

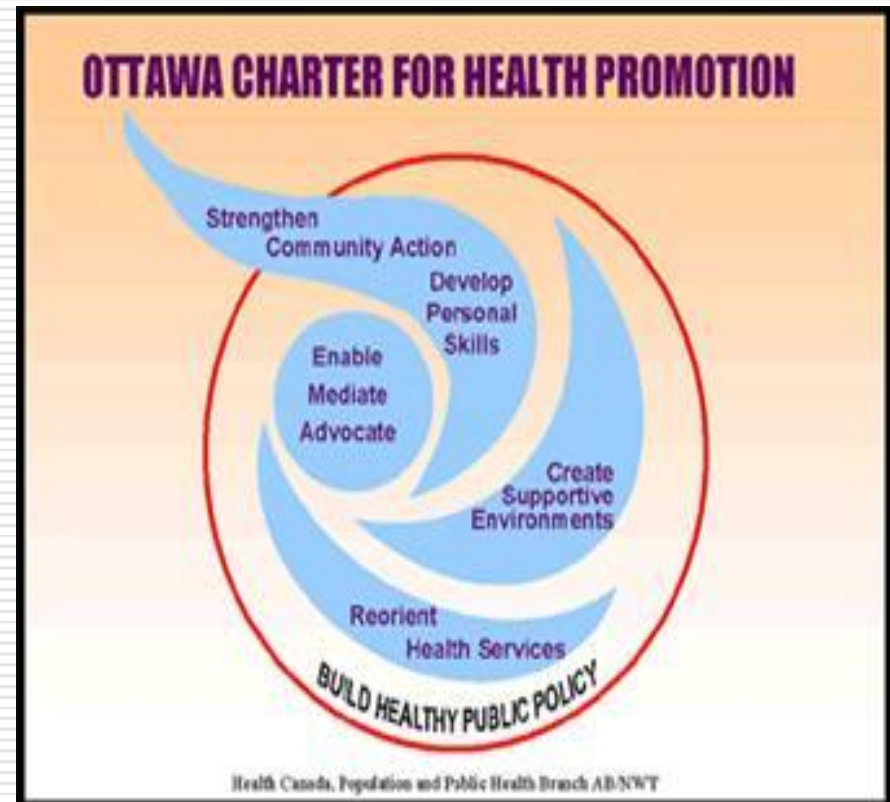
18. September 2017

## Kommunale Gesundheitsförderung für eine gesunde gerechte Stadt

Prof. Dr. Raimund Geene MPH  
Hochschule Magdeburg-Stendal

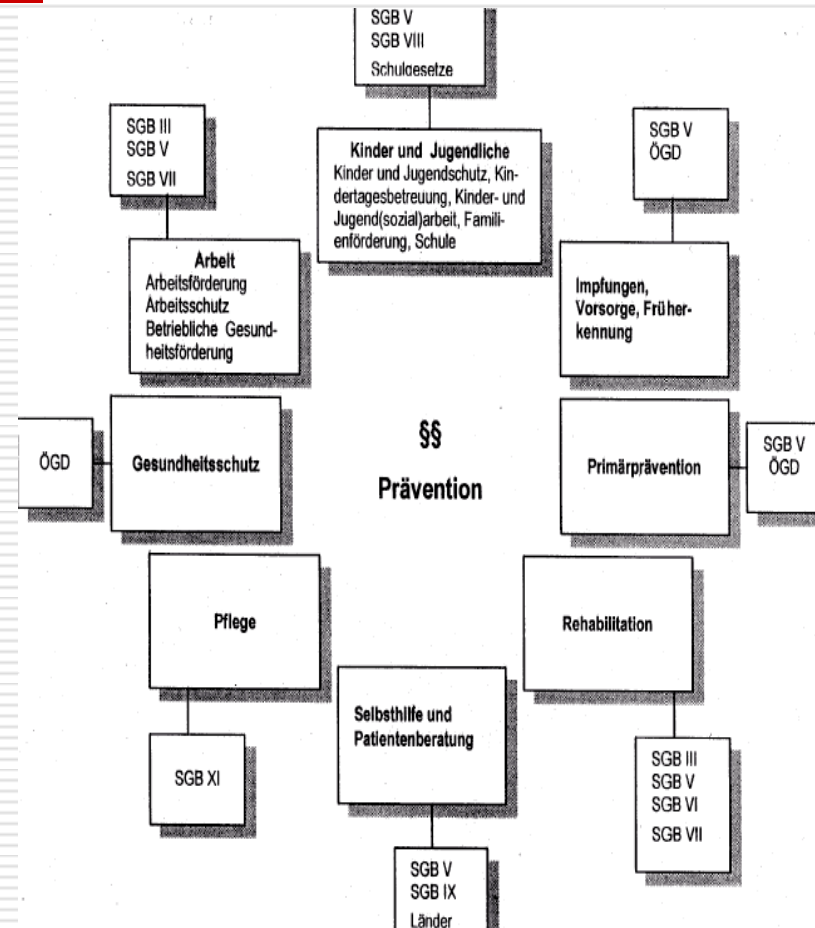
- Gesundheitsförderung als Querschnittsanforderung
  - Präventionsgesetz in Deutschland 2015
  - Kommunale Herausforderungen
  - Ressourcen-, Netzwerk- und Nutzerorientierung
- Nutzerperspektive Lehrforschungsprojekt
  - Was denken sozial benachteiligte Mütter?
- Integrierte Handlungsansätze/ „Präventionsketten“
  - Gesundheitsförderliche Begleitung von Übergängen/  
Transitionsansatz
  - Leitlinien der kommunalen Netzwerkarbeit
  - Profilierung der Kommunen zum „Dach-Setting“
  - Qualitätsentwicklung/ „lernende Prozesse“
  - Prioritäre Adressatengruppen

