

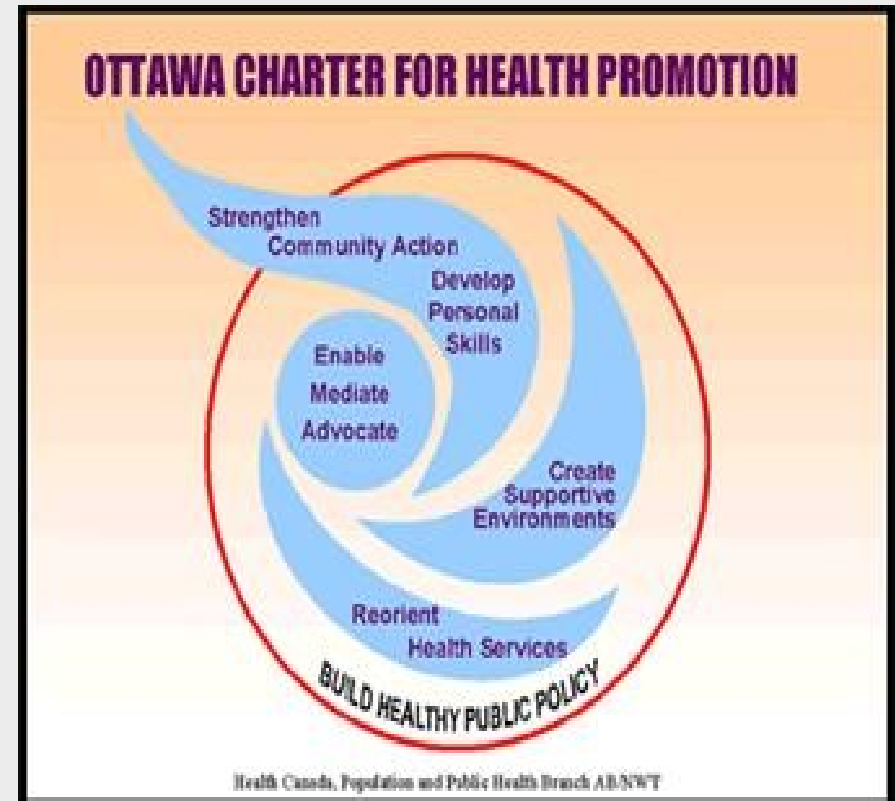
Das seelische Wohlbefinden der Eltern im Setting Kita stärken

Familiäre Gesundheitsförderung - ein systemischer Ansatz zur Förderung des Wohlbefindens im Sinne eines gelingenden Doing Family für Eltern und Kinder

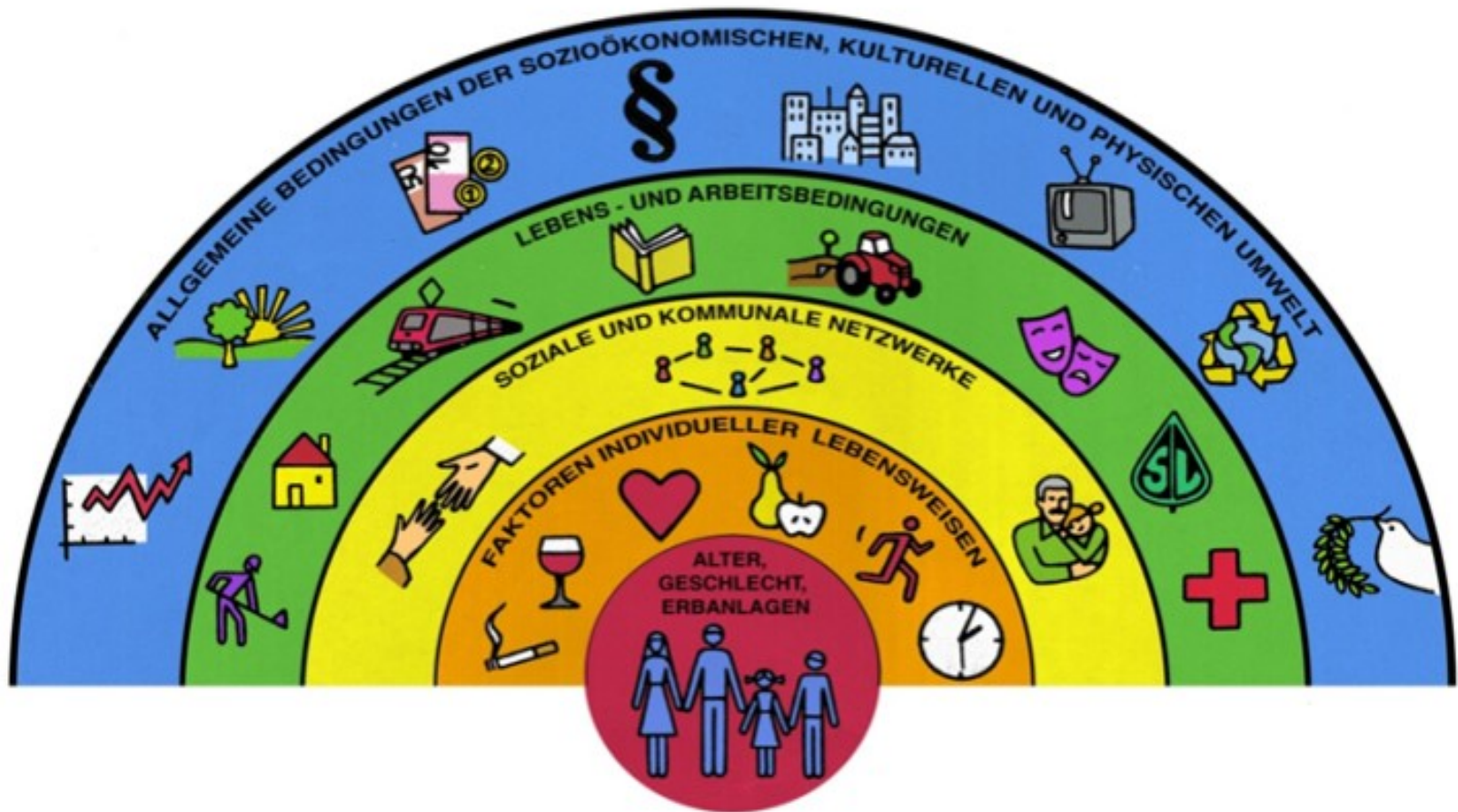
- Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe
 - Ottawa-Charta
 - Das Regenbogenmodell der sozialen Determinanten
 - Armutslagen, Habitus, „Doing Family“
 - Nutzerorientierung

