Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal

Familiäre Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen

Gesundheitsförderung als Praxisumsetzung von Public Health

Gesundheitsförderung gilt als praktische Umsetzungsstrategie oder „Schlüsselkonzept" der Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann et al., 2012a). Gesundheitswissenschaften sind in Deutschland erst im Zuge des Forschungsförderprogramms Public Health durch die Bundesregie-rung in den 1990er-Jahren (wieder) entstanden. Zum Einstieg wird hier die Bedeutung der Gesundheitswissenschaften zunächst vor dem Hintergrund der wechselhaften Geschichte von Public Health in Deutschland und ihrer konzeptionellen Verdichtung durch die Ottawa-Charta von 1986 hergeleitet.

Von „Old" zu „New" Public Health

Die Wurzeln der Gesundheitswissenschaften liegen in den sozialhygienischen Bewegungen des 19. Jahrhunderts. „Mehr Licht, mehr Luft, mehr Sonne" heißt das Leitprinzip der späteren städtebaulichen Charta von Athen (Rodenstein, 1988). Die Kanalisierung Londons 1860 gilt als Markstein einer Prävention, die der große britische Sozialmediziner Thomas McKeown (1979) später als eine der wesentlichen Maßnahmen zur Eindämmung der grassierenden Infektionskrankheiten des aufkommenden Industriezeitalters nachwies („Old Public Health").

Während die Sozialhygiene wegen ihrer Vereinnahmung durch die nationalsozialistische Rassenhygiene im Nachkriegsdeutschland kaum Anschluss gefunden hat, stieg die Bedeutung von Public Health im anglo-amerikanischen Raum (Hurrelmann et al., 2012a: 16f.). Erst in den 1970er-Jahren wurden die Gedanken der Sozialhygiene wieder aufgegriffen, als in Westdeutschland eine medizinkritische Bewegung aufkam. Diese verstand sich als Teil der neuen sozialen Bewegungen und war insbesondere gegen ein Expertentum gerichtet, das Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten entmündige (Schwartz et al., 2003). Die Menschen als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Gesundheit zu sehen und zu Selbsthilfe, Autonomie und Partizipation zu befähigen, war das Gegenkonzept, das auf Großveranstaltungen wie den Berliner und Hamburger Gesundheitstagen ab 1980 zum Ausdruck kam und in neu entstehenden Gesundheitsläden, Patientenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen in den 1980er- und 1990er-Jahren praktische Umsetzung fand (Geene et al., 2009).

Auch international bildete sich diese Entwicklung ab. So formulierte die WHO 1977 auf der 30. Weltgesundheitsversammlung die visionäre Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" (Mahler, 1989) und 1986 die Operationalisierung des neuen Konzeptes der Gesundheitsförderung mit der Ottawa-Charta als „Antwort auf eine wachsende Bewegung für Gesundheit in der ganzen Welt" (Ruckstuhl, 2011: 111; siehe auch Hildebrandt, 1992).

Die Ottawa-Charta (WHO 1986/2001) gilt als internationaler Durchbruch des Gesundheitsförderungsgedankens (Naidoo & Wills, 2010: 85f.). Ilona Kickbusch (1999), die als damalige WHO-

Direktorin die Ottawa-Konferenz organisiert hatte und an der Formulierung der Charta maßgeblich beteiligt war, sieht hier einen grundsätzlichen Perspektivwandel erfolgreich vollzogen:

„Sie legte die Grundlagen für die Verlagerung der Schwerpunkte von den Krankheiten und Gesundheitsgefahren (Medizinisches Modell der Gesundheitsförderung) zu den Gesundheitsproblemen der Menschen, die in den verschiedenen Settings leben, arbeiten und spielen (Settingsansatz der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung). Es ist ermutigend festzustellen, daß diese Verlagerung gerechtfertigt war und mittlerweile auch weltweit akzeptiert ist" (Kickbusch, 1999: 5).

Während die WHO Gesundheitsförderung als Kerngedanken zukünftiger Gesundheitspolitik begreift (Abholz, 1989; WHO, EU & BMG, 1991; Kickbusch, 1997), wird dieser Ansatz von zahlreichen Akteurinnen und Akteuren eher als „Randthema" begriffen und behandelt, wie Petra Müller (1994: 68) in einer Studie über den öffentlichen Gesundheitsdienst herausarbeitet. Trojan (1996: 61) betont, dass die Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Krankenversorgung im Text der Ottawa-Charta z. T. unklar bleibt. Solche Mehrdeutigkeiten scheinen dem Spagat der „visionären Utopie mit pragmatischer Orientierung" (Milz, 1996: 88f.) geschuldet. Die Doppeldeutigkeit trägt allerdings auch der Erkenntnis Rechnung, dass Gesundheitssysteme nicht schlagartig, sondern nur systemisch verändert werden können. Hier eröffnet das Konzept die Möglichkeit, sich zunächst komplementär zu etablieren, um später auch als Reformmodell in der Kurativversorgung zu dienen (Geene, 2000: 86ff.).

New Public Health

„New Public Health", das im Deutschen mitunter als „Gesundheitspolitik" übersetzt (Rössler & Kirch, 1996) und als neu etablierte Wissenschaftsdisziplin „Public Health" genannt wird (Brenner, 1998), bemüht sich im Gegensatz zum biologischen Risikofaktorenmodell des Old Public Health um die Verhinderung von Krankheit nicht nur durch Verhaltensbeeinflussung (Verhaltensprävention), sondern vor allem durch Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) (Lehmann, 2015). Ziel von New Public Health ist es, Menschen insbesondere als Teil ihres sozialen Umfelds bzw. gesellschaftlicher Gruppen („Peers") zu neuen Ressourcen zu verhelfen, die im salutogenetischen Modell der „Generalized Resistance Resources" (dt.: allgemeine Widerstandsressourcen) zur Produktion von Gesundheit sowie zur Bewältigung von krankmachenden Einflüssen beitragen (Faltermaier, 1994; Bengel et al., 2009).

New Public Health ist ein sozialökologisch-systemisches Konzept und definiert als „Gesundheitsförderung durch aktive Gestaltung von Lebenswelten und Lebensräumen" (Franzkowiak & Sabo, 2006: 16). Es zielt ab auf die Stärkung der eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen der Menschen durch Empowerment und Emanzipationsprozesse in kooperativ-koordinierender Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Abgegrenzt ist der Begriff „New Public Health" neben „Old Public Health", dasSozialhygiene im sozialmedizinischen Konzept meint, auch gegen den weiterentwickelten Public-Health-Gedanken eines durch Gesundheitserziehung beeinflussten biomedizinischen Risikofaktorenmodells. Stattdes-

sen ist New Public Health konzipiert als Weiterentwicklung der „Community Intervention", die das biomedizinische Modell um die Einflusskomponente des Psychosozialen erweitert und Prävention auf Gemeindeebene anstrebt (ebd.: 36).

Die Ottawa-Charta: Gesundheitsförderung als Prozess

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen", heißt es im Einführungssatz der Ottawa-Erklärung, der Magna Charta der Gesundheitsförderung von 1986.

Die Charta ist eine politische Deklaration und bietet im engeren Sinne weniger eine Definition als v. a. einen Orientierungsrahmen für die Gesundheitsförderung. Sie benennt dabei Frieden und soziale Gerechtigkeit als zentrale Ausgangspunkte, vor deren Hintergrund Gesundheit erst aktiv hergestellt werden könne. Angestrebt wird in der Charta ein möglichst hohes Maß an Partizipation und Selbstbestimmung, Gemeinschaftsaktivitäten, gesunde Lebenswelten und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.

Wesentliche Bestimmungsfaktoren (Determinanten) für die Gesundheit sind nach den Ausgangspunkten der Charta die sozialen Lebensbedingungen der Menschen.

Das Prozesshafte und das Politische sind die beiden Grundorientierungen der Ottawa-Charta, die das Konzept der Gesundheitsförderung auszeichnen. Gleichzeitig bringen diese Orientierungen Schwierigkeiten mit sich, denn allzu häufig wird die Gesundheitsförderung auf ein einzelnes Ziel bzw. Handlungsfeld reduziert. Die Charta beschreibt aber vielmehr eine „Haltung", die eine Querschnittsanforderung an alle Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Sicherung darstellt und anschlussfähig ist an neue Entwicklungen und Erkenntnisse in Zeiten und Gesellschaften starken sozialen Wandels.

Die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta

In der schönen Sprache der Ottawa-Charta – oftmals als „Lyrik" bewitzelt – wird die gesundheitsförderliche Haltung umrissen. Dabei werden drei Kernprinzipien identifiziert, die die gesundheitsförderliche Haltung bestimmen. Als Kernstrategien werden Befähigen („enable", wobei Befähigung im individuellen wie kollektiven Sinne erläutert wird), Vermitteln („mediate", im Sinne von Vermittlung und Netzwerkarbeit) und Vertreten („advocate", als persönliche und kollektive Anwaltschaft der gesundheitlichen Interessen) genannt. Mit diesen drei Kernstrategien werden die wesentlichen Fertigkeiten in der Gesundheitsförderung umrissen. Zwar ist der Bereich der Befähigung weiterhin enthalten – er wiederholt sich auch im vierten Handlungsfeld, das auf Kompetenzentwicklung abzielt. Diese Strategie ist jedoch sowohl als individuelle als auch gemeinschaftliche Aufgabe eingeordnet, zudem eingeschlossen von den anderen beiden Anforderungen, mit denen herausgestellt wird: Die Basis aller Gesundheitsarbeit besteht darin, gegenüber den Betroffenen, Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten – oder wie es in der Ottawa-Charta gebündelt heißt: den „Menschen" – eine unterstützende Haltung einzunehmen. Die Anforderung des Advocacy-Ansatzes ist später oft mit dem Begriff der „Empathie" erklärt worden, die er zwar miteinschließt, darüber

jedoch hinausgeht. Gefordert wird das aktive Eintreten für die Menschen und ihre Interessen. Zudem wird mit dem Anspruch des „Mediating" herausgestellt, dass die Dienste zu den Menschen kommen sollen und nicht umgekehrt. Es ist die Aufgabe der Gesundheitsförderer, die Menschen so zusammenzuführen, dass für sie der Leitspruch gilt: „Make the healthier way the easier choice", ihnen also gesündere Wege als leichtere Wahl ermöglicht werden.

Die fünf Handlungsfelder der Ottawa-Charta

Im Weiteren werden in der Ottawa-Charta fünf Handlungsfelder ausgewiesen. Schon im ersten, übergreifenden Handlungsfeld („Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik") wird dabei der politische Charakter der Charta unterstrichen. Demnach insistiert die Gesundheitsförderung darauf, nicht nur in der Nische der Gesundheitssysteme zu arbeiten, in der man meist nur – oft im wörtlichen Sinne – Pflaster auf die Wunden klebe, die andere schlagen. Entsprechend werde Gesundheit auch in Bereichen wie Wirtschafts- und Sozialpolitik, Wohnungs-, Stadtplanungs- oder Verkehrspolitik oder im Bildungswesen geschaffen, wobei insbesondere eine hohe Bildung einen Indikator für ein langes gesundes Leben darstelle (Mielck, 2005; Mielck et al., 2012). Später wurde der Ansatz in der Health-2020-Strategie zum ressortübergreifenden Anspruch eines „Whole-of–Society-Approach", der eine gemeinsame Verantwortung aller staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure einfordert (WHO Euro, 2012).

Dem visionären, übergreifenden Ziel der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik schließt sich die vergleichsweise konkrete Orientierung an gesunden Lebenswelten („Settings") als zweites Handlungsfeld an. Gesundheit, so eine der zentralen Erkenntnisse der Ottawa-Charta, finde im Alltag der Menschen statt. Weil sich dies für die weitere praktische und theoretische Entwicklung der Gesundheitsförderung als besonders relevant erwiesen hat, wird weiter unten ausführlich darauf eingegangen.

Im dritten Handlungsfeld wird gefordert, Gemeinschaftsaktionen zu stärken. Der Mensch ist ein soziales Wesen, seine Erkenntnisse und Lernprozesse finden im sozialen Miteinander statt. Mit dem Konzept des „Sozialen Kapitals" (Bourdieu, 1999; Putnam, 2001) – also der zentralen Bedeutung von sozialen Verknüpfungen wie Freundschaften und Nachbarschaften für die Gesundheit der Menschen (Richter & Wächter, 2009) – gewinnen Netzwerke, die auf gegenseitige Unterstützung zielen, einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsförderung.