- 3 Kernstrategien: befähigen – vermitteln - vertreten
- 5 Handlungsfelder:
  - Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
  - Gesunde Lebenswelten
  - Gemeinschaftsaktionen stärken
  - Persönliche Kompetenzen entwickeln
  - Gesundheitsdienste neu orientieren



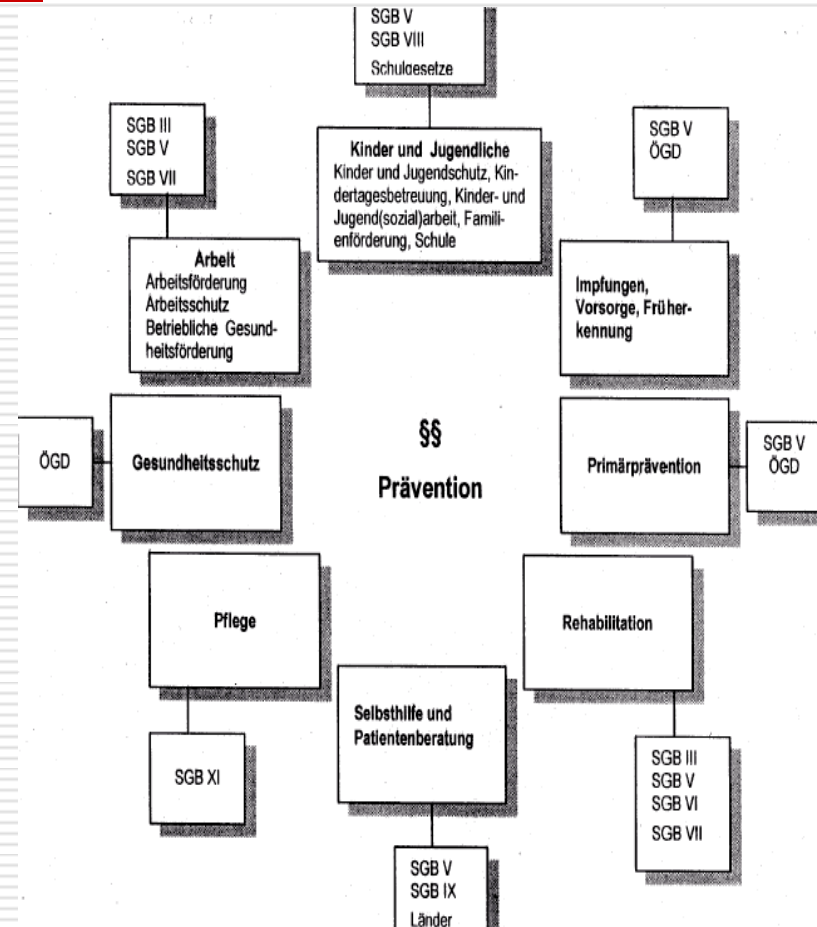
# Das Präventionsgesetz 2015 in Deutschland (1)