- Familiäre Gesundheitsförderung
 - Lebensphasen/ Lebenswelten
 - Belastungslagen
 - Getrennt- und Alleinerziehende im Fokus des 10. Familienberichts der Bundesregierung

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



Wie entsteht Gesundheit und Krankheit – die sozialen Determinanten



angelehnt an Dahlgren & Whitehead 1991; Grafik: FGOE



Armutsspirale



**Keine Einmündung
in einen Beruf**

- Risikoverhalten

**Inanspruchnahme
von Leistungen**

- Gesundheit
- Förderungen

**Frühe, häufig über-
forderte Elternschaft**

- neue Armutslagen

Armut

- Mangelerfahrungen

Rückzug

- Größe sozialer
Netzwerke
- Kitabesuch

**Beeinträchtigung der
Bildungschancen**

- Funktionsstörungen
- Sprachkompetenz
- Konzentrationsfähigkeit

Niedriger Schulerfolg

- leistungsbezogen
- sozial



- Armutserfahrungen
 - basieren i.d.R. auf Ressourcenmangel → fehlende Selbstwirksamkeitserfahrungen
 - werden als schamvoll (peinlich) erlebt → **Vermeidungsstrategie**
 - führen aber auch zu negativer Selbstzuschreibung
- **Habitus** bezeichnet ein „System dauerhafter und übertragbarer Dispositionen“
- oder auch: „sozial erworbene, unbewusste aber genaue Anpasstheit der Dispositionen, Verhaltensmuster und Einstellungen an das jeweilige soziale Feld“ (Bourdieu 1992)
- Habituelle Räume + Orte werden als eigene, subjektiv/ selbst gewählte empfunden
- Habituelles Verhalten wird identitätsstiftend erlebt: Geschmack, Vorlieben, Hobbies
- Habitus vermittelt Gemeinsamkeit + Zugehörigkeit
- Im Habitus spiegelt sich lebenslagenbezogene Rationalität

- Habitus des „Managements des Mangels“ (El-Mafaalani 2020):
 - geprägt durch **Kurzfristigkeit, Nutzen-** und **Funktionsorientierung**

 - Habitus des „Managements des Überflusses“ (El-Mafaalani 2020):
 - geprägt durch **Langfristigkeit, Abstraktionsfähigkeit, Denken in Alternativen, Experimentier-** und **Risikofreudigkeit**
- Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssysteme (in Deutschland und international) verstärken soziale Ungleichheiten, weil sie nahezu universell auf eigene habituelle Logiken der Mittel- und Oberschichten ausgerichtet sind
- **Präventionsdilemma**

- **Doing Family = Herstellung von Familie;** dies beinhaltet zwei Dimensionen:
- **Praxis:** Blick auf das, was Familien tun und wie das Familienleben in seiner praktischen Ausgestaltung aussieht
- **Sinn:** Blick auf sinngebende Prozesse hinter den Handlungen

- **Balancemanagement** umfasst vielfältige organisatorische, logistische Abstimmungsleistungen der Familienmitglieder, um Familie im Alltag praktisch lebbar zu machen. Es zielt auf die praktische Gewährleistung des „Funktionierens“ von Familie ab
- **Konstruktion von Gemeinsamkeit** umfasst Prozesse, in denen in alltäglichen und biografischen Interaktionen Familie als sinnhaftes gemeinschaftliches Ganzes hergestellt wird; identitätsorientierte Konstruktion von Familie als zusammengehörige Gruppe und ihre Selbstdefinition als solche

- **Displaying Family:** eher nach außen gerichtet; betrifft Familien, die sich unter Legitimitätsdruck sehen (z.B. Patchwork- oder Regenbogenfamilien, aber auch AE). Signal an andere: „Wir sind eine Familie“. **Aber:** durch soziale Ungleichheiten sind Ressourcen und Kompetenzen für diese Gestaltungsleistungen ungleich verteilt!
- **Kernaussagen:**
 - Familie ist eine zunehmend notwendige, sich nicht von selbst ergebende, aktiver, praktischer Leistung der Integration von Individuen zu einem mehr oder weniger gemeinsamen, mehr oder weniger gelingenden Lebenszusammenhang
 - Familie ist prinzipiell eine „conflictual community“
 - Familie ist keine selbstverständliche, natürlich gegebene Ressource, sondern kontinuierlich zu reproduzieren (was auch misslingen kann – „Undoing Family“)
- ➔ Familiäre Gesundheitsförderung als (salutogenetischer, verhältnispräventiver) Ansatz zur **Förderung von Gelingensbedingungen** familiärer Praxis und familiärer Sinnbildung