Auch das vierte Handlungsfeld – Entwicklung persönlicher Kompetenzen – hat unverändert hohe Relevanz. Die Charta hebt darauf ab, dass nichts die Gesundheit so nachhaltig positiv fördert wie die Kompetenz, sein Leben selbstbestimmt führen zu können. Diese Art des Autonomiegefühls drückt sich in verschiedenen salutogenetischen oder gesundheitspsychologischen Konzepten aus: Ressourcen, Resilienz, Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeit sind Begriffe, die immer wieder auf die positive Erfahrung bauen, für sich einen zufriedenstellenden Weg im Leben gefunden zu haben, im Einklang mit sich selbst und in aktiver Auseinandersetzung mit der Umwelt. Aktuell werden die persönlichen Kompetenzen unter dem Begriff „Health Literacy" (Kickbusch & Maag, 2008) als die Kompetenz diskutiert, sich Gesundheitsinformationen und – im Sinne der Ottawa-Charta – ein Wissen zum Wohlbefinden anzueignen und dieses auch achtsam anzuwenden.

Erst im fünften und letzten Handlungsfeld bezieht sich die Charta auf die etablierten Gesundheitsdienste, deren Aufgaben sich im Lichte des skizzierten Ansatzes neu stellen. Hier geht es nicht mehr um klassische Kontrollaufgaben, sondern vielmehr um eine Ausrichtung hin zur Vermittlung und Unterstützung der Gesundheitsförderung – ganz im Sinne der drei Kernstrategien. Angesprochen werden dabei zunächst Gesundheitsämter, doch der Anspruch geht weit darüber hinaus. So sollen alle Systeme der gesundheitlichen Sicherung zu dieser Haltung der Gesundheitsförderung verpflichtet werden. Während sich weite Bereiche der gesundheitlichen Versorgung diesem Postulat nur zögerlich nähern, sind die Veränderungen, die aus der Kinder- und Jugendhilfe heraus entwickelt werden und im Bereich der Frühen Hilfen kulminieren, ein interessanter Anwendungsfall des fünften Handlungsfeldes.

Ilona Kickbusch (2003: 182) hat den komplexen Text der Charta später bündig zusammengefasst:

„Gesundheitsförderung definiert sich durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt."

Prävention und Gesundheitsförderung – eine begriffliche Unschärfe

Schon wenige Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta fand der Begriff „Gesundheitsförderung" Eingang in die bundesdeutsche Sozialgesetzgebung. Als 1989 die alte Reichsversicherungsordnung im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes in ein neues Sozialgesetzbuch (SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung) überführt wurde, fand sich unter §°20 erstmals eine gesetzliche Verpflichtung für die Krankenkassen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzubieten. Dabei wurde der Begriff der Gesundheitsförderung synonym mit dem Begriff „Prävention" verwendet. Die Einführung erfolgte noch weitgehend ohne fachliche Diskussion; Reiners (1994) mutmaßt, „Gesundheitsförderung" sei ohne tiefergehende Überlegung aufgenommen worden, um mit dem modern klingenden Begriff das ungeliebte Gesetz gegenüber Bundestag und Fachöffentlichkeit aufzuwerten.

In der Praxis erfolgte die Umsetzung des §°20 vorrangig durch Gesundheitskurse, die insbesondere auf Angehörige der Mittelschicht zugeschnitten und von diesen genutzt wurden, weil sie als sog. „gute Risiken" im Zentrum des Marketinginteresses der GKV stehen (Kirschner et al., 1995). Im Zuge des Neuordnungsgesetzes 1996 wurde der Auftrag zur Gesundheitsförderung wegen der Marketing-Orientierung gestrichen ; nur das Handlungsfeld der Betrieblichen Gesundheitsförderung verblieb der GKV (Rosenbrock, 1998).

Schon im Jahre 2000 wurde der Gesetzesauftrag zur Gesundheitsförderung wieder aufgegriffen, nun jedoch mit deutlich geschärften Anforderungen hinsichtlich Soziallagen- sowie Qualitätsorientierung. Die Definition von 2000 wurde 2015 im Präventionsgesetz fortgeschrieben und mit einer vorangestellten Legaldefinition der Begriffe "primäre Prävention" und "Gesundheitsförderung" konkretisiert.

Aktuell heißt es seit 25.7.2015 im SGB V, §°20 (1):

„Die Krankenkasse sieht in ihrer Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen."

Dadurch ist das Handlungsfeld fokussiert auf den besonderen Auftrag, sozial bedingten und geschlechtsbezogenen Ungleichheiten entgegenzuwirken. Der Gestaltungsauftrag für das Feld liegt bei den Gesetzlichen Krankenkassen, eingegrenzt durch vorgegebene Gesundheitsziele (darunter auch das Gesundheitsziel „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung") nach SGB V, §°20 Absatz 3 eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit auch im Rahmen von Bundes- und Landesrahmenvereinbarungen und zur Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes in der Formulierung gemeinsamer einheitlicher Kriterien sowie eine Beauftragung der BZgA (s.°u.).

Primäre Prävention

In den Gesundheitswissenschaften wird nach Caplan (1964) zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Primärprävention umfasst all jene Maßnahmen, die unspezifisch bei gesunden Menschen angeboten werden, um den Eintritt einer Erkrankung zu verhindern bzw. zu verzögern. Hatte der Gesetzestext des §°20 seit 2000 die Primärprävention normiert als Verbesserung des „allgemeinen Gesundheitszustands" mit der besonderen Aufgabe, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern, wird diese nun mit einer Legaldefinition etwas verändert dahingehend, dass sie nunmehr als „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken" umrissen ist und Gesundheitsförderung als eigenständiger zusätzlicher Begriff definiert wird.

Dies deckt sich mit der Definition von Rolf Rosenbrock (2004: 29), der Primärprävention als „Risikosenkung" definiert, die sich wiederum aus Belastungssenkung und Ressourcenstärkung zusammensetze. Besonderen Handlungsbedarf sieht er in der nichtmedizinischen primären Prävention, weil diesem Bereich 60-90°% der erreichbaren Gesundheitsgewinne zuzuordnen sind (ebd.: 31ff.). Beispiele nichtmedizinischer Primärprävention sind insbesondere Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz, in dem Lebenswelten gesundheitsförderlich gestaltet werden (s.°u.); als besonderes Erfolgsmodell gelten die Mehr-Ebenen-Kampagnen der AIDS-Prävention (Lehmann, 2015).

Auch diesen Gedanken greift das Präventionsgesetz auf, in dem in §°20 Absatz 4 in drei Ebenen der primären Prävention und Gesundheitsförderung differenziert wird:

„Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,

2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach §°20a und

3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach §°20b."

Als Beispiele aus der medizinischen primären Prävention gelten Schutzimpfungen (Klemperer, 2010: 182f.), Vitamin D- und Fluoridprophylaxe (Schlack et al., 2007: 92f.); sie werden häufig auch mit dem Begriff der „Präventivmedizin" bezeichnet (Schipperges, 1997). Diese Maßnahmen sind aber nicht im §°20, sondern in den §§°21, 25f. des SGB V geregelt. Insgesamt gelten sie als „im Großen und Ganzen geregelt und verlässlich finanziert" (Pospiech et al., 2015: 108). Im Rahmen des Präventionsgesetzes wurde auch die medizinische Primärprävention mittels verbindlicher Impfberatungen, ärztlicher Präventionsempfehlungen und primärpräventiver Beratung, u.°a. im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen nach §°26, gestärkt und neu ausgerichtet (s.°u.).

Sekundäre Prävention

Die Sekundärprävention bezeichnet die Früherkennung oder Vorsorge von Krankheiten mit dem Ziel, mittels früher Therapie oder Frührehabilitation eines noch symptomlosen Vorstadiums den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern oder zu verzögern. Typische Beispiele dafür sind die Früherkennungsuntersuchungen („Check-ups") auf definierte Erkrankungen wie Mammakarzinom. Da sich Check-ups als Reihenuntersuchungen („Screenings") an Menschen richten, die von ihrer (möglichen zukünftigen) Krankheit nichts wissen, sind hier besondere Anforderungen gestellt, die den möglichen Schaden, insbesondere durch ein falsch-positives Ergebnis oder die Vorankündigung einer nicht zu beeinflussenden Erkrankung, minimieren sollen. Ein solches Screening ist epidemiologisch nur sinnvoll (Holland & Stewart, 1990), wenn

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Früherkennung kann also sinnvoll sein, wenn neben geeigneten Hilfen auch angemessene Instrumente vorhanden sind, die Störungen zuverlässig erfassen. Screening-Tests haben methodische Probleme, weil sie sowohl falsch-positive als auch falsch-negative Befunde liefern können, was entweder überflüssige (möglicherweise schädliche) oder zu wenig Therapie oder auch Screening-Verluste ("lost to follow-up") nach sich ziehen kann (Klemperer, 2010: 185ff.).

Diese Anforderungen grenzen das Feld der sekundären Prävention eindeutig von gegenüber der Primärprävention ab, die durch ihre unspezifische Ausrichtung weder diagnostische Befunderhebung noch therapeutische Konsequenzen erfordert. Der Abgrenzung kommt im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes aktuell große Bedeutung zu, weil die sekundärpräventiven Früh-

erkennungsuntersuchungen bei Kindern (SGB V, §°26) nun um primärpräventive Aspekte erweitert sind (s.°u.).

Im Rahmen eines NZFH-geförderten Modellprojekts des Kinderhilfezentrums München und der Uni Freiburg (Martens-Le Bouar et al., 2013) wurde inzwischen ein sog. Anhaltsbogen entwickelt, der Kinderärztinnen und Kinderärzten helfen soll, psychosoziale Belastungen in der Familie sowie Entwicklungsbeeinträchtigungen standardisiert zu erkennen und zu dokumentieren, um diese gegebenenfalls auf Unterstützungsangebote aufmerksam machen bzw. an diese weiterleiten zu können. Im Rahmen von Selektivverträgen einzelner Krankenkassen werden ähnliche Fragebögen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) bereits seit 2013 in Anwendung gebracht.

Neben der Kritik mangelnder Standardisierung, die als geringer prädiktiver Wert eingestuft wird (Jenni & Weber, 2012), werden hier weiterhin Stigmatisierungsgefahr, mangelnde ärztliche Qualifikation sowie fehlende Vernetzung mit Kinder- und Jugendhilfe und Frühen Hilfen problematisiert (im Überblick: Geene, Höppner & Luber, 2013).

Die Kritik an der fehlenden Verknüpfung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen mit den Frühen Hilfen, die auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Präventionsgesetz (2015) formuliert hat, war Ausgangspunkt von zwei Neuregelungen, die ergänzend in Kapitel 2.8.4. dargestellt werden.

Tertiäre Prävention

Der Begriff „Tertiärprävention" bezieht sich auf „Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem einschneidenden Krankheitsereignis" und wird synonym mit dem Begriff „Rehabilitation" verwendet (Hurrelmann et al., 2012b: 666). Rehabilitation besteht in Deutschland als eigenständiges Handlungsfeld (Korsukewitz, 2004). Tertiäre Prävention bezeichnet die Verhütung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen oder einer Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung. In Deutschland hat weniger die Gesetzliche Krankenversicherung (Ausnahme: medizinische Rehabilitation nach §°40 SGB V) als vielmehr die Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) den Gestaltungsauftrag für die Rehabilitation; aber auch Kostenträger nach den SGBs II und III (Arbeitsagentur), VII (Unfallkassen), VIII, IX und XII haben Zuständigkeiten (Koch & Bengel, 2000). Diese insgesamt sieben Systeme der Kostenträger sollen an dieser Stelle nicht genauer beschrieben werden, weil die Schnittstellenbereiche mit Frühen Hilfen mit Ausnahme des Bereichs der Kinder- und Jugendrehabilitation (Wolf-Kühn & Eden, 2013) gering sind. Die Querschnittanforderungen der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta beziehen sich jedoch gleichermaßen auf alle Systeme der tertiären Prävention, wobei mit Walter & Schwartz (2003) konstatiert werden muss, dass dieser Bereich noch stark unterentwickelt ist.

Weitere Präventionsstufungen

Ergänzend zu diesen drei zentralen Begrifflichkeiten der Prävention wurden in verschiedenen wissenschaftlichen und fachlichen Modellen weitere Präventionsbegrifflichkeiten entwickelt.

So sprechen Hurrelmann et al. (2012b: 666) von „primordialer Prävention" als einem der Primärprävention vorgelagerten Bereich, mit dem sie den Begriff der Gesundheitsförderung in die Präventionsstufung einbezogen sehen. Primärprävention in ihrem Verständnis umfasst eher den Bereich der Präventivmedizin, hier insbesondere ausgerichtet auf Risiken, die in speziellen Populationen manifest seien.