- seit 2000: Primärprävention als GKV-Gestaltungsauftrag
- Präventionsgesetz seit 25. Juli 2015
  - Legaldefinitionen
  - 3 Präventionsbereiche
    - verhaltensbezogene Prävention
    - GeFö und Prävention in Lebenswelten
    - Betriebliche Gesundheitsförderung
  - Erhöhung auf 7 € / Vers./ Jahr
  - Stärkung vor allem der Settings (2+2 €)
  - Verpflichtung zur *kassenübergreifenden Leistungserbringung* in den Lebenswelten
  - Neue bzw. koordinierte Akteure
    - Unfallkassen
    - Rentenkassen
    - Pflegekassen
    - PKV, Kommunen, Jobcenter (ohne Kontrahierungspflichten, da z.T. konkurrierende Gesetzgebung)



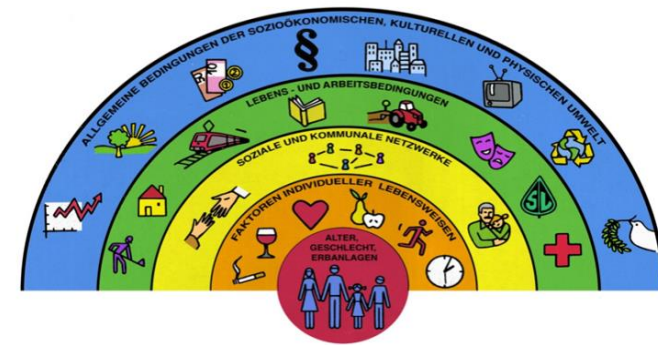
nach: Ulla Walter 2003

- Präventionsgesetz 2015
  - Erweiterung Hebammenhilfe
  - Informationen über Frühe Hilfen
    - nach § 24d SGB V
    - nach § 26 SGB V
  - Förderung des Impfwesens
  - Neuausrichtung der Früherkennungs- zu Gesundheitsuntersuchungen
    - Aufhebung der Altersgrenzen
    - Ärztl. Präventionsempfehlung
    - Stärkung gesundheitlicher Elternkompetenz
  - Stärkung der Selbsthilfe
- Steuerungsfunktion der Kommune *offen*
- Kooperationen von Trägern nach SGB V und SGB VIII *offen*



nach: Ulla Walter 2003

## Kommune als „Dach-Setting“ dringend erforderlich, aber hoch komplex



- Flüchtlingshilfe
- Soziale Stadt
  - Quartiersmanagement
  - Aktivierungsstrategien
- Schulentwicklungsprogramme
  - Ganztagschulprogramm
  - Schulsozialarbeit
  - Bildungslandschaften
  - Inklusion
- Kita-Ausbau
  - U3-Ausbau
  - Programm „Gute gesunde Kita“
- Kinder-, Jugend- und Familienhilfe
  - „Lebensweltorientierung“ der Sozialen Arbeit
  - „Hilfen zur Erziehung“
- Frühe Hilfen
  - BuKiSchuG und VV
  - → NZFH, FamHebammen + Netzwerke
- Frühförderung
  - Sozialpädiatrische Zentren
  - Konzept Komplexeleistungen
- Kinder- und Familienarmutsbekämpfung
  - BuT, KECK, ...
- Selbsthilfe / -kontaktstellen
  - Zusatzmittel GKV, Kürzung öfftl. Hand
- Gesundheitsämter/ KJGD
  - Gesunde Städte-Netzwerk
  - Erstbesuchsdienste
  - Inanspruchnahme Kinder-Us
- Patientenorientierung
  - Patientenberatung
  - Patientenvertretung
- Pflegeweiterentwicklungsgesetz
  - Pflegestützpunkte
- Bürgerschaftliches Engagement
  - Freiwilligenagenturen
  - Mehrgenerationenhäuser
  - Familien- und Flüchtlingspatenschaften
- Bündnisprogramme
  - Bündnisse für Familien
  - Lokale Allianz für Demenz
  - sowie Gewaltprävention, Unfallprävention, Kriminalitätsprävention, Antirassismus, Sport, AIDS-Präv., BGF, Suchtpräv., Arbeitsschutz, Prävention von Übergewicht, Verkehr ....<sup>6</sup>

# Komplexität spiegelt sich *vertikal* in den Ämtern und Verwaltungen

- Jugendamt
- Gesundheitsamt
- Sozialamt
- Schul-/ Bildungsamt
- Stadtentwicklung
- Grünflächenamt
- Amt für regionale  
Strukturentwicklung
- Amt für Wirtschaftsförderung
- Umwelt- und Naturschutzamt
- Kulturamt
- Ordnungsamt