➤ Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe

- Ottawa-Charta
- Das Regenbogenmodell der sozialen Determinanten
- Armutslagen, Habitus, „Doing Family“
- Nutzerorientierung

➤ Familiäre Gesundheitsförderung

- Lebensphasen/ Lebenswelten
- Belastungslagen
- Getrennt- und Alleinerziehende im Fokus des 10. Familienberichts der Bundesregierung



Konzept „Nutzerorientierung“

→ *Kernstrategien als Maxime:*

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



- *vertikal* entlang der Lebens**phasen** bzw. Lebens**welten**
 - „Zeitleiste“ der Lebensphasen
 - entlang Sozialisationsstufen
 - Primäre Sozialisation: Familie
 - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
 - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen ...
- *horizontal* entlang der Lebens**lagen**
 - Familiäre Adversionsrisiken und besondere Belastungslagen, z.B.
 - Kinder- und Familienarmut
 - Alleinerziehen
 - Elterliche psychische und Suchterkrankungen
 - (entstehende) Behinderungen und Erkrankungen des/ der Kinder
 - Chronische Erkrankungen/ „Neue Morbidität“
 - Pflegefamilien und Kinderheimgruppen
 - sowie zahllose weitere horizontale und vertikale Ungleichheiten/
Ungerechtigkeiten

- Familiäre Gesundheitsförderung zielt auf die Sicherstellung und Verstärkung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen für Familien mit dem Ziel, dass in ihrem Alltag „die gesündere Wahl die leichtere Wahl“ (WHO 1986) ist.
- → *Familiäre Gesundheitsförderung als (salutogenetischer, verhältnispräventiver) Ansatz zur Förderung von **Gelingensbedingungen familiärer Praxis und familiärer Sinnbildung***
- Vertikal entlang Lebensphasen Schwangerschaft/ Geburt/ Familienbildungsprozess/ Kita/ Schulen/ tertiäre Sozialisation / Adoleszenz/ Trennungs- und Neuformierungsprozesse ...
 - → **Sensibilisierung** für schwierige Lebenslagen: In der konkreten Unterstützungsarbeit sollen Familien in ihren Bewältigungsaufgaben dadurch unterstützt werden, dass ihnen „**Wissen zum Wohlbefinden**“ vermittelt wird, etwa indem sie durch Dienstleistungen von Hebammen, Familienhebammen und FGKiKPs und auch durch Fachkräfte in Familienzentren und Kitas, dabei unterstützt werden, ihr „Bauchgefühl“, d.h. ihre impliziten Erziehungs- und Lebenskonzepte, zu explizieren, um sie auch in ihrem entsprechenden **Displaying**, d.h. ihrem nach Außen vermittelten Familienbild, zu unterstützen.

- In einer horizontalen Betrachtung familiärer Gesundheitsförderung werden die Lebensphasen eher als Eckpunkte betrachtet, im Zentrum stehen hier **spezifische Belastungs- und Benachteiligungssituationen** von Familien.
 - → spezifische Belastungssenkung und Ressourcenstärkung der Familien, aber:
 - → doppeltes Dilemma: Sie betreffen einerseits nur die *Auswirkungen* und können die *Substanz* der Problemlagen (z.B. Armut, Erkrankungen) nicht lösen; andererseits wird durch Thematisierung auch Stigmatisierungsgefahr erhöht. Insofern ist bei Gesundheitsförderung mit und bei Familien in belasteten Lebenslagen jeweils ein *differenziertes und hoch sensibles Vorgehen* angezeigt.

- *Kinder- und Familienarmut*
 - Familiäre Gesundheitsförderung orientiert zunächst auf **Verhinderung oder Begrenzung von Armut**, z.B. durch rechtliche, politische und moralische Anwaltschaft, durch Vermittlung bzw. Bereitstellung günstigen Wohnraums, durch Vermittlung von Handlungswissen über Fördermöglichkeiten sowie auf Reduktion von Armutsfolgen. Wichtig sind hier Erkenntnisse einer **Pufferfunktion** durch verbesserte Ressourcenallokationen, insb. finanzielle (z.B. durch Kindergrundsicherung) sowie soziale Unterstützung (z.B. durch Patenmodelle, Community-Building, Selbsthilfeförderung, Familien- und/oder Kindererholung oder berufliche (Re-) Integration).

- *Spezifische, auf Getrennt- und Alleinerziehende gerichtete Maßnahmen*
 - Familiäre Gesundheitsförderung kann bei **Elternkonflikten** unterstützen (z.B. in Familienzentren, Familienberatung), flankierende Entlastungsangebote anbieten (z.B. Kinderbetreuung, Ferienangebote, Kuren) oder ansetzen in spezifischen **Settings von Alleinerziehenden** (z.B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18)
 - Ziele sind **Verbesserung von Rahmenbedingungen** (z.B. Bedarfssensibilisierung in kinderbezogenen Settings mit dem praktischen Ziel einer Sicherstellung von Kita-, Hort- oder Schulbetreuungszeiten auch in Randzeiten), **psychosoziale Entlastung** (z.B. Kuren) und Stärkung **sozialer Netzwerke** für und von Alleinerziehende(n).
 - Wegen des fließenden Übergangs der Familienformen, der geringen Selbstidentifikation mit der Statuspassage des Alleinerziehens und der Stigmatisierungsgefahr dieser Zuschreibung empfiehlt sich **eine unspezifische Ansprache** mit **spezieller Adressierung** auf die belasteten Familien (**adressatenspezifische primäre Prävention**), z.B. über Sozialräume/ Wohngebiete mit hohem Anteil von Alleinerziehenden und spezifischen Qualitätsmerkmalen (z.B. obligatorische Einbeziehung der Kinder/ parallele Kinderbetreuung)