Aus der AIDS-Prävention entstammt der Begriff der „strukturellen Prävention" (Drewes & Sweers, 2010), der auf die Notwendigkeit des abgestimmten Vorgehens der unterschiedlichen Präventionsebenen abzielt.

Mitunter wird in den Gesundheitswissenschaften auch mit den in der Sozialen Arbeit stärker verbreiteten Begrifflichkeiten der universellen, selektiven und indizierten Prävention (Kindler & Sann, 2010) gearbeitet, die im Wesentlichen der Kinder- und Jugendhilfe entlehnt sind. Diese Begriffsunterscheidungen decken sich weitgehend mit der Dreistufigkeit von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention; sie haben jedoch den Vorteil, bereits im Begriff erklärend zu sein. Zum Teil werden die Begriffe auch gedoppelt: So wird in der Kinder- und Jugendhilfe mitunter von selektiver oder indizierter primärer Prävention gesprochen, wenn unspezifische Präventionsmaßnahmen sich an spezifische Risikogruppen richten, wie beispielsweise Suchtabhängige oder Wohnungslose. Dies wird in den Gesundheitswissenschaften eher als „zielgruppenspezifische primäre Prävention" bezeichnet (Bauer, 2005).

Die Vielfalt der Begrifflichkeiten zu Prävention entspringt den unterschiedlichen Perspektiven, die sich je nach Erkenntnisinteresse ergeben können. Sie ist jedoch auch Ausdruck eines bislang wenig verdichteten Wissenschafts- und Handlungsfeldes. Es ist zu erwarten, dass im Zuge der Umsetzung des Präventionsgesetzes in den nächsten Jahren entsprechende Klärungsprozesse auf fachlicher und normativer Ebene herbeigeführt werden.

Handlungsfeld Lebenswelten – Der Setting-Ansatz

Als zentrales Handlungsfeld der Praxis der Gesundheitsförderung – speziell im Bereich der nichtmedizinischen Primärprävention – hat sich der Setting-Ansatz herausgebildet. Diesen hatte die WHO bereits parallel zur Ottawa-Charta mit dem Modell „Healthy City" und dem dazu gegründeten weltweiten Netzwerk von Modellstädten angeschoben. In (West-)Deutschland wurde 1989 ein entsprechendes „Gesunde-Städte-Netzwerk" gegründet, das bis heute eine tragende Rolle in der kommunalen Gesundheitsförderung spielt (s.°u.).

Im Rahmen des Präventionsgesetzes ist nun der Setting-Ansatz in deutscher Übersetzung als „Gesundheitsförderung in Lebenswelten" erstmals umfassend geregelt und per Legaldefinition umrissen. Die gesamte Regelung lautet wie folgt:

SGB V, §°20a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) 1 Lebenswelten im Sinne des §°20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame,

abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. 2 Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach §°20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. 3 Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. 4 Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen.
(…)

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach §°20f beitragen.

(3) 1 Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung

und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. 2 Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach §°20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach §°20f jeweils getroffenen Festlegungen

zugrunde. 3 Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. (…)

Ergänzende Erläuterungen finden sich in der Gesetzesbegründung, die wie folgt lautet:

„Die Vorschrift enthält in Satz 1 eine Legaldefinition13 der nichtbetrieblichen Lebenswelten. Leistungen nach dem lebensweltbezogenen Ansatz sind besonders geeignet, das nach §°20 Absatz 1 Satz 1 zu verfolgende Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erreichen. Die Leistungen richten sich statt auf Individuen auf die Lebensräume der Menschen, in denen insbesondere Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen werden kann. Die Vorschrift hebt in einer nicht abschließenden Aufzählung einzelne Lebenswelten hervor. Eine besondere Bedeutung kommt Kindertagesstätten zu, da hier Kinder im Alter vom ersten Lebensjahr bis zum Schulalter erreicht werden können und gerade in dieser Lebensphase gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhaltensweisen geprägt werden können. Über die Lebenswelt Kita dürften zudem nicht nur die Kinder selbst, sondern auch deren Familien und auch Alleinerziehende erreicht werden. Die Gesundheitsförderung in der Familie wird auch durch Präventionsmaßnahmen in der Schule und insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren wie etwa der Familienbildung in der Lebenswelt „Kommune/Stadtteil" unterstützt. (…)

Satz 2 und Absatz 2 stellen klar, dass die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein können, wenn sich die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortung tragenden Akteure, wie Länder oder Kommunen, an den Aktivitäten angemessen beteiligen. Darüber hinaus muss zur Sicherstellung der Wirksamkeit der Maßnahmen auch die Einbeziehung der Versicherten in die Planung und Entwicklung der Aktivitäten („unter Beteiligung der Versicherten") gewährleistet sein. Die Regelungen berücksichtigen die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach erhobene Mittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden dürfen, und tragen dem Umstand Rechnung, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der GKV sind" (KKF 2015: 43ff.).

Eine ergänzende Gesetzesbegründung erfolgte durch den 14. Ausschuss am 18.6.2015 wie folgt:

Zu Absatz 1 Satz 4

Die Ergänzung normiert die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen in nicht-betrieblichen Lebenswelten. Vor dem Hintergrund, dass die sich in

den Lebenswelten aufhaltenden Menschen in der Regel bei verschiedenen Krankenkassen versichert sind, sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten, um durch eine Bündelung der von den Krankenkassen nach §°20 Absatz 6 zu verausgabenden Mittel die Effizienz und die Effektivität der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten zu steigern. Zu diesen Lebenswelten zählen auch Kommunen, insbesondere durch soziale Missstän-de

benachteiligte Ortsteile im Sinne des §°171e Absatz 2 Satz 1 und 2 Baugesetzbuch, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Werkstätten für behinderte Menschen.

Zu Absatz 3 Satz 1

Durch die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Entwicklung „der Art und der Qualität" krankenkassenübergreifender Leistungen soll dazu beigetragen werden, dass die von den Krankenkassen erbrachten Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten auch Wirkung entfalten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung und verfügt über eine besondere Expertise im Bereich Qualitätsentwicklung und -sicherung" (KKF 2015: 45).

Mit diesen Regelungen sind zentrale Anforderungen an Inhalt und Struktur zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz festgeschrieben. Umsetzungsmöglichkeiten werden nachfolgend vor dem Hintergrund der entsprechenden konzeptionellen und praktischen Erfahrungen und Entwicklungen beschrieben.

Leitprinzipien Lebenswelt- und Soziallagenorientierung

Mit dem Setting-Ansatz wird – quasi modellhaft für die Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta – der Schwerpunkt auf die Ebene des Alltags und der lebensweltlichen Einbindung gelegt. Dazu schreibt Altgeld (2004: 5), dem Ansatz liege „die Idee zu Grunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Gesundheitsförderung muss in diesem Lebensalltag ansetzen."

Neben diesem Lebensweltbezug ist die Soziallagenorientierung zentral, also der Anspruch, der in der Gesetzesregelung des §°20 SGB V mit dem Kriterium der Verminderung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen formuliert ist und sich auch ausführlich in der Ottawa-Charta findet. Dies trägt der wichtigen – und auch empirisch gestützten (im Überblick: Meurer & Siegrist, 2005) – Erkenntnis Rechnung, dass benachteiligte Menschen durch individuelle Gesundheitsbotschaften nicht nur nicht „erreicht", sondern z. T. noch weiter belastet werden: Wenn sie Botschaften und gesundheitliche Normen nicht umsetzen können, fühlen sie sich mitunter noch stärker als „Versager". Allein schon durch die Ansprache als „sozial Benachteiligte", „Bildungsferne" oder gar „sozial Schwache" können sie sich diskriminiert fühlen – was mitunter tatsächlich die Folge ist (Geene & Rosenbrock, 2012).

Bei der Auswahl der Lebenswelten, in denen Gesundheit gefördert werden soll, können solche einbezogen werden, die besonders belastet sind, wie z.°B. Kitas und Schulen in sozial benachteiligten Stadtteilen. Die ergänzenden Gesetzesbegründungen des 14. Ausschusses (s.°o.) stellen daher auch benachteiligte Ortsteile besonders heraus. So können Benachteiligte erreicht werden, ohne sie als solche zu stigmatisieren. Daher gilt Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz als vergleichsweise diskriminierungsarm (Geene & Rosenbrock, 2012).

Priorität für Kontextbeeinflussung

Denn es sind eben diese Gruppen, die den höchsten Präventionsbedarf haben. Ullrich Bauer (2005) hat dies als „Präventionsdilemma" bezeichnet und deutlich gemacht, dass Gesundheitsförderung, die der Unterstützung benachteiligter Bevölkerungsgruppen verpflichtet ist, weniger (bzw. nur indirekt) auf individuelles Verhalten als vielmehr auf die sozialen Verhältnisse abzielen muss („Priorität auf Kontextbeeinflussung", Rosenbrock & Gerlinger, 2014: 88). Gesundheitsförderung versucht nicht primär, Einstellungen und Handlungsmuster Einzelner zu beeinflussen, sondern die Lebenswelt so zu gestalten, dass die von ihr ausgehenden Belastungen möglichst gering gehalten und zugleich unterstützende Strukturen entwickelt und gestärkt werden. Der drohende und von den Menschen abgewehrte Umkehrschluss, sie selbst trügen Schuld an ihrem Förderungsbedarf, wird so vermieden.

Beim Setting-Ansatz wird das Verhalten von Individuen also vor dem Hintergrund der Einflüsse der sozialen und physischen Umwelt (Verhältnisse) betrachtet. Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass auch vermeintlich ungesunde Lebensstile eine habituelle, sozial integrierende Funktion haben können. Hier ist ein Individuum weitgehend machtlos und unfähig zu Veränderungen – diese können nur insoweit erfolgen, als sie von den Rahmenbedingungen ermöglicht und als gemeinsam sinnstiftend erlebt werden.

Setting-Ansatz als Organisationsentwicklung

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz versteht sich als Organisationsentwicklung des Lebensalltags im Sinne einer ressourcenstärkenden, möglichst selbstbestimmten Identifikation und gemeinsamen Bearbeitung von Problemen im Setting. Ziel ist erlebte Selbstwirksamkeit und eine (stärker) gesundheitsförderliche Lebenswelt. Damit enthält der Setting-Ansatz die beiden Grundkomponenten der Ottawa-Charta: das Politische und die Prozessbetonung.

Beim Setting-Ansatz wird ein gemeinsamer Plan mit allen Beteiligten (ein sog. „integriertes Handlungskonzept") entwickelt. Dabei sollen die Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten selbstständig ihren Themen und Bedürfnissen nachgehen. Gesundheit bietet sich hier als gemeinsames Ziel an, das soziale Gruppen und Zusammenhänge verbinden kann (Baric & Conrad, 1999). Rosenbrock (2004: 73) bringt es wie folgt auf den Begriff: „Jedes Projekt der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist gewissermaßen eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting".

Für solchermaßen angestoßene Reformprozesse braucht es Raum zur Selbstverwirklichung, damit die Beteiligten die Veränderungen nicht als Pflicht, sondern als positive gemeinsame Gestaltungsaufgabe begreifen können. Daher sollte es auch keine Verengung auf spezielle gesundheitliche Ziele (wie „gesunde Ernährung") geben; vielmehr können gerade unspezifische Zielsetzungen („Verbesserung des Zusammenlebens") oder solche ohne direkten Bezug zu Gesundheit („Nutzerorientierte Gestaltung öffentlicher Räume") geeignete Ansatzpunkte guter Setting-Interventionen sein.

In der Praxis erfolgt der Einstieg in die Setting-Arbeit allerdings häufig über punktuelle Ziele wie Bewegungsförderung, Ernährung o.°ä. Oft wird auch mit Irritationen als Methode gearbeitet. So kann die Thematisierung von Konflikten innerhalb oder im Umfeld eines Settings (z.°B. Mobbing, ungünstige Gesundheitsdaten, soziale Problemlagen) oder auch Zugangsprobleme (z.°B. fehlende Neuanmeldungen in Kitas oder Schulen) Ausgangspunkt sein. Wichtig ist dabei vor allem, dass die Phase der Problemorientierung im Projektverlauf überwunden wird, um die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserfahrungen und gemeinsamer Förderung von Wohlbefinden nicht zu blockieren (Geene & Rosenbrock, 2012).