- Sportamt
- Amt für Bürgerdienste
- Gewerbeamt
- ...

sowie öfftl.rechtl. Körperschaften

- Agenturen für Arbeit
- Krankenkassen
- Unfallversicherungen &  
Berufsgenossenschaften
- Pflegeversicherung
- Rentenversicherung

## Komplexität spiegelt sich in den Bezugsdisziplinen

- Kindheitswissenschaften
  - UN-Kinderrechtskonvention
- Entwicklungspsychologie
- Neue Soziologie der Kindheit
- Kinderarmutsforschung
- Pädiatrie
- Gynäkologie
- Hebammenwiss.
- Frühe Hilfen
- Allgemeine Pädagogik
- Elementarpädagogik
- Inklusionspädagogik
  - UN-Behindertenrechtskonvention
- Sozialpädagogik
- Neurowissenschaften
- Selbsthilfeforschung
- Kinder- und Jugendrehabilitation





# Gesundheitsressourcen - individuelle und kollektive Ansätze zu Selbstwirksamkeit und sozialer Gerechtigkeit

- Wille zum Sinn (Viktor Frankl)
- Self Efficacy (Albert Bandura)
- Resilienz (Emmy Werner)
- Hardiness (Suzanne Kobasa)
- Sense of Coherence (Aaron Antonovsky)
- Empowerment (Julian Rappaport)
- Control of Destiny (Leonard Syme)
- Habitus und Soziales Kapital (Pierre Bourdieu)
- Lebensweltorientierung (Hans Thiersch)
- Health Literacy (Ilona Kickbusch)
- Capability Approach (Amartya Sen, Martha Nussbaum)
- Perspektive: Ressourcenorientiertes, vernetztes, salutogenes Denken
- Verminderung soz. Ungleichheit, Defizitorientierung und Versäulung

# Integrierte Handlungsstrategien/ Präventionsketten

Typen und Arten der Primärprävention, vgl. SVR 2005	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes
<b>Individuum</b>	zB. <u>ärztliche</u> Präventionsempfehlung, Präventionskurs	zB. <u>präventiver</u> Hausbesuch, (Familien-) Hebammen
<b>Setting</b>	zB. <u>Anti-Tabak-</u> Aufklärung in Schulen	zB. <u>Betriebliche</u> Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
<b>Bevölkerung</b>	zB. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“	zB. <u>HIV-AIDS-</u> Kampagne Trimm-Dich-Kampagne



# Kommunale Gesundheitsförderung (Rahmenbedingungen der) Lebenswelten gesundheitsförderlich gestalten

→ *Kernstrategien als  
Maxime:*

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



Kindervorsorge-U´ s und Frühe Hilfen  
– die Sicht sozial benachteiligter  
Mütter



Kongress Armut und Gesundheit 2012,  
10. März 2012, Berlin

Raimund Geene, Nicola Wolf-Kühn

## *Lehrforschungsprojekt:*

# Nutzersicht sozial benachteiligter Mütter auf Kinder-Vorsorge- Untersuchungen und Frühe Hilfen

(u.a. Geene 2009, Wolf-Kühn & Geene 2009, 2014,  
Geene 2012, Geene & Borkowski 2017)

---

Das Präventionsparadox (Caplan 1964) bzw. –dilemma (Bauer 2005):

- Je schwieriger die Lebensbedingungen,  
desto höher der Bedarf an Prävention
- Je höher der Bedarf an Prävention,  
desto niedriger die Inanspruchnahme

Bedarf und Qualität werden definiert durch Experten  
mit anderem sozialen Hintergrund

→ Wie sehen benachteiligte Mütter (sowie Väter) Kinder-  
gesundheitsuntersuchungen und Frühe Hilfen?

- Lehrforschungsprojekt an der Hochschule Magdeburg-Stendal<sup>seit 2009,</sup>  
z.T. auch in Kooperation Alice-Salomon-Hochschule Berlin
- Qualitative Vorstudie – fortlaufend – Ergebnisse zur weiteren Hypothesenverdichtung
- 153 Interviews (bislang)
- Klassifikation der Mütter mittels Family Adversity Index (FAI)
- Rekrutierung
  - Erhebliche Schwierigkeiten im Zugang benachteiligter Mütter
  - Erfolgreiche Zugänge über Mitarbeiter/innen von Jugendzentren, Mutter-Kind-Wohnheime, Familienhebammen, Beratungsstellen;
  - Besonders lohnenswert: Interview-Rekrutierung auf Spielplätzen und in Einkaufszentren