Definition Alleinerziehende (Statistisches Bundesamt):

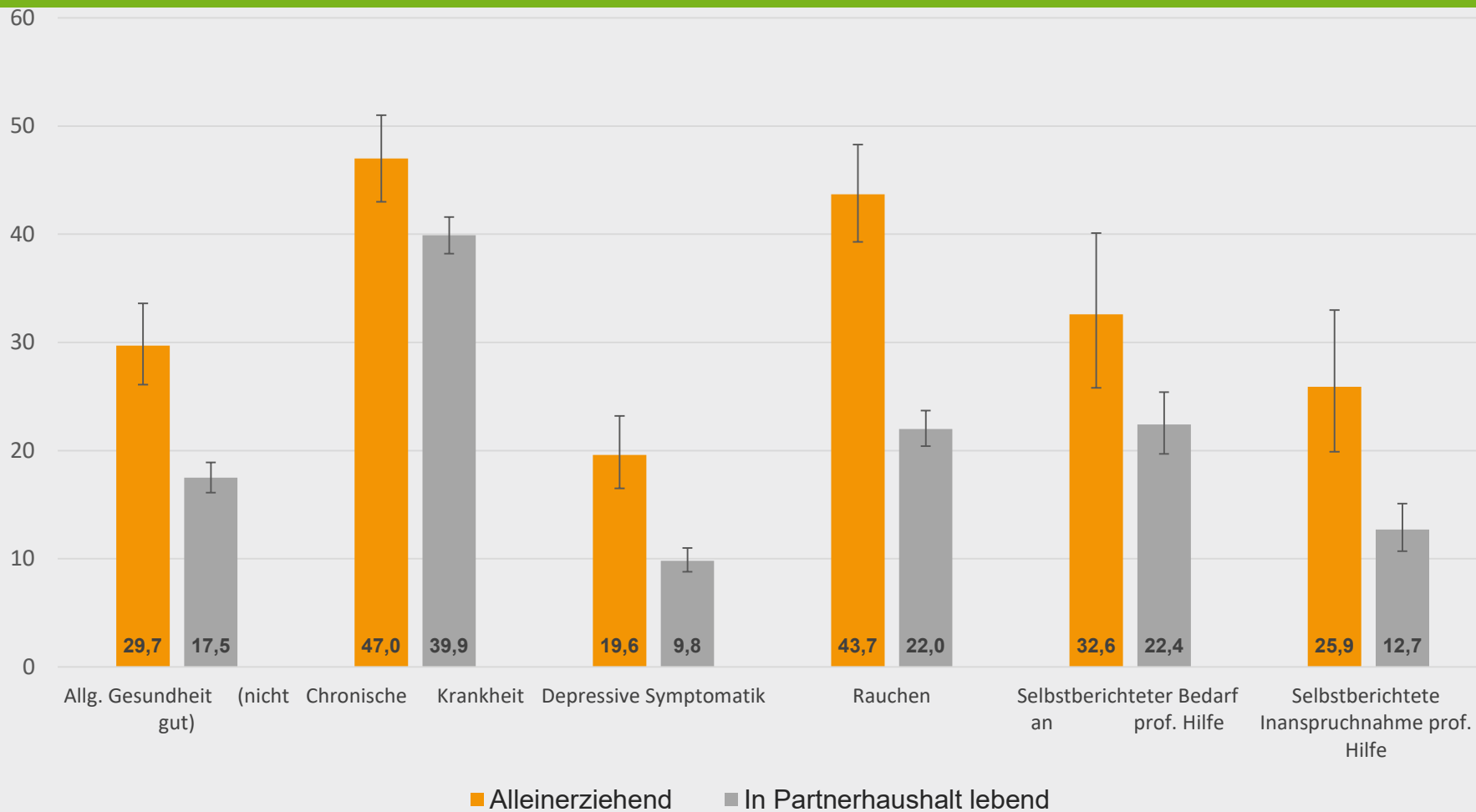
Alleinerziehende sind Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner*innen mit minderjährigen oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben.

2022:

- Anteil Familien mit Alleinerziehenden an allen Familien: 18,5 %
- 1,33 Mio. alleinerziehende Mütter
- 239.000 alleinerziehende Väter
- 2,26 Mio. Kinder unter 18 Jahren
- 85,6 % der Kinder leben im Haushalt der Mutter

- Oftmals geringe finanzielle, zeitliche und soziale Ressourcen
 - ⇒ Alleinige Zuständigkeit für Kinderbetreuung/-erziehung und Haushalt bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit (Vereinbarkeitsprobleme)
 - ⇒ Hohes strukturelles Armutsrisiko (42,9 %)
 - ⇒ Hohe psychosoziale Beanspruchung und Belastung / Beeinträchtigungen des Wohlergehens und der Gesundheit
- *Strukturell bedingte Benachteiligungen von Alleinerziehenden wurden durch die COVID-19-Pandemie nochmals verstärkt*

