

Förderliche  
Rahmenbedingungen für  
armutssensible Frühe Hilfen:

*Familiäre  
Gesundheitsförderung*

- **Gesundes Aufwachsen**
  - Gesundes Aufwachsen im gesellschaftlichen Fokus
  - Nutzerorientierung – Perspektive der belasteten Familien
- **Politische und fachliche Konzepte gegen Kinderarmut und zur familiären Gesundheitsförderung**
  - Kommunale und familiäre Bedarfe
  - Profilierung der Kommunen zum „Dach-Setting“
  - Adressatenorientierung, Qualitätsentwicklung/ „lernende Prozesse“
- **Integrierte Handlungsansätze, Entwicklungsaufgaben & Maxime**

Seit über zehn Jahren ist Kindeswohl/ gesundes Aufwachsen ein zentrales sozialpolitisches (gesundheitspolitisches, familienpolitisches) Thema

- Dramatische Fälle von Kindesvernachlässigung („Kevin“ + „Lea-Sophie“) und in der Folge „Kindergipfel“ bei der Kanzlerin
- Der 1. dt. Kindergesundheitsbericht „KiGGS“ mit den Befunden zur „Neuen Morbidität“
- Die Befunde von „Infantilisierung“ bzw. „Familiarisierung von Armut,“ abgebildet insb. durch die Armuts- und Reichtumsberichte seit 2002

*Perspektive: Eine neue, größere Themenwelle rollt an ...*

➔ **Nutzerorientierung: Was denken Eltern?**

### *Wie sehen benachteiligte Mütter (Eltern) Früherkennungsuntersuchungen (U's) und Frühe Hilfen?*

allgemeiner ausgedrückt:

- Erfahrung von Müttern (Vätern)
  - im Medizinsystem
  - mit kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (Gelbes Heft/ „U's“)
  - in der Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen
- Lehrforschungsprojekt mit Interviews
  - bislang > 150 Interviews ausgewertet
- Klassifikation der Mütter analog Family Adversity Index
  - Vergleich zwischen sozial benachteiligten und einigen bildungsnäheren Müttern

## Sozial benachteiligte Mütter

- beurteilen die Kinderärzt/innen überwiegend positiv
- beurteilen das Krankenhaus tendenziell schlechter
- sind gegenüber statushöheren Personen (Arzt/ Ärztin) gehemmt
  - verhalten sich eher passiv
  - trauen sich weniger zu fragen und
  - Erhalten weniger Aufklärung und Ratschläge
- ziehen aber einen hohen subjektiven Nutzen aus den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen

## 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 positiv bewertet

- sehen das Jugendamt eher als Bedrohung
- bezeichnen andere Eltern als „kontrollbedürftig“

# 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*



- Kaum Selbstwirksamkeitserfahrungen
  - Vermeidungsstrategie
  - wenig (materielle, kulturelle und soziale) Ressourcen/  
geringer Kohärenzsinn/ geringe Resilienz
- Bestimmungsfaktoren des Habitus
  - *die Armut bekämpfen, nicht die Armen ...!!*

### ➤ Kinder- und Jugendhilfe: *Frühe Hilfen*

- als (präventiver) Kinderschutz
- zur Verbesserung der Handlungssicherheit in der Jugendhilfe
- zur Neuorientierung/ „Überwindung des „Amtsdenkens“
  - Bsp. Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg: Aus- und Aufbau Familienzentren

### ➤ Bildungswesen & Familienpolitik: *Armutsbekämpfung*

- Elterngeld
- Bildungs- und Teilhabepaket
- Schulsozialarbeit
- Kita-Ausbau und U3- Rechtsanspruch

### ➤ Gesundheitswesen: *Präventionsgesetz*

- „Paradigmenwechsel“ von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention

### ➤ Stadtentwicklung: *Programm Soziale Stadt*

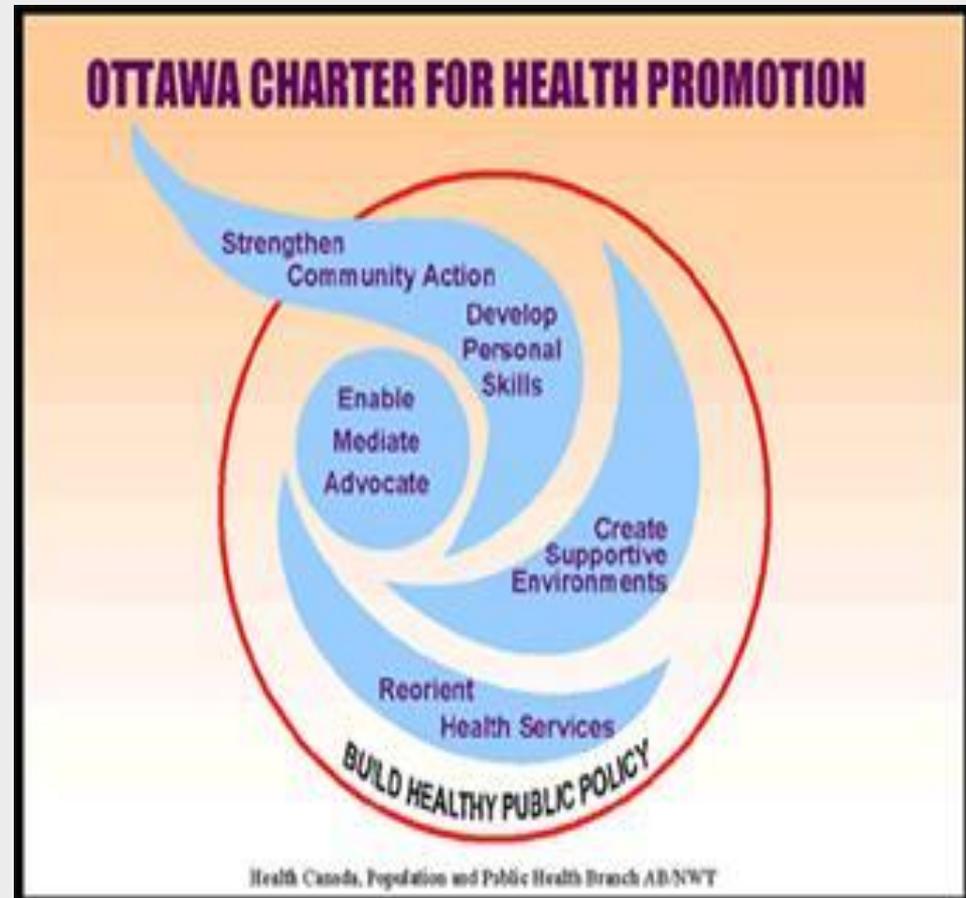
- Quartiers- und Stadtteilmanagement

### Aus der Zivilgesellschaft

- Wohlfahrtsverbände und freie Träger
  - Armutsberichte und Nationale Armutskonferenz
  - „Early Excellence Center“
- Selbsthilfe
  - Familienselbsthilfe
  - Gesunde Städte-Netzwerk (mit Kommunalpolitik)
- Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit
  - Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“
  - Kommunaler Partnerprozess „Gesundheit für Alle“
- weitere (*parastaatliche*) Initiativen
  - National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechte
  - Bündnisse für Familien, Bündnis gegen Demenz, ...

→ *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“*



- Familie ist **keine** Lebenswelt im Sinne des Setting-Ansatzes (WHO, PräVG und GKV Präventionsleitfaden)
- Methoden des Setting-Ansatzes teilweise ungeeignet

Erreicht werden Familien lt. Präventionsgesetz durch:

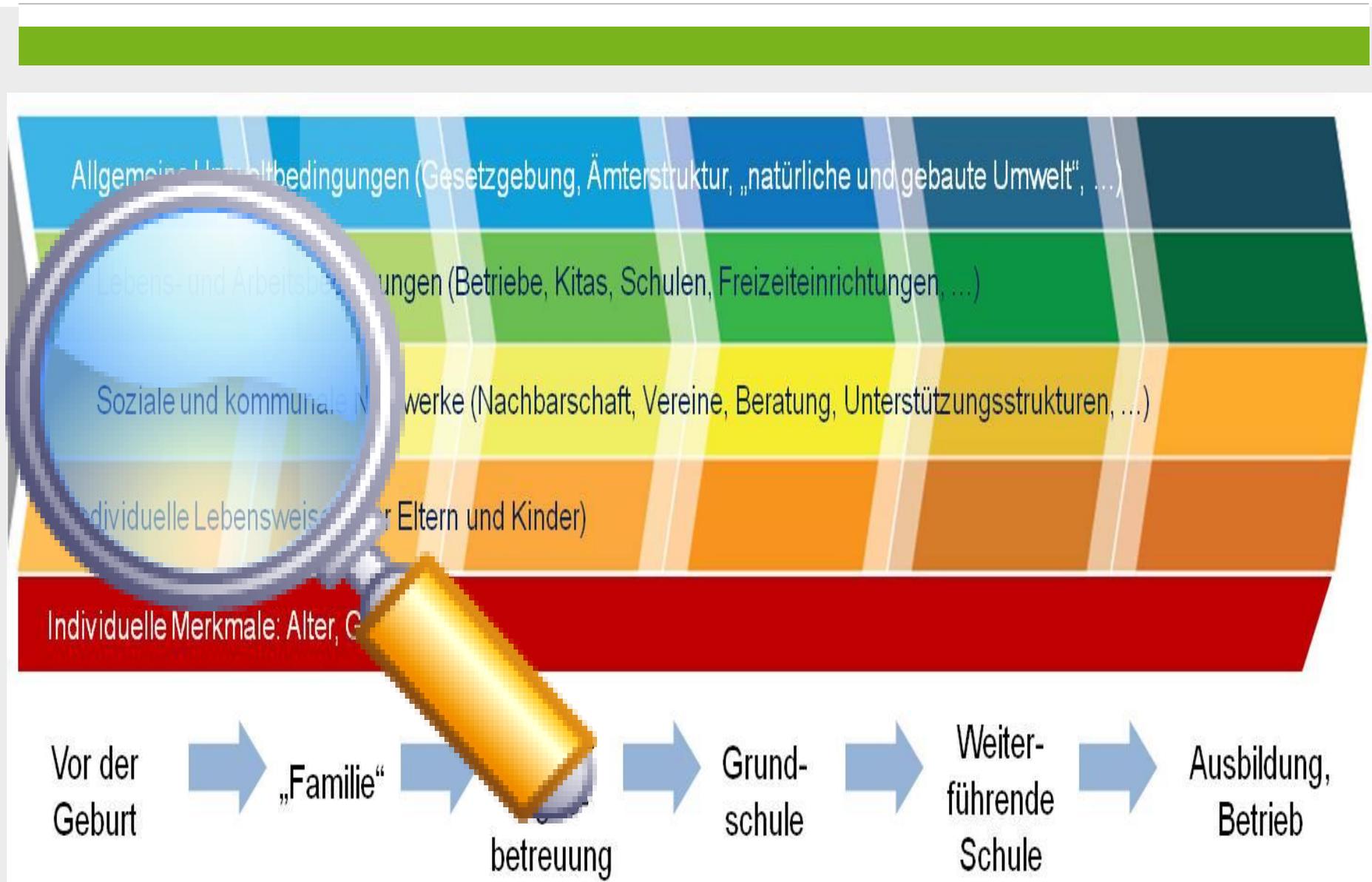
- Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (Schwangerschaft und Kindheit) incl. Präventionsempfehlungen für Kinder + Eltern
- durch Kitas sowie Schulen
- „die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren, etwa der Familienbildung in der Lebenswelt ‚Kommunen/ Stadtteil‘ unterstützt“ (PräVG Gesetzesbegründung § 20a SGB V)

→ nicht die Familien selber, sondern die Rahmenbedingungen familiärer Lebenswelten gesundheitsförderlich gestalten

- *vertikal* entlang der Lebens*phasen*
  - „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

- *vertikal* entlang der Lebens*phasen*
  - „Zeitleiste“ der Lebensphasen
  - entlang Sozialisationsstufen
    - Primäre Sozialisation: Familie
    - Sekundäre Sozialisation: Kita, Schule
    - Tertiäre Sozialisation: Sportvereine, Jugendeinrichtungen ...
- weitere Lebensphasen

# Integrierte Handlungsstrategien/ Präventionsketten



# 10-Phasen-Modell der Gesundheitsförderung bei Familiengründung

1. Präkonzeptionelle Phase

2. Orientierungsphase

3. Selbstkonzeptphase

4. Subjektwerdungsphase

5. Phase der Antizipation und Vorbereitung

6. Geburt

7. Phase der Überwältigung und Erholung

8. Familienwerdungsphase

9. Stabilisierungsphase

10. Vergesellschaftungsphase

Neuheit, unsicheres Selbstbild,  
geringe Selbstsicherheit u.  
Kontrollüberzeugung