# Family Adversity Index

(in Anlehnung an Becker u.a. 2004 – eigene Operationalisierung)

## Belastungsfaktoren

- Niedriges Bildungsniveau
- Psychische Störungen in Herkunftsfamilien der Eltern
- Schlechte Alltagsbewältigung
- Elterliche Disharmonie, Partnerkonflikte
- Frühe Elternschaft
- Ein-Eltern-Familie
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Beengte Wohnverhältnisse
- Mangel an sozialer Unterstützung
- Chronische Belastungen
- Niedriger sozioökom. Status

## Operationalisierung

- Schulabbruch vor Ende 10. Klasse *oder* Ausbildungsabbruch
- Klassifizierte moderate oder starke Störung oder erwähnte starke Suchtproblematik (Alkohol, Tabletten, Drogen; eher nicht: Spielsucht, Nikotinabhängigkeit)
- Selbst berichtetes Gefühl der wiederholten oder lang andauernden (>3 Monate) Überforderung
- Alter bei Geburt < 19 Jahre *oder*: Partnerschaft < 7 Monate bei Zeugung
- Mutter überwiegend allein erziehend zwischen Geburt und 1. Lebensjahr
- Ernsthaft über Abbruch nachgedacht
- insb. familiengründungsbedingter Umzug in neue Umgebung/ „einfache Lage“ oder sozialer Brennpunkt/ Plattenbau/ an den Stadtrand
- Weniger als zwei verbindliche Unterstützer/innen (Freund/innen, Verwandte)
- Chronische Erkrankung von Mutter oder Kind
- Dauerhafte (> 6 Monate) und starke soziale Belastung (z.B. Angehörigenpflege)
- Hartz IV –Bezug (-sberechtigung)

### Teilnahme bei Vorsorgeuntersuchungen:

- Auch Mütter mit hohem FAI
  - nehmen an den Kinderuntersuchungen regelmäßig teil
  - ziehen einen hohen subjektiven Nutzen aus ihrer Teilnahme
- Dies ist erstaunlich, denn die Mütter
  - haben kein "geordnetes Leben"
  - erfahren wenig soziale Unterstützung
  - berichten über mehr negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem
  - bekommen weniger Tipps und Ratschläge von den Kinderärzten
- Warum nehmen sie *trotzdem* teil?



## Subjektive Vorteile durch die Teilnahme

1. Teilnahme symbolisiert die “gute Mutter”:
  - *“Ich brauche eine echte Bestätigung, dass ich es richtig mache. Und wenn ich diese Bestätigung kriege, dann weiß ich, ich bin auf dem richtigen Weg, dann weiß ich, ich mach das richtig.” (I 93, Z 188f)*
2. Die U-Untersuchungen sind kind-basiert
  - Mütter müssen nicht fürchten, Einblick in ihre Privatsphäre geben zu müssen

### Sozial benachteiligte Mütter

- bevorzugen Hilfen, bei denen sie keine Einblicke in ihre Privatsphäre gewähren müssen
  - kindbezogene medizinische Hilfen (Kinderarzt/-ärztin, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung)
- wehren ganzheitliche, familienbezogene Hilfen eher ab
  - Eltern-Kind-Gruppen, Müttertreffs
  - Hebammen, Familienhebammen (wenn sie sie nicht schon kennen)

Ausnahmen: Familienhebammen werden während/ nach Inanspruchnahme durchgängig positiv bewertet

---

## Blick auf Frühe Hilfen

Mütter mit niedrigem SES bewerten distanziert

- Mutter-Kind-Gruppen
- Jugendamt
- z.T. auch Geburtskliniken

*"Ich würde das nicht machen (teilnehmen in einer Mutter-Kind-Gruppe), weil ich würde sagen, was in meiner Familie passiert, das geht niemanden etwas an." (I 97, Z 224f)*

---

Die Inanspruchnahme von Mutter-Kind- u.ä.  
Selbsthilfegruppen bedarf subjektiver Voraussetzungen:

- kommunikative Fähigkeiten,
- Selbstvertrauen im Umgang mit anderen sowie
- die Fähigkeit, Vertrauen in die anderen zu entwickeln.