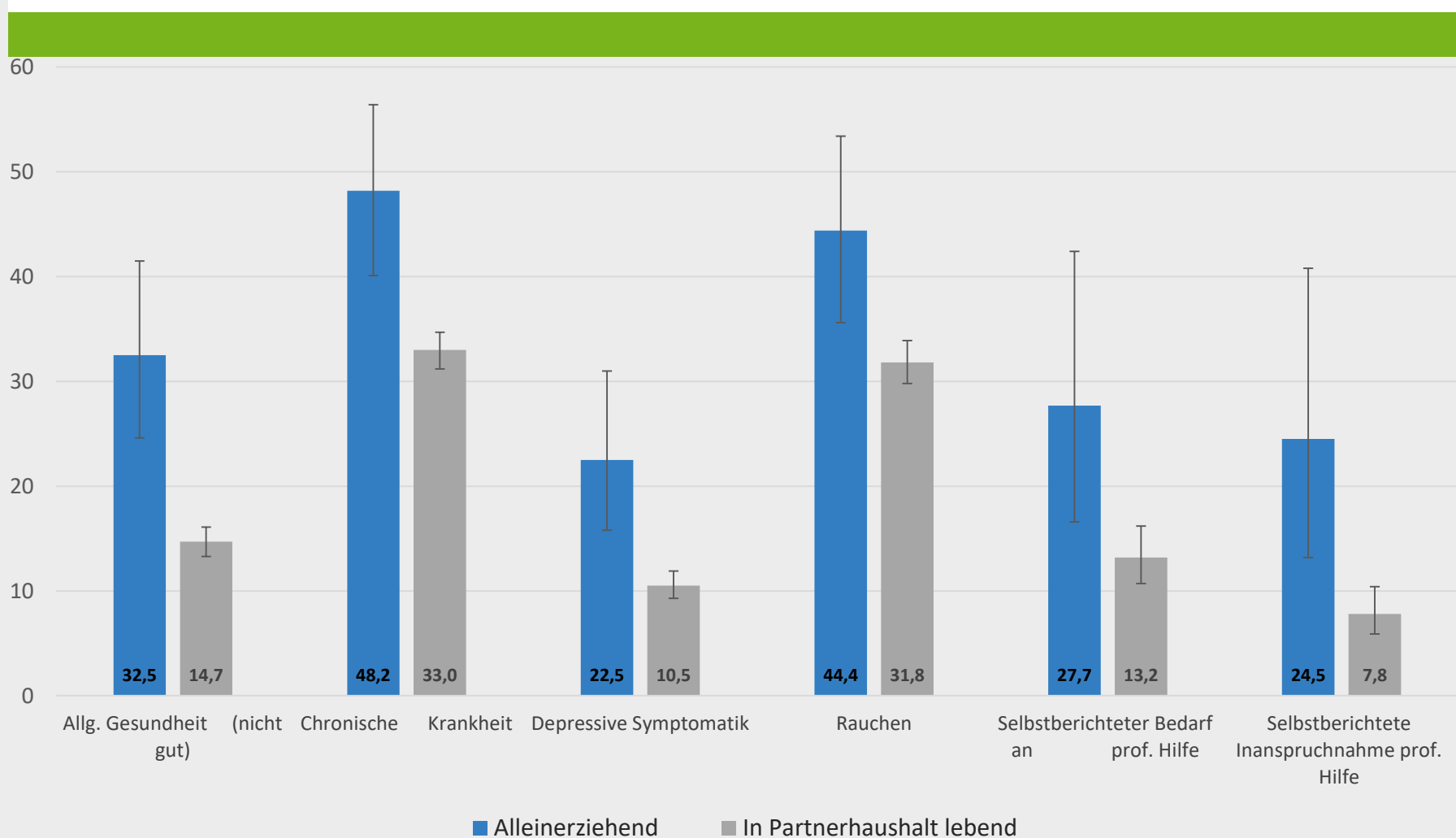
Lebenssituation von alleinerziehenden Müttern



