

# *Familiäre Gesundheitsförderung*

## **Raimund Geene, Ute Thyen, Eike Quilling & Britta Bacchetta**

**Prävention und  
Gesundheitsförderung**

ISSN 1861-6755  
Volume 11  
Number 4

Präv Gesundheitsf (2016) 11:222-229  
DOI 10.1007/s11553-016-0560-3



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

Präv Gesundheitsf 2016 · 11:222–229  
 DOI 10.1007/s11553-016-0560-3  
 Online publiziert: 7. Oktober 2016  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Raimund Geene<sup>1</sup> · Ute Thyen<sup>2</sup> · Eike Quilling<sup>3</sup> · Britta Bacchetta<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Kindliche Entwicklung und Gesundheit, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal, Deutschland

<sup>2</sup> Sozialpädiatrisches Zentrum Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, Deutschland

<sup>3</sup> Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland

<sup>4</sup> Familienhebamme Berlin, Berlin, Deutschland

# Familiäre Gesundheitsförderung

## Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung gelingender Übergänge

### Hintergrund und Fragestellung

Die besondere Bedeutung der Familie für die Gesundheit von Kindern ist vielfach belegt [1, 19]. Die aktuell breite Thematisierung von Kindergesundheit ist v. a. auf drei öffentliche Diskurse zurückzuführen. Zu nennen sind hier Erkenntnisse zur „Neuen Morbidität“ aus dem Kindergesundheitssurvey KiGGS (ab 2007), die im Zuge der Armut- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung breit thematisierte Kinder- und Familienarmut sowie insbesondere die Diskussionen zu Kindeswohlgefährdungen, die zur Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen in 2007 und folgend mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 zu einem flächendeckenden Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen und Unterstützungsangeboten durch Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger führten.

Diese Initiativen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind bislang noch zu wenig vernetzt mit Angeboten aus dem Gesundheitswesen [6, 28]. So schließen Krankenkassen bislang individualpräventive Maßnahmen nach § 20 SGB V für Kinder unter 6 Jahren grundsätzlich aus [11]. Sie haben aber in ihrem Leistungskatalog Impfungen, die Prophylaxe mit Vitamin D, K und Fluor als Maßnahmen der primären Prävention aufgenommen, alle übrigen präventiven Maßnahmen sind sekundär präventive Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und

Entwicklungsstörungen. Primäre Prävention im Sinne vorbeugender Beratung und Gesundheitsförderung ist bislang kaum vorgesehen. Im kinder- und jugendärztlichen Dienst des öffentlichen Gesundheitswesens können primärpräventive Angebote im Setting aufgrund eines weitgehenden Ressourcenmangels in der Regel nicht realisiert werden, auch wenn in Modellprojekten die Aufgabe der Systematisierung und Koordinierung der Angebote übernommen wird [6].

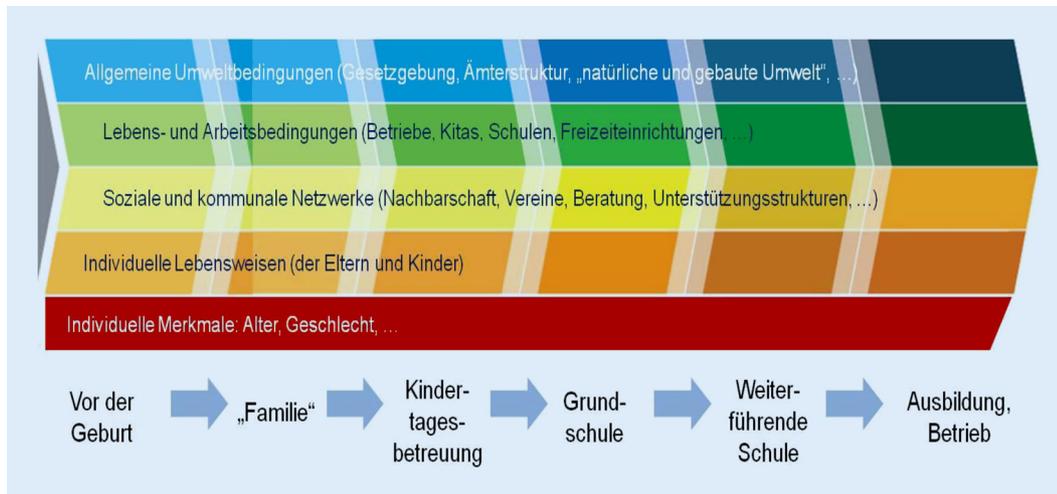
Das Präventionsgesetz (PrävG) schafft hier erste Anschlussmöglichkeiten. In Übereinstimmung mit dem Setting-Approach der WHO [27] wird Familie nicht als eigenständige Lebenswelt der Gesundheitsförderung genannt; vielmehr sollen Familien über die Institutionen Kita, Schule sowie Kommune erreicht werden. Das Gesetz adressiert zudem Familien über eine Verlängerung der Hebammenhilfe und eine stärker präventive Ausrichtung insbesondere der pädiatrischen Versorgung. So sollen die sekundärpräventiven Früherkennungsuntersuchungen zu primärpräventiven Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt mit neuen Instrumenten (Präventionsempfehlungen) und Methoden (Beratung, Hinweise zu regionalen Unterstützungsangeboten/Frühen Hilfen) werden, für deren Ausgestaltung es neu zu entwickelnder Angebote und Kooperationen bedarf.

### Familie als primäre Sozialisation

Familie gilt als Ort der primären Sozialisation [15] und ist im Idealfall ein Raum, in dem Menschen emotionalen Beistand erfahren, sich geliebt und angenommen fühlen können und somit in ein unterstützendes System eingebunden sind, das auch in Belastungssituationen schützen kann<sup>1</sup>. Dies gilt über die gesamte Lebensspanne und umfasst auch den Bereich der Angehörigenpflege [19]. Für Kinder ist die Familie der soziale Raum, der ihr Gesundheitsverhalten entscheidend prägt [15]. Der Aufbau einer emotionalen Bindung zu mindestens einer umsorgenden Bezugsperson gilt in der frühen Kindheit als wichtige Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung [1, 19].

Diesem Gedanken Rechnung tragend, hat das BMFSFJ seit 2007 ein Nationales Zentrum Frühe Hilfen initiiert in gemeinsamer Trägerschaft von BZgA und Deutschem Jugendinstitut. Mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 sind die Frühen Hilfen als Angebot für alle Familien von Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr eines Kindes nunmehr gesetzlich normiert [25]. Mit dem Kom-

<sup>1</sup> Dem Beitrag liegt ein moderner, weiterführender Familienbegriff zugrunde, der der Pluralisierung unserer Gesellschaft entspricht und die Vielfalt heutiger Lebens- und Familienformen berücksichtigt. Familie wird verstanden als privaten Lebenszusammenhang, in dem Menschen verschiedener Generationen in verbindlichen Beziehungen füreinander Sorge tragen [19].



**Abb. 1** ◀ Angelehnt an das „Regenbogenmodell“ von Dahlgren und Whitehead [3, 17]

petenzprofil Familienhebammen [13] ist ein einheitlicher Qualifikationsrahmen vereinbart worden. Es beinhaltet sowohl medizinisch-pflegerische als auch Kompetenzen der psychosozialen Beratung und Betreuung und verknüpft primär- und sekundärpräventive Angebote. Zwar ist inzwischen eine bundesweite Versorgung durch diese Angebote sichergestellt, Engpässe bestehen jedoch durch Fachkräftemangel sowie Schnittstellenprobleme zwischen den Zuständigkeitsbereichen „regulärer“ Hebammen gemäß SGB V und den zusätzlichen Leistungen durch Familienhebammen gemäß SGB VIII [20].

Mit dem Präventionsgesetz sind Anknüpfungspunkte an die Frühen Hilfen gesetzt worden, auch wenn diese deutlich hinter den Vorschlägen des Bundesrates [4] zurückgeblieben sind. So sind Gynäkologen und Kinder- und Jugendärzte nunmehr aufgefordert, Schwangere und Eltern über regionale Unterstützungsangebote zu informieren, die in der Gesetzesbegründung als Frühe Hilfen erläutert werden. Auch ist die Betreuung im Wochenbett durch die Hebamme von 8 auf 12 Wochen verlängert worden, allerdings ohne Erhöhung der Leistungsmenge.

Die Beratung zu Frühen Hilfen reiht sich ein in die Neuausrichtung insbesondere der Kinderuntersuchungen. Diese waren bislang als Früherkennungsuntersuchungen sekundärpräventiv auf Detektion von körperlichen und geistigen Entwicklungsverzögerungen ausgerichtet [11]. Das PrävG hat den Fokus um psychosoziale Faktoren erweitert und

sieht vor, dass sie insgesamt zu Gesundheitsuntersuchungen mit primärpräventiven Inhalten und Methoden weiterentwickelt werden. Einige dieser Neuregelungen hat der GBA bereits zeitgleich mit dem Bundestagsbeschluss des PrävG am 18.6.2015 in die veränderten Kinderrichtlinien aufgenommen [5].

### Präventionsempfehlungen als neues Instrument

Zur Unterstützung der Beratung hat das PrävG mit ärztlichen Präventionsempfehlungen (PrävE) ein neues Instrument geschaffen. Mit diesen können Versicherten Maßnahmen der individuellen Prävention empfohlen werden, die – so heißt es im § 20 Abs. 5 SGB V – von den Krankenkassen bei der Bewilligung zu berücksichtigen sind. Die ärztliche Zuweisung über die PrävE schafft die bisherige kassenbezogene Auswahl von Präventionskursen nicht ab, ergänzt sie jedoch durch einen neuen Zugangsweg. Nach dem Leitfaden der Krankenkassen sind bislang Präventionskurse erst für Kinder über 6 Jahren vorgesehen, jüngere Kinder sollten bisher ausschließlich über den Settingansatz angesprochen werden [11]. Durch das PrävG sind nun aber nicht mehr nur die Kinder Adressaten, auch ihre Eltern sollen durch Kurse in ihrer „gesundheitlichen Elternkompetenz“ gestärkt werden, so die Gesetzesbegründung zur Neuregelung des § 26 [16]. Auch hier ist die Abgrenzung zwischen allgemeiner Elternkompetenz ge-

mäß SGB VIII und gesundheitlicher Elternkompetenz im SGB V schwierig.

Mit der präventionsorientierten Beratung, dem Verweis auf regionale Unterstützungsangebote und dem Zuweisungsauftrag über PrävE haben die Ärzte ein komplexes Aufgabenfeld erhalten, das in mehrfacher Hinsicht hohe Anforderungen stellt. So müssen über Fortbildungen Beratungskompetenzen geschult werden [10]. Die Beratung zu regionalen Unterstützungsangeboten wird dadurch erschwert, dass eine Einbindung von Ärzten in Netzwerke Früher Hilfen sich schwierig gestaltet, v. a. weil der notwendige Zeitaufwand bislang nicht regelmäßig honoriert werden kann [28]. Die Ausstellung der PrävE verlangt Kenntnis und auch Gestaltungsmöglichkeiten bei Angeboten der individuellen Prävention. Hierzu regelt das PrävG im § 20 Abs. 2 und Abs. 5 SGB V, dass der GKV-Spitzenverband – unter Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen von Menschen mit Behinderung – Handlungsfelder und Kriterien der Angebote festlegt, die Kursangebote zertifiziert und im Internet veröffentlicht. Hier bestehen also zwei untergesetzliche Aufträge – die Ärzte bzw. der GBA für die Zuweisung durch PrävE, der GKV-SV für die Ausgestaltung des Angebots – die sich zunächst auf ein abgestimmtes Vorgehen verständigen müssen.

Bei den individuellen Präventionsmaßnahmen für junge Eltern zur Stärkung ihrer gesundheitlichen Elternkompetenz wird die Schnittstellenproblematik deutlich: Die im Bereich der Frühen

## Zusammenfassung · Abstract

Präv Gesundheitsf 2016 · 11:222–229 DOI 10.1007/s11553-016-0560-3  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

R. Geene · U. Thyen · E. Quilling · B. Bacchetta

## Familiäre Gesundheitsförderung. Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung gelingender Übergänge

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Gesundheitsverhalten wird wesentlich über frühkindliche Erfahrungen in Familien als erstem Sozialisationsort determiniert. Als grundgesetzlich geschützter sozialer Raum können Familien jedoch nicht zu Präventionsmaßnahmen verpflichtet werden. Familie ist keine Lebenswelt im Sinne des Präventionsgesetzes (PrävG), die Interventionslogik des Settingansatzes ist auf sie nicht unmittelbar anwendbar.

**Zielstellung.** Der Beitrag geht den neuen Herausforderungen für familiäre Gesundheitsförderung nach, die sich durch das PrävG ergeben.

**Methoden.** Es werden die familienbezogenen gesetzlichen Neuregelungen des PrävG inklusive der relevanten Akteure, Zuständigkeiten und Schnittstellenprobleme analysiert, insbesondere vor dem Hintergrund des 2012 verabschiedeten Bundeskinderschutz-

gesetzes. Folgend werden Anforderungen an familiäre Gesundheitsförderung aus der Ottawa-Charta abgeleitet. Abschließend wird der Transitionsansatz am Beispiel der Gesundheitsförderung rund um die Geburt zur Identifikation von Präventionsbedarfen und -potenzialen familiärer Gesundheitsförderung dargestellt.

**Ergebnisse.** Familiäre Gesundheitsförderung sollte als gemeinsame Aufgabe des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer lokaler Akteure gestaltet werden. Sie können sich an den Kernstrategien der Ottawa-Charta – Advocate, Enable und Mediate – als Handlungsmaximen orientieren. In Präventionsketten werden Akteursnetzwerke aufgebaut zur Unterstützung von Familien durch Gesundheitsförderung insbesondere im Management von Übergängen. Das PrävG eröffnet einerseits Möglichkeiten

für ein ärztliches Präventionsmanagement, andererseits Potenzial für Kommunen zur Profilierung als „Dach-Setting“ und damit neue Potenziale für Gesundheitsförderung, die strukturgestützt aufgebaut und etabliert werden sollten.

**Diskussion.** Familiäre Gesundheitsförderung ist eine komplexe Herausforderung für die Akteure in der Versorgung, im Sozialraum und in den Steuerungsebenen. Es bedarf eines eigenständigen, wissenschaftlich begründeten Interventionsansatzes mit Methodenprogrammen und institutionellen Zuordnungen.

### Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung · Transitionsansatz · Präventionskette · Netzwerke Frühe Hilfen · Präventionsempfehlung

## Family-related health promotion. Legal framework and the relevance of successful transitions

### Abstract

**Background.** Health behaviour is substantially determined and shaped by early childhood experiences within the family environment. However, as a constitutionally protected social space, families are not obliged to follow specific health behaviour standards or to take part in preventive measures. This means that the family cannot be seen as a setting, as described in the prevention law (PrävG) and the intervention logic of the setting approach is not directly applicable to the family environment.

**Objectives.** The purpose of the article is to explore the new challenges for family health promotion arising from the PrävG prevention law.

**Methods.** The article analyses the new family-related statutory regulations of PrävG including the relevant actors, responsibilities

and intersecting regulation issues taking into account the federal child protection law (Bundeskinderschutzgesetz) adopted in 2012. The article then goes on to define requirements for health promotion in families derived from the Ottawa Charter. In the final section, the transition approach is applied, considering relevant factors for health promotion especially around childbirth and identifying needs and enabling factors for health promotion in the family environment.