Diejenigen Mütter oder Familien, die (vermeintlich) dringend  
gestärkt werden müssen, sind zugleich auch diejenigen,

- denen es am meisten an den dazu erforderlichen Ressourcen  
und Fähigkeiten mangelt und
- die aufgrund ihrer von der Norm abweichenden Verhältnisse  
eine besonders hohe Scham- und Peinlichkeitsschwelle zu  
überwinden haben

---

### Paradox

- Ein wesentlicher Nachteil der pädiatrischen Kindergesundheitsuntersuchungen – nämlich kindbasiert zu sein und den familiären Kontext weitgehend auszuklammern – wird zum subjektiven Vorzug für hoch belastete und status-niedrige Mütter.
- Es ist von besonderer Bedeutung, die Perspektiven der Mütter genau zu betrachten und zu berücksichtigen, v.a. ihre Ängste und ihre Schamgefühle.

- Ansatz von Emanzipation und Selbstorganisation
  - gebrochen durch geringe Ressourcen und kaum Selbstwirksamkeitserfahrung
- „Zwangsbeglückung“
  - kann und soll auch nicht die Strategie sein
  - Lebensrealitäten verstehen + antizipieren
  - „Habitus“ verstehen, Empathie entwickeln

- Transition - Armutsrisiko Familienwerdung
  - Sozialer Aufstieg durch Familienwerdung, aber auch Abstieg: Verdrängung an Stadtrand/ Platte ...
  - Paarbeziehung scheitert häufig an Übergang
  - Moderationsbedarf!
- Klassenspaltung: die anderen haben es wirklich nötig ... (*„Assimuttis“, I 115, Z. 153ff.*)
- Diskriminierung: frühe Mutterschaft sowie allein Erziehend wird stigmatisierend empfunden, ständiger Abwehrkampf gg. das Vorurteil (*z.B. I 28, 109, 110, 114, 118*)
- Neue Kommunikationsformen (*FB-Gruppe, I 125, „What'sApp-Gruppe November-Babys“, I 151*)

---

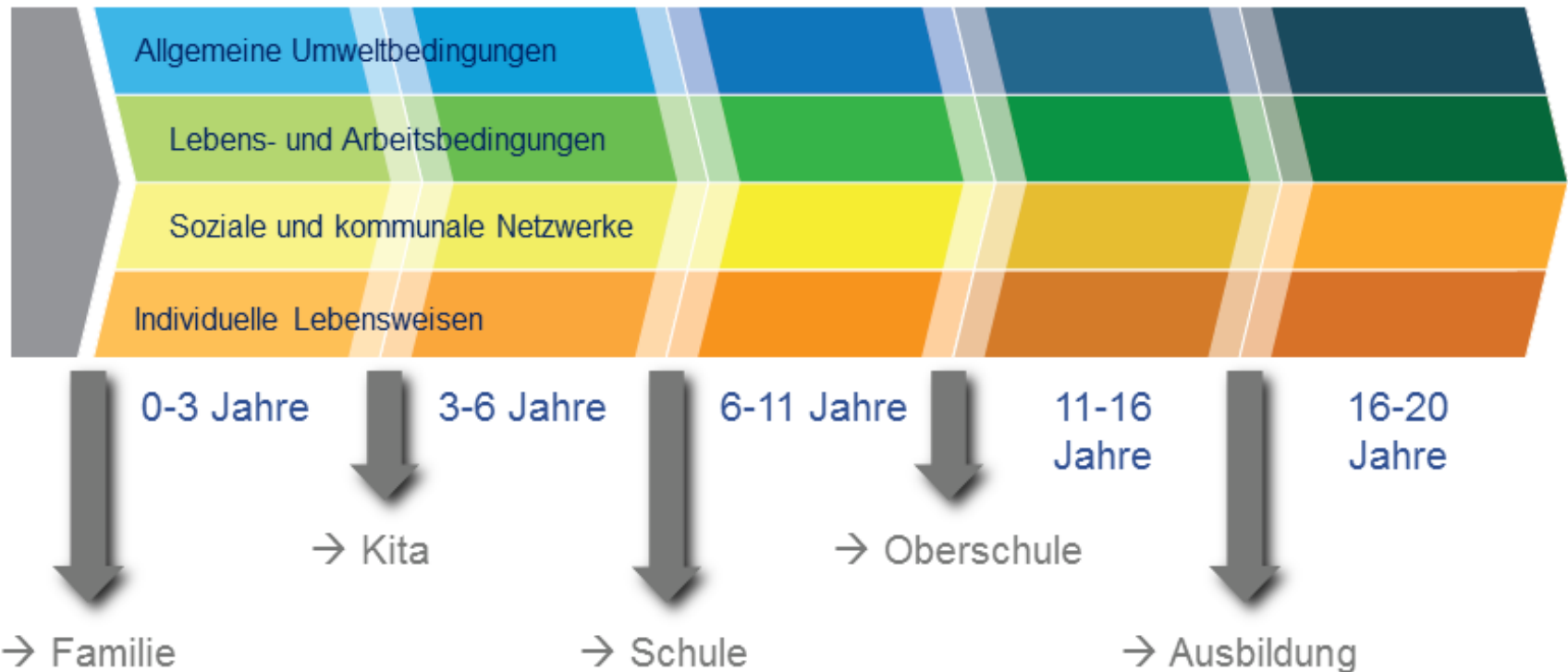
Hoher Unterstützungsbedarf in der Familienwerdung (→Übergangsgestaltung)