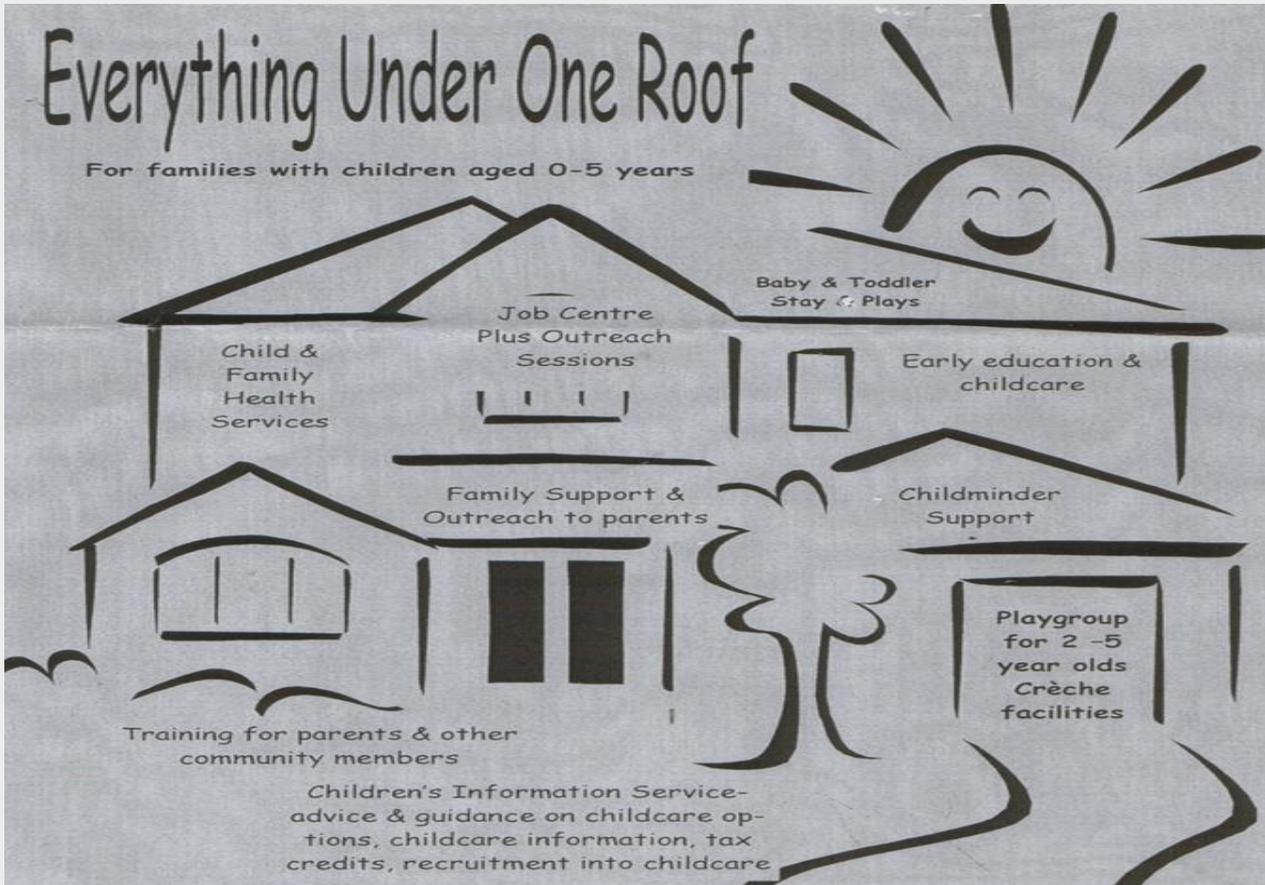


Bekanntheit, stabiles Selbstbild,  
hohe Selbstsicherheit und  
Kontrollüberzeugung

10-Phasen Modell in Anlehnung an das 8-Phasenmodell „Schwangerschaft und erste Geburt – Psychologische Veränderungen der Eltern“ von Gloger-Tippelt (1988)

# Beispiel: Subjektwerdungsphase

Phase	Charakterisierung der Phase	Physiologische, psychologische und soziale Bewältigungsaufgaben	Beispiele für Gesundheitsförderung Präventionsbedarfe und -potenziale
<p><b>4. Phase: Subjektwerdung</b> ca. 20. bis 32. SSW (pränatal, 2./3. Trimenon)</p>	<p>Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/als zunehmend eigenständiges Wesen Phase des Wohlbefindens</p>	<p><b>Physiologisch:</b> Wachsen des Bauches, erste Kindsbewegung („Quickening“)</p> <p><b>Psychologisch:</b> Phantasien über das Leben mit Kind</p> <p><b>Sozial:</b> Entwicklung konkreter Lebensvorstellungen der zukünftigen Mutter/ des zukünftigen Vaters/ zukünftigen Ko-Elternteils</p>	<p><b>Advocate:</b> Fürsprache beim „Nestbau“ (z. B. durch kleinkindgerechten Wohnraum) Bereitstellung stabilisierender und ressourcenorientierter Informationen zum Quickening Ermutigende Beispiele zum Geburtsverlauf</p> <p><b>Enable:</b> Feinfühlig-pränatale Diagnostik und Befundübermittlung Beratung zur Vermeidung von Frühgeburten Aufklärung über gesunde Lebensbedingungen</p> <p><b>Mediate:</b> Frühzeitige Bereitstellung von Angeboten der Schwangerenselbsthilfe und weiteren Frühen Hilfen (z.B. Hebammen/Familienhebammen)</p>



“One Stop Shop”

“SureStart”- Programm:  
Childrens Centre North  
Shields (GB)

- *horizontal* entlang der Lebenslagen
  - In einer horizontalen Betrachtung familiärer Gesundheitsförderung werden die Lebensphasen eher als **Eckpunkte** betrachtet, im Zentrum stehen hier spezifische **Belastungs- und Benachteiligungssituationen** von Familien.
  - Diese Perspektive zielt auf **spezifische Belastungssenkung** und **Ressourcenstärkung** der Familien, wobei alle Maßnahmen einem doppelten Dilemma gegenüber stehen: Sie betreffen einerseits nur die **Auswirkungen** und können die Substanz der Problemlagen (z.B. Armut, Erkrankungen) nicht lösen; andererseits wird durch Thematisierung auch **Stigmatisierungsgefahr** erhöht. Insofern ist bei Gesundheitsförderung mit 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 oder guter Kita-Betreuung, 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, Familienpass, BuT) sowie soziale Unterstützung (z.B. durch Patenmodelle, Community-Building, Selbsthilfeförderung, Familien- und/oder Kindererholung oder berufliche (Re-)Integration).

## ■ *Alleinerziehende*

- Familiäre Gesundheitsförderung kann bei **Elternkonflikten** unterstützen (z.B. in Familienzentren, Familienberatung) oder ansetzen in spezifischen **Settings von Alleinerziehenden** (z.B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18) sowie zur **Verbesserung von Rahmenbedingungen** (z.B. Bedarfssensibilisierung in kinderbezogenen Settings mit dem praktischen Ziel einer Sicherstellung von Kita-, Hort- oder Schulbetreuungszeiten auch in Randzeiten) und zur Stärkung **sozialer Netzwerke** für und von Alleinerziehende(n).
- Wegen des fließenden Übergangs der Familienformen, der geringen Selbstidentifikation mit der Statuspassage des 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)

- *Elterliche psychische und Suchterkrankungen*
  - Präventionsbedarf bezieht sich einerseits auf erkrankte Eltern(teile) mit **primärpräventiven Angeboten** (insb. in der Schwangerschaft) sowie **sekundärpräventiv Therapien, Ausstiegshilfen** oder (ggf. punktuellen) **Vermeidungsstrategien**, andererseits an mitbetroffene Familienmitglieder – Partner/innen, Kinder sowie soziales Nahfeld der Familie - zur Verminderung von Formen der **Co-Abhängigkeit** → Suchtselbsthilfe, auch für Angehörige
  - Schwierige, aber überaus wichtige Abgrenzung ggü. leichten Erkrankungsformen (Nikotinsucht, PPD, „Baby-Blues“)

- *(entstehende) Behinderungen und Erkrankungen des/ der Kinder*
  - Unterstützung bei frühen Formen entstehender Behinderungen und Erkrankungen wie Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme (sog. „**Regulationsstörungen**“), die etwa jedes 5. Kind betreffen und sich bei jedem zweiten davon chronifizieren
  - Insbesondere die Schreibabyproblematik tritt häufig auf und bedarf einer frühzeitigen, multidisziplinären Unterstützung der Eltern im Rahmen von **Babysprechstunden** und **Schreibabyberatung**
  - Angebotstransparenz und niedrigschwellige Vermittlung in **Frühe Hilfen**, Kooperationen der Hilfesysteme

## ■ *Chronische Erkrankungen/ Neue Morbidität*

Beispiel Kinderübergewicht/ Adipositas:

- Angezeigt sind **alltagsnahe** und **lebensweltbezogene Bewegungs- und Ernährungsangebote** für Kinder und Familien, die durch übergreifende Maßnahmen begünstigt sein sollten, etwa:
  - Bereitstellung von familiengerechten Grünflächen, Spiel- und Sportplätzen
  - Marktsteuerung durch Subventionierung gesunder Lebensmittel und Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln, Zuckersteuer u.ä.
- In der frühen Kindheit werden **Still-** und **Bindungsförderung** zur Prävention eines metabolischen Syndroms empfohlen

- *Pflegefamilien und Kinderheimgruppen*
  - Diese (Profi-)Familien sind stark belastet, die (Pflege-/Heim-) Kinder gelten im weiteren Lebensverlauf als hochgefährdet. Bislang werden diese institutionalisierten Formen von Familien noch kaum von Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreicht.
  - Stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe sind seit 2016 zur Gesundheitsförderung verpflichtet, sie müssen entsprechende Maßnahmen in ihrer Einrichtungskonzeption ausweisen. Es fehlt hier jedoch bislang an Konzepten sowie entsprechenden Praxiserfahrungen, die günstigenfalls durch Modellprojekte erhoben werden können.
  - Sie sollten dabei bereits am Ausgangspunkt der Fremdunterbringung (durch Inobhutgabe oder -nahme) ansetzen und insbesondere die Übergänge durch schnelle Vermittlung in intensiver Begleitung gesundheitsförderlich ausgestalten

## ■ *vertikal* entlang der Lebens*phasen*

- „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

→ Bedarf für abgestimmte Methoden und Strategien der familiären Gesundheitsförderung

Tab. 4: Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung/ Primärprävention (Geene, 2018)

	<b>Information, Aufklärung, Beratung/ Verhaltensprävention</b>	<b>Beeinflussung des Kontextes/ Verhältnisprävention</b>
<b>Individuum</b>	<u>I.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schwangerschaftskonfliktberatung</li> <li>➤ Ärztliche Präventionsempfehlung</li> <li>➤ Information zu Frühen Hilfen</li> <li>➤ Präventionskurs zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz</li> <li>➤ Beratung zur Kindersicherheit</li> <li>➤ Geburtsvorbereitungskurs</li> </ul>	<u>II.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ präventiver Hausbesuch</li> <li>➤ Begleitung durch Familienhebammen</li> <li>➤ Niedrigschwellige Unterstützung durch Familienpatinnen und -paten</li> <li>➤ Maßgeschneiderte Übergänge (Transitionen) gemäß spezifischen familiären Wünschen &amp; Bedarfen</li> <li>➤ Individuelle Wohnraumvermittlung bzw. -bereitstellung</li> </ul>
<b>Setting</b>	<u>III.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ (Elterneinbeziehende) Sexualaufklärung in Jugendeinrichtungen</li> <li>➤ Sucht- und Drogenberatung in Familienzentren</li> <li>➤ Flyer zu familienbezogenen Sportangeboten in Kitas, Schulen oder Jobcentern</li> <li>➤ Beratung zu Übergängen</li> </ul>	<u>IV.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Netzwerke Frühe Hilfen</li> <li>➤ Präventionsketten</li> <li>➤ Familiäre Selbsthilfeförderung</li> <li>➤ Community-Aufbau von Familien in belasteten Stadtteilen (z.B. türkische Familientreffs oder Eltern-AGs)</li> <li>➤ Angebote mit Blick auf vulnerable Gruppen (z.B. Alleinerziehenden, suchtbelastete Familien, schwangere Prostituierte)</li> <li>➤ Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung in Kitas</li> <li>➤ Leitbildentwicklung ‚gute gesunde Schule‘</li> <li>➤ Transitionskonzepte von Geburtshilfe, Kitas und Schulen</li> </ul>
<b>Bevölkerung</b>	<u>V.</u> , z.B. <p>Aufklärung durch Kambotschaften, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ „Stillen tut gut“</li> <li>➤ „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren“</li> <li>➤ „Fahrradhelme für Kinder und Eltern“</li> </ul>	<u>VI.</u> , z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aktionsprogramm Frühe Hilfen</li> <li>➤ Kommunalen Partnerprozess</li> <li>➤ Multimodale Kampagnen zur Stillförderung</li> <li>➤ Familiäre Bewegungskampagnen (z.B. Trimm-Dich-Kampagne)</li> </ul>

- **Priorität auf verhältnispräventive Aktivitäten zur Kontextbeeinflussung**
  - Flankierung durch individuelle, setting- oder bevölkerungsbezogene Beratung, Information und Bewerbung im Sinne von präventiven Kernbotschaften, z.B. zur Stillförderung
- **In der Praxis dominieren jedoch häufig Verhaltensbotschaften**
  - ohne Kontextbezug und verhältnispräventive Rahmung können diese sozial und geschlechtsbezogener Ungleichheit sogar noch verstärken → sozialogenorientierte, übergreifende Strategien und Kernbotschaften als zentrale Qualitätsanforderung
- **Das strategische Ziel familiärer Gesundheitsförderung ist in diesem Sinne ein übergreifendes **Bündnis für Familien- und Kindergesundheit**,**
  - getragen von den einzelnen Familien, den Fachkräften der gesundheitlichen und sozialen Beratung und Betreuung und
  - insbesondere einer entsprechend ausgerichteten, lokalen und überregionalen Gesundheits-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Einkommens-, Sozial-, Bildungs-, Wohnungs- und Verkehrspolitik.
- **Familiäre GeFö als Teil der expliziten Gesundheitspolitik *und* einer familienstützenden Gesamtpolitik (,implizite Gesundheitspolitik')**

- *Schritt 1:*  
Eine bedingungslose Kindergrundsicherung schaffen
- *Schritt 2:*  
Den Arbeitsmarkt für Eltern umgestalten
- *Schritt 3:*  
Die pädagogische Kompetenz der Eltern fördern
- *Schritt 4:*  
Die soziale Infrastruktur für Familien mit Kindern verbessern
- *Schritt 5:*  
Das Bildungssystem auf gezielte Förderung umstellen
- *Schritt 6:*  
Kinderrechte ins Grundgesetz

#### ▪ Flüchtlingshilfe

#### ▪ Soziale Stadt

- Quartiersmanagement
- Aktivierungsstrategien

#### ▪ Schulentwicklungsprogramme

- Ganztagsschulprogramm
- Schulsozialarbeit
- Bildungslandschaften
- Inklusion

#### ▪ Kita-Ausbau

- U3-Ausbau
- Programm „Gute gesunde Kita“

#### ▪ Kinder-, Jugend- und Familienhilfe

- „Lebensweltorientierung“ der Sozialen Arbeit
- „Hilfen zur Erziehung“

#### ▪ Frühe Hilfen

- Kommunale Netzwerke + Angebote
- Lotsendienste

#### ▪ Frühförderung

- Sozialpädiatrische Zentren
- Konzept Komplexleistungen

#### ▪ Kinder- und Familienarmut

- BuT, KeKiZ, 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 .....



- ... ist eine **komplexe Gestaltungsaufgabe**, die einen integrierten kommunalen und überregionalen Handlungsrahmen erfordert
- ... sollte entlang lebens**phasen**spezifischer Bewältigungsaufgaben (Lebensphasen rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit, spätere Kindheit, Adoleszenz bis hin zum Erwachsenenalter mit Anforderungen an pflegende Angehörige) wirken.
- ... sollte ergänzend unter Berücksichtigung **belasteter Lebenslagen** betrachtet werden entlang familiärer Adversionsanzeichen wie Armut, Isolation/ Alleinerziehen, elterlichen Erkrankungen, Regulationsproblematiken sowie speziellen Familienlagen.
- ... sollte stets spezifisch an den **Bedarflagen ausgerichtet** sein.
- ... sollte **keinesfalls stigmatisieren**, sondern Familien vielmehr über Sozialräume und weitere Settings und in ihren spezifischen Lebensphasen unterstützen.
- ... folgt den **Handlungsmaximen** Advocacy, Enabling und Mediating.



**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit  
und für Ihr  
Engagement!**



Prof. Dr. **Raimund Geene** MPH

Alice Salomon Hochschule  
Berlin School of Public Health (BSPH)  
<https://bsph.charite.de>