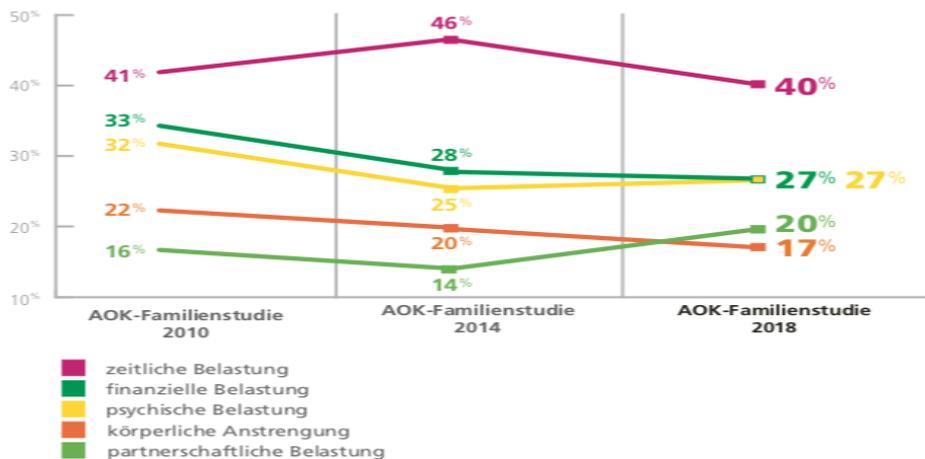
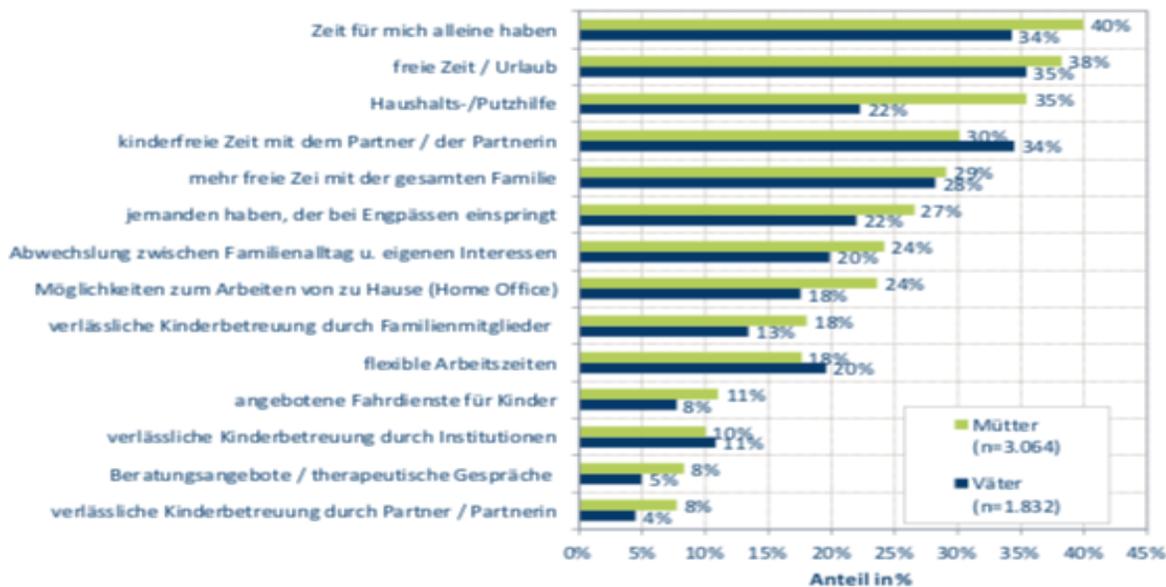


Abb. 6: Belastung von Eltern (in %), AOK-Familienstudie 2010 – 2014 – 2018



Quelle: AOK-Familienstudie 2018. Studienzusammenfassung, S. 10

Abb. 7: Verteilung der Eltern nach derzeit nicht realisierten Aspekten, die ihnen bei der Bewältigung des Familienalltags helfen würden (in %), AOK-Familienstudie 2018



Quelle: Abb. 49, AOK-Familienstudie 2018. Studie für den AOK-Bundesverband (Sander et al. 2018)

(Sander et al. 2018). Eltern mit Abitur oder Hochschulabschluss geben tendenziell mehr als Eltern mit Hauptschulabschluss eine der WHO-Empfehlungen entsprechende Bewegung ihrer Kinder (Anzahl der Tage pro Woche, in denen sich das Kind mindestens 60 Minuten lang so bewegt, dass Atmung und Puls leicht erhöht sind) an (Sander et al. 2018). Bis zu etwa einem Drittel der Eltern wussten hier Defizite hinsichtlich gegenwärtig kaum vorhandener Angebote ihrer Kommune zu nennen, um das Leben in der Kommune bewegungsfreundlicher zu machen (Sander et al. 2018). Bei Alleinerziehenden, die häufig Working Poor sind, bestehen die Belastungen im Mangel an Geld, Zeit und Teilhabe (Schwarz-Zeckau, Possinger 2019).

FOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Moderne Gesellschaften vertreten Gleichheitsziele und -normen, bei denen Gesundheit besondere Geltung und Anerkennung hat. Anders als bei sozialer Ungleichheit, die heute zwar nicht mehr mit Gottgewolltheit, aber gelegentlich noch mit Selbstverschulden legitimiert wird, ist gesundheitliche Ungleichheit in unserer Gesellschaft nicht legitimierbar. Man wird daher keinen Widerspruch erfahren, wenn gefordert wird, gesundheitliche Ungleichheit solle zumindest nicht das Maß sozialer Ungleichheit übersteigen. Erst

recht gilt das für Kinder, denen man Zukunftschancen für ihr Leben nicht öffentlich abspricht, sondern deren Wohl in aller Munde ist. Entsprechend findet sich in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit beim nationalem Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ auch das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Die Probleme in der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit liegen weniger in der Konsensfähigkeit allgemeiner Ziele, sondern in der praktischen Umsetzung.

Diese kann nur Fortschritte machen, wenn verschiedene Akteure auf ihren jeweiligen Arbeitsfeldern tätig sind und hierbei kooperieren. Neben der Gesundheitspolitik sind mindestens hierzu auch Impulse aus der Sozial-, Familien- und Bildungspolitik erforderlich. Ein Beispiel bildet etwa die Bundesinitiative Frühe Hilfen, wo ab der Schwangerschaft Unterstützung und Beratung für Familien in schwierigen Lebenslagen und dabei eine Verzahnung von Institutionen auf kommunaler Ebene (Kita, Schule, Gesundheitsamt, Jugendhilfe, niedergelassene Ärzte, Therapeutinnen, Sportvereine etc.) in multiprofessionell und intersektoral arbeitenden Netzwerken geleistet wird.

Für Alleinerziehende, die häufig Working Poor sind, sind eine Vielzahl von politischen und wirtschaft-

lichen Maßnahmen nötig gegen den vorhandenen Mangel an Geld, Zeit und Teilhabe (Unterhaltsvorschuss, Erhöhung des Kinderzuschlags, Kindergrundsicherung, existenzsichernde Erwerbsmodelle, Schaffung neuer Zeiträume und Anerkennungen für Fürsorgearbeit) (Schwarz-Zeckau, Possinger 2019).

Einen Fortschritt stellt das seit 2016 gültige Präventionsgesetz dar, das die Bedeutung von Lebenswelten (Settings) in der Gesundheitsförderung erhöht hat. Auch dieses bedarf allerdings der Umsetzung in der täglichen Arbeit.

Die Umsetzung befördern soll unter anderem auch der 2003 gegründete bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (seit 2012: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit), ein Verbundprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, von Krankenkassen und einer Reihe weiterer Partnerorganisationen (Geschäftsführung: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.). Seit 2007 sind in allen Bundesländern bei den Landesvereinigungen für Gesundheit „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“ angesiedelt.

Nach Selbstbeschreibung des Kooperationsverbundes auf seiner Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

- sammelt und entwickelt der Kooperationsverbund u. a. Know-how zu guter Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung,
- stützt er die Qualitätsentwicklung und die Verbreitung guter Praxis in Deutschland,
- macht der Verbund Angebote der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung über seine Praxisdatenbank transparent,
- setzt er sich für den Transfer guter Praxis („Good Practice“) ein und
- vernetzt der Kooperationsverbund Institutionen aus verschiedenen Bereichen und fördert den Austausch von Wissenschaft und Praxis.

Staatliche und nicht-staatliche Akteure, Professionelle und Ehrenamtliche, Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einerseits und mit Eltern andererseits sind gemeinsam gefordert in der Entwicklung von Rahmenbedingungen, der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und der Resilienzstärkung (Zander 2011).

LITERATUR

- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2018): AOK-Familienstudie 2018. Studienzusammenfassung. Berlin.
- Destatis, WZB (Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung) (Hrsg.) (2018): Datenreport 2018. Ein Sozialreport für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung: Bonn.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V. (Hrsg.) (2018): Wer die Armen sind. Der Paritätische Armutsbericht 2018. Berlin.
- DAK-Gesundheit (Hrsg.: Storm, Andreas) (2018): Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit (Autoren: W. Greiner, M. Batram, O. Damm, S. Scholz, J. Witte). Heidelberg: Medhochzwei Verlag.
- Elkeles, Thomas; Mielck, Andreas (1997): Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 26 "Soziale Medizin". Hamburg: Argument-Verlag, S. 23-44.
- Elkeles, Thomas (2010): Armut und Gesundheit im Jugendalter. In: Hackauf, Horst/Ohlbrecht, Heike (Hrsg.) (2010): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim/München: Juventa-Verlag, S. 112-135.
- Elkeles, Thomas (2019): Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. In: Haring, Robert (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 143-152.
- IGES Institut (2018): AOK-Familienstudie 2018. Eine quantitative und qualitative Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. Studie für den AOK-Bundesverband (Autoren: M. Sander, R. Ochmann, J. Marschall, G. Schiffhorst, M. Albrecht). Berlin.
- Lampert, Thomas; Hoebel, Jens; Kuntz, Benjamin; Waldhauer, Julia (2019): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring, Robert (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer, S. 155-164.
- Lange, M.; Kamtsiuris, P.; Lange, C.; Schaffrath Rosario A.; Stolzenberg, H.; Lampert, T. (2007): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 578-589.
- Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.) (2001):

Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa.

RKI, Destatis (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Journal of Health Monitoring 2018 3(1), „Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends“.

RKI, Destatis (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Journal of Health Monitoring 2018 3(1), Fact Sheet „Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“.

RKI, Destatis (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Journal of Health Monitoring 2018 3(1), Fact Sheet „Rauchen in der Schwangerschaft – KiGGS Welle 2 und Trends“.

RKI, DESTATIS (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Journal of Health Monitoring 2018 3(4), Fact Sheet „Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland“.

RKI, DESTATIS (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Journal of Health Monitoring 2019 3(4), „KiGGS Welle 2 – Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland“.

RKI, Destatis (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Journal of Health Monitoring 2018 3, „KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen“.

RKI, DESTATIS (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Journal of Health Monitoring 2019 4(1), „Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung“.

Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer.

Sander, Monika; Ochmann, Richard; Marschall, Jörg; Schiffhorst, Guido; Albrecht, Martin (2018): AOK-Familienstudie 2018. Eine quantitative und qualitative Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis

14 Jahren. Studie für den AOK-Bundesverband. Berlin: IGES Institut.

Schwarz-Zeckau, Julia Sophia; Possinger, Johanna (2019): Kaum Geld, kaum Zeit, kaum Teilhabe – mehrdimensionale Belastungen bei alleinerziehenden „Working Poor“. NDV (Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.) 99, Juli 2019: S. 316-321.

WHO-Regionalbüro für Europa (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten (Redaktion: Richard Wilkinson, Michael Marmot). 2. Ausgabe. Kopenhagen.

Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienz-förderung. Wiesbaden: VS.