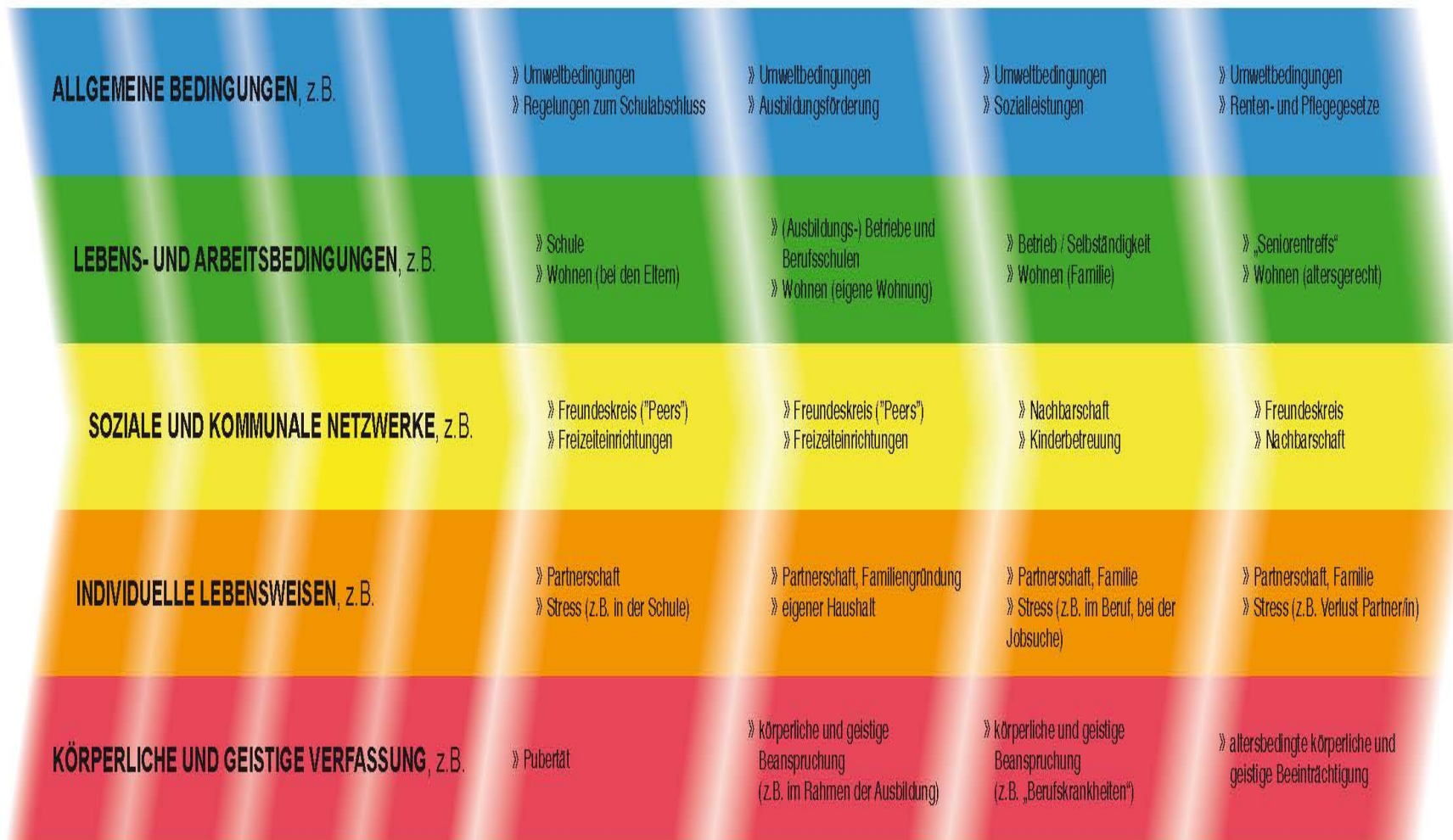
→ Transitionsansatz

- Lebenslaufereignisse „Sollbruchstelle“ für positive wie nachteilige Veränderungen