**Results.** Family health promotion should be designed as a common task of health services, child and youth services and other local actors. The three core strategies of the Ottawa Charter—Advocate, Enable and Mediate—are suitable to guide the process. “Prevention Chains” are coordinated actor networks constructed to assist families in the promotion

of health and the management of transitions. The PrävG creates a new role for medical prevention management and for communities to become the “umbrella setting” for health promotion.

**Discussion.** Family health promotion is a complex challenge for actors involved in providing and supporting health services, those in the local environment and at the steering level. It requires an independent research-based intervention approach including the identification of adequate methods and clearly acknowledged institutional responsibilities.

### Keywords

Health promotion · Transition approach · Prevention chain · Early intervention · Prevention recommendation

Hilfen entwickelten Angebote werden bislang überwiegend kommunal (gemäß SGB VIII) über die Jugendämter sowie z. T. auch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst angeboten. Zu befürchten ist hier, dass die Krankenkassen nun parallele Angebote im Sinne einer eigen-

ständigen Frühe-Hilfen-Säule aus dem Gesundheitswesen heraus entwickeln werden, statt die möglichen Synergien zu nutzen, oder auch, dass Kommunen entsprechende Ausgaben streichen. Schon heute ist die unterschiedliche Finanzierung von Hebammen (über GKV

gemäß SGB V) und Familienhebammen (über Jugendämter gemäß SGB VIII) unglücklich. Hier gilt es, im Sinne der Familien gemeinsame Vereinbarungen zu treffen, um die wichtigen Neuregelungen für sie zur Wirkung bringen zu können.

## Familie ist kein Setting

Durch das PrävG ist Gesundheitsförderung in Lebenswelten gemäß dem Settingansatz erstmals gesetzlich normiert. Der Settingansatz kann jedoch nicht direkt auf Familien übertragen werden. Denn im Gegensatz zu Institutionen wie Schulen und Kitas, die normativ gesteuert werden können, stehen Familien unter dem besonderen Schutz des Grundgesetzes (Art. 6 GG). Die Förderung und Pflege der Kinder ist ausschließliche Aufgabe der Eltern, eingeschränkt nur durch das sog. „staatliche Wächteramt“ sowie die Schulpflicht nach Art. 6 Abs. 2 GG. Die Funktion des Wächteramtes kann nur dann greifen, wenn es sich um Kindeswohlgefährdung handelt. So ist selbst die Teilnahme an den kinder- und jugendärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, an Impfungen und Prophylaxen nicht verpflichtend, sondern als Angebot der Krankenversicherung an ihre Versicherten formuliert. Entsprechende Neuregelungen des PrävG (u. a. Möglichkeit für Kitas und Schulen, die Bestätigung einer Impfberatung einzufordern) und vorangegangener Landesregelungen (u. a. verbindliches Einladewesen) können zwar eine fast lückenlose Inanspruchnahme initiieren [24], die Freiwilligkeit muss jedoch gewahrt bleiben. Neben diesen ethischen und rechtlichen<sup>2</sup> Einwänden ist Freiwilligkeit für Familien auch pragmatisch geboten, denn Gesundheitsförderung kann nicht verordnet oder anerzogen werden. Vielmehr zielt Gesundheitsförderung auf Selbstbestimmung [26].

## Advocate, Mediate und Enable als Handlungsmaxime

Die Lebenswelt Familie ist also keine Lebenswelt im Sinne des PrävG, die

<sup>2</sup> Ergänzend kommen in Deutschland noch Zuständigkeitsfragen (u. a.) zwischen Gesundheitsversorgung (SGB V) und Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) als besondere Herausforderung hinzu: Während das SGB V die Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung beauftragt, ist Familienhilfe als Teil des Kinder- und Jugendhilfegesetzes institutionell und finanziell den Kommunen zugewiesen.

Methoden des Settingansatzes gelten hier als teilweise ungeeignet [9]. Familiäre Gesundheitsförderung bedarf einer besonderen Interventionslogik mit eigenem Handlungsansatz, der insbesondere dem Gebot der Freiwilligkeit folgt. Die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta [26] Advocate (anwaltschaftliche Interessenvertretung), Mediate (Vermitteln und Vernetzen) und Enable (Befähigen und Ermöglichen) bieten hier geeignete Handlungsmaxime, um Eltern empathisch und unterstützend zur Seite zu stehen. Im Kompetenzprofil Familienhebammen werden sie beispielgebend dargelegt [13].

Die Ansprache von Eltern über Settings steckt erst in den Anfängen und folgt den Kernstrategien nur in Teilen, weil Kinder – und nicht primär Eltern – in Kitas und Schulen betreut werden und ihre Bildungsfortschritte im Zentrum stehen<sup>3</sup>. Eltern gelten hier eher als Multiplikatoren bzw. Einzubeziehende, aber nicht als eigentliche Adressaten. Auch wenn das im PrävG aufgenommene Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ ebenso wie aktuelle Bildungspläne die Zusammenarbeit mit Eltern in den Blick rücken, bleibt eine umfassende familiäre Gesundheitsförderung im Sinne der Kernstrategien noch eine offene Entwicklungsaufgabe für die Fachkräfte, insbesondere hinsichtlich der Förderung sozial benachteiligter Eltern [8].

## Kommune als „Dach-Setting“

Das noch junge Handlungsfeld „Setting Kommune“ – erstmals 2010 im Leitfadens der GKV aufgenommen [11] – kann hier als „Dach-Setting“ [9] eine wichtige Rolle spielen.

Auf kommunaler Ebene bietet sich ein Zugang an über lokal koordinierte Netzwerke mit Akteuren unterschiedlicher Professionen, die das Ziel haben, die regionalen Präventionsbedarfe abzudecken und Synergieeffekte so zu nutzen, dass Familien erreicht werden. Das

<sup>3</sup> Einzelne Modellprojekte nach Vorbild des britischen Sure start-Programms entwickeln in diesem Sinne Kitas zu Familienzentren; der Ansatz ist jedoch nur marginal entwickelt. Vgl. den Beitrag zu Setting Kita in diesem Heft.

sektoral geprägte Denken und Handeln von Gesundheitswesen<sup>4</sup> und Kinder- und Jugendhilfe soll durch Netzwerkhandeln zusammengeführt werden, wie es bereits in den Netzwerken Frühen Hilfen intendiert ist [14]. Dies sollte als fortlaufender Prozess verstanden werden mit dem Ziel der Konsentierung gemeinsamer Ziele, um diese vertreten und umsetzen zu können [23]. Für die Gesundheitsförderung ist Netzwerkarbeit eine bereits erprobte Organisationsform im Sinne der Kernstrategie „Mediate“ (Vermitteln und Vernetzen, [2]). Im Kompetenzprofil der Netzwerke Früher Hilfen sind auch der Advocacy-Ansatz sowie „Enable“ im Sinne von Befähigen und Ermöglichen ausgewiesen [14].

## Präventionsketten für gelingende Übergänge

In der kommunalen Gesundheitsförderung spielt multiprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle [21]. So ist es das Ziel von sog. „Präventionsketten“, interdisziplinäre und fachbereichsübergreifende Netzwerke auf kommunaler Ebene zu etablieren, um gemeinsame Handlungsansätze für gesundheitsförderliche Strukturen zu entwickeln [23].

Präventionsketten richten sich nach den Entwicklungsphasen des Kindes und den entsprechend relevanten Lebenswelten, insbesondere auch hinsichtlich der Übergänge zwischen den Lebenswelten (Abb. 1). Der erste Teil der Präventionskette „Zielgruppe bis 3-jährige Kinder“ konnte durch das Bundeskinderschutzgesetz mit der dort etablierten Legaldefinition der Frühen Hilfen bereits strukturell verankert werden.

Damit diese Übergänge erfolgreich gelingen, können lebensweltübergreifende kommunale Netzwerke sinnvolle Lösungswege bieten [22], die im oben

<sup>4</sup> Mit Gesundheitswesen sind das in SGB V umfassend geregelte Versorgungssystem im Leistungsbereich der Krankenversicherung, d. h. niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser, sowie auch der kinder- und jugendärztliche Dienst im öffentlichen Gesundheitswesen gemeint. Auch die Schnittstelle zwischen diesen beiden Bereichen des Gesundheitswesens ist unzureichend verbunden.

Originalarbeit

Tab. 1 10-Phasen-Modell [7]

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische und psychologische Bewältigungsaufgaben
1. Präkonzeptionelle Phase Vor Eintritt einer Schwangerschaft	Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit; Herausbildung elementarer Voraussetzungen	Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/Wohlbefinden Sicherheit schaffen (soziale und finanzielle)
2. Orientierungsphase Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. SSW	Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft Beginn körperlicher Veränderungen	Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene Sorgen und Ängste Bewältigung körperlicher Veränderungen Umgang mit mögl. Symptomen (z. B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen) bzw. Fehlen von Symptomen
3. Selbstkonzeptphase ca. 12. bis 20. SSW Beginnt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft	Erstes Selbstkonzept vom Elternwerden/-sein; Sichtbarwerden der Schwangerschaft	Umgang mit der Reaktion auf die Schwangerschaft von außen Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik
4. Subjektwertungsphase ca. 20. bis 32. SSW	Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/als zunehmend eigenständiges Wesen Phase des Wohlbefindens	Wachsen des Bauches Phantasien über das Leben mit Kind Entwicklung von Selbstbildern der zukünftigen Mutter/des zukünftigen Vaters/Partner/in
5. Phase der Antizipation und Vorbereitung ca. 32. bis 40. SSW	Anstieg der körperlichen Belastung, Vorbereitung auf Geburt. Vorbereitung auf Familie	Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt „Nestbau“ Kompensation körperlicher Belastungen
6. Geburt	Geburtsverlauf, Zeit für das Kennenlernen/Bonding	Gebären/Annehmen eines neuen Familienmitgliedes Gelingende Anpassung an das Leben außerhalb des Mutterlaibs
7. Wochenbett/Phase der Überwältigung und Erholung bis ca. 8–12 Wochen nach der Geburt	Wechsel zwischen Freude/Stolz und Erschöpfung. Umgang mit körperlichen Veränderung und Veränderungen im Tagesablauf mit neuer Verantwortung	Kompensation von Erschöpfung, Ressourcenaufbau Angemessene Strategien zu Stimmungsschwankungen Heilungsprozess bei Geburtsverletzungen Bewältigung körperlicher Veränderungen (z. B. Brust, Rückbildungsprozess, hormonelle Umstellung) Versorgung des Kindes mit neuer Verantwortung (Angst vor Fehlern) Änderung im Tagesrhythmus Schlafmangel Bürokratische Aufgaben
8. Familienbildungsphase ca. 2 oder 3. bis 6. LM	Zunahme der Elternkompetenz. Wahrnehmung von Veränderungen in der Paarbeziehung	Anpassung an Mutter-/Vaterrolle Kennerlernen/Einordnen der individuellen Merkmale des Kindes Aufbau/Entwicklung der elterlichen Feinfühligkeit Aufgabenneuverteilung in der Paarbeziehung (evtl. Konflikte)
9. Stabilisierungsphase ca. 6. bis 12. LM	Gewöhnung an die neue Familiensituation mit Einsetzender Routine	Anpassung des elterlichen Handelns an die fortlaufende Weiterentwicklung des Kindes
10. Vergesellschaftungsphase ca. 1–3 Jahre	Übergang zur Fremdbetreuung	Sorgen und Ängste Kontakt zu anderen Kindern und Menschen Freiraum für die Eltern Berufstätigkeit/Berufsabschluss