Lebenssituation von alleinerziehenden Vätern

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

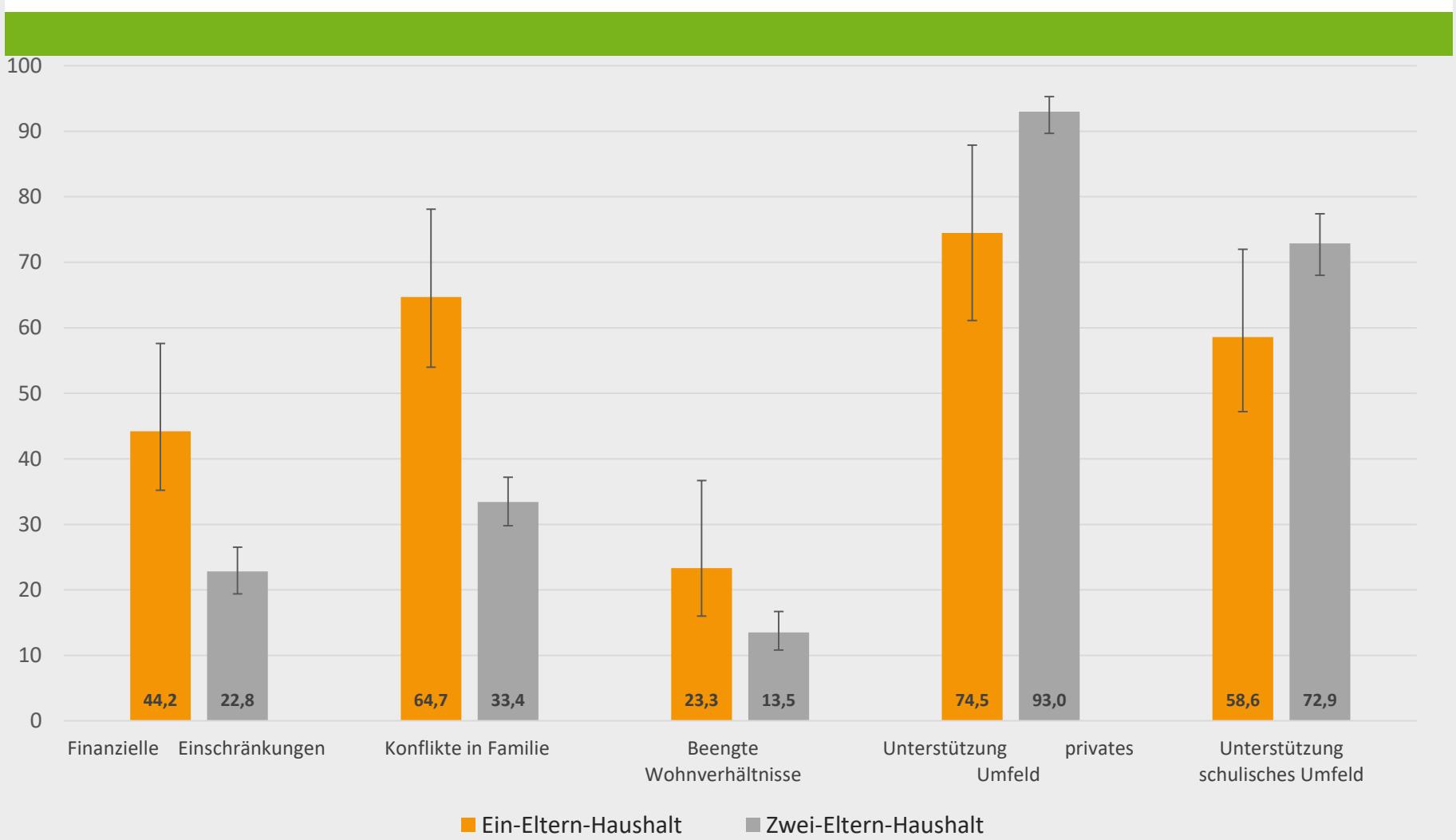
GEDA-Daten, Robert Koch-Institut, Rattay et al. 2024a



Lebenssituation von Kindern - Belastung und Unterstützung nach Familienform

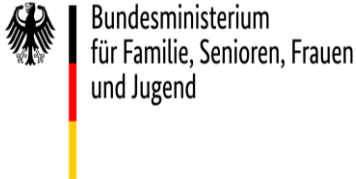
KIGGS-Daten, Robert Koch-Institut, Rattay et al. 2024b

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



Zusammenfassung:

- Alleinerziehende und ihre Kinder sind gesundheitlich stärker beeinträchtigt als Eltern und Kinder aus Zwei-Eltern-Haushalten
- Alleinerziehende sind keine homogene Gruppe: Gesundheitsbeeinträchtigungen zeigen sich meist dann, wenn weitere Belastungen hinzukommen (Armut, geringe soziale Unterstützung, Nichterwerbstätigkeit)
- Kinder von Alleinerziehenden erhalten seltener Unterstützung im privaten und schulischen Umfeld
- Psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote werden von Alleinerziehenden und ihren Kindern vergleichsweise häufig genutzt
- Kinder von Alleinerziehenden nehmen seltener an außerschulischen Sportvereinen/-kursen teil, aber fast gleich häufig an Sport-AGs in Schulen
- Keine Trendaussagen möglich (zu geringe Fallzahlen!)



Titel

- Unterstützung allein- und getrennterziehender Eltern und ihrer Kinder: Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen

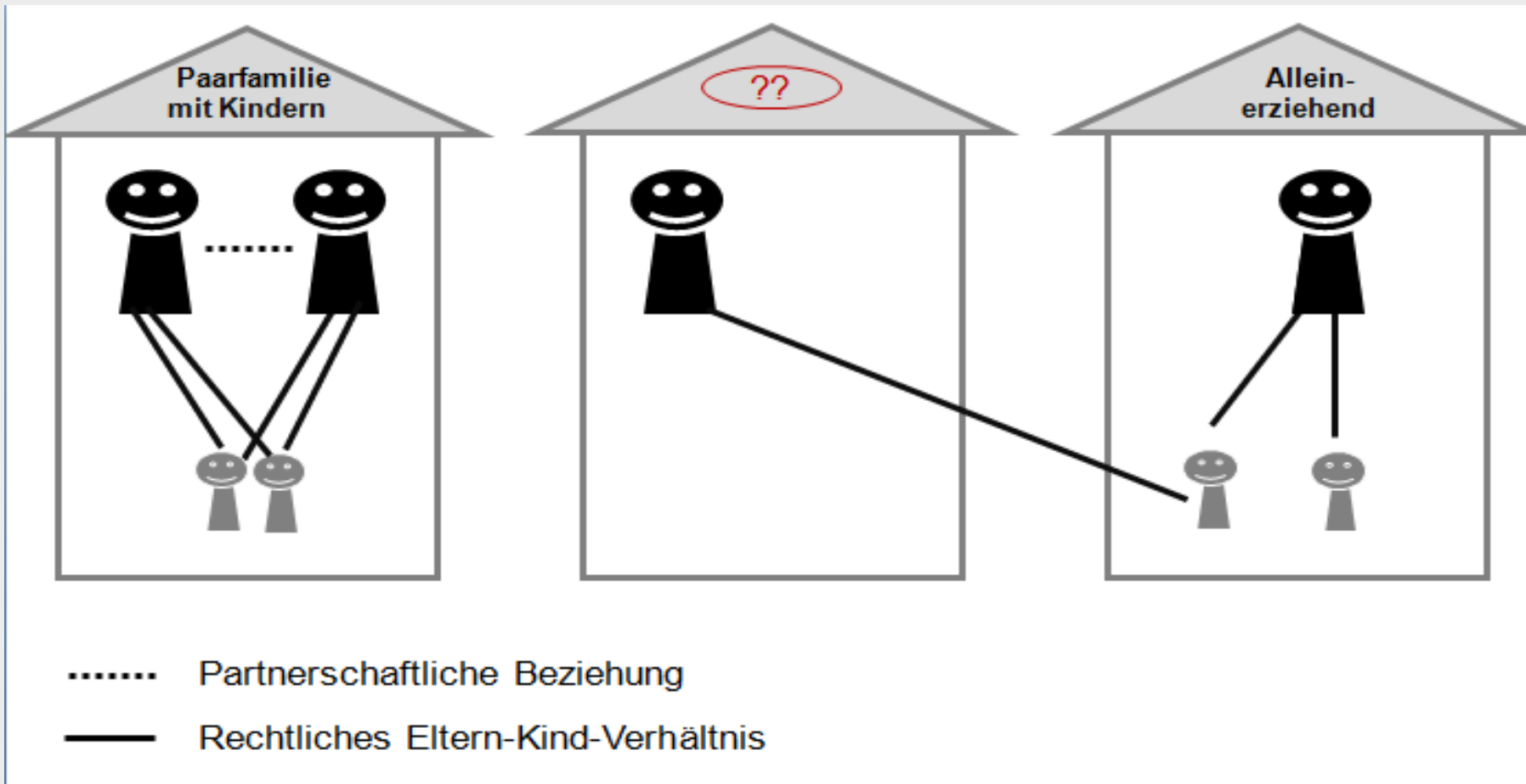
Fokus

- „...welche Faktoren sich vor, während und nach der Trennung von Eltern positiv oder negativ auf ihre Erwerbsbeteiligung, sowie auf Wohlbefinden, Gesundheit und soziale Sicherung auswirken.“

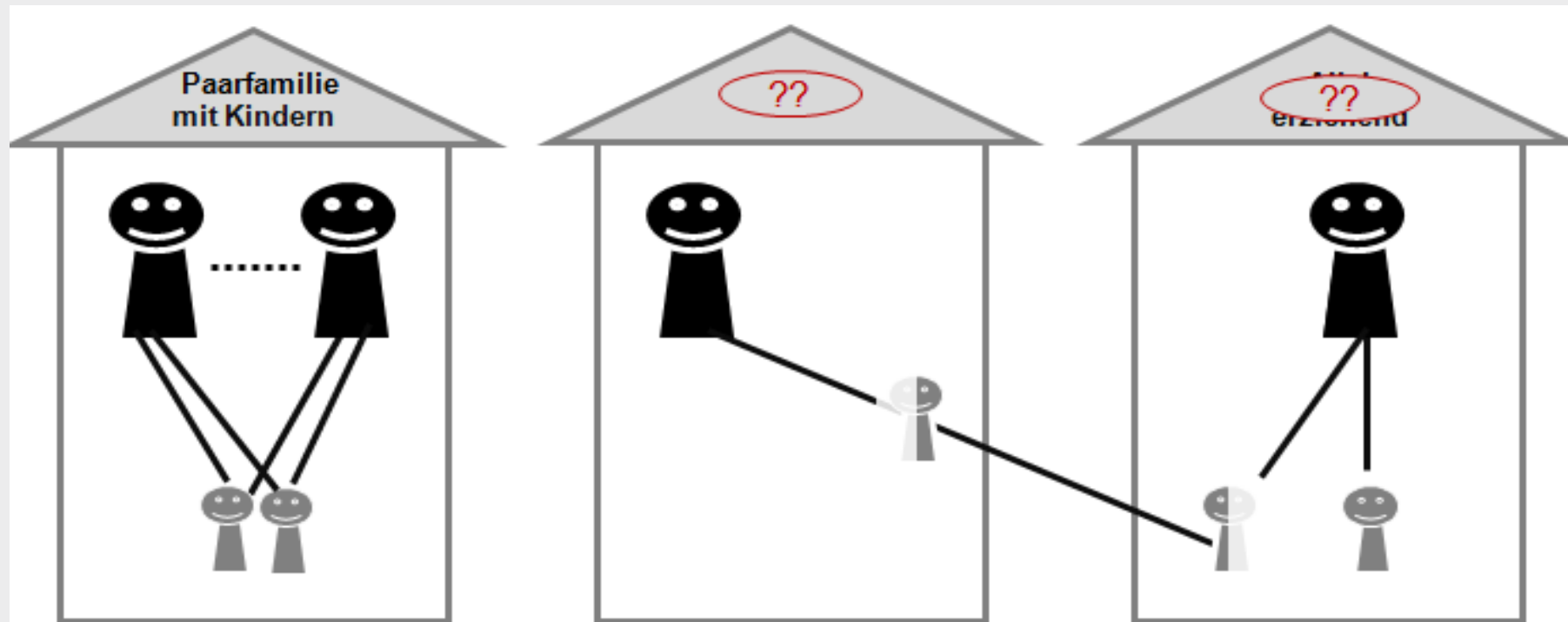
10. Familienbericht 2024 – Dilemma & Fragestellung