*„Bedeutung gibt ihnen erst die Person durch die Erfahrung: das heißt, nicht das Lebenslaufereignis als solches, sondern (...) dessen Verarbeitung und Bewältigung lässt es zu einem **Übergangserleben (Transition)** werden“* (Kroll 2011: 173)







---

### Handlungsanforderungen am Bsp. Netzwerke Frühe Hilfen:

- Die Netzwerke Frühe Hilfen beziehen bestehende Strukturen ein und sie entwickelt weiter.
- Die Netzwerke entwickeln ein gemeinsames Verständnis. Die Koordination nimmt dabei die Funktion eines professionellen Mittlers zwischen den verschiedenen Akteuren im Netzwerk ein.
- Die Netzwerke schaffen die infrastrukturellen Grundlagen dafür, dass Angebote Früher Hilfen von Familien gerne genutzt werden und diese für sie nützlich sind.
- Die Netzwerke initiieren und begleiten Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung im Netzwerk
- Die Netzwerke definieren die Grenzen und Übergänge

## Kommunale Gesundheitsförderung als Steuerungsaufgabe

- Kommune als „Dach-Setting“: Präventionsketten als Rahmen für gesunde Lebenswelten im ganzen Lebenslauf
  - Nutzerorientierter, empathischer Blick auf Struktur
  - nutzerorientierter, empathischer Blick auf vulnerable Gruppen
  - nutzerorientierter, empathischer Blick auf Übergänge
- Unterstützung in den Lebenswelten →
  - Stärkung der Gesundheitskompetenz in den Lebenswelten (z.B. „Kitas zu Elternzentren“, Angebote im Wohnviertel)
  - dienende – nicht normierende – Funktion der Gesundheitsförderung: helfen, *implizite* Gesundheits- und Lebensvorstellungen zu *explizieren* und Wege zur Selbstwirksamkeit zu finden
  - Diversity: Unterschiede respektieren + wertschätzen

## Handlungsebene Politik: Bewegungen, Ideen/ Konzepte und Struktur

- Entwicklungsbedarf: Kommunale Strukturbildung
  - Kommunale Capacities/ Strukturaufbau/ Ressourcen
  - Schnittstellenmanagement, Kommunale Netzwerkkompetenz
  - Kommunale Konzepte: „Präventionsketten“, lokale Bündnisse für Gesundheit, aber auch: Bildungslandschaften, Bündnisse für Familien, Selbsthilfekontaktstellen ... („Whole of Society- Approach“)

## Handlungsebene Politik: Bewegungen, Ideen/ Konzepte und Struktur

- Entwicklungsbedarf GF in Settings
  - Kommune als Dach-Setting
  - Anspruch und Praxis der guten gesunden Kita + Schule
  - Familienbildung als Setting
  - Koordination BGF, GeFö mit Arbeitslosen, Wohnungslosen u.a.
  - Settings für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

## Handlungsebene Praxisforschung: Gute Praxis vor Ort – Struktur- und Ergebnisqualität

- Entwicklungsbedarf: Qualitätsentwicklung und Evidenzbasierung
  - Kommunale Kooperationsstandards
  - Good Practice/ Qualitätsrahmen für gute gesunde Kita + Schule, Familienbildung als Setting, Koordination BGF, GeFö mit Arbeitslosen, Wohnungslosen, Settings für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige
  - Rahmenqualifizierungsprogramm/ Kompetenzprofil  
Netzwerkkoordination

## Handlungsebene Partizipation/

Nutzerorientierung: Wie kann Menschen in schwierigen Lebenslagen geholfen werden?

- Entwicklungsbedarf: Lebenslagen und subjektive Bedürfnisse insb. in schwierigen Lebenslagen explorieren
  - Gesundheit rund um die Geburt
  - Alleinerziehende
  - Arbeitslose
  - Wohnungslose
  - Suchtkranke
  - Pflegebedürftige und pflegende Angehörige
  - Kinderheime und Pflegefamilien





Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. **Raimund Geene** MPH

Hochschule Magdeburg-Stendal  
Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften  
[www.hs-magdeburg.de](http://www.hs-magdeburg.de)