Praxisfelder des Setting-Ansatzes

Der Setting-Ansatz ist umso besser umsetzbar, je konkreter die Beziehungen innerhalb einer Lebenswelt sind. Dies ist deutlich in Unternehmen und Betrieben der Fall, in denen Verhältnisse durch gemeinsame gesundheitsförderliche Verabredungen der Beteiligten untereinander, flankiert durch entsprechende Entscheidungen auf jeweiliger Leitungsebene, gesundheitsförderlich gestaltet werden können, wobei auch gesundes Verhalten angeregt und positiv verstärkt werden kann. Die Betriebliche Gesundheitsförderung gilt als besonderes Erfolgsmodell, auch weil ihre Wirkungen sich in eindeutig messbaren Werten wie Arbeitsfehlzeiten ausdrücken und sie daher als (vermeintlich) evident wirksam dargestellt werden kann (Faller, 2010).

Neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung definieren die Gesetzlichen Krankenkassen in ihrem Leitfaden zur Umsetzung der Primärprävention die Settings Kita, Schule und seit 2010 auch Stadtteil als prioritäre Handlungsorte (MDS & GKV, 2014). Unter den gemäß Präventionsbericht 2013 von der GKV erreichten 29.000 nicht-betrieblichen Settings dominieren mit 57°% die Kindertagesstätten (=16.557 Kitas, MDS & GKV, 2014: 54f.); weitere knapp 35°% umfassen verschiedene Schultypen. Ergänzend werden Stadtteile, Altenheime sowie „Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen" und „andere Settings" genannt. Familien werden jedoch – in Übereinstimmung mit dem Setting-Approach der WHO (2015) – nicht als Setting definiert und einbezogen (s.°u.).

Die starke Ausrichtung der Primärprävention auf Kindertageseinrichtungen trägt zunächst der Erkenntnis Rechnung, dass sich im frühen Kindesalter gesundheitlich bedeutsame Verhaltensweisen und Lebensstile entwickeln und stabilisieren, die sich in höheren Altersgruppen zu konkreten Gesundheitsressourcen, aber auch -gefahren entwickeln können (Lohaus et al., 2006). Insbesondere in Familien mit großen sozialen Belastungen fehlen häufig die notwendigen Ressourcen, um den Kindern einen gesunden Lebensstil zu vermitteln, was diese Familien zu besonderen Adressaten für gesundheitsförderliche Unterstützungsangebote macht. Hier bieten Kindertagesstätten den ersten Ort der „Außenwelt" („sekundäre Sozialisationsinstanz", Hurrelmann, 2006) und sind daher als Settings für einen frühen Zugang prädestiniert.

Gesundheitsförderung mit Familien, in Kitas und Stadtteilen haben für die Betrachtung der Frühen Hilfen besondere Bedeutung und sollen daher nachfolgend dargestellt und diskutiert werden.

Setting Kita

In den „Leitbegriffen der Gesundheitsförderung" der BZgA definiert Antje Richter-Kornweitz (2011: 246) Gesundheitsförderung in Kitas wie folgt:

„Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten setzt im Alltag an. Sie soll Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Einrichtung berücksichtigen und ein positives Konzept von Gesundheit vermitteln. Dazu gehören Angebote und Aktivitäten für alle, die sich dort regelmäßig aufhalten, sowie die Zusammenarbeit mit relevanten Institutionen und Einzelpersonen im sozialen Umfeld der Einrichtung. Es geht dabei sowohl um die Entwicklung von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen wie auch um die dazu erforderlichen Rahmenbedingungen. Das Ziel ist, die gesamte Kindertagesstätte zu einer gesunden Lebenswelt zu machen."

Die hier skizzierte Gesundheitsförderung ist zunächst breit angelegt, d.°h. sie öffnet sich einer Vielzahl möglicher Aktivitäten, die sich dem Ziel der Kita als gesunder Lebenswelt zuordnen lassen. Ein wichtiger Ausgangspunkt ist hier, dass sich der Besuch einer Kindertagesstätte – im Vergleich zu Kindern ohne Kita-Besuch – grundsätzlich positiv auswirkt – sowohl hinsichtlich Gesundheitseffekten (Butler & Nguyen, 2013) als auch künftigen Bildungsgewinnen (Hillmert, 2014), wobei auch Ansätze zur Verminderung sozialer Ungleichheit nachgewiesen werden konnten (im Überblick: Geene et al., 2015: 25ff.).

Zur Sicherung und Verstärkung solcher positiven Effekte kann Gesundheitsförderung mit dem Setting-Ansatz systematisiert werden. Adressatinnen und Adressaten sind dann nicht mehr nur die Kinder, sondern auch Erzieherinnen und Erzieher, Eltern und weitere Beteiligte im Umfeld wie Kita-Träger und Stadtteil. Ein wichtiger Aspekt ist hier die gute Erreichbarkeit von Eltern, die speziell in den ersten Kita-Jahren aufgeschlossen und engagiert in Fragen der Kindergesundheit reagieren. Es bedarf besonderer Aufmerksamkeit und spezieller Konzepte, um sozial benachteiligte Familien bzw. Eltern einzubeziehen. Diese nutzen Kitas inzwischen zunehmend, insbesondere dort, wo ihre Nutzung kostenfrei ist (Olk, 2013). Es bleiben jedoch mitunter Distanz und Zurückhaltung benachteiligter Eltern, sei es aus der Sorge vor Diskriminierung (Vermeidungsstrategie), aus dem Gefühl der Fremdheit (Schwellenängste) oder weil sie sich nicht angesprochen fühlen (Geene & Rosenbrock, 2012: 57).

Es bedarf hier eines integrierten Arbeitsansatzes der Erzieherinnen und Erzieher zur systemischen Förderung der primären Sozialisationsinstanz Familie und zur Stärkung von Elternkompetenz. Eltern können im Sinne einer Erziehungspartnerschaft aktivierend einbezogen werden; ihnen soll geholfen werden, ihre impliziten Erziehungskonzepte zu explizieren und entsprechend positiv erleben zu können. Modell solcher kindheits- und familienpädagogischen Konzepte ist das britische „Sure-Start"-Programm mit dem – in Deutschland inzwischen breit adaptierten Ansatz – der Weiterentwicklung von Kitas zu Familienzentren (Borkowski & Schmitt, 2013).

Gesundheitsförderung zur Unterstützung des Bildungsauftrags

Dabei wird deutlich, dass Gesundheitsförderung auch hier ein eher indirektes Ziel ist.

Im Vordergrund steht die Umsetzung des pädagogischen Auftrags der Kindertagesstätten (Nagel-Prinz & Paulus 2009, 2012). Hierzu sind in allen Bundesländern sog. „Bildungspläne" entwickelt worden, die pädagogische Ziele für den Kita-Bereich festlegen (DIPF, 2015). Die Anforderungen an die Erzieherinnen und Erzieher bestehen neben spezifisch definierten Kompetenzbereichen übergeordnet in Fragen der Gestaltung von Erziehungspartnerschaft und ko-konstruktiven Bildungsprozessen, Begleitung von kindlicher Entwicklung und Lernkompetenz als „Weltaneignung" (das Kind als kleiner Forscher), Förderung von Transitionskompetenzen, Selbstwirksamkeit, Partizipation und umfassend wertschätzender Haltung mit und gegenüber Kind und Eltern (Borkowski & Schmitt, 2013).

Bei genauer Betrachtung der hier vorliegenden fachlichen Standards fällt auf, wie sehr sich die Konzepte der Gesundheitsförderung und die pädagogischen Konzepte der Bildungspläne für den Kita-Bereich ähneln. Basis der Bildungspläne sowie der Ausbildungscurricula ist der in den 1970er-Jahren in der Sozialpädagogik entwickelte sog. „Situationsansatz". Er versteht sich als ganzheitliches Konzept, um die Lebensbedingungen und „Lebensgeschichten der Kinder" (Krenz, 1991: 17) zu verstehen und pädagogische Angebote darauf anzupassen. Kinder sollen Schlüsselkompetenzen wie personale (bei Kindern sog. „Ich-Kompetenzen"), soziale, fachliche bzw. lernmethodische sowie Sachkompetenzen erwerben. Um Lernorte und die soziale Umwelt zu entdecken, soll das soziale Leben in die Kita hinein geholt bzw. sollen die Kinder durch aktive Mitwirkung in der Nachbarschaft mit dieser konfrontiert werden (Büttner & Dittmann, 1999: 51). Gemeinwesenorientierung und Kontakte zu Menschen außerhalb des Kindergartens gewinnen so für die elementarpädagogische Praxis an Bedeutung, wie Becker-Textor (1994: 85) schon frühzeitig erkannte. Der Situationsansatz soll Kinder befähigen, Situationen zu bewältigen und damit für die Zukunft zu lernen (ebd.).

Die Schnittmenge dieser Konzepte und der Gesundheitsförderung ist offensichtlich groß; umso bedauerlicher ist es, dass Gesundheit im Kita-Bereich weiterhin vielfach als Gesundheits-, Ernährungs- oder Bewegungserziehung verkürzt wird. So kommt es auch oft dazu, dass Erzieherinnen und Erzieher Gesundheitsförderung nicht als Unterstützung und Entlastung, sondern als zusätzliche Aufgabe missverstehen (Kliche, 2011).

Dabei hieß es schon im Jahre 2000 in der Zusammenfassung einer entsprechenden Expertenkonferenz der BZgA (2002: 30) zum Situationsansatz in Kitas:

„Der Erziehungsgedanke muss zurückgestellt werden, denn Gesundheit als Wohlbefinden und Lebenskompetenz ist nicht etwas, zu dem man erziehen kann."

Dieses Dilemma macht deutlich, dass keineswegs jede Gesundheitsaktivität im Setting Kita eine sinnvolle Maßnahme im Sinne des Setting-Ansatzes ist. Rosenbrock (2004: 72) kritisiert hier die

häufige „Benutzung eines Settings als Ablageplatz für Informationen" statt im Sinne partizipativ gestalteter Programme, die an den Interessen der Beteiligten anknüpfen.

Gesundheitsförderung als Fortbildungsangebot

Zur Umsetzung einer integrierten Gesundheitsförderung im Sinne des Setting-Ansatzes sind Fortbildungen und andere Qualifizierungen notwendig, idealerweise auch Akademisierungsprozesse sowie insgesamt bessere Arbeitsbedingungen und motivationsfördernde und leistungsgerechte Bezahlungen der Fachkräfte. Eine solche, parteilich-empathische Haltung gegenüber dem Arbeitsfeld Kita ist Grundvoraussetzung, auf deren Basis die oft hoch motivierten Erzieherinnen und Erzieher inkl. der Leitungsebene an gesundheitsförderliche Methoden und Maßnahmen herangeführt werden, sofern zeitliche und räumliche Ressourcen überhaupt vorhanden sind .

Fortbildungskonzepte aus dem Bereich der Gesundheitsförderung wie das Berliner Weiterbildungskonzept für eine gute Praxis der Gesundheitsförderung in Kitas (Nickel & Kilian, 2011), das in Magdeburg entwickelte „Audit Gesunde KiTa" (LVG 2013), das Hamburger Programm „Schatzsuche" (HAG, 2015) oder der Niedersächsische Leitfaden „Gesunde Kita für alle" (Richter-Kornweitz & Altgeld, 2010) setzen in diesem Sinne bei Erzieherinnen und Erziehern und weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kita-Träger an, um entsprechende Selbstlernprozesse im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in der Kita anzustoßen. Ausgangspunkt sind aber jeweils die eigenen institutionellen und Bildungsziele, insbesondere soweit diese bereits Teilziele der Partizipation und der institutionellen Öffnung im sozialen und regionalen Umfeld beinhalten. Dabei trägt die Partizipationsförderung auch dem Umstand Rechnung, dass Partizipation (den Kindern gegenüber) nur vermitteln kann, wer seinerseits Einfluss hat auf die Gestaltung seiner eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen (Borkowski & Schmitt, 2013).

Gesundheitsförderung als Vernetzungsaufgabe

Die Entwicklungsaufgabe der Gesundheitsförderung besteht nun darin, Gesundheit zu einem der Leitbilder der Neuausrichtung der Kitas zu profilieren und dies für die Akteurinnen und Akteure – Erzieherinnen, Erzieher und Kita-Träger, aber auch Eltern und Kinder – konkret und positiv erlebbar zu machen (Geene & Rosenbrock, 2012: 59f.). Bislang ist dies trotz der Fülle der GKV-Aktivitäten in Kitas noch wenig verbreitet (Altgeld, 2012).