VORTRAG



Katja Beckmüller

KATJA BECKMÜLLER

Netzwerk Gesunde Kinder in Brandenburg: Für einen gesunden Start ins Leben

DAS NETZWERK GESUNDE KINDER IM ÜBERBLICK

Das Netzwerk Gesunde Kinder ist Teil des familien- und kinderpolitischen Programms in Brandenburg (Landesregierung Brandenburg, 2017). Es hat einen salutogenetischen Ansatz und ist in erster Linie ein Angebot der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Das Netzwerk Gesunde Kinder richtet sich an alle Familien des Landes Brandenburg ab der Schwangerschaft bis zum dritten Geburtstag des Kindes mit dem Ziel, Eltern in ihren Kompetenzen und in ihrer Verantwortung zu stärken und Kinder in ihrer gesunden Entwicklung zu fördern. Hierfür werden im Netzwerk Gesunde Kinder lokale Unterstützungsmöglichkeiten gebündelt, wichtige Kooperationspartner/innen in den Regionen vernetzt und Ehrenamtsstrukturen zur Begleitung von Familien etabliert. Das Netzwerk leistet somit einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Familien.

Das Angebot des Netzwerkes Gesunde Kinder ist für die Familien kostenlos und niedrigschwellig.

BEGLEITUNG VON FAMILIEN DURCH EHRENAMTLICHE FAMILIENPAT/INNEN

Das Herzstück des Netzwerkes Gesunde Kinder sind die geschulten und ehrenamtlich engagierten Familienpat/innen. Sie begleiten die Familien auf Wunsch während der Schwangerschaft und bis zum vollendeten dritten Lebensjahr des Kindes (Familienpatenschaft). Hierfür sind mindestens zehn Besuche im häuslichen Umfeld der Familien vorgesehen. Die Familienpat/innen geben den Familien in vertrauter Umgebung Erfahrungen und Wissen zu gesundheits- und entwicklungsfördernden Themen weiter und informieren über regionale Angebote. Sie vermitteln bei Bedarf und nach Wunsch der Familien in das professionelle System, stellen Kontakt zu Fachkräften her, begleiten und helfen, Hemmschwellen zu überwinden. Die

ehrenamtlichen Familienpat/innen sind somit vorbereitend und ergänzend zu professionellen, öffentlichen oder kommerziellen Angeboten tätig. Sie ersetzen diese jedoch nicht. Der Fokus der Familienpat/innen liegt auf einer feinfühligem, wertschätzenden und beziehungsstiftenden Begleitung. Diese Begleitung ermöglicht die Erweiterung des sozialen Netzwerkes und dient somit der emotionalen Unterstützung, inhaltlichen Auseinandersetzung mit Themen der Gesundheit, Entwicklung und Erziehung des Kindes und der Vermittlung sozialer Kontakte. Indem sich die Familienpat/innen der Familie zuwenden, ihr zuhören, sie beruhigen, aufmuntern und bestärken sowie im Bedarfsfall z. B. zu Behördengängen oder Elternangeboten begleiten, entsteht in der Familie ein Gefühl der Sicherheit und Entspannung. Familienpat/innen wirken, indem sie Zeit und ungeteilte Aufmerksamkeit schenken, Gesundheitsinformationen geben und den Zugang der Familien zu regionalen Angeboten erleichtern.

ELTERN- UND FAMILIENBILDUNGSANGEBOTE IM NETZWERK GESUNDE KINDER

Neben der Familienpatenschaft werden den Eltern weitere Angebote unterbreitet, z. B. Elternbildungsangebote, Krabbelgruppen oder Frühstückstreffen. Sie dienen der Information über spezifische Themen, dem Austausch und der Vernetzung untereinander. Diese Angebote stehen zumeist allen Eltern im Land Brandenburg zur Verfügung. Sie können also auch von Nichtnetzwerkfamilien (ohne Familienpatenschaft) genutzt werden.

WERDEGANG DES NETZWERKES GESUNDE KINDER IN BRANDENBURG: VON DER IDEE ZUR LANDESWEITEN UMSETZUNG

Die Idee für das Netzwerk Gesunde Kinder entstand im Klinikum Niederlausitz. Neben dem Rückgang der

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen waren es auch die zunehmenden Unsicherheiten von Müttern und Vätern in der Beziehungsgestaltung mit ihren Kindern sowie der Wunsch der Eltern nach Unterstützung, die dem Klinikum Niederlausitz den Anlass gaben, gemeinsam mit einer Vielzahl regionaler Akteure ein Konzept zur wirksamen Unterstützung von Familien im Landkreis Oberspreewald-Lausitz zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund wurde das Klinikum Niederlausitz durch die Landesregierung beauftragt, das Konzept fortzuschreiben „für die Entwicklung und Umsetzung eines Netzwerkes zur Förderung der Gesundheit von Kindern in Familien“. Mit Beschluss des familien- und kinderpolitischen Programms „Die Brandenburger Entscheidung – Familien und Kinder haben Vorrang“ im Oktober 2005 und



der Umsetzung mit einem Maßnahmenpaket im Januar 2006 wurde der modellhafte Aufbau von regionalen Netzwerken Gesunde Kinder im Land Brandenburg möglich (vgl. Landesregierung Brandenburg, 2016). 2006 wurden die ersten regionalen Netzwerke Gesunde Kinder in drei Landkreisen [Oberspreewald-Lausitz (Süd), Havelland und Barnim (Nord)] im Land Brandenburg aufgebaut. Seitdem haben sich, auf der Basis gemeinsamer Mindeststandards, 21 Regionalnetzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg etabliert. Sie verteilen sich auf 39 Standorte und decken damit jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt des Landes ab. Aktuell werden ca. 4.700 Familien von ca. 1.100 ehrenamtlichen Familienpat/innen begleitet (Stand Juli 2019). Die Regionalnetzwerke liegen in unterschiedlicher Trägerschaft (öffentliche, gemeinnützige

und freie Träger). Sie werden von je ein bis fünf Mitarbeitenden (Projektkoordination und Mitarbeitende), insgesamt ca. 60 Personen, organisiert. Die Aufgabenschwerpunkte der regionalen Netzbüros liegen in der professionellen Koordinierung des Ehrenamtes, in der Vernetzung von professionellen Akteur/innen aus den Bereichen Familie, Gesundheit und Soziales sowie in der Bündelung und Etablierung von Angeboten für Familien. Die 2013 gegründete Landeskoordinierungsstelle begleitet und unterstützt die Arbeit der Regionalnetzwerke.

WAS HAT SICH BEWÄHRT, UM DAS NETZWERK GESUNDE KINDER - EIN ANGEBOT DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRIMÄRPRÄVENTION FÜR FAMILIEN - LANDESWEIT ZU ETABLIEREN?

Rückblickend haben den flächendeckenden Aufbau und die Verstetigung des Netzwerkes Gesunde Kinder in Brandenburg verschiedene Faktoren begünstigt. Von entscheidender Bedeutung war und ist der politische Auftrag und die Verankerung des Netzwerkes Gesunde Kinder als wesentlicher Teil des familien- und kinderpolitischen Programmes in Brandenburg von Beginn an. Dadurch wird die Nachhaltigkeit des Netzwerkes Gesunde Kinder gewährleistet. Diese ist essenziell, um als zuverlässiger Ansprechpartner für Familien aber auch für Kooperationspartner/innen aus dem Bereich der Kinder- und Familiengesundheit zu fungieren und damit einen nachhaltigen Beitrag zum gesunden Aufwachsen in Brandenburg leisten zu können. Mit Blick auf die einzelnen Brandenburger Regionen hat es sich für die Verstetigung des Netzwerkes Gesunde Kinder zudem bewährt, wenn die Regionalnetzwerke kommunalstrategisch etabliert und im Idealfall Teil einer integrierten kommunalen Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention sind. Dadurch wird eine gute Basis für eine verbindliche Zusammenarbeit und Abstimmung der unterschiedlichen regionalen Einrichtungen und Fachdisziplinen aus den Bereichen Familie, Gesundheit und Soziales geschaffen. Ein weiterer Faktor, welcher den Aufbau und die Verstetigung des Netzwerkes Gesunde Kinder begünstigt, sind verlässliche Kooperationen. Diese sind essenziell, um Zugänge zu den Familien zu ermöglichen und Angebote für die Familien weiterzuentwickeln. Als das Herzstück des Netzwerkes Gesunde Kinder braucht es zudem gute Strategien, um ehrenamtliche Familien-

pat/innen zu gewinnen und zu binden. In diesem Zusammenhang ist es sowohl wichtig, die Motive der Ehrenamtlichen zu kennen, Familienpat/in zu werden als auch in der Ansprache mit der Zeit zu gehen und kreativ zu bleiben. Für den Ausbau und die Verstärkung des Angebotes Netzwerk Gesunde Kinder ist es außerdem entscheidend, die Bedarfe der Familien zu kennen und diesbezügliche Entwicklungen sowie Veränderungen im Blick zu haben und darauf zu reagieren. Damit verbunden ist die kontinuierliche Reflexion und Weiterentwicklung des Netzwerkes Gesunde Kinder, welche u. a. auf Grundlage von Evaluationen erfolgt. Das Netzwerk Gesunde Kinder wird seit seinem Bestehen regelmäßig extern evaluiert. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung, die durch die Berlin School of Public Health in der Zeit vom November 2018 bis zum April 2019 durchgeführt wurde, stand die Perspektive der Familien im Mittelpunkt. Das Vorgehen und die Erkenntnisse sind Teil des nach-

folgenden Beitrages von Ulrike von Haldenwang. Weitere Informationen zum Netzwerk Gesunde Kinder in Brandenburg finden Sie auch auf der Website: www.netzwerk-gesunde-kinder.de

LITERATUR

Landesregierung Brandenburg (2017): Weiterentwicklung des Familien- und Kinderpolitischen Programms „Gemeinsam für ein familien- und kinderfreundliches Brandenburg“. Verfügbar unter: https://masgf.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/Programm_der_Landesregierung_Weiterentwicklung_des_Familien_und_Kinderpolitischen_Programms_Juni_2016_LT_Drucksache_6_6932.pdf

Landesregierung Brandenburg (2016): Konzept zur landesweiten Verbesserung der Qualität und zur Stärkung und Verstärkung der Netzwerke Gesunde Kinder. Verfügbar unter: https://www.parlamentsdokumentation.brandenburg.de/parladoku/w6/drs/ab_3200/3272.pdf

VORTRAG



Ulrike von Haldenwang

ULRIKE VON HALDENWANG

Wissenschaftliche Begleitforschung des „Netzwerkes Gesunde Kinder in Brandenburg“

2018 hat das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg ein Forschungsteam der Berlin School of Public Health damit beauftragt, eine Studie zu erstellen, die Auskunft über die Perspektiven von Eltern mit kleinen Kindern auf ihre Bedarfe und Bedürfnisse in den ersten Jahren des Familienlebens sowie auf die Zufriedenheit mit den Netzwerkangeboten gibt. Diese Studie wurde auf der Basis qualitativer Leitfadeninterviews und inhaltlich in Anlehnung an das Konzept der familiären Gesundheitsförderung erstellt. Im Zentrum stand dabei der Blick auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Eltern sowie ihren subjektiven Motivationen zur Teilnahme an den Netzwerkangeboten. Zur Erhebung der Nutzer/innenzufriedenheit wurde eng mit dem ministeriellen Auftraggeber, mit der Landeskoordination sowie, ergänzend und in Abspra-

che mit Erstgenannten, mit den Regionalnetzwerken zusammengearbeitet. Die Zusammenarbeit bezog sich im Sinne einer partizipativen Evaluation insbesondere auf Erhebung von Feldwissen im Rahmen der Kontextanalyse, auf Vermittlung von Feldzugängen sowie auf Reflexion der Ergebnisse im Rahmen von insgesamt vier Fokusgruppen im Februar, März und April 2019. Dafür wurden im Durchführungszeitraum, nach Pretests im November 2018, von Dezember 2018 bis April 2019 insgesamt 65 leitfadengestützte Interviews mit jungen Eltern in Brandenburg durchgeführt. Die Interviews wurden i. d. R. von jeweils zwei Studierenden im Abschlussjahr des Masterstudiengangs Public Health (MScPH) der Berlin School of Public Health vorgenommen, die zuvor intensiv vorbereitet und auch in die Auswertung sowie die inhaltliche und organisa-

torische Rahmung der Interviews einbezogen wurden. Die Interviewpartner/innen wurden in Kooperation mit sechs regionalen Netzwerkkoordinatorinnen sowie über Schneeballverfahren gewonnen. Bereits im Februar und März 2019 formulierte Zwischenergebnisse wurden in regelmäßigem Austausch mit Vertreterinnen des Ministeriums sowie der Landeskoordinatorin und in insgesamt vier Fokusgruppen mit Eltern, regionalen Netzwerkkoordinatorinnen und Trägervertreter/innen weiter verdichtet und mit aktuellen Entwicklungsfragen des Netzwerkes in Bezug gesetzt.

Die Ergebnisse der Begleitforschung sind nicht repräsentativ, geben aber wichtige und weiterführende Einblicke in die besonderen Problemlagen und Bedarfe der Familien in Brandenburg.

Die inhaltliche Analyse teilte sich in einen beschreibenden Teil zum Netzwerk Gesunde Kinder (NGK) und einen rekonstruktiven Teil, in der die Hauptkategorien „Doing Family“, Familienpat/in-Beziehung, Zugang zu den Angeboten der NGK sowie Struktur und Angebote der NGK aus dem Material herausgearbeitet und in Bezug zu den Fragen der Studie ausgewertet wurden.

METHODIK UND ARBEITSSCHRITTE

Ausgangslage

Angelehnt an die 2016 von der Deutschen Gesellschaft für Evaluationsforschung überarbeiteten Standards wissenschaftlicher Begleitforschung und Evaluation erfolgte initial eine Auftragsklärung (DeGEval, 2016).

Methodik

Es wurde mit einem Mixed-Methods-Ansatz gearbeitet. Die Datenerhebung erfolgte mit leitfadengestützten Interviews sowie durch Fokusgruppen. Die Interviews dauerten durchschnittlich 25 Minuten, wurden aufgezeichnet, anonymisiert und transkribiert. Zudem wurde ein Fragebogen zu den soziodemografischen Daten der Familien erhoben und zu jedem Interview ein Postskriptum erstellt. Ausgewertet wurde mit der Kodierung in Anlehnung an Grounded Theory und der Inhaltsanalyse nach Mayring unter Verwendung der Software MAXQDA. Die Herangehensweise war gemischt induktiv und deduktiv. Mit drei Fokusgruppen (Eltern, Netzwerkkoordinatorinnen, Trägerleitungsebene) wurden die Zwischenergebnisse auf den verschiedenen, für das Projekt relevanten Wissens Ebenen gespiegelt.

Das Ziel der Fokusgruppen bestand in der Blickfeld-er-

weiterung zur Interpretation von Zwischenergebnissen des Projekts und ihrer Gewichtung. Dazu wurden in Diskussionen und Reflexionen Überlegungen zu Deutungen/Interpretationen sowie ggf. ergänzende Informationen erfragt.

Die Anzahl der erreichten Familien gliedert sich wie folgt:

Netzwerkeltern	25
Nicht-Netzwerk-Eltern	31
Netzwerkteilnutzerfamilien	9

Tabelle 1: Erreichte Familien

Die Interviews mit Eltern standen im Mittelpunkt der hier vorgelegten Studie.

Im Zeitraum vom 1. Dezember 2018 bis zum 2. April 2019 wurden insgesamt 65 Interviews mit Müttern und Vätern von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren durchgeführt.

Die Verteilung der Interviews

- Die Befragten waren überwiegend weiblich (93,8 %) und zwischen 22 und 45 Jahre alt (im Durchschnitt 33 Jahre).
- Die Partner/innen waren im Durchschnitt etwas älter (36 Jahre).
- Die überwiegende Mehrzahl der teilnehmenden Familien hatte ein (41,3 %) oder zwei (46 %) gemeinsame Kinder.
- Lediglich 11,1 % hatten drei und eine Familie hatte vier Kinder.



Sozialstatus

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Niedriger Sozialstatus	3	4,6	4,7	4,7
Mittlerer Sozialstatus	14	21,5	21,9	26,6
Hoher Sozialstatus	47	72,3	73,4	100,0
Gesamt	64	98,5	100,0	
System	1	1,5		
Gesamt	65	100,0		

Quelle: eig. Darstellung

Wie an dieser Tabelle zu erkennen, war es schwierig, sozial belastete Familien für Interviews zu gewinnen, obwohl es von Beginn des Feldzugangs an im Fokus der Projektorganisation stand.

Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung

Durch Befragungen von Eltern wurde diese Nutzerperspektive auf das Netzwerk Gesunde Kinder exploriert. Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung ist somit eine qualitative Weiterentwicklung des Netzwerkes Gesunde Kinder unter Einbeziehung der Nutzer/innenperspektive.

Mit problemzentrierten Interviews wurde auf die nachfolgend genannten Aspekte und Grundannahmen abgezielt:

- > Bedarfe und Bedürfnisse der Familien/Eltern
- >> Allgemeine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse aus Nutzersicht der Familien/Eltern
- >>> Qualität der familiären Herstellungspraxis
- >>> Bedarfs- und Bedürfnisanalyse hinsichtlich (medizinischen, gesundheitsfördernden, sozialen) Versorgungsstrukturen aus Nutzersicht der Familien/Eltern
- >>> Bedarfs-/Bedürfnisdeckung und Optimierungspotenzial
- >> Bekanntheits- und Popularitätsgrad (Image) des

- Netzwerkes Gesunde Kinder bei den Familien/Eltern
- >>> Bekanntheitsgrad bei Familien/Eltern
- >>> „Image“ des Netzwerkes Gesunde Kinder bei Familien/Eltern
- >>> Deckungsgrad von Selbst- und Fremdbild
- > Inanspruchnahme/Nichtinanspruchnahme der Angebote der Netzwerke Gesunde Kinder
- >> Fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme und Mitgliedschaft im Netzwerk
- > Informationskanäle des Netzwerkes Gesunde Kinder
- >> Identifikationen der Quellen und Kanäle (Pressearbeit, Veranstaltungen, persönliche Ansprache)
- > Motive und Erwartungen
- >> Ermittlung unterschiedlicher Motivlagen und auslösender Faktoren
- >> Ermittlung von Erwartungen
- >> Grad der Zielerreichung bei elterlichen Erwartungen
- > Zufriedenheit mit Angeboten, Strukturen und Prozessen
- >> Bewertung der Angebote des Netzwerkes Gesunde Kinder durch Eltern
- >> Grad der Übereinstimmung und Passung
- >>> u. a. Familienpat/innenschaft, Elternbildungsangebote, Krabbelgruppen
- >> Struktur- und Prozessbewertung durch Eltern

- » Struktur- und Prozessbewertung hinsichtlich Teilnahme und Zufriedenheit
- » u. a. Häufigkeit und Themen der Besuche, Art und Umfang der Geschenke
- » subjektive Bewertungen inkl. identifiziertem Optimierungspotenzial
- » Wirkung des Netzwerkes Gesunde Kinder aus der Perspektive der teilnehmenden Eltern
- » Ermittlung von subjektiven Wirkfaktoren hinsichtlich elterlicher Teilnahme
- » Überprüfung der Wertigkeit der Netzwerkziele, nach denen
 - » die Kompetenzen der Eltern gestärkt werden,
 - » die Verantwortung der Eltern gestärkt wird,
 - » Eltern einen leichteren Zugang zu regionalen Angeboten haben,
 - » Eltern sich inhaltlich mit Themen der gesunden Entwicklung und Erziehung auseinandersetzen,
 - » Eltern neue soziale Kontakte knüpfen und ihr soziales Netzwerk erweitern,
 - » Eltern sich emotional unterstützt fühlen,
 - » Sicherheit und Entspannung in den Familien eintritt.

Im Ergebnis bilden sich folgende Grundbewertungen ab:

Das Netzwerk Gesunde Kinder ist eine flächendeckend in Brandenburg eingeführte Netzwerkstruktur, die umfassende Hilfe für alle Brandenburger Eltern mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren vorhält und in ihrer Angebotsbreite in Deutschland beispiellos ist. Mit Stand vom Oktober 2018 werden 4.300 Netzwerkfamilien von 1.100 Netzwerkpaten in 20 Regionalnetzwerken betreut. Bisherige Evaluationen und Auswertungen auf Grundlage der Einschulungs- und 4-Jährigen-Untersuchungen konnten bereits statistisch signifikante Gesundheitsgewinne für Brandenburger Kinder belegen, die an Angeboten des Netzwerkes teilnehmen (Kirschner et al. 2014, Ellsäßer et al. 2015). Darum hat das Land Brandenburg zusätzliche Mittel zur Verbesserung der Netzwerkstrukturen und zur Verbreitung der Netzwerksangebote bereitgestellt.

Die wissenschaftliche Begleitforschung im Zeitraum von Oktober 2018 bis April 2019 (Geene et al. 2019) konnte ermitteln, dass das Netzwerk Gesunde Kinder einen hohen Bedarf an unbürokratischer Hilfen und Unterstützungsleistungen für junge Familien abdeckt und erfolgreich bedient. Dabei wird von den Familien

nicht nur das Kernstück der Familienpat/innen (ihre Qualifizierung und Vermittlung) gewürdigt, sondern auch die vielfältigen regionalen Angebote, die z. T. intensiv genutzt werden und zum Empowerment und zur Selbstorganisation der jungen Familien beitragen.

Die ermittelte hohe Zufriedenheit der Befragten bezieht sich sowohl auf das Grundkonzept des Netzwerkes Gesunde Kinder als auch auf die konkrete Arbeit der regionalen Netzwerke. Bei den Netzwerkangeboten werden vielfach die Erste-Hilfe-Kurse sowie Geschenke wie der Babyrucksack oder das Zahnputzbuch herausgestellt. Insbesondere die Familienpat/innen werden weit überwiegend als wichtige Unterstützung wahrgenommen. Über sie und über die weiteren Netzwerkangebote erhoffen sich junge Familien sozialen Anschluss und Austausch untereinander (Peer-Education), was sich vielfach einlösen kann.

Im Detail zeigen sich darüber hinaus folgende Erkenntnisse, die von grundsätzlichem Interesse für Bedarfe und Bedürfnisse junger Eltern sein können:

- » Die Eltern berichten über große zeitliche Anforderungen, die das Familienleben erfordere (Doing Family als zentrale alltägliche Herstellungsleistung).
- » Die zwei zentralen Komponenten des Konzepts „Praxis“ und „Sinn“ zeigen sich in den Interviews als bedeutsam – auch für die Rolle der Netzwerkaktivitäten: Fundamental für die gelungene Familienkonstruktion sind die gegebenen Praxisbedingungen für die befragten Eltern im Sinne von zeitlichen Ressourcen, familiärer Arbeitsteilung, intergenerationaler und weiterer sozialer Unterstützung.
- » Hieraus ergeben sich die Gestaltungsspielräume der Familien. Dabei lassen sich Anschlussmöglichkeiten für die Netzwerkaktivitäten erkennen, aber auch mögliche Hürden. Der starke Fokus auf die praktischen Angebote zu Information und Begleitung von Familienpat/innen sowie die Vorteile, die in der Vernetzung untereinander gesehen werden, liegen in diesem Bereich der „Praxis“ von Doing Family. Hier können durch Netzwerkangebote und Familienpat/innenarbeit die tatsächlichen Gestaltungsspielräume der Familien in einer Phase der Unsicherheit erweitert bzw. offengehalten werden.
- » Auf dieser Grundlage tatsächlicher familiärer Gestaltungsspielräume kann sich die Sinnhaftigkeit

der eigenen familiären Konstruktion bilden.

- Daraus leitet sich feinfühlig Ressourcenanalyse als Fragestellung für die Familienpat/innen ab: Wie ist soziale Unterstützung in der Familie organisiert, wie kann dabei geholfen werden?
- Zugangsfragen: Welche Zugänge sind möglich und sinnvoll („find a way in“)? Wo sind die – jeweils spezifischen – „richtigen Orte in der Familie“ für die Pat/innen?
- Wenn hierbei das Netzwerk wichtige Bausteine beisteuert, zeigen sich die Familien zufrieden mit den Angeboten.

Eigenständige Handlungskonzepte sind erforderlich für die besonders herausfordernde Zeitphase „Familienwerdung“. Hier konnten Interviews und Fokusgruppen die bereits in Vorgängerprojekten (Wolf-Kühn & Geene 2009, Geene & Bacchetta 2017) identifizierten dominanten Themen der Familienwerdungsphase umfassend bestätigen. Dabei handelt es sich um nachfolgende Problemlagen, die einzeln, aber häufig auch kumulierend und sich gegenseitig verstärkend, auftreten:

- Beziehungsprobleme
- Geburtsnachwehen (insb. bei Sectio)
- „Heultage“/Baby-Blues/Postpartale Depressionen (PPD)
- Stillprobleme / Unsicherheit wg. Zufüttern / Fütterprobleme bis hin zu manifesten Regulationsproblemen (z. B. Schreibabyprobleme) mit dem Problem hoher Chronifizierungsgefahr
- Isolation (insb. bei Umzug, aber auch allgemein wegen Umstellung in die neue Lebensphase)
- Selbstbildprobleme wegen (jungem/hohem) Alter
- intergenerative Rückbezüge (Nähe bzw. Distanz zu eigenen Eltern, jetzt Großeltern) sowie
- Informationsüberflutung rund um Schwangerschaft/Geburt und frühe Kindheit.

Zur Bewertung der Angebote des Netzwerkes Gesunde Kinder zeigten sich folgende Ergebnisse:

In der Bewertung der Angebote der regionalen Netzwerke überwiegt die Zufriedenheit mit den Angeboten, insbesondere mit den Familienpat/innen. Es gibt aber auch Hinweise auf nicht abgedeckte Bedürfnisse sowie Bedarfslagen von jungen Familien. Dazu konnten folgende Befunde erhoben werden:

- Der Wunsch nach Kontakt zu anderen Familien

konnte nicht immer erfüllt werden. Hindernisse waren z. B. volle Kurse, mangelnde Mobilität, kein Zugang zum Angebot.

- Es gab den Wunsch nach weiterführenden Kursen, die die Alltagssituation der Familien berücksichtigen. Eltern wünschten sich Kurse, die auch allen Kinder angeboten werden, und sie wünschen sich Angebote am späten Nachmittag und am Wochenende.
- Nicht-Netzwerk-Eltern wussten häufig nichts über die Angebote des Netzwerkes. Sie schlugen vor, andere Informationswege zu finden.
- Es gab einen hohen Bedarf an Unterstützung bei der Beantragung des Elterngeldes. Hier wurde mehr Unterstützung durch die Kommune erbeten.
- Häufig wurde der Mangel an Kita-Plätzen angesprochen. Von einigen Müttern wurde berichtet, dass ihre Arbeitsaufnahme – trotz Rechtsanspruch – daran gescheitert sei.
- Der Besuch durch eine Familienpat/in wurde zwar überwiegend, aber nicht immer, als gewinnbringend eingeschätzt. Hier wünschen sich Eltern mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten.

Zudem haben unsere Befragungen gezeigt, dass bei den Eltern große Sorgen bestehen, in Armutsfallen oder auch nur in entsprechenden „Verdacht“ zu geraten. Die Drohung eines materiellen Abstiegs scheint allgegenwärtig, v. a. auch das damit verbundene Stigma ist den Eltern bewusst. Dies kann als deutliche Aufforderung dahingehend gewertet werden, das Netzwerk Gesunde Kinder noch deutlicher als universelles Angebot für alle Familien zu bewerben. Zudem können sich das Land und die einzelnen Kommunen so zur herausragenden Bedeutung von Kindern und Familien bekennen.

Als Schlussfolgerungen aus der hier vorgelegten Begleitstudie können für die Netzwerkkoordination und die Steuerung durch das Ministerium folgende Handlungsorientierungen abgeleitet werden:

- Stärkung der Familien durch eine umfassende Wahrnehmung ihrer subjektiven Realitäten (Ressourcenanalyse, positive Ausgestaltung, Explizierung der impliziten Wünsche zur Lebens- und Familiengestaltung)
- Stärkung der Familienpat/innen, insbesondere hinsichtlich einer differenzierten Sichtweise familiärer Erfordernisse und einer Förderung ihrer

anlassbezogenen Fachlichkeit (empathische Haltung, Ressourcenorientierung, flexible Arrangements etc.) durch Aus-, Fort- und Weiterbildung inkl. Supervision sowie durch Bereitstellung/weiteren Ausbau struktureller Rahmenbedingungen (niedrigschwellige Angebote, Treffpunkte, Bereitstellung weiterer Incentives etc.)

- > Stärkung der Netzwerkkoordinationen mit dem Ziel einer umfassenden Bereitstellung der für Pat/innen (als Mediator/innen) und für Familien (als Endadressat/innen) fördernden Ressourcen.

*Ulrike von Haldenwang, Raimund Geene,
Gesine Bär, Joachim Kuck*

LITERATUR



Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018): Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Gesundheit rund um die Geburt. Gesundheitsziel des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de, Bonn: BMG.

Böhm, A.; Ellsäßer, G. & Lüdecke K. (2007): Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten, Gesundheitswesen, 69, S. 555–559.

DGEval Gesellschaft für Evaluation e. V. (Hrsg.) (2016): Standards für Evaluation. Erste Revision 2016. Verfügbar unter: https://www.degeval.org/fileadmin/Publikationen/DeGEval-Standards_fuer_Evaluation.pdf [02.10.2019]

Ellsäßer, G.; Hedtke, E.; Hüseman, D.; Reichel, D.; Schmitt, M.; Schmok, A.; Wacko, L. & Karpinski, H. (2015): Wie wirksam ist das Netzwerk Gesunde Kinder? Ergebnisse der Brandenburger Schuleingangsuntersuchung. Brandenburgisches Ärzteblatt, 11, S. 16-18.

Geene, R.; Bär, G.; Haldenwang, U. von; Kuck, J.; Sleur-

mer, Q.; Lietz K. (2019): Projektbericht für das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg, Referat 21 - Kinder- und Jugendpolitik, Jugendrecht, Jugendschutz, Zentrale Adoptionsstelle Berlin-Brandenburg (ZABB), Europäische Strukturfonds, Netzwerk Gesunde Kinder. Potsdam, April 2019.

Geene, R. (2018): Familiäre Gesundheitsförderung. Ein nutzerorientierter Ansatz zur Ausrichtung kommunaler Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Verfügbar unter:

<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z> [02.10.2019]

Haldenwang, U. v.; Bär, G.; Schwarz, E.; Schaefer, I. und die Mitglieder des Forschungsverbunds PartKommPlus (2018): Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Elternmitwirkung in den Frühen Hilfen durch partizipative Gesundheitsforschung. Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Eltern fragen Eltern“ (ElFE). Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, 6 (1), S. 44-46.

Jurczyk, K.; Lange, A. & Thiessen, B. (Hrsg.) (2010): Doing Family - Familienalltag heute. Weinheim: Juventa.

Jürgens, K. (2001): Familiäre Lebensführung. In: Voß, G. & Wehrich, M. (Hrsg.), Tagaus tagein. Neue Beiträge zur Soziologie alltäglicher Lebensführung (S. 33-60). München: Mering.

Kirschner, W.; Kirschner, R. & Fischer, S. (2014): Analyse der Personalressourcen für die Projektkoordination in den regionalen Netzwerken Gesunde Kinder im Land Brandenburg im Jahr 2014. Berlin, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie.

Kolip, P. (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, S. 28-35.

RKI (2018): KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen (2018) Journal of Health Monitoring 2018 3(1). Berlin: RKI.

Sterdt, E.; Geene, R. & Morfeld, M. (2017): Kinderarmut in Deutschland – Das Bildungs- und Teilhabepaket. Evaluation der Umsetzung am Beispiel des Landkreises Stendal. Kronach: Carl Link.

Thiessen, B. (2014): Lebenswelt Familie verstehen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) & Felsenweg-Institut (Hrsg.), Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-, Gesundheits-, und Kinderkrankenschwestern und -pfleger. Köln: NZFH. Verfügbar unter <https://tinyurl.com/y8nqxs3n> [02.10.2019].

ARBEITSGRUPPE 1



Karolin Königsfeld

GESUNDHEIT, FAMILIENBILDUNG UND FAMILIENERHOLUNG

EINLEITUNG

Angebote der Bildung, Beratung und Erholung als Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe dienen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie und sind in § 16 SGB VIII beschrieben. Sie richten sich grundsätzlich an alle Eltern und ihre Kinder. Seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes im Jahr 2012 gelten sie auch für schwangere Frauen und werdende Väter. Sowohl in der Praxis der planungsverantwortlichen Jugendämter als auch bei den ihnen gegenüber beratungsverpflichteten Landesjugendämtern scheint dieser Leistungsbereich immer noch eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die Netzwerkarbeit Frühe Hilfen hat jedoch vielerorts in der kommunalen Praxis einen Entwicklungsprozess in Gang gesetzt, von dem an erster Stelle die Kinder und Familien, aber auch die Fachkräfte der beteiligten Systeme profitieren können. Durch den frühen Kontakt zu Familien können Erkenntnisse über ihren Bedarf an gesundheitsorientierter Bildung, Beratung, Begegnung und Erholung in die Angebotsentwicklung zur Erziehungs- und Familienförderung einfließen.

GESUNDHEIT UND KINDESWOHL IN DER FAMILIE FÖRDERN

Die Sicherung des Kindeswohls und die Hilfe zu einer dem Kindeswohl entsprechenden Erziehung hat seit jeher in der Kinder- und Jugendhilfe eine zentrale Bedeutung. Um das vornehmlich reaktive Handeln der Jugendämter aber sinnvoll zu ergänzen, bedarf es einer präventiven Förderung von Gesundheit und Wohlergehen in der Familie. Was ist mit „Kindeswohl“ gemeint? Das kindliche Wohlergehen hängt unmittelbar von seiner körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit in seinem Lebensmittelpunkt Familie ab! Dort erfahren Kinder in der Regel Schutz und Sicherheit, Geborgenheit und Liebe, Versorgung und Pflege sowie Anregung und Förderung, insgesamt also positive Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten.

SALUTOGENESE FRAGT: WIE ENTSTEHT GESUNDHEIT?

Der 13. Kinder- und Jugendbericht fokussiert die bio-psycho-soziale Dimensionen von Gesundheit. Er nimmt Bezug auf die salutogenetische Perspektive, die nach der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit fragt und das Zusammenspiel von Körper, Psyche und sozialer Umwelt des Menschen betrachtet.

Nach Antonovsky, dem Begründer der Salutogenese, sind die Faktoren Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit in seiner alltäglichen Lebensbewältigung von zentraler Bedeutung für die Gesundheit eines Menschen. Sie bilden die Komponenten für das Kohärenzgefühl, das sich aus einem Zugehörigkeitsgefühl und tiefer innerer Zufriedenheit speist.¹

FAMILIENALLTAG UNTER ERSCHWERTEN BEDINGUNGEN

Wie aber entstehen Belastungen, die sich negativ auf das Kindeswohl auswirken? Die Pflege und Erziehung der Kinder und die Bewältigung des Familienalltages findet je nach sozialer und wirtschaftlicher Lage, Familienkonstellation, Wohnumfeld, Lebensgeschichte, und gesundheitlicher Verfasstheit unter sehr unterschiedlichen Bedingungen statt. Besondere Herausforderungen und Erschwernisse bestehen beispielsweise in

- > Armutslagen (besonders betroffen: Alleinerziehende!)
- > stressiger Alltag ohne Unterstützung im sozialen Netz
- > psychische Erschöpfung/Erkrankung durch chronische Überforderung
- > Konflikte, Selbstzweifel, Mutlosigkeit.

Dabei wirkt die subjektiv erlebte Belastung der Eltern, die ihr Kohärenzgefühl beeinträchtigt, unmittelbar auf das Wohlbefinden und Wohlergehen der Kinder. Mütter und Väter sind die ersten und wichtigsten Be-

¹ <https://www.gesundheit.de/wissen/haetten-sie-es-gewusst/medizinische-begriffe/was-ist-salutogenese>

zugspersonen des Kindes. Es ist in biologischer, psychologischer und sozialer Hinsicht auf das Engste mit ihnen verwoben. Die Auswirkungen von Stress und Belastung erlebt es unmittelbar. Sie prägen sich tief in sein emotionales Gedächtnis ein.

Gut erreichbare, attraktive Angebote der Familienförderung tragen dazu bei, die Gesundheit der Mütter und Väter, besonders wenn sie allein für ein Kind zu sorgen haben, auch und gerade in Belastungslagen zu fördern. So kann Familienbildung potenziell wichtige Informationen vermitteln (Verstehbarkeit), Familienberatung Zusammenhänge erläutern und Kompetenzen stärken (Handhabbarkeit) und Familienerholung durch gemeinsam verbrachte Zeit Erlebtes einordnen helfen und miteinander Sinn erleben lassen (Sinnhaftigkeit). Wertvolle Hinweise, wie es gelingt, Familien zu stärken und eine dauerhafte Überforderung zu vermeiden, liefern neben der salutogenetischen Perspektive auch die Erkenntnisse aus der Resilienzforschung.

STRESSBEWÄLTIGUNG UND RESILIENZ IN DER FAMILIE FÖRDERN

Wenn sich der Mensch geborgen, geschätzt und wirksam fühlt, befindet er sich im Zustand des bio-psycho-sozialen Gleichgewichts. In den Höhen und Tiefen des Lebens benötigt er Schutzfaktoren, um diesen Zustand zu erhalten. Nach dem Resilienzkonzept können sie in drei zentrale Kategorien eingeordnet werden²:

- > die Unterstützung von außen („I have“ = Ich habe)
- > innere Stärken („I am“ = Ich bin) und
- > interpersonale und Problemlösefähigkeiten („I can“ = Ich kann).

Familienförderung kann insofern als Ressource betrachtet werden, denn sie birgt eben solche Schutzfaktoren. Sie

- > verbindet durch neue Kontakte und Teilhabe („Ich habe ...“)
- > stärkt durch Anerkennung und Wertschätzung („Ich bin ...“) und
- > bildet durch Informationen, Erfahrungen und Mitwirkung („Ich kann ...“).

Gelingt es, das familiäre Zusammenleben durch ein stabiles Netz von persönlicher Unterstützung, Information, Beratung und neuen Erfahrungsräumen zu fördern, dient dies dem Kindeswohl und dem Wohle der ganzen Familie. Denn subjektiv erlebte Entlastung

der Eltern wirkt – genau wie deren Belastung – ebenfalls unmittelbar auf das Wohlergehen ihrer Kinder. Was bedeutet das für die Ausrichtung der Kinder- und Jugendhilfe?



Abbildung 1: „Jugendhilfe soll ...“

VERHALTENSPRÄVENTION UND VERHÄLTNISPRÄVENTION

Die Kinder- und Jugendhilfe soll ihren Auftrag vollständig erfüllen und alle vorgesehenen Leistungen bedarfsgerecht erbringen. Dazu reicht es nicht, erst bei erkannten Defiziten in Familien und Gefährdungen von Kindern verhaltenspräventive Maßnahmen zu ergreifen.

Verhältnisprävention bedeutet, eine leicht zugängliche und gut erreichbare Infrastruktur von Unterstützungsangeboten und Förderleistungen bereitzuhalten. Hierzu gehören

- > solidarische Mitverantwortung für das Aufwachsen in Wohlergehen
- > Bürgerfreundlichkeit (z. B. Informationen in leichter Sprache) und
- > Befähigung zur Selbsthilfe durch Bildung, Beratung und Erholung.

Um familiäre Ressourcen zu stärken und Resilienz zu fördern, kann das Jugendamt

- > Leistungszugänge ebnen - Teilhabehürden überwinden (ich habe Unterstützung)
- > Anerkennung und Wertschätzung vermitteln (ich bin wertvoll) und
- > Partizipation ermöglichen (Was kann Familie in schwieriger Lage?).

² vgl. Grotberg 2003, zitiert nach Zander 2010, S. 197

GESUNDHEITSORIENTIERTE FAMILIENFÖRDERUNG IST PFLICHT

Die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie nach § 16 SGB VIII ist eine Pflichtleistung der Jugendhilfe, wenn auch kein Einzelanspruch besteht. Sie werden in den Jugendämtern zwar noch nicht regelmäßig geplant und bedarfsorientiert erbracht und als „freiwillige Leistung“ empfunden. Hier besteht die Gefahr einer Verwechslung zwischen dem Verpflichtungsgrad des Anbietens und der Inanspruchnahme. Letztere ist natürlich freiwillig, keineswegs aber das Anbieten, denn das ist eine Pflichtleistung. Art und Umfang richten sich nach den Ergebnissen einer soliden Jugendhilfeplanung für diesen Leistungsbereich. Eine Aufzählung der drei zentralen Bereiche findet sich in Absatz 2 des Paragraphen 16 im Kinder- und Jugendhilfegesetz.

ANGEBOTE DER FAMILIENBILDUNG

Hier sind als erstes die Angebote der Familienbildung genannt, die auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen, die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken, die Familie zur Mitarbeit in Erziehungseinrichtungen und in Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe besser befähigen sowie junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten.

Im Jugendamt Hürth organisiert die Präventionsstelle in diesem Bereich verschiedene Kontakt- und Informationskurse. Die Familienhebamme des freien Trägers und die Familienkinderkrankenschwester des örtlichen Gesundheitsamtes bieten zum Beispiel regelmäßig „Kochen für Babys“ an. Die Familienkochkurse „Kochen und Kosten“ des Hürther Kinderschutzbundes, ein Ergebnis des Netzwerks „Chancen für Kinder – Armutfolgen vermeiden“, finden regelmäßig in einem zentral gelegenen Familienzentrum statt. Sie sind für die Familien kostenfrei, die Babymassage- und Babyschwimmkurse für einkommensschwache Familien und die Eltern-Kind-Gruppe „Babynest“ sind lediglich mit symbolischen Teilnehmerbeiträgen versehen.

Neben den klassischen Kurs- und Gruppenangeboten bieten Jugendhilfeträger in Hürth auch aufsuchende Formate der Bindungs-, Bildungs- und Resilienzförderung in der Familie an:

- > Förderung der Eltern-Kind-Bindung nach der MarteMeo®-Methode
- > Spielförderung „Bärenstark“ für 1- bis 6-jährige Kinder als präventive Frühförderung
- > Mentorenprogramm „Balu und Du“ Familien mit Kindern im Grundschulalter
- > „Kindercoach“ für Familien mit 6- bis 12-jährigen Kindern
- > Patenprojekt für Kinder psychisch belasteter/erkrankter Eltern.

ANGEBOTE DER FAMILIENBERATUNG

Die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen ist ebenfalls in § 16 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII verankert. Im Bereich Familienberatung finanziert die Hürther Präventionsstelle Angebote, die verschiedene Jugendhilfeträger realisieren:

- > interkulturelle Familienberatung, Beratung für Allererziehende
- > offenes Müttercafé
- > Thementreffs für Mütter, Väter, Kinder
- > Elterngruppen, Eltern-Kind-Gruppen (z. B. „Junge-Mütter-Gruppe“)
- > Elternforum „Stress, lass nach“ (psychisch belastete Mütter/Väter).

ANGEBOTE DER FAMILIENERHOLUNG

Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung nach § 16 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII richten sich an Familien, insbesondere in belastenden Familiensituationen, und schließen bei Bedarf die erzieherische Betreuung der Kinder ein. Hier bietet Hürth in Kooperation mit Jugendhilfeträgern und Familienbildungsstätten Familienausflüge, Familienwochenenden und eine 14-tägige Familienfreizeit. Die Angebote sind überwiegend einkommensschwachen Familien vorbehalten. Sehr gefragt ist auch die alltagsintegrierte Familienerholung in Form von stundenweiser entlastender Kinderbetreuung im Haushalt der Familie. Entlastende Kinderbetreuung in einer kleinen Gruppe bieten die Familienzentren als Förderleistung an.

PLANUNG UND STEUERUNG DER FAMILIENFÖRDERUNG

Der Hürther „Teilfachplan Familie und Erziehung 2018“ nahm Bezug auf die Säule „Prävention“ im Bundeskinderschutzgesetz. Er betonte die Bedeutung von

Frühen Hilfen, einer proaktiven Förderung und einer Ressourcenstärkung in Familien. Anlässe für die systematische Einbindung der Familienförderung in die Jugendhilfeplanung gibt es reichlich:

- > Prävention und frühzeitig Förderung durch Familienbildung - Familienberatung – Familienerholung wirkt gesundheitsfördernd, denn sie stärkt Eltern und Kinder.
- > Das Jugendamt als Anbieter und Initiator attraktiver, kinder- und familienfreundlicher Leistungen profitiert von einer deutlichen Imageverbesserung.
- > Entlastung und Erholung fördern in Familien verborgene Potenziale und Kompetenzen zutage. Sie bewirken eine Stressbewältigung und -minderung sowohl für die Familien als auch für die Fachkräfte.

Planungshemmend wirkt, dass die Einbindung von allgemeinen Familienfördermaßnahmen in die Jugendhilfeplanung noch keine Tradition in der kommunalen Jugendhilfe hat. Im Jugendamt statistisch erhobene

Leistungen nach § 16 SGB VIII beschränken sich zu meist auf die Falleingangsberatungen im ASD.

Die Konzentration auf Einzelfallhilfen zur Erziehung (HzE) ab Erziehungsdefizit und den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung führt dazu, dass Förderleistungen als vermeintlich „leichtes“ Angebot für „schwere“ Probleme selten in Hilfeplangespräche einbezogen werden. Auch fehlt noch eine systematische, fallunabhängige Beteiligung von den Familien selbst an der Jugendhilfeplanung. Hier steckt Partizipation noch in den Kinderschuhen!

Ziel des Arbeitskreises Jugendhilfeplanung ist der Aufbau von Präventionsketten im Sinne einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Infrastruktur der Familienförderung unter Einbeziehung von Landes- und Bundesförderprogrammen. Es kommt darauf an, „an einem Strang zu ziehen“ mit Politik, Verwaltung, freien Trägern und den Familien als Nutzer/innen der Angebote. Gemeinsam gilt es, Gesundheit und Wohlergehen durch Bildung, Beratung und Erholung für alle Familien als festen Bestandteil der Regelpraxis auszubauen.

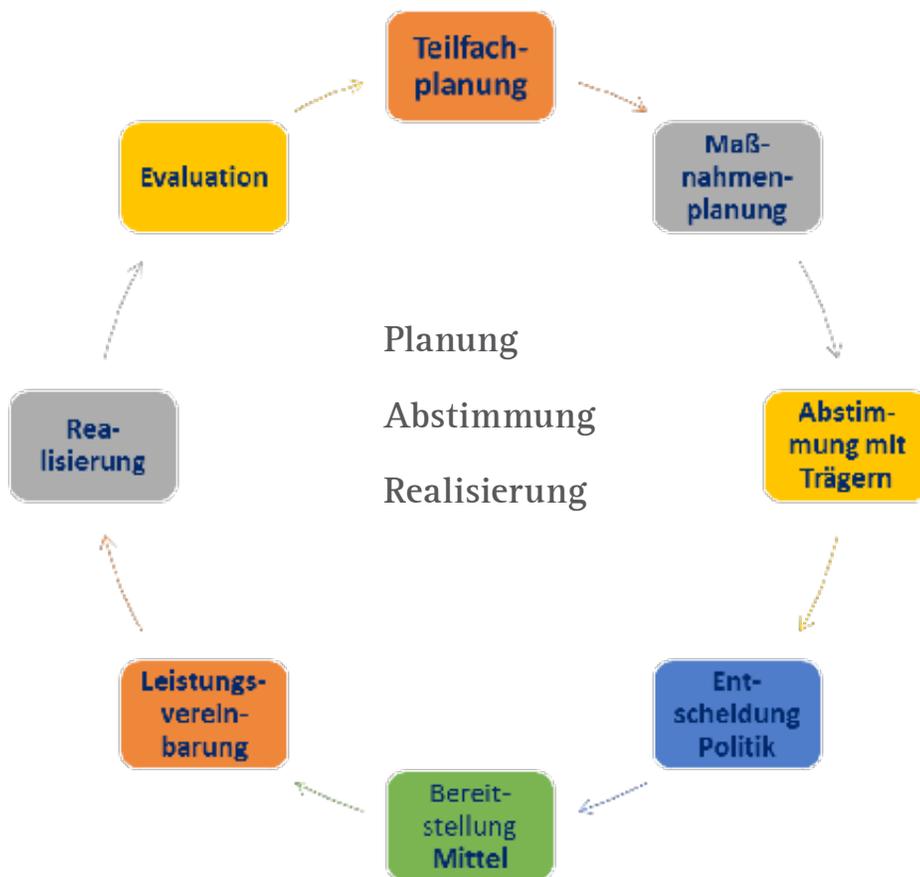


Abb. 2: Planungskreislauf zur Familienförderung im Jugendamt Hürth

ARBEITSGRUPPE 2



Antje Krause

ANTJE KRAUSE

Beratung als Baustein zur Verbesserung der Mutter-, Vater-, Kindergesundheit

Zum inhaltlichen Einstieg ins Thema „Beratung als Baustein zur Verbesserung der Mutter-, Vater-, Kindergesundheit“ wurden in kurzen Zügen zwei theoretische Modelle zu den Wirkfaktoren von Gesundheit dargestellt:

- Das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky und
- das Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren.

1. WIE ENTSTEHT GESUNDHEIT? – DAS MODELL DER SALUTOGENESE NACH AARON ANTONOVSKY

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky prägte den Begriff der Salutogenese in den 1980er-Jahren. Antonovsky untersuchte die Fragestellung, wie Gesundheit entsteht und erhalten wird. Sein aus den Ergebnissen entwickeltes Rahmenkonzept der Salutogenese stand dem Ansatz der Pathogenese (Entstehung von Krankheit) komplementär entgegen.

Salutogenese bezieht sich auf die dynamischen Wechselwirkungen und Faktoren, die zur Entstehung von Gesundheit und deren Erhaltung dienen. Gesundheit wird demnach nicht als Zustand, sondern als Prozess verstanden, in dem Risiko- und Schutzfaktoren in Wechselwirkung stehen. Im Zentrum des Modells stehen die Einflussfaktoren Verständnis, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit, deren Mittelpunkt das Gefühl der Kohärenz – die Verstehbarkeit, zu sehen ist.

2. BEDINGUNGSFAKTOREN FÜR WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEIT: DAS REGENBOGEN-MODELL

Einflussfaktoren auf die Gesundheit und das Wohlbefinden sind vielfältig und abgesehen von Alter, Geschlecht und Erbanlagen beeinflussbar. 1991 entwickelten die Wissenschaftlerin Margaret Whitehead und der Wissenschaftler Göran Dahlgren das Regenbogen-Modell zu den Wirkfaktoren von Gesundheit

und Wohlbefinden, die auf fünf Ebenen festzumachen sind. Die Ebenen bedingen sich gegenseitig und sollten nicht isoliert betrachtet werden.

- Körper: Alter, Gesundheit und Geschlecht
- Persönliche Lebens- und Verhaltensweisen: Ernährung, körperliche Aktivität, Umgang mit Suchtstoffen u. a. m.
- Beziehungen: Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld
- Lebens- und Arbeitsbedingungen: Stadt, Wohnviertel, Wohnung/Haus, Arbeit
- Umwelt: wirtschaftliche, kulturelle und physischen Umweltbedingungen.

Das Regenbogen-Modell der Gesundheit

Welche Dinge haben Einfluss auf unsere Gesundheit? Das zeigt das **Regenbogen-Modell**. Die Gesundheit eines Menschen hat mit sehr vielen Dingen zu tun.



Quelle des Schaubilds: <https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/interna/fachthemen/Gesund/B2.pdf>

3. ERGEBNISSE DER ARBEITSGRUPPE

Nach der theoretischen Einführung verorteten sich die Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe nach ihren Arbeitsfeldern auf den im Regenbogen-Modell dargestellten Ebenen und setzten diese in Bezug zum Thema Gesundheit. Die daraus folgende Fragestellung, welcher Handlungsbedarf für die Beratungsarbeit gesehen werde, um die Gesundheit von Familien zu verbessern, wurde vielschichtig beantwortet:

- Das Regenbogen-Modell sollte in der Beratungsarbeit immer mitgedacht werden – Bewusstsein

über Wirkfaktoren von Wohlbefinden und Gesundheit und das gegenseitige Bedingen der fünf Ebenen!

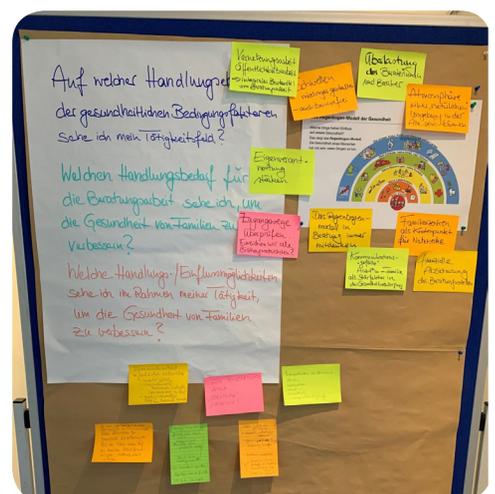
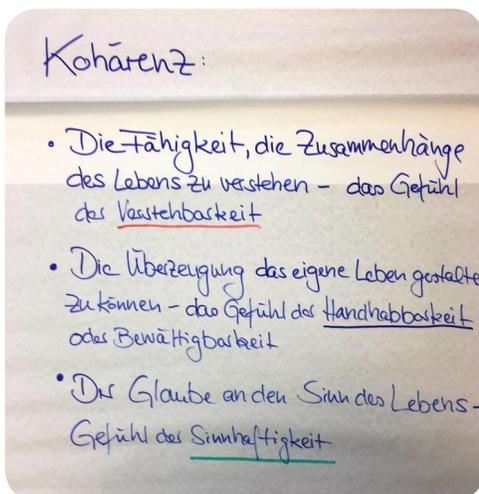
- > Beratung sollte die Atmosphäre einer „natürlichen“ Umgebung schaffen, in der alle sein können und Diversität möglich ist.
- > Schwellen niedriger gestalten, auch barrierefrei, um Beratungsangebote frei und leicht zugänglich zu machen.
- > Eigenverantwortung stärken und befördern
- > Vernetzungsarbeit/Öffentlichkeitsarbeit sollte als integraler Bestandteil von Beratungsarbeit verstanden werden.
- > Überlastung der Berater/innen vermeiden
- > Zugangswege überprüfen. Erreichen Beratungsangebote Familien aller Bildungsschichten?!
- > Familienzentren könnten als Knotenpunkt verstärkt für Netzwerke genutzt werden.
- > Finanzielle Absicherung der Beratungsstellen ermöglicht Kontinuität und Verlässlichkeit.
- > Kommunikationsgefälle führt zu schlechter Versorgung: Sehen manche Ärzt/innen bildungsferne Familien als Störfaktor in der Gesundheitsversorgung?

Abschließend beantworteten die Teilnehmenden die Frage, welche Handlungs-/Einflussfaktoren im Rahmen der eigenen Tätigkeit möglich seien, um die Gesundheit von Familien zu verbessern:

- > Für konzertierte Aktion „Beratung“ eintreten – bundesweite Evaluation der Beratungsarbeit/Bera-

tungsangebote für bessere Vernetzung, Effizienz, gemeinsame Evaluation zur Wirksamkeit, Strukturierung von Angeboten

- > Mehr Informationen für Familien über die Wirkfaktoren von Gesundheit bieten
- > Angebote wohnort- und lebensnah gestalten.
- > Unkomplizierte Zugänge zu Informationen und Beratungsangeboten
- > Ehrenamt qualifizieren – Praxiswissen zum Thema Gesundheit vermitteln (Information, Schulung, Vernetzung)
- > Begegnungen schaffen
- > Gemeinwesenarbeit stärken
- > Austausch ermöglichen: von Informationen, auf kommunaler Ebene, zwischen Familien
- > Therapeutische Kette im Rahmen von Mütterkuren, Mutter-/Vater-/Kind-Kuren stärken (Präventionskette - 70 Jahre Erfahrung des MGWs nutzen)
- > Beratungsstellenarbeit der Müttergenesung absichern durch gesetzlichen Auftrag
- > Neben den Aktivitäten zur gesetzlichen Absicherung der Beratungsstellen, den Fokus auf das Erreichen sozial Benachteiligter setzen
- > Familienzentren und Beratungsarbeit vernetzen
- > Zusammenarbeit in fachlichen Netzwerken als integralen Bestandteil der Beratungsarbeit vertreten und Netzwerkarbeit stärken
- > strukturell verlässliche Rahmenbedingungen für Beratungsarbeit schaffen (finanzielle Mittel).



ARBEITSGRUPPE 3



Ute Jochmann

UTE JOCHMANN

Familienstudie der AOK – Gesundheit und Bewegung

Beteiligte



Durchführung



Wissenschaftliche Begleitung



Prof. Dr. Klaus Hurrelmann,
Hertie School of
Governance, Berlin



Prof. Dr. Jutta Mata,
Lehrstuhl für Gesundheitspsychologie,
Universität Mannheim



2

Auftraggeber

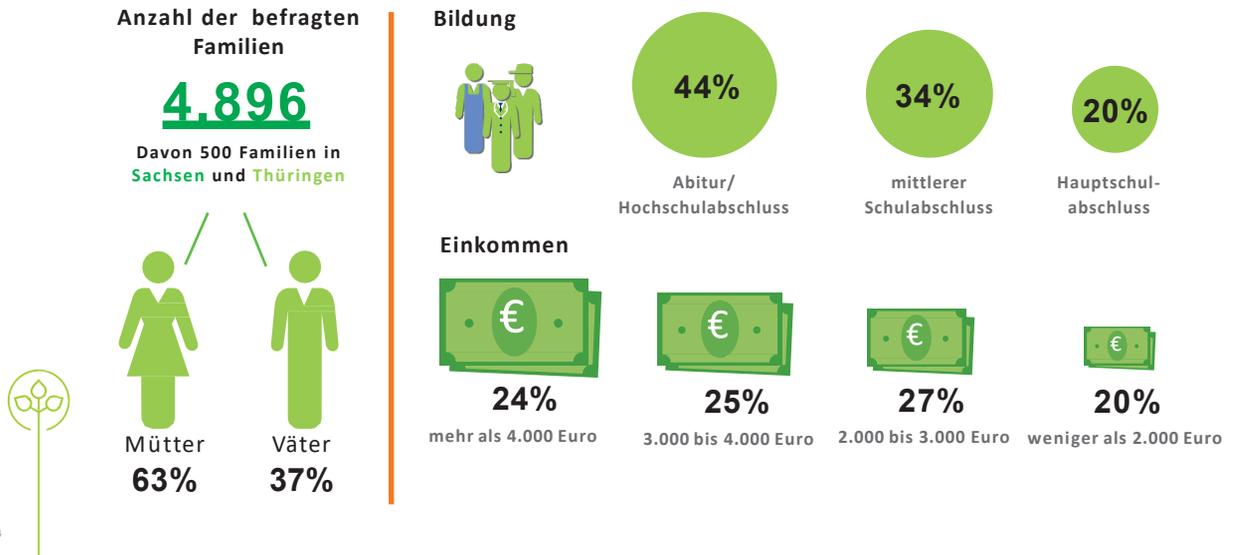


Das methodische Vorgehen bei der AOK-Familienstudie im Überblick

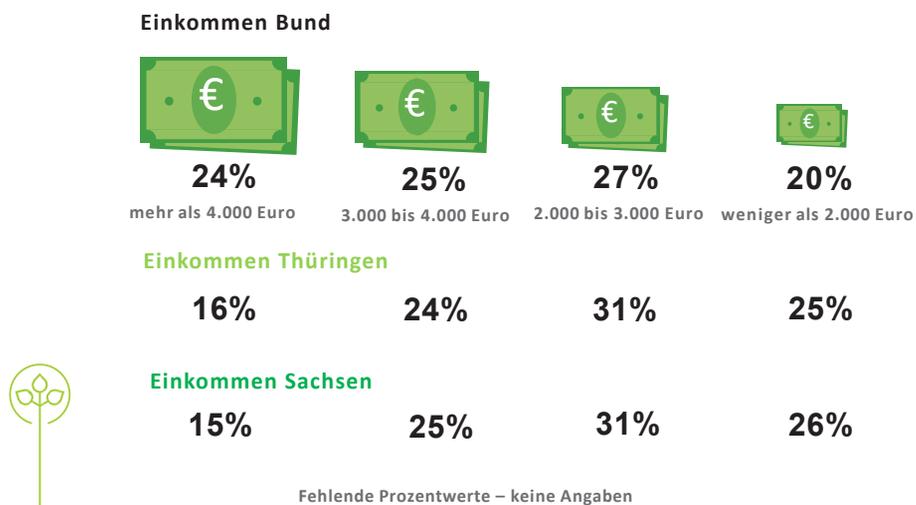


3

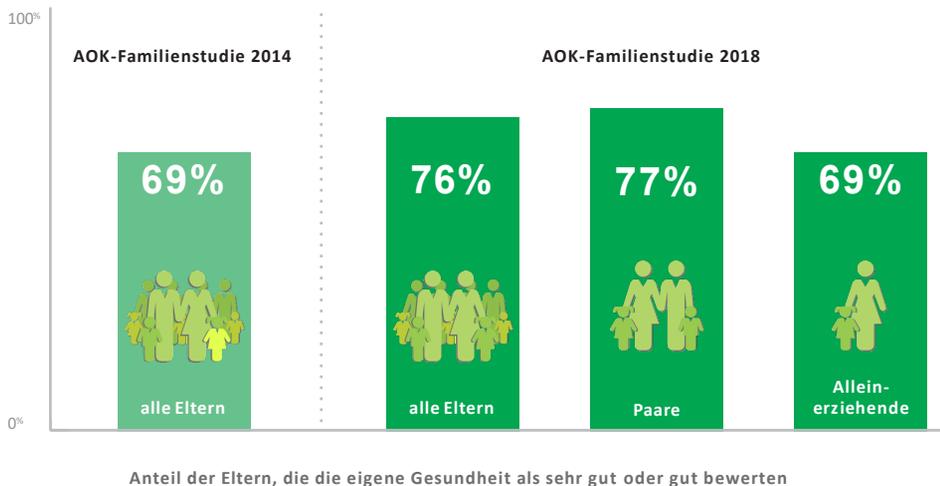
Die Stichprobe der AOK-Familienstudie bildet die deutsche Bevölkerung repräsentativ ab



Unterschiede im Familieneinkommen im Bundesvergleich

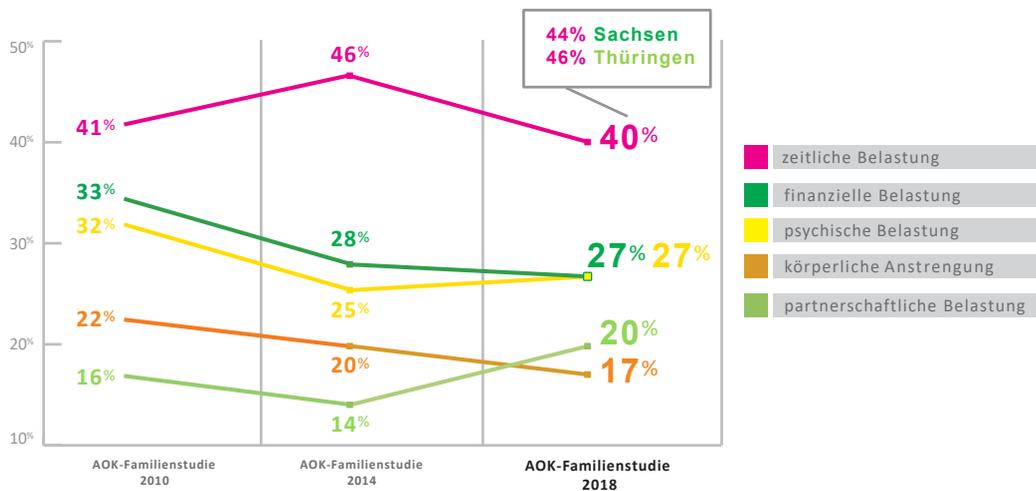


Insgesamt geht es der Mehrheit der Eltern gut – Paaren geht es jedoch besser als Alleinerziehenden



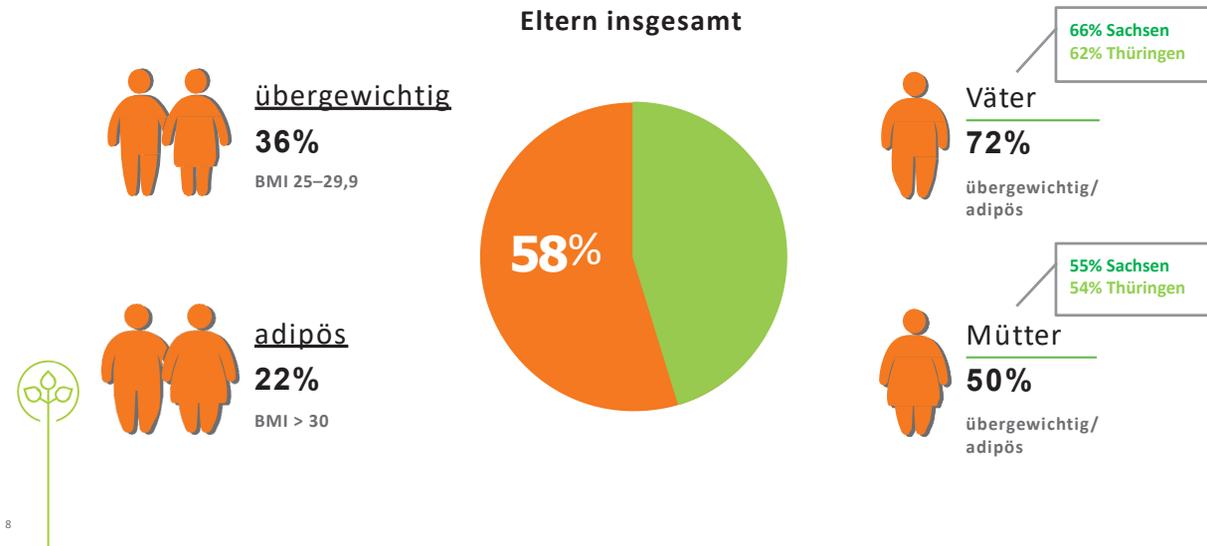
6

Die zeitliche Belastung der Eltern bleibt auf hohem Niveau, partnerschaftliche Probleme nehmen wieder zu

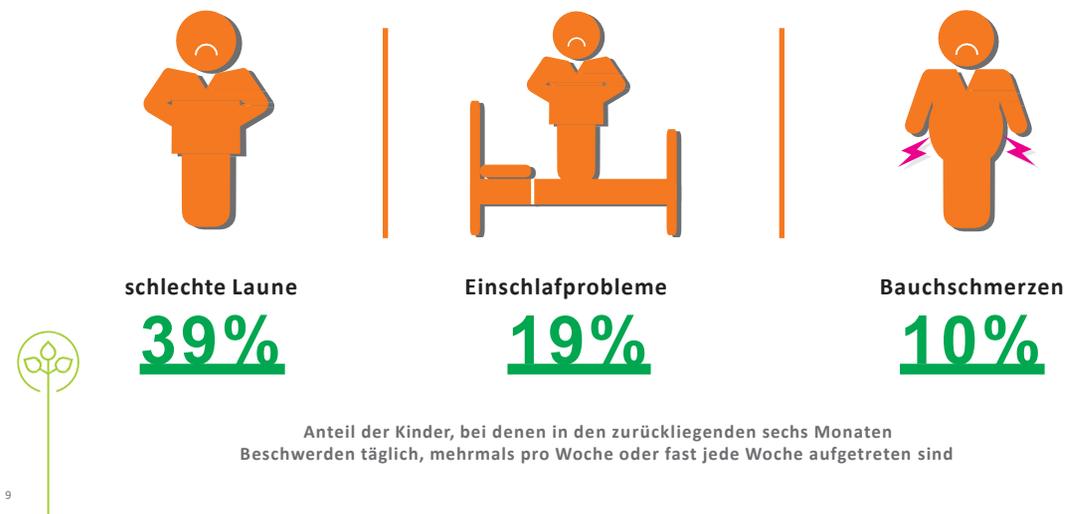


7

Mehr als die Hälfte aller Eltern sind übergewichtig bis adipös



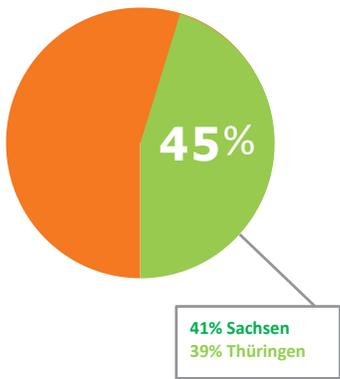
Kinder haben vor allem mit schlechter Laune, Einschlafproblemen und Bauchschmerzen zu kämpfen



Nur etwa die Hälfte aller Eltern bewegt sich täglich gemeinsam mit ihren Kindern



Eltern insgesamt



11

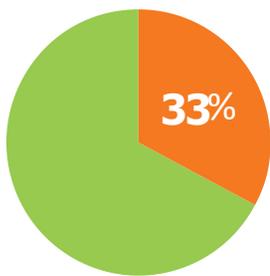
Je älter das Kind, desto seltener sind gemeinsame körperliche Aktivitäten in der Freizeit.



Für jede dritte Familie gehört körperliche Aktivität in der Freizeit nicht dazu

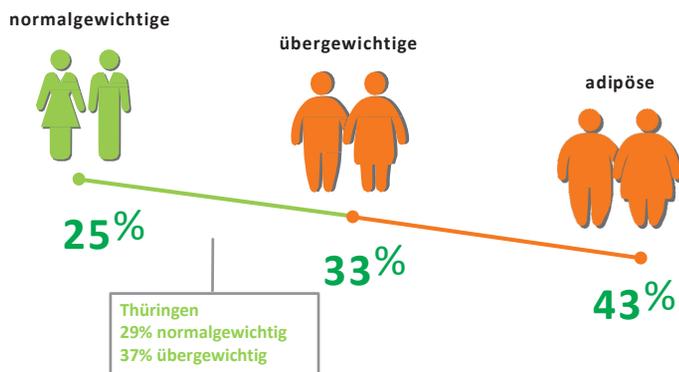


Familien insgesamt

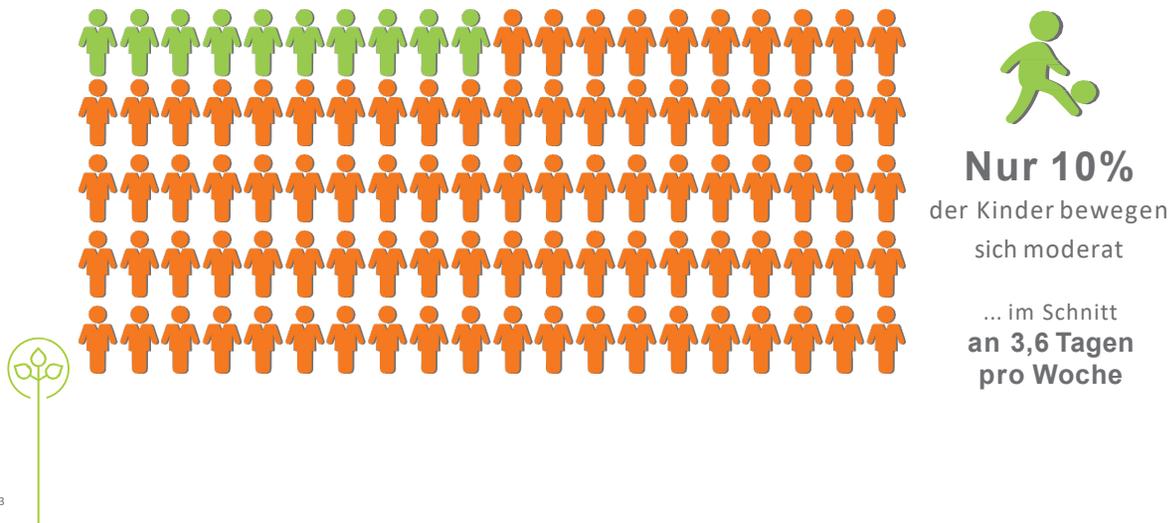


12

Anteil der Familien, für die körperliche Aktivität in der Freizeit nicht dazugehört



Kinder in Deutschland bewegen sich zu wenig



13

In Familien mit positiver Einstellung zur Bewegung treten Beschwerden bei Kindern seltener auf



Familien, die sich viel bewegen:



gute Laune

68% Sachsen



64%

Anteil der Kinder ohne Beschwerden

ohne Einschlafprobleme



82%

Anteil der Kinder ohne Beschwerden

Familien, die sich wenig bewegen:



gute Laune

52%

Anteil der Kinder ohne Beschwerden

ohne Einschlafprobleme



77%

Anteil der Kinder ohne Beschwerden

14

Die meisten Familien finden bereits bewegungsfreundliche Bedingungen in ihrem direkten Wohnumfeld vor



Anteil der Familien, die in ihrem direkten Wohnumfeld kaum bewegungsfreundliche Bedingungen vorfinden

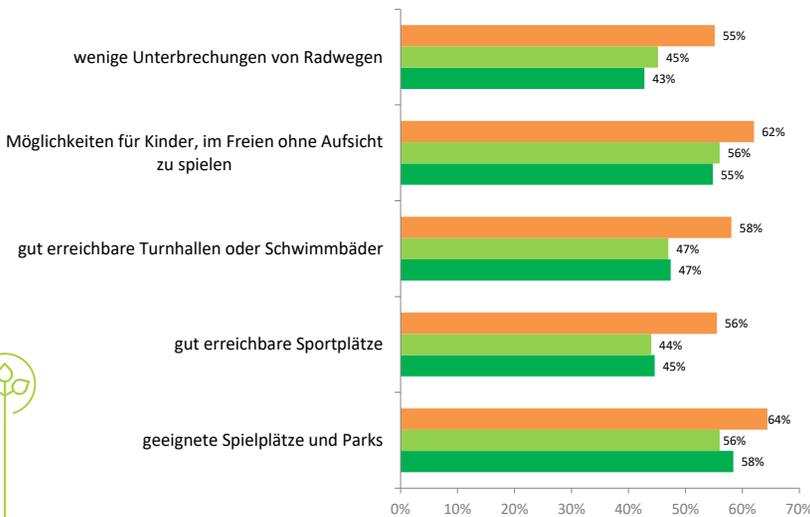


Anteil der Familien, deren direktes Wohnumfeld bereits bewegungsfreundliche Bedingungen bietet



15

Sachsen und Thüringen erleben weniger bewegungsfreundliche Bedingungen in ihrem Wohnumfeld



Anteil der Familien, deren direktes Wohnumfeld bereits bewegungsfreundliche Bedingungen bietet

■ Bund
■ Thüringen
■ Sachsen

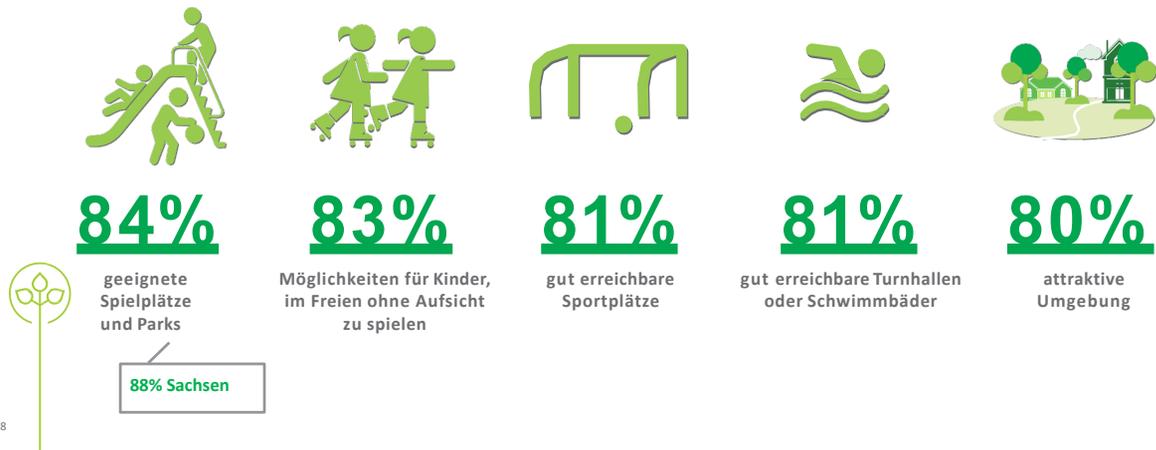


16

Eltern wünschen sich für ihre Kinder mehr Spielmöglichkeiten im Freien

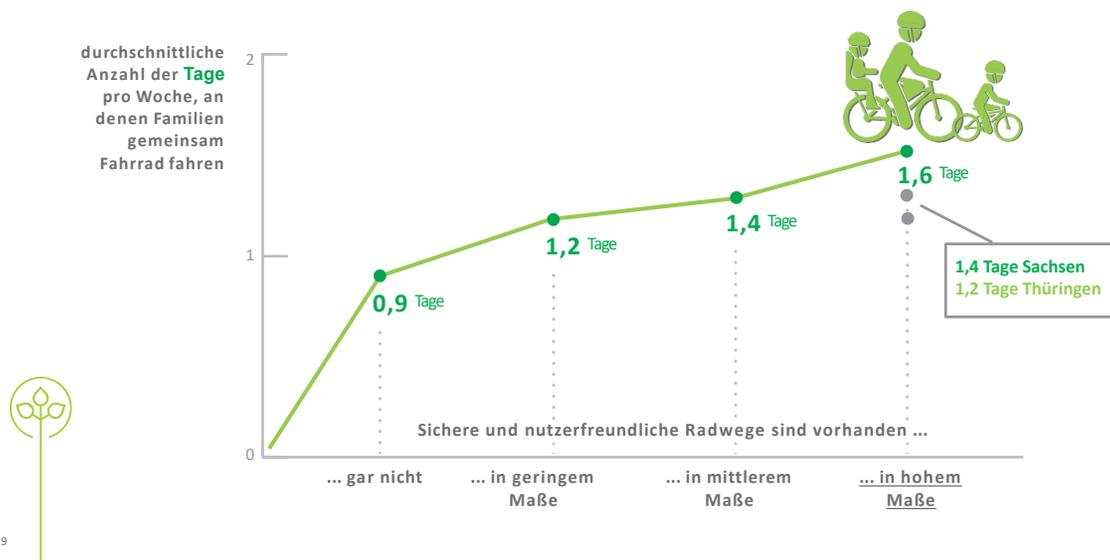


Anteil der Eltern, die meinen, dass folgende Angebote ihr Wohnumfeld bewegungsfreundlicher machen werden



18

Je mehr sichere und nutzerfreundliche Wege da sind, desto öfter fahren Familien Rad

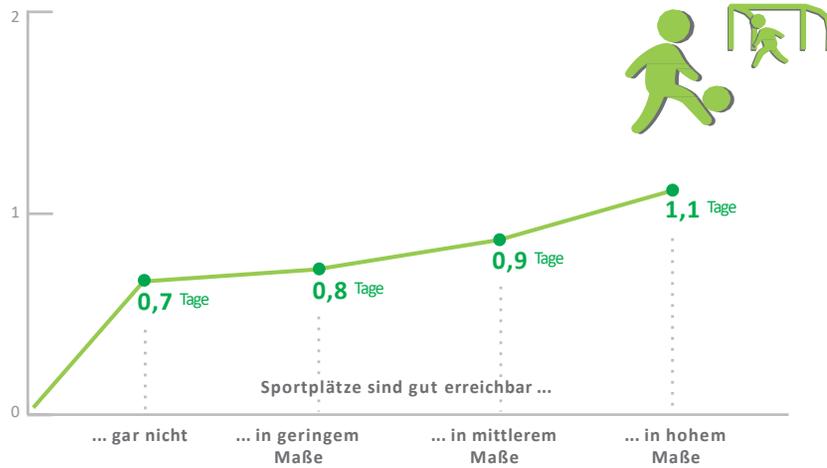


19

Familien treiben öfter gemeinsam Sport, wenn Sportplätze gut erreichbar sind



Anzahl der **Tage** pro Woche, an denen Familien gemeinsam Sport treiben

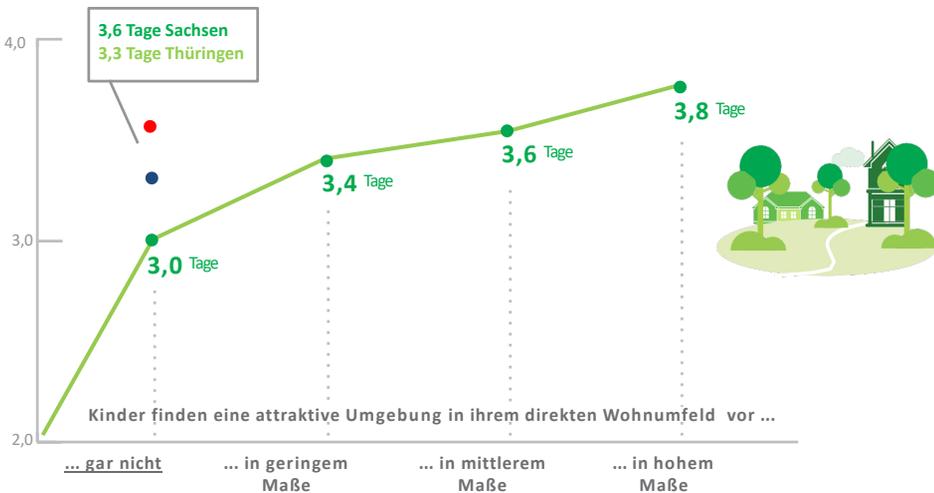


20

Eine attraktive Wohnumgebung motiviert Kinder, sich mehr zu bewegen



Anzahl der **Tage** pro Woche, an denen das Kind sich mindestens 60 Minuten lang bewegt



21

Fazit



Die AOK Familienstudie 2018 zeigt, dass

- der allgemeine Gesundheitszustand von Eltern und Kindern als gut eingeschätzt wird,
- ein großer Teil der Eltern von starken zeitlichen Belastungen berichtet, ein signifikanter Anteil von psychischen Problemen im Alltag,
- mehr als die Hälfte der Eltern übergewichtig oder adipös ist,
- die meisten Eltern sich entsprechend der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation bewegen, auch wenn nur etwa ein Viertel der Eltern regelmäßig Sport treibt,
- die körperliche Aktivität bei Kindern in Deutschland generell sehr gering ist,
- bei der gemeinsamen körperlichen Aktivität in den Familien noch „deutlich mehr Luft nach oben“ ist.
- es einen klaren Zusammenhang zwischen einer bewegungsfreundlichen Kommune und der körperlichen Aktivität von Eltern und Kindern gibt: Wenn gute Bewegungsbedingungen vorhanden sind, bewegen sich Eltern und Kinder sich häufiger gemeinsam.



Dr. Gerd Landsberg, Hauptgeschäftsführers des Deutschen Städte- und Gemeindebundes betont die Schlüsselfunktion der Kommunen bei gesunder Bewegung und Ernährung von Kindern und Jugendlichen!

anlässlich der Vorstellung der „AOK Familienstudie 2018“ am 02. Juli 2018 in Berlin

22

Fazit



Die AOK sieht ebenfalls gerade in der Schaffung und Ausbreitung einer gesundheitsförderlichen Infrastruktur einen entscheidenden Handlungsbedarf, damit Kinder gesund aufwachsen und sich entwickeln können.

Daher gilt es für uns als Gesundheitskasse vor allem, Städte und Gemeinden ins Boot zu holen, die diese guten Rahmenbedingungen entwickeln wollen, um Bewegung in Familien zu fördern.



23

REFERENTEN / REFERENTINNEN

THOMAS ALTGELD

Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



REGINA KRAUSHAAR

Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz



PROF. DR. MED. THOMAS ELKELES

Hochschule Neubrandenburg

DR. H. C. JÜRGEN GOHDE

Kuratorium Deutsche Altershilfe



KATJA BECKMÜLLER

Landeskoordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder, Potsdam

ANTJE KRAUSE

Evangelischer Fachverband für Frauengesundheit e. V.



KAROLIN KÖNIGSFELD

Jugendamt Hürth, Präventionsstelle Erziehungs- und Familienförderung, Angebots- und Netzwerkkoordination

UTE JOCHMANN

AOK Plus, Region Chemnitz



eaf e. V.

Auguststraße 80
10117 Berlin

tel 030 283 95 400

fax 030 283 95 450

mail info@eaf-bund.de

web www.eaf-bund.de