10. Familienbericht 2024 – Dilemma & Fragestellung



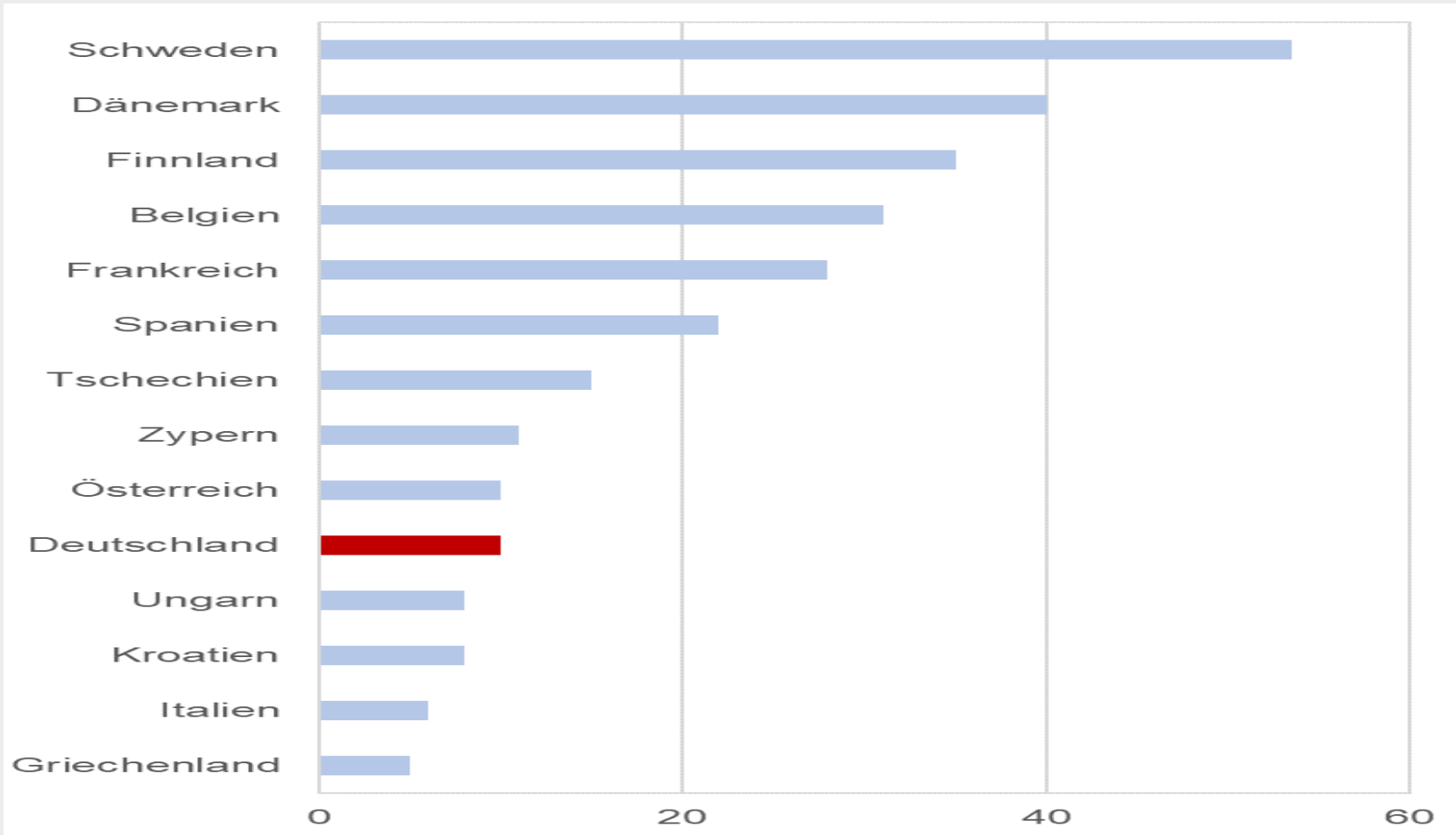
10. Familienbericht 2024 – Dilemma & Fragestellung



- Partnerschaftliche Beziehung
- Rechtliches Eltern-Kind-Verhältnis

Verbreitung geteilter Betreuung

(% Kinder im ‚Wechselmodell‘;
Wechselmodell: 10-15 Nächte; Residenzmodell: 0-9 Nächte)



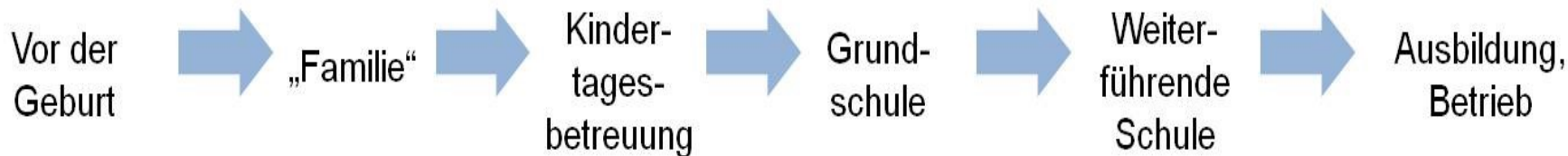
■ **Forschungsstand**

- Geschlechtsspezifische Erwerbs- und Sorgemuster
- Hohes Armutsrisiko von Alleinerziehenden (Frauen)
- Niedrigeres Wohlbefinden von Alleinerziehenden und ihren Kindern

■ **Forschungslücken**

- Wohlbefinden & Wechselmodell (geteilte Betreuung)
- Gesundheit & Wohlbefinden von Nicht-Residenz-Eltern
- Konzepte zur Sensibilisierung von Multiplikator*innen und Fachkräfte

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Raimund Geene, Michael Reese
**Handbuch
Präventionsgesetz**
Neuregelung der Gesundheitsförderung



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Raimund Geene
raimund.geene@charite.de