Anstrebenswert ist dabei, dass Kindertageseinrichtungen ihre Maßnahmen auch lokal vernetzen, sodass Betreuungsbereiche mit den Bildungs- und Jugendhilfeeinrichtungen zusammenarbeiten, wie dies im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009) skizziert ist und im Rahmen der kommunalen integrierten Strategien (Präventionsketten) angestrebt wird (Kilian & Lehmann, 2014). Die Vernetzungsaufgabe verweist insbesondere auf das Setting Kommune (GKV, 2014): Verknüpfung von Kitas mit Jugendhilfe, Schulen und anderen Akteurinnen und Akteuren im Stadtteil ist dabei eine Aufgabe für kommunale Gesundheitsförderung als „Dach-Setting" (Geene et al., 2013a: 61).

„Dach-Setting" Kommune

Im Präventionsgesetz sind im neu ins SGB V eingefügten §°20a Lebenswelten definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme", wobei „Wohnen" hier als erstes von fünf Handlungsfeldern aufgelistet wird. In der Gesetzesbegründung werden „Kommunen, insbesondere durch soziale Missstände benachteiligte Ortsteile" (KKF, 2015: 45) erläuternd ausgewiesen (s.°o.). Schon zuvor war kommunale Gesundheitsförderung im Leitfaden der GKV (2010: 32) als neues Setting für kassenfinanzierte Primärprävention aufgenommen worden.

Dadurch besteht die Herausforderung, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting" auf kommunale Strukturen und insbesondere auf soziale Brennpunkte zu übertragen (Bär et al., 2009). Anders als Institutionen wie Betriebe, Kitas oder Schulen fehlt Kommunen eine festgefügte Organisationsstruktur. Allerdings werden speziell in sozialen Brennpunkten gute Erfahrungen mit partizipativem Quartiersmanagement gemacht, durch das Bewohnerinnen und Bewohner überhaupt erst als Akteurinnen und Akteure qualifiziert werden (Löhr, 2002). Auch analoge Strategien beispielsweise der Kinder- und Familienfreundlichkeit kommunaler Politiken (Dienel, 2002; 2005), der „Bündnisse für Familien" (BMFSFJ, 2011) oder des Gesunde-Städte-Netzwerks (Stender, 2006) zeigen die hohe gesundheitsförderliche Bedeutung von Netzwerkstrategien (Trojan & Süß, 2010: 337ff.).

Quartiersmanagement

Das Quartiers- oder auch Stadtteilmanagement zielt darauf ab, die für die Stadtentwicklung relevanten Politikfelder im Rahmen eines integrierten Handlungskonzeptes durch Projekte und Maßnahmen zusammenzuführen. Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der ortsansässigen Akteurinnen und Akteure gilt als Schlüssel eines Quartiersentwicklungsprozesses, der den sozialen Problemgebieten zu selbstständig lebensfähigen Stadtteilen mit positiver Zukunftsperspektive verhelfen kann (Löhr, 2002).

Angeregt durch den Gedanken der sozialen Nachhaltigkeit aus der Rio-Deklaration (Programm Agenda 21) gewann die Sozialraumorientierung in der Stadtentwicklung in den 1990er-Jahren zunehmend an Gewicht. Pate stand dabei – wie so oft in den sozialen Entwicklungsprozessen der 80er- und 90er-Jahre in Deutschland – das holländische Polder-Modell, mit dem Strategien der sozialräumlichen Integration erprobt wurden. Eine der erfolgreichen Maßnahmen war die Einrichtung von Quartiersfonds ab 1985. Auch die britische Regierung entwickelte ab 1997 Konzepte der integrierten Stadtteilentwicklung im Rahmen ihres sog. „New Deals" (Schnur, 2003).

In Deutschland wurde 1996 erstmals ein Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf" von der nordrhein-westfälischen Landesregierung mit dem Instrument des Quartiersmanagements aufgelegt. Vergleichbare Projekte entstanden in Hamburg mit dem „Armutsbekämpfungsprogramm" und in Berlin mit den Planungszellen in einzelnen Quartieren. Auf der jährlichen Konferenz der Landesministerien wurde 1996 die bundesweite Initiative „Soziale Stadt" ins Leben gerufen. 1998 wurde dies auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung fixiert, um so ab 1999 als Bund-Länder-Programm unter dem Titel „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt" (kurz: „Soziale Stadt") etabliert zu werden (Häußermann, 2000; DIfU, 2003).

Eckpunkte des Quartiersmanagements

Um der integrativen Zielsetzung und dem Wandel von der Betreuung zur Befähigung gerecht zu werden, sind unterschiedliche Methoden und Instrumente Bestandteil des Quartiersmanagement-Konzeptes (Alisch, 1998).

Die zentrale Steuerung erfolgt durch einen/eine von der öffentlichen Hand eingesetzten Quartiersmanager oder Quartiersmanagerin. Er oder sie steuert die Einsetzung der Fördermittel, hat aber auch die Aufgabe, weitere Fördermöglichkeiten vor Ort zu eröffnen.

- Meist gibt es ein Quartiersbüro, das zum einen die administrative Infrastruktur für das Quartiersmanagement bereitstellt, zum anderen aber auch Anlauf- und Versammlungspunkt für Bürgerorganisationen sein kann.

- Ein wichtiger Bestandteil ist ein sog. Quartiersfonds, ein Fördertopf, aus dem kurzfristige und kleinteilige Maßnahmen im Stadtviertel finanziert werden können (Verschönerungsaktionen, Hoffeste, Spielplatzbau).

- Über die Verteilung dieser Gelder entscheidet meist eine Bürgerjury, zusammengesetzt aus Anwohnerinnen und Anwohnern unter Leitung des beauftragten Quartiersmanagements.

Im Rahmen des Programms wurden bis Ende 2013 617 Gesamtmaßnahmen in 378 Kommunen durchgeführt. Nach einer zwischenzeitlichen Kürzung der Bundesmittel auf nur noch 40 Mio. Euro in 2013, der zur kompletten Streichung der Bundesmittel für den hier relevanten Bereich der nicht-investiven Fördermittel führte und nur zu einem geringen Teil von den Ländern aufgefangen werden konnte, wurden die Bundesmittel für das Programm Soziale Stadt ab 2014 auf 150 Mio. Euro aufgestockt (BMUB, 2014).

Die Beispiele der Sozialen Stadt zeigen, dass koordinierte Bemühungen zur Bekämpfung sozialer Benachteiligungen notwendig und möglich sind. Ein interessanter Anknüpfungspunkt für die Gesundheitsförderung liegt in der großen Schnittmenge der Konzepte der Sozialen wie der Gesunden Stadt, die beide auf Chancenausgleich und lokale Identifikation durch Zufriedenheit bzw. „Wohlbefinden" setzen, wobei hier – ebenso wie beim Situationsansatz im Setting Kita – die hohe Übereinstimmung der Ottawa-Charta mit den in der sozialen Stadtentwicklung formulierten Leitbildern wie der Rio-Erklärung und mit der sog. „Lokalen Agenda" zu beobachten ist (Trojan & Legewie, 2001; Geene et al., 2002).

Es ist bei Umsetzung des neuen Gesetzesauftrages zu prüfen, ob auch die nicht primär auf Gesundheit zielenden Ansätze per se gesundheitsförderlich sein können und die Anforderungen des §°20a erfüllen, sodass entsprechend im Rahmen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten allgemein Wohnumfeldverbesserungen unterstützt, gestärkt und ausgeweitet werden sollten, und/oder ob es spezifische Angebote der Primärprävention und Gesundheitsförderung gibt, die in solche Projekte integriert und z.°B. in modularer Form angedockt werden können. In dieser Diskussion sollte die besondere Bündnisfähigkeit des Gesundheitsbegriffes genutzt werden: Gesundheit kann als Ausgangspunkt verschiedener Maßnahmen der verstärkten Selbstwirksamkeit ge-

nommen werden; zahlreiche Aktivitäten lassen sich unter der WHO-Definition von Gesundheit als umfassendes Wohlbefinden (Naidoo & Wills, 2010) subsumieren. Soziale Bewegungen nutzen Gesundheit in diesem Sinne regelmäßig als Ausgangsbasis (Hildebrandt, 1992; Herriger, 2006). Vor allem bietet die Gesundheitsförderung eine reichhaltige Palette konzeptioneller, methodischer und praktischer Ansätze im Sinne einer integrierten und nachhaltigen Entwicklung.

So vielversprechend der Setting-Ansatz für Kommunen bzw. Stadtteile auch ist, so sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, dass gerade die Breite und Unverbindlichkeit des kommunalen Settings dazu führen können, dass wichtige Bezugspunkte und Elemente unberücksichtigt bleiben. Dies verdeutlicht ein Blick auf die vielen unterschiedlichen, oft auch in ihren Stadtteilen marginalisierten Migrationsgruppen. Ihnen ist die Teilhabe schon aufgrund sprachlicher Barrieren stark erschwert und die seltenen Ansätze mehrsprachiger Stadtteilarbeit können in der Regel bestenfalls Englisch oder Türkisch einbeziehen. An dieser Stelle sei zunächst nur allgemein darauf verwiesen, dass sich hier eine besondere Aufgabe der Gemeinwesenarbeit bzw. des sog. „Community Organizings" stellt, die im Rahmen der Stadtteilarbeit integriert werden kann. Perspektivisch bedarf es jedoch des Aufbaus eines ergänzenden und eigenständig zu bearbeitenden Handlungsfeldes „Community-Ansätze" für eine Gesundheitsförderung im Rahmen sozialer Inklusionsaufgaben/Diversity Management mit Migranten, Migrantinnen und anderen benachteiligten Gruppen (Geene, 2012a).

Krankenkassen-Engagement im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung

Wie erwähnt, haben die Gesetzlichen Krankenkassen Kommunen als drittes außerbetriebliches Setting (nach Schule und Kita) in den Leitfaden zur Umsetzung der Primärprävention aufgenommen (GKV, 2010). Die einzelnen Krankenkassen waren auch schon vor Verabschiedung des Präventionsgesetzes im bisherigen SGB V, §°20 in ihrer Gestaltungsfähigkeit an den Leitfaden gebunden, d.°h. sie dürfen nur solche Maßnahmen initiieren und/oder finanzieren, die im Leitfaden optioniert sind. Insofern kam der Aufnahme eine hohe Bedeutung zu. Auch wenn sich dies zunächst nur in wenigen einzelnen Maßnahmen niedergeschlagen hat (MDS & GKV, 2014, s.°o.), kann es sich, sofern entsprechender Aufwuchs von Kooperationen durch das Präventionsgesetz erfolgt, zukünftig deutlich ändern.

2013 haben die Kommunalen Spitzenverbände und die Gesetzlichen Krankenkassen bereits gemeinsame Empfehlungen erarbeitet und veröffentlicht, die inzwischen auch über den – weiterhin noch aktuellen – Leitfaden seitens der Krankenkassen (GKV, 2014: 26ff.) konkretisiert wurden.

Dabei werden zunächst das Gesunde-Städte-Netzwerk und das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt" mit der Steuerung durch ein Quartiersmanagement und der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit" als „wesentliche Quellen für kommunal orientierte Primärprävention und Gesundheitsförderung" (ebd.: 27) herausgehoben. Bei Letzterem wird insbesondere Bezug genommen auf den seit 2011 initiierten kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!", der darauf abzielt, für jedes Kind optimale Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen (s.°u.). Hier wird vor allem die Entwicklung sog. „Präventionsketten" (Richter-Kornweitz & Utermark, 2013) herausgestellt, mittels derer die gesundheitsförderlichen Angebote an den

Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter koordiniert werden (GKV, 2014: 27f.). Für solche Maßnahmen, die stadtteilbezogene Bedarfsanalysen, Konzept-, Struktur- und partizipative Projektentwicklung umfassen können, werden Mittel der GKV in Aussicht gestellt, sofern sie mit weiteren Mitteln des Soziale-Stadt-Programms und von Stiftungen oder auch mit kommunalen Mitteln zusammengeführt werden können (ebd.: 30). Als besondere Zielgruppen werden dabei neben älteren und arbeitslosen Menschen „werdende, junge Familien und Alleinerziehende im Setting Kommune" herausgestellt. Dabei wird eine anteilige Finanzierung von niedrigschwelligen Angeboten für Familien in Aussicht gestellt, z.°B. über Multiplikatorenausbildung von Stadtteilmüttern und Gesundheitslotsen oder Partnerschaften mit freien Trägern. Ergänzend heißt es:

„Im Setting Kommune können sich Krankenkassen an evaluierten verhaltensorientierten Programmen, die nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkasse fallen, die aber gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen und entsprechende Effekte versprechen, ausschließlich an den gesundheitsförderlichen Inhalten beteiligen. Diese Programme müssen in eine Gesamtkonzeption eingebunden sein, um ggf. aus dem gemeinsamen Projektbudget anteilig finanziert werden zu können." (ebd.: 32)

Als Beispiele für die im Zitat genannten Programme werden in einer Fußnote „Angebote zur Stärkung von Elternkompetenz" genannt, ergänzt durch den nachfolgenden Ausschluss: „Nicht bezuschussungsfähig sind Angebote zur frühkindlichen Förderung" (ebd.). Allerdings werden neben dem Kommunalen Partnerprozess und „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie" auch die lokalen Bündnisse für Familien und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen als „Beispiele für Netzwerke oder Plattformen zur familienbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention" (ebd.) herausgestellt. Auch dürfte sich der Ausschluss der frühkindlichen Förderung durch das Präventionsgesetz möglicherweise überholt haben, weil diese nunmehr im Bereich der sog. „Präventionsempfehlungen für Verhaltensprävention" nach §°26 in der Gesetzeskommentierung vorgesehen ist (KKF, 2015: 70).

Aber schon mit der neuen Regelung im Leitfaden öffnen sich die Krankenkassen der wichtigen Funktion der Kommunen, die insgesamt für die Gesundheitsförderung in ihrem Wohngebiet zuständig sind und damit auch für die einzelnen Lebenswelten inkl. ihrer Übergänge. Es kommt ihnen dabei eine Schlüsselrolle zu, die als „Rahmen-" oder „Dach-Setting" bezeichnet werden kann.

Das Präventionsgesetz hat dabei den Gestaltungsauftrag der GKV für Primärprävention in Deutschland insgesamt bestätigt und gefestigt. Dieses universelle Mandat wurde nun auch für das kommunale Rahmen-Setting expliziert. Künftig ist hier ein deutlich umfassenderes Engagement vorgesehen.

Die bisherige Vorsicht der GKV gegenüber der Finanzierung von Maßnahmen der familiären und frühkindlichen Gesundheitsförderung ist insbesondere verständlich vor dem Hintergrund der ethischen, strukturellen und rechtlichen Verwicklungen, die mit der Adaption des Setting-Ansatzes auf Familien einhergeht. Diesem widmet sich das Folgekapitel.

Gesundheitsförderung bei Familien

In internationalen Diskussionen stehen Familien häufig und vollkommen selbstverständlich im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung. Strukturelle, rechtliche und ethische Implikationen, die in Deutschland umfassend diskutiert werden, haben in den weit überwiegenden Gesundheits- und Sozialsystemen anderer Länder kulturell, rechtlich und historisch begründet weniger Bedeutung. Diese sind allerdings auch, anders als Deutschland, nicht korporatistisch organisiert, haben keinen derart ausgeprägten Förderalismus und entsprechend eine deutlich geringere Versäulung, sodass zwischen Leistungen von Krankenversicherung und Öffentlichem Gesundheitsdienst zumeist keine so deutliche Abgrenzung besteht. Diese Folgerungen des Bismarck'schen Sozial- und Gesellschaftssystems haben Licht und Schatten, die sich insbesondere vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung deutlich abzeichnen. Sie kann hier nur kurz und schlaglichtartig beleuchtet werden.

Dass Familie eine Lebenswelt ist, sogar eine stark prägende, steht außer Zweifel (z.°B. Brisch, 2005; Lohaus et al., 2006; Mey, 2013). Sie wird als „primäre Sozialisation" (Hurrelmann, 2006) bezeichnet. Familie prägt umfassend den aktuellen und noch intensiver den zukünftigen Gesundheitszustand der Kinder, bei denen sich Gesundheitsprobleme in aller Regel erst längerfristig, nach Einschulung und insbesondere in und nach der Phase der Adoleszenz ausdrücken (Lampert et al., 2015). In Übereinstimmung mit den Setting-Ansätzen der WHO schließt aber auch das Präventionsgesetz Familie nicht in die o.°a. Definition der Lebenswelten mit ein, sondern sieht „Gesundheitsförderung in der Familie", so die Gesetzesbegründung, indirekt über die Lebenswelten Kita und Schule sowie „insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren wie etwa der Familienbildung in der Lebenswelt Kommune/Stadtteil" unterstützt (KKF, 2015: 43).

Rechtliche und ethische Implikationen

Gleichzeitig gibt es gewichtige Einwände dagegen, Familien mit den Instrumentarien des Setting-Ansatzes zu „bearbeiten". Diese Vorbehalte speisen sich unterschiedlich und sollen hier kurz zusammengetragen werden.

Zunächst ist Familie im Grundgesetz mit dem Artikel 6 besonders geschützt. Hintergrund der starken Rechtsstellung sind insbesondere Erfahrungen mit Zwangsadoptionen während der nationalsozialistischen Diktatur, aber auch z.°T. noch in der DDR. Mit dem Elternrecht des Grundgesetzes wurde auch ein Kontrapunkt gesetzt gegen die Zielsetzung einer Erziehung zum sozialistischen Staatsbürger, die in der Verfassung der DDR sowie in Bildungsprogrammen festgeschrieben war (Borkowski & Schmitt, 2013).

Als einzige Ausnahme vom Elternrecht wird im Art. 6 Absatz 2 die Schulpflicht geregelt. Andere normierte Verpflichtungen, die das Elternrecht einschränken, bestehen nicht; auch die Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen oder – aktuell diskutiertes Beispiel – Impfungen gegen Kinderkrankheiten ist grundsätzlich nicht verpflichtend.

Dem Staat obliegt lediglich ein sog. „Wächteramt", das die Kinder- und Jugendhilfe nur bei akuten, konkreten Gefährdungen legitimiert. Die Sicherstellung eines gesunden Lebensstils stellt hier keine hinreichende Begründung für eine entsprechende Intervention dar. So besteht auch nach dem Präventionsgesetz weiterhin keine Impfpflicht, sondern nur die gesetzlich eingeräumte Option für Schulen und Kitas, vor Eintritt die Bescheinigung einer Impfberatung zu verlangen.

Diese Autonomie stellt sich aber nicht nur formal, sondern auch inhaltlich dar. Gerade weil die Bedeutung der Familie als primäre Sozialisation so herausragend ist, kann nur mit Eltern und niemals gegen sie gearbeitet werden. Dies gilt selbst bei Fällen akuter Kindeswohlgefährdungen, bei denen es sich immer auch empfiehlt – sofern die Umstände es ermöglichen – um die Mitarbeit der Eltern zu werben.

Dabei haben Eltern unterschiedliche habituell (sozial, kulturell) geprägte Prioritäten, die von Fachkräften wertschätzend und empathisch aufgegriffen werden müssen. Interventionen nach dem Setting-Ansatz arbeiten hingegen durchaus auch mit provokativen Anreizen oder auch Irritationen, unter anderem über Problem-Skandalisierungen (beispielsweise Arbeitsunzufriedenheiten, Mobbing-Fälle, mangelnde Neuanmeldungen in Kita oder Schule). Solche Irritationen oder negativen Zuschreibungen verbieten sich für eine so intime und sensible Lebenswelt der Familie.

Die Gesetzlichen Krankenkassen lehnen die Zuständigkeit für ein „Setting Familie" auch insofern ab, als familienbezogene Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) von den örtlichen Jugendämtern finanziert werden müssen. Sie fürchten hier einen „Verschiebebahnhof", d.°h. eine Umschichtung der Ausgabenverpflichtung zu ihren Lasten von SGB VIII ins SGB V.

Kompetenzförderung, Koordination und Fürsprache als Kernstrategien

Dennoch gibt es auch im Sinne des Setting-Ansatzes wichtige Aufgaben für die Gesundheitsförderung bei Familien. Die vorgenannten Vorbehalte berücksichtigend, stellen sich die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta als Handlungsmaximen der Gesundheitsförderung bei Familien dar (Geene & Rosenbrock, 2012).

Es bedarf zunächst parteilicher, anwaltschaftlicher Fürsprache für Eltern gemäß dem Advocacy-Ansatz, der 1. Kernstrategie der Ottawa-Charta. Gesundheitsförderung mit Familien heißt insofern auch politische Interessenvertretung von Eltern, insbesondere vor dem Hintergrund ihrer gesellschaftlichen Marginalisierung (Mierendorff, 2010).

Gesundheitsförderung erfolgt dabei unter dem Blickwinkel, die Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten. Es sind also nicht die Eltern oder Familien, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen ihrer Lebenswelten, die vorrangig unterstützend und (gesundheits-)förderlich zu gestalten sind. Die Entwicklungsaufgabe liegt darin, die vielen unterschiedlichen Stimmen der Familiendienstleistungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung so zusammenzuführen, dass für Familien „der gesunde Weg die einfache Wahl" ist (WHO-Motto „Make the healthier way the easier choice", Bittlingmayer & Hurrelmann, 2006: 189).

Dies ist tatsächlich eine Aufgabe von hoher Komplexität, denn insbesondere sozial hoch belastete Familien stehen in der Phase der Familiengründung vor vielfältigen bürokratischen Aufgaben, nicht nur im Zusammenhang mit Krankenkassen und Kinderärzten und -ärztinnen, sondern vor allem auch im Zusammenhang mit Jobcenter/Arbeitsagentur, Kinder- und Jugendhilfe, mitunter auch Sozialhilfe, örtlichen Schul- und Bildungsträgern und weiteren sozialen Unterstützungsleistungen.

Familien mit Gesundheitsförderung direkt zu adressieren, erfordert daher insbesondere, Eltern praktisch Rat und Tat dafür anzubieten, ihren Kindern die bestmöglichen Voraussetzungen für ein unbeschwertes Leben in Gesundheit und Wohlbefinden zu vermitteln. Damit wird auch Kompetenzentwicklung als zweite Kernstrategie der Ottawa-Charta angesprochen.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit" sind Modellprojekte (z. B. Familienzentren), neue Dienstleistungen (z. B. Familienhebammen) und Methoden (z. B. Eltern-AGs) der frühzeitigen Intervention vor oder unmittelbar nach der Geburt als „Good Practice" identifiziert worden (Lehmann et al., 2010). Interessanterweise wurden viele der bereits zuvor als „Gute Praxis der Gesundheitsförderung" ausgezeichneten Projekte später auch ausgewählt für die Evaluation der ersten Modellprojekte Früher Hilfen (Helming et al., 2007) und der späteren Modellprojekte in den Bundesländern (Renner & Heimeshoff, 2010); Familienhebammen wurden sogar als Förderschwerpunkt im Rahmen der späteren Bundesinitiative Frühe Hilfen ab 2012 ausgewählt (s.°u.). Die in der Gesundheitsförderung zuständigkeitshalber etwas unklar verorteten Projekte fanden so eine angemessene und kraftvolle Förderlinie.

Gerade die Funktion der Familienhebamme innerhalb des Betreuungsbogens rund um die Geburt (Sayn-Wittgenstein, 2007) füllt eine akute Versorgungslücke, auch in der o.°a. Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Behörden und Institutionen.

Wie es die dritte Kernstrategie der Ottawa-Charta einfordert, sind hier Vermittlung und Vernetzung gefordert. Daraus ist unmittelbar die Forderung nach einem abgestimmten Vorgehen der beteiligten Akteurinnen und Akteure abgeleitet, die neben Ämtern und weiteren öffentlich-rechtlichen sowie freien Trägern, Bildungsträgern oder Wohnungsbaugesellschaften auch zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure („Whole-of-Society-Approach", WHO Euro, 2012) umfassen. Sie alle sind gefordert, kinder- und familienfreundliche Lebenswelten zu entwickeln, auch für Familien mit besonderen sozialen Belastungen.

In zahlreichen Kommunen wird schon seit vielen Jahren in diesem Sinne vernetzt und vermittelt gearbeitet. Modellhaft stehen dafür die Kommunen Dormagen sowie Monheim, die ebenfalls als Modelle guter Praxis ausgewiesen wurden. Mit dem Kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!" (Gold & Lehmann, 2012) haben sie ein bundesweites Sprachrohr erhalten und sind nun stärker anschlussfähig. Dies wirkt sich auch innerhalb der Kommunen positiv aus, weil das Programm Brücken zwischen Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe aufzeigt. Mit dem Begriff der „Präventionsketten" wurde ein – wenn auch bezüglich der Wortwahl umstrittenes (Kilian & Lehmann, 2014) – Label gewählt, mit dem „ein kontinuierlicher Prozess, der immer wieder neue Impulse und Anpassungsleistungen an die sich ändernden kommunalen Rahmenbedingungen erfordert" (ebd.: 45), initiiert wird.