skizzierten Sinne eines „Dach-Settings“ Maßnahmen vor Ort zusammenführen [9].

Mit dem kommunalen Partnerprozess „Gesundes aufwachsen für alle“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ist seit 2012 eine Plattform entstanden, die über kollegiale Beratung, Veranstaltungen und Netzwerkbildung den kommunalen Austausch unterstützt. Hier gilt der Aufbau von Präventionsketten nach dem Modell

der Stadt Dormagen als beispielgebend [23].

### Neue Gestaltungsmöglichkeiten und -aufgaben

Das PräVG betont die besondere Bedeutung von Familien für die Gesundheitsförderung, adressiert sie jedoch nur indirekt. Von den im PräVG per Legaldefinitionen umrissenen drei Handlungsfeldern der primären Prävention [16] finden sich umfassende Neuregelungen im

Bereich der individuellen Verhaltensprävention, die weiterer Ausgestaltung und umfassender Vernetzung bedürfen.

Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung finden sich keine Hinweise auf Familien, wenngleich sich durch Fragen des Mutterschutzes sowie der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bedeutsame Gestaltungsfelder der familiären Gesundheitsförderung ergeben könnten.

Im Bereich der erstmals gesetzlich normierten Gesundheitsförderung in Le-

benswelten erfolgt Familienadressierung indirekt über die Settings Kommune, Kita und Schule (§ 20a Abs. 1 SGB V). Mit diesen nicht näher klassifizierten Anforderungen der Adressierung von Eltern über die Settings sind gleichwohl umfassende Aufgaben verbunden, sofern sie erfolgreich verlaufen sollen. Anknüpfungspunkte können sich dabei aus der in den Settings ebenso wie im Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ postulierten „Zusammenarbeit mit Eltern“ ergeben. Dafür bedarf es der Entwicklung von Methoden und Handlungskonzepten, die sich im Wesentlichen an den drei Kernstrategien der Ottawa-Charta orientieren sollten.

Wie familiäre Gesundheitsförderung gelingen kann, lässt das PräVG offen. Es verlässt sich darauf, dass Akteure einerseits aus Medizin und Geburtshilfe, andererseits aus den Settings Kommune, Schule und Kita die Eltern problemadäquat erreichen, was Probleme und Potenziale familiärer Gesundheitsförderung möglicherweise unterschätzt. So bleibt ungeklärt, wie in der hoch vulnerablen und gleichzeitig für Gesundheitsförderung besonders aufgeschlossenen Phase der Familienwerdung gefördert werden kann. Dabei liegt im Betreuungsbogen rund um die Geburt besonderes Präventionspotenzial.

## Gesundheit rund um die Geburt

Ergänzend zu den bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Etablierung der Netzwerke Frühe Hilfen wird derzeit das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de ausgearbeitet [18]. Hier werden die 4 Phasen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstes Lebensjahr differenziert und Präventionspotenziale ausgewiesen, um die Familie und ihre Gesundheit bedarfsgerecht in jeder dieser Phasen zu fördern. Auch wenn dieses Gesundheitsziel formal erst nach einer Ergänzung von SGB V § 20 Abs. 3 Gesetzeskraft erlangt, ist bereits mit der Konsentierung die Möglichkeit gegeben, dieses Gesundheitsziel als Orientierung zu berücksichtigen.

In einem Forschungsprojekt zur familiären Gesundheitsförderung [7] wird aktuell die Betrachtung der Familienwerdung mit dem Modell der Transitionsphasen verknüpft. Dazu wurde in Weiterentwicklung und Aktualisierung des 8-Phasen-Modells von Gloger-Tippelt von 1988 [12] ein 10-Phasen-Modell entwickelt, das die Anforderungen an werdende Mütter und Eltern im Prozess zum Elternwerden beleuchtet. Die hier prototypisch benannten Phasen werden im weiteren Arbeitsprozess Gestaltungsbedarfen und -potenzialen durch Gesundheitsförderung – insbesondere unter partizipativen Aspekten: Was wünschen die Frauen und Eltern selber? – und folgend den entsprechenden Akteuren zugeordnet. Entlang der drei Kernstrategien Advocate, Enable und Mediate als Handlungsmaxime der familiären Gesundheitsförderung können ihnen jeweils spezifische Handlungsoptionen zugeordnet werden. Die Analyse erfolgt mit dem Ziel, zukünftig Handlungsfelder zur Gesundheitsförderung in diesen Lebensphasen rund um die Geburt präzisieren zu können (■ Tab. 1) und in einem Theorie-Praxis-Dialog u. a. im Rahmen der Netzwerke Frühe Hilfen und für kommunale Gesundheitsförderung zu thematisieren.

## Ausblick

Familiäre Gesundheitsförderung ist bislang eher im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe verankert und hat hier seit 2012 mit dem Bundeskinderschutzgesetz und der Bundesinitiative Frühe Hilfen eine Bündelung und Systematisierung erfahren. Im Gesundheitswesen ist familiäre Gesundheitsförderung noch kaum und wenn, dann überwiegend im Bereich der Individualprävention verortet. Gleichwohl ist eine bessere Verknüpfung mit regionalen und lokalen Unterstützungsangeboten und den öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten vom Gesetzgeber gewünscht. Dies wird sowohl im ergänzten § 24 d „Ärztlichen Betreuung und Hebammenhilfe“ als auch im neuen § 26 „Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“ deutlich.

Präventionsempfehlungen bieten als Instrumente eines ärztlichen Präventionsmanagements neue Zugangsmöglichkeiten für Präventionsangebote. Sie sollen zukünftig auch auf Unterstützungsangebote zur Förderung gesundheitlicher Elternkompetenz verweisen können.

Die Umsetzung daraus entstehender neuer Möglichkeiten sollte im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung durch Präventionsketten ausgestaltet werden. Eine besondere Herausforderung besteht darin, geeignete Kooperationsformen zwischen den Akteuren von SGB V und SGB VIII (u. a.) und den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder zu entwickeln und somit die Entstehung von Parallelstrukturen durch die unabhängige Entwicklung von „gesundheitsbezogenen“ Frühen Hilfen ebenso wie sog. „Verschiebebahnhöfe“ zu verhindern bzw. bestehende parallele Strukturen sinnvoll zusammen zu führen.

Vor diesem Hintergrund sollte familiäre Gesundheitsförderung als eigenes Handlungsfeld theoretisch fundiert und praktisch entwickelt werden. Der Transitionsansatz bietet hierfür mit seiner differenzierten Betrachtung der Familienwerdung und -ausgestaltung eine geeignete Grundlage, Unterstützungen für Familien bedarfsgerecht zu planen. Besonderer Unterstützungsbedarf besteht bei sozial benachteiligten Familien in der Phase der Familienwerdung, aber auch im Übergang zum Setting Kita sowie hinsichtlich Schnittstellen zu sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Hier gilt es, Strategien für die systemische Einbeziehung von Familien herauszuarbeiten und darauf aufbauend ein wissenschaftlich fundiertes Methodenprogramm für familiäre Gesundheitsförderung zu entwickeln. Dabei kann die Konzeptbildung der Kinder- und Jugendhilfe durch die Frühen Hilfen ein Modell sein.

Im Rahmen ihres Gestaltungsauftrags sowohl für die individuelle Prävention als auch für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten (insbesondere Setting Kommune) sollten die Krankenkassen das Thema der familiären Gesundheitsförderung gemeinsam mit den Akteuren vor Ort aufgreifen. Hier bedarf es neben Strukturbildung auch der Entwick-

## Originalarbeit

lung geeigneter Modellprojekte, insbesondere Familien mit besonderen Belastungen und Bedarfen. Modellprojekte und Forschungsvorhaben sollten insbesondere auf Fragen der Strukturbildung, der Nutzerbedarfe der Familien und mit hemmenden und fördernden Bedingungen von Transitionen innerhalb und außerhalb der Familie auseinandersetzen.

## Fazit für die Praxis

- Die Herausforderungen familiärer Gesundheitsförderung sollten in ihrer Komplexität betrachtet werden. Die Kernstrategien der Ottawa-Charta – Advocate, Mediate, Enable – bieten geeignete Handlungsmaxime familiärer Gesundheitsförderung.
- Präventionsketten können vorbeugend wirken, sie bestehen aus unterschiedlichen Akteursnetzwerken. Die Zusammenarbeit in fachübergreifend gestalteten Netzwerken bietet sich an (Modell der Frühen Hilfen). Es bedarf dafür verbindlicher Grundlagen für Kooperationen.
- Ärztliche Prävention verfügt über neue Methoden (Beratung, Hinweise auf Frühe Hilfen) und Instrumente (Präventionsempfehlung) im Sinne eines ärztlichen Präventionsmanagements, die profiliert und integriert werden sollten.
- Die Phasen der Familienwerdung und -ausgestaltung bilden wichtige Übergänge im Lebenslauf, die als Transitionen betrachtet und gesundheitsförderlich begleitet werden sollten.

## Korrespondenzadresse



## Prof. Dr. R. Geene

Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Kindliche Entwicklung und Gesundheit, Hochschule Magdeburg-Stendal  
Osterburger Str. 25,  
39576 Stendal, Deutschland  
raimund.geene@hs-magdeburg.de

**Danksagung.** Die Autorinnen und der Autor danken Susanne Borkowski und Merle Müller für die Unterstützung beim Erstellen des Manuskriptes.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** R. Geene, U. Thyen, E. Quilling und B. Bacchetta geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

## Literatur

1. Brisch KH (2008) Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention. *Gynakologie* 41(10):833–838
2. Brösskamp-Stone U (2003) Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW (Hrsg) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, 2. Aufl. Elsevier, Urban & Fischer, München
3. Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies, Stockholm
4. Deutscher Bundestag (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG). Drucksache 282/15. [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2015/0201-0300/282-15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2015/0201-0300/282-15.pdf?__blob=publicationFile&v=1). Zugegriffen: 04. April 2016
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (KinderRichtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung, Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger. [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18\\_Kinder-RL\\_Neustrukturierung\\_Neufassung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung.pdf). Zugegriffen: 15. April 2016
6. Geene R (2016) Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk. Impulse zur Netzwerkarbeit 4. NZFH: Köln. [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH\\_Impulse\\_Netzwerk\\_Raimund\\_Geene\\_270616.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Impulse_Netzwerk_Raimund_Geene_270616.pdf). Zugegriffen: 12. Juli 2016
7. Geene R, Bacchetta B (2016) Familiäre Gesundheitsförderung. In: Fischer J, Geene R (Hrsg) *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Beltz Juventa, Weinheim
8. Geene R, Kliche T, Borkowski S (2015) Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung der Gesundheitsziele im Setting Kita und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Expertise im Auftrag des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. GVG, Köln. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/Gesundheitsziele/Evaluationskonzept\\_Setting\\_Kita.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/Gesundheitsziele/Evaluationskonzept_Setting_Kita.pdf). Zugegriffen: 25. März 2016
9. Geene R, Lehmann F, Höppner C, Rosenbrock R (2013) Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg) *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Gesunde Entwicklung*, Bad Gandersheim, S 19–58
10. Geene R, Luber E, Höppner C (2013) Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen zwischen Risiko-

detektion und Ressourcenstärkung. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg) *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Gesunde Entwicklung*, Bad Gandersheim, S 139–164

11. GKV-Spitzenverband (2014) Leitfadent Prävention. Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 10. Dezember 2014. GKV-Spitzenverband, Berlin
12. Gloger-Tippelt G (1988) Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Kohlhammer, Stuttgart
13. Hahn M, Sandner E (2013) Kompetenzprofil Familienhebammen Frühe Hilfen. Köln, NZFH. [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf). Zugegriffen: 04. Juli 2016
14. Hoffmann T, Mengel M, Sandner E (2014) Kompetenzprofil Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen. Köln, NZFH. [http://www.fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Kompetenzprofil\\_Netzwerkkoordinatoren.pdf](http://www.fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompetenzprofil_Netzwerkkoordinatoren.pdf). Zugegriffen: 07. April 2016
15. Kloss J, Hungerland B, Wihstutz A (2013) Kinder als Akteure – Die neue Soziologie der Kindheit. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg) *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Gesunde Entwicklung*, Bad Gandersheim, S 115–130
16. KKF Fachverlag für Sozialversicherung (2015) SGB V Handbuch mit Begründungen durch Präventionsgesetz (PrävG) u. a., 20. Aufl. KKF, Altötting
17. Kilian H, Lehmann F (2014) Präventionsketten. *J Gesundheitsförd* 2:42–45
18. Kolip P, Geene R, Mielck A, Roozeboom J, Bergdoll K, Meierjürgen R (2013) *Gesundheit rund um die Geburt*. Arbeitspapier. GVG, Köln
19. Kolip P, Lademann J (2012) *Familie und Gesundheit*. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 5. Aufl. Beltz-Juventa, Weinheim, S 517–540
20. NZFH (2014) *Bundesinitiative Frühe Hilfen Zwischenbericht 2014*. Mit Stellungnahme der Bundesregierung. BZgA: Köln. [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesinitiative\\_Fruehe\\_Hilfen\\_Zwischenbericht\\_2014.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesinitiative_Fruehe_Hilfen_Zwischenbericht_2014.pdf). Zugegriffen: 26. Juni 2016
21. Pospiech S (2014) Die Präventionskette im Lebensverlauf. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/die-praeventionskette-im-lebensverlauf/>. Zugegriffen: 07. April 2016
22. Quilling E, Müller M (2014) *Netzwerkarbeit in der Jugendhilfe – Vorstellung des Modellprojektes Netzwerk Porz-Finkenberg*. In: Fußball und Jugendhilfe. Books on Demand, Norderstedt
23. Richter-Kornweitz A, Utermark K (2013) *Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen*. Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. [http://www.gesundheitsziele.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Praeventionskette\\_Doppelseite.pdf](http://www.gesundheitsziele.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf). Zugegriffen: 14. März 2016
24. Thaiss H, Burchardt S (2013) Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld von Kinderschutz und Gesundheitsförderung. In: NZFH (Hrsg) *Datenreport Frühe Hilfen*. NZFH, Köln, S 28–35
25. Thyen U, Pott E (2016) *Konzepte der Frühen Hilfen in Deutschland*. In: Egle UT, Joraschky L, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg) *Sexueller*

- Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung-Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 4. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S744–763
26. Weltgesundheitsorganisation WHO (1986) Charta der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf). Zugegriffen: 10. April 2016
27. Weltgesundheitsorganisation WHO (2016) Healthy Settings. [http://www.who.int/healthy\\_settings/en/](http://www.who.int/healthy_settings/en/). Zugegriffen: 10. April 2016
28. Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künster AK, Hofer A, König C, Fegert JM (2010) Modellprojekt Guter Start ins Leben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Werkbuch Vernetzung. NFZH, Köln