Ein zentrales Element der Präventionsketten besteht auch in der Unterstützung gelingender Übergänge nach dem Transitions-Ansatz. Dabei ist neben dem Übergang vom Elternhaus in Tagespflege oder Kita (Geene & Borkowksi, 2009) insbesondere die Transition im Rahmen der Familiengründung zu fokussieren (Geene, 2012b; GBB, 2014).

Auch an dieser Stelle ergänzen sich familiäre Gesundheitsförderung und das Frühe-Hilfen-Konzept ideal; Letzeres hat über die Bundesinitiative Frühe Hilfen flächendeckend Angebote von Familienhebammen, Familiengesundheitspflege und ehrenamtlichen Unterstützungsstrukturen, die eine substanzielle Stütze im Transitionsprozess zur Familiengründung oder -erweiterung darstellen können, sowie Netzwerke Frühe Hilfen etabliert. Mit dem Internet-Portal inforo-online.de ist inzwischen auch eine gemeinsame Kommunikationsplattform von Partnerprozess und Bundesinitiative entstanden, auf der sich die Akteurinnen und Akteure aus Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe vor Ort sowie auf Landes- und Bundesebene vernetzen und fachlich austauschen können.

Zwischenstand und Perspektiven der Primärprävention

Die hier angerissenen dynamischen Entwicklungen im Feld der nichtmedizinischen Primärprävention – dem aktuell umfangreichsten Anwendungsfeld der Gesundheitsförderung in Deutschland – stehen vor großen Veränderungen, weil sie durch das Präventionsgesetz verstärkt und insgesamt neu geregelt werden. Daher soll an dieser Stelle eine kurze Übersicht gegeben und auf die erzielten Ergebnisse verwiesen werden. Es folgt ein Ausblick auf zu erwartende Neuentwicklungen durch das Gesetz als Übergang zur abschließenden Zusammenstellung von Chancen und Herausforderungen, die sich für die Gesundheitsförderung speziell mit Blick auf Frühe Hilfen ergeben.

Der Setting-Ansatz als Schlüsselkonzept der Gesundheitsförderung

Mit dem Setting-Ansatz hat die Gesundheitsförderung das wichtige Handlungsfeld der nichtmedizinischen primären Prävention eindrucksvoll erschlossen. Er untermauert den hohen Anspruch einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik durch eine konkrete Handlungspraxis. Eine Setting-Intervention ist jedoch eine hochkomplexe Maßnahme, die erheblicher Zeit- und Materialressourcen, einer qualifizierten Projektbegleitung und gut ausgewählter Steuerungsimpulse bedarf, wie es auch durch die o.°a. Legaldefinition ausgedrückt wird.

Im Bereich der Kindergesundheit steckt der Setting-Ansatz im Sinne einer flächendeckenden Umsetzung und nachhaltigen Verankerung noch „in den Kinderschuhen". So fehlen vielen Projekten finanziell, organisatorisch oder rechtlich stabile Grundlagen. Hier wird häufig von „Projektitis" gesprochen; als Schlagwort bezeichnet sie die Problematik, dass Projekte nur kurzfristig finanziert und dadurch vor ihrer Etablierung schon wieder beendet werden müssen. Mangels Ausdauer und Qualitätsstandards sind sie dann eher an kurzfristigen Erfolgen statt an nachhaltigem Strukturaufbau orientiert. Es mangelt an (insbesondere kommunalen) Gesamtstrategien, die gesundheitsförderliche Settings kohärent verbinden und stabilisieren („Dach-Setting"). Schließlich fehlt es mitunter an kritischer Reflektion des normativen Anspruchs, der sich in sein Gegenteil (im Sinne des „blaming the victims") verkehren kann, wie sich deutlich bei Familien zeigt, deren Autonomie keinesfalls untergraben werden sollte. Familiäre Gesundheitsförderung blickt daher v. a. auf das die

Familien umgebende Netzwerk. Kriterium ist die Verhältnisprävention („Make the healthier way the easier choice", s.°o.) und nicht das individuelle Gesundheitsverhalten der Familien. Doch auch dieser Ansatz ist trotz des besonders hohen Potenzials und Bedarfs wegen ungeklärter institutioneller Zuständigkeiten bislang nur modellhaft und eher in anderen Förderprogrammen erprobt (Geene & Rosenbrock, 2012). Mit dem Präventionsgesetz wird das kommunale Setting und damit auch familiäre Gesundheitsförderung in oben beschriebenem Sinne umfassend gestärkt.

Hier liefern die Frühen Hilfen wichtige Erfahrungen und Ansätze, um die Gesundheit insbesondere bei sozial benachteiligten und belasteten Familien zu fördern.

Flächendeckende Struktur motivierter Netzwerkakteurinnen und -akteure

Heute schon wird die Praxis der Gesundheitsförderung durch engagierte Netzwerke gestützt. Auf lokaler Ebene kommt diese Rolle dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu, der dies trotz engen Personal- und Finanzbudgets vielerorts mit hohem Engagement ausfüllt, wie die Aktivitäten im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks und des Kommunalen Partnerprozesses aufzeigen.

In fast allen Bundesländern bestehen Landesvereinigungen, -zentralen und -arbeitsgemeinschaften für Gesundheit als gemeinnützige, eingetragene Vereine, die sich für die Vernetzung im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren. In Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg wird diese Funktion von nachgeordneten Landesbehörden wahrgenommen. Auf Bundesebene sind sie in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) zusammengeschlossen und tauschen sich hier mehrmals jährlich auf Koordinierungstreffen sowie innerhalb zahlreicher Fachtagungen, Netzwerktreffen und Regionalkonferenzen aus. Eine Bündelung findet im Rahmen und am Rande („Satellitenkonferenzen") des jährlichen Bundeskongresses zu Armut und Gesundheit statt, der im März 2015 mit über 2.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits zum 20. Mal stattfand.

Trotz unterschiedlicher Organisationsformen bilden die Landesvereinigungen eine bundesweit flächendeckende Struktur im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit". In allen Bundesländern bestehen Koordinierungsstellen (vormals „Regionale Knoten"), die nach Anschubfinanzierungen durch die BZgA nunmehr anteilig von Krankenkassen und Landesministerien gefördert werden. Die Koordination auf Bundesebene erfolgt wiederum durch die BZgA und Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Weiterentwicklung durch das Präventionsgesetz

Das am 25. Juli 2015 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention" (Präventionsgesetz – PrävG) regelt, dass die Krankenkassen ihre Ausgaben für die primäre Prävention ab 2016 auf jährlich 7 € je Versichertem mehr als verdoppeln sollen. Davon sollen jeweils 2 € für betriebliche Gesundheitsförderung und 2 € für nichtbetriebliche Settings aufgewendet werden. Gemessen an bisherigen Ausgaben entspricht dies einer gut fünffachen Erhöhung der Mittel für den Setting-Ansatz.

Das Gesetz sieht auch die Bündelung von Aktivitäten und Finanzmitteln im Bereich der Lebenswelt-Ansätze vor. Zum einen sind bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen vorgesehen, die durch

Landesrahmenvereinbarungen ergänzt werden sollen. Zum anderen sollen kassenübergreifende „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten" entwickelt werden. Zur Unterstützung wird nach SGB V, §°20a Absatz 3 und Absatz 4 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von den Krankenkassen beauftragt, wobei Leistungen „insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen" sowie „zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität" ausgewiesen werden.

Damit besteht die Hoffnung, dass durch das Präventionsgesetz die Fürsprache für Gesundheitsförderung gestärkt und konzentriert wird.

Das Präventionsgesetz regelt als Artikelgesetz neben dem SGB V auch weitere Sozialgesetze. So soll die Familienberatung nach §°16 des SGB VIII zukünftig auch „Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken" sowie bei Trägern von Hilfen zur Erziehung über die Leistungsvereinbarungen (SGB VIII, §°78c) „ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis schaffen". Die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendhilfe bildet eine zentrale Herausforderung; zumindest gibt es mit diesen Regelungen erste Anknüpfungspunkte seitens der Kinder- und Jugendhilfe.

Das Präventionsgesetz sieht auch Neuregelungen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen vor mit dem Ziel, die ärztliche Sekundärprävention um primärpräventive Inhalte zu erweitern. Diese Vermischung von primärer und sekundärer Prävention ist zwar im Sinne einer Zuständigkeitssystematik nicht unproblematisch (siehe die oben angeführten strengen Anforderungen an Screenings), trägt aber der Versorgungsrealität in der Pädiatrie Rechnung (Thaiss et al., 2010: 1030). Von großer Bedeutung ist es hier, dass die Ärztinnen und Ärzte sich mit den Angeboten familiärer Gesundheitsförderung und Früher Hilfen eng verknüpfen; die Unterstützung bei psychosozialen Schwierigkeiten für Kind und Familie sollte hier dem Leitsatz folgen, die (kinder-)ärztliche Autorität an lebensnahe Leistungserbringer, insbesondere Hebammen, weiterzureichen (Geene, Höppner & Luber, 2013: 150f.).

Eine explizite Erwähnung von Frühen Hilfen findet sich im Präventionsgesetz an zwei Stellen: So ist in der neugeregelten Hebammenhilfe nach §°24d, in der die Wochenbettbetreuung von acht auf zwölf Wochen verlängert wird, als 4. Satz neu ergänzt: „Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind." Auch in Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche werden Ärztinnen und Ärzte nach §°26 Absatz1 Satz 2 nunmehr verpflichtet, dass die Beratung auch „Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind" umfassen soll. Dies wird im Fol-geabschnitt (siehe 2.8.4.) ausführlich dargestellt. An dieser Stelle soll bereits darauf hingewiesen werden, dass die Neuregelungen einer sektorenübergreifenden Abstimmung bedürfen. Die Bun-desregierung hat im Gesetzgebungsverfahren in einer Stellungnahme zur entsprechenden Kritik des Bundesrates bereits klargestellt, diese Frage zu prüfen. In der amtlichen Erklärung der Bun-desregierung heißt es: „Darüber hinaus haben BMG und BMFSFJ verabredet, die Voraussetzungen für eine engere Koope-

ration zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – ohne finanzielle Lastenverschiebung zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen – weiter zu verbessern" (KFF, 2015: 639).

Zur Strukturbildung sieht das Gesetz eine Nationale Präventionskonferenz vor, die eine Nationale Präventionsstrategie erarbeiten und dem Bundestag in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht vorlegen soll. Beraten werden soll sie von einem Präventionsforum, das zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure in die Geschäftsführung der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung einbinden soll. Die Beratende Kommission, die die Weiterentwicklung des „Leitfadens Prävention" begleitet hat, bleibt bestehen, wird aber um weitere Fachdisziplinen und Patientenvertretungen erweitert. Die Zielorientierung umfasst künftig auch die Gesundheitsziele, von denen das vierte Ziel „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung" in seiner Überarbeitung von 2010 bereits ein ausführliches Plädoyer für eine Verknüpfung mit Frühen Hilfen enthält einschließt (BMG, 2010).

In der inhaltlichen Normierung sieht das Präventionsgesetz weiterhin die soziallagenorientierte Ausrichtung der primären Prävention vor, nun aber um Geschlechtergerechtigkeit ergänzt, sodass primäre Prävention gemäß §°20 SGB V zukünftig „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen" soll.

Ungeachtet aller organisatorischen und strukturellen Probleme, die in der Umsetzung auch dieses Gesetzes in den nächsten Jahren entstehen werden, kann schon nach dieser kurzen Betrachtung deutlich festgestellt werden: Das Präventionsgesetz hat die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung in Deutschland wesentlich verbessert.

Die Frühen Hilfen im Rahmen des Präventionsgesetzes

Die Kritik an der fehlenden Verknüpfung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen mit den Frühen Hilfen, die auch der Bundesrat (2015) in seiner Stellungnahme zum Präventionsgesetz formuliert hat, war Ausgangspunkt von zwei Neuregelungen, die erst im Laufe des Beratungsprozesses ergänzend aufgenommen wurden. Im SGB V, §°24d „Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe" ist nun ein neuer 4. Satz folgenden Wortlauts aufgenommen:

„Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind."

Dieser Ergänzungsvorschlag wurde erst in der letzten Beratung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags am 18. Juni 2015 aufgenommen und mit folgender, ausführlicher Gesetzesbegründung ergänzt:

„Versicherte haben nach dem geltenden §°24d Satz 1 während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge. Durch die vorliegende Ergänzung wird vorgesehen, dass die zur Betreuung gehörende ärztliche Beratung der Versicherten im Bedarfsfall auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind umfasst.

Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Regelung zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung konkretisieren (Mutterschafts-Richtlinien), sollen durch die ärztliche Betreuung mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung

zugeführt werden. Darin wird ausdrücklich bestimmt, dass im Rahmen dieser ärztlichen Beratung Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind erfolgen sollen, wenn untersuchende Ärzte Hinweise auf psychosozial bedingte gesundheitliche Risiken für Mutter oder Kind gewinnen, z.°B. im Rahmen der in den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen frühzeitigen Erhebung der Eigen-, der Familien-, der Sozial- und der Arbeitsanamnese. Eine eingehende Beratung zu regionalen Hilfsangeboten gehört nicht zum ärztlichen Behandlungsauftrag. Es wird daher davon ausgegangen, dass schon bisher Ärzte im Bedarfsfall auf unterstützende Angebote hingewiesen haben. Durch die ausdrückliche gesetzliche Regelung soll dieser Aspekt der Beratung hervorgehoben werden" (KKF, 2015: 61).

Die Erläuterung macht deutlich, dass eine Verknüpfung über Regelungsbereiche hinweg – hier das über SGB V geregelte und von gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Gesundheitswesen, dort die über SGB VIII normierte und von den Kommunen getragene Kinder- und Jugendhilfe – ausgesprochen schwierig ist. So können zwar Informationen gegeben und ausgetauscht werden. Spezielle ärztliche Leistungen im Sinne von Verordnungen sollen aber immer innerhalb des eigenen Leistungssystems (SGB V) verbleiben, weil sie nur dadurch rückbezüglich sein können. Denn eine ärztliche Verordnung verpflichtet jeweils die Krankenkasse zu entsprechendem Einkauf der Leistung, die jedoch hier außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs liegen könnte.

In der Umkehrung macht dies deutlich, dass die abgegrenzten Säulen so nicht bestehen bleiben sollten, sondern vielmehr das Gesundheitswesen eigenständiger Wege in die Frühen Hilfen bedarf.

Solche Wege können möglicherweise zukünftig über die neu gefassten ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach §°26 SGB V eingeleitet werden. Waren die Kinderuntersuchungen bislang als Krankheitsfrüherkennung ausschließlich sekundärpräventiv ausgerichtet, ist nunmehr auch primärpräventive Beratung vorgesehen. Dazu ist zunächst die Früherkennung durch den Arzt oder die Ärztin, bislang begrenzt auf körperliche und geistige Entwicklungsgefahren, nun auch um die Beobachtung psychosozialer Entwicklung erweitert. Sofern medizinisch angezeigt, können diese Untersuchungen durch neu eingeführte ärztliche Präventionsempfehlungen direkte Zugänge zur verhaltensbezogenen Prävention schaffen. Bislang waren primärpräventive Kurse Erwachsenen sowie Jugendlichen gemäß Leitfaden der Krankenkassen vorbehalten; Gesundheitsförderung bei Kindern erfolgte ausschließlich über Setting-Ansätze, vorrangig in Kitas (s.°o.) sowie Schulen (GKV, 2014). Das Präventionsgesetz sieht nun aber auch Kurse für Kinder vor, wobei die Gesetzesbegründung dies dahingehend konkretisiert, dass sie sich „insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter – auch an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz" (KKF, 2015: 70).

Im Einzelnen lautet der Wortlaut des neuen §°26 SGB V wie folgt:

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) 1 Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. 2 Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer

Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. 3 Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §°20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. 4 Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt.

Im Kommentar des Bundestags zur Gesetzesbeschluss (KVV, 2015: 69f.) wird dies wie folgt erläutert:

„Das vorrangige Ziel der Untersuchungen ist die Früherkennung von wesentlichen und wirksam behandelbaren Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Mit der Neufassung des Absatzes 1 werden die Untersuchungen verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren (z.°B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel) ausgerichtet. Dabei ist den aktuellen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, dass im Kindesalter chronische, lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Zudem manifestiert sich eine Reihe relevanter Krankheiten und Krankheitsrisiken auch in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen wie auch während der Pubertät.

Zur Überschrift

Die Regelungen der Vorschrift befassen sich mit Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter. Dies ist auch in der Überschrift zum Ausdruck zu bringen.

Zu Absatz 1

Satz 1 weitet das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter durchgängig bis zum achtzehnten Lebensjahr aus. Ausgangspunkt sind eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte wissenschaftliche Expertise, die die Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung für Kinder im Alter von neun Jahren empfiehlt, wie auch die Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Institutes, demzufolge während der Pubertät besondere gesundheitliche Belastungen und Risiken auftreten. Der G-BA bestimmt in den Richtlinien nach §°92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen. Für seine Entscheidung kann er die genannten Studien und weitere wissenschaftliche Erkenntnisse über die Ausweitung der Untersuchungen in dieser Altersgruppe unter Beachtung des in §°12 Absatz 1 verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes als Grundlage heranziehen. Die Früherkennungsuntersuchun-

gen und deren Ausgestaltung sollen dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Bereits nach den geltenden Kinder-Richtlinien haben sich ärztliche Maßnahmen unter anderem auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (z.°B. kognitiver Entwicklungsrückstand, Störungen der emotionalen oder sozialen Entwicklung) zu richten. Deshalb wird klargestellt, dass sich die Früherkennungsuntersuchungen auch auf Krankheiten beziehen, die die psychosoziale (d.°h. die kognitive, emotionale und soziale) Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden; dabei gelten die Kriterien nach §°25 Absatz 3 (vgl. Absatz 2). Damit findet auch das in den letzten Jahren veränderte Krankheitsspektrum bei Kindern im Gesetz Berücksichtigung.

Durch die Regelung der Sätze 2 bis 4 wird klargestellt, dass der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin auch über vordringliche Gesundheitsrisiken informiert, die für die betreffende Altersgruppe des Kindes relevant sind oder dem in der Untersuchung erhobenen individuellen Risikoprofil des Kindes entsprechen. Zudem soll in Form von Kernbotschaften auf Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung des Kindes hingewiesen werden. Über die Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen einschließlich alterstypischer Unfallgefahren sowie über weitergehende gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen (einschließlich regionaler Eltern-Kind-Unterstützungsangebote wie „Frühe Hilfen") soll ebenfalls aktiv informiert werden.

Soweit medizinisch angezeigt soll eine ärztliche Bescheinigung (Präventionsempfehlung) ausgestellt werden, die von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §°20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist. Es wird klargestellt, dass sich diese Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nicht nur an die Kinder und Jugendlichen selbst, sondern – insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter – auch an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz."

Gesetzestexte wie -kommentare verdeutlichen, dass die herausragende Bedeutung der Förderung des gesunden Aufwachsens breit verankert ist. Sie zeigen aber auch, wie komplex die konkrete Ausgestaltung ist, insbesondere unter dem Aspekt der Verknüpfung mit den Frühen Hilfen.

Gesundheitsförderung mit Blick auf Frühe Hilfen

Die in Deutschland seit den 1990er-Jahren wieder eingeführten Gesundheitswissenschaften/Public Health haben mit dem Konzept der Gesundheitsförderung durch die Ottawa-Charta von 1986 eine praktische Leitorientierung von dem defizitorientierten Ansatz der Pathogenese zum Ressourcenansatz der Salutogenese erhalten. Mit drei Kernstrategien für fünf Handlungsfelder wird eine umfassende Vision für gesundes Leben skizziert. Der politische und prozesshafte Auftrag der Gesundheitsförderung hat sich in den Ottawa-Folgekonferenzen und der Forschung in drei Richtungen geschärft. Zum einen werden durch die Analyse sozialer Determinanten die Zielgruppen und Handlungsorte deutlich herausgestellt; Gesundheitsförderung ist hier auf das Ziel fokussiert, soziale Ungleichheit zu reduzieren. Daraus abgeleitet werden eher personal bezogene Ressourcenkonzepte um die entscheidende Frage der Umweltbedingungen erweitert. Schließlich wird der Politik aufgetragen, Rahmenbedingungen für Gesundheit über eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik um-

fassend sicherzustellen. Mittels Programmen und Zielformulierungen soll Politik auf einen „Whole-of-Society-Approach" verpflichtet werden.

So anspruchsvoll wie diese Politikverpflichtung ist auch die konkrete Praxis der Gesundheitsförderung, was sich insbesondere im zweiten Handlungsfeld der Ottawa-Charta, dem Setting-Ansatz, ausdrückt. Kitas, Schulen und Jugendwelten sollen zu gesunden Lebenswelten für Kinder entwickelt werden. Diese schon an sich ambitionierten Ziele bedürfen zu einer umfassenden Verwirklichung einer starken Lobby (Anwaltschaftliche Vertretung, erste Kernstrategie) für die Familie als primäre Lebenswelt der Kinder. Familien bedürfen einer eigenen Interventionslogik, deren Maximen neben der ersten Kernstrategie auch in Kompetenzentwicklung (Enabling, zweite Kernstrategie) sowie in Vermittlung und Vernetzung (Mediating, dritte Kernstrategie) liegen.

Die Kommune stellt dabei das „Dach-Setting" für die Lebenswelten „vor Ort" dar. Ihre Gestaltung obliegt der regionalen Politik, die wiederum der gezielten Unterstützung durch Landes- und Bundespolitik mit all ihren (auch zivilgesellschaftlichen) Akteurinnen und Akteuren bedarf. Auch hierzu bestehen konkrete Programminitiativen wie der Kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!", der dafür einen Handlungsrahmen liefert.

Im Folgekapitel soll nun den Fragen nachgegangen werden, welche gemeinsamen Schnittstellen Frühe Hilfen und Gesundheitsförderung haben und wie sich dieses neue, breit thematisierte und deutlich stärker institutionalisierte Feld im Vergleich darstellt. Was können die handelnden Personen voneinander lernen?

Frühe Hilfen – eine Netzwerkstruktur für passgenaue Hilfen

Gravierende Fälle von Kindesvernachlässigung bis hin zu Todesfällen gaben Anlass zu einer breiten gesellschaftlichen Debatte zum Kinderschutz in Deutschland mit dem erklärten Ziel, das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken. Unterstützt wurde diese Debatte von den Ergebnissen der 2006 veröffentlichten Kindergesundheitsstudie KiGGS, die auf eine sog. „neue Morbidität" in Richtung verstärkter Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie psychischer Erkrankungen verweist (Ravens-Sieberer et al., 2007; SVR, 2009: 46). Zudem konstatierten Kommunen kontinuierlich steigende Ausgaben in der Kinder- und Jugendhilfe (Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011). Erste Maßnahmen, die auf Bundesebene ergriffen wurden, waren 2005 die Ergänzung des Kinder- und Jugendhilferechts um einen §°8a (später auch §°8b), mit dem ein strukturiertes Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorgegeben wird, sowie das 2006 aufgelegte Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" (BMFSFJ, 2006).

Es waren also, anders als in der Entstehung der Gesundheitsförderung, zunächst nicht konzeptionelle Gestaltungsideen, sondern mehrere Problemlagen, die das neue Handlungsfeld „Frühe Hilfen" begründeten. Dennoch entwickelte sich die Handlungsmaxime der praktischen Arbeit in den Frühen Hilfen analog zur Gesundheitsförderung v. a. ressourcenorientiert. Zur Darstellung der Frühen Hilfen soll aber zunächst ein kurzer Abriss der jüngeren Geschichte der Kinder- und Jugendhilfe vorangestellt werden, in die die Frühen Hilfen weitgehend einbettet sind.

Lebensweltorientierung in der Kinder- und Jugendhilfe

Weitgehend parallel mit dem SGB V, aber mit z.°T. deutlich unterschiedlichen Handlungsansätzen und Begrifflichkeiten wurde 1990 auch das Kinder- und Jugendhilfegesetz als SGB VIII eingeführt. Leitbild des SGB VIII ist die Förderung junger Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung sowie die Vermeidung bzw. der Abbau von Benachteiligungen. Die zentralen Aufgaben des SGB VIII liegen in der Beratung und Unterstützung von Eltern bei der Erziehung sowie dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl. Weder sozialpädagogische Leistungsangebote noch Träger oder Methoden sind jedoch auf spezielle Altersstufen oder Bewältigungsaufgaben ausgerichtet; das eher universelle Prinzip der Sozialpädagogischen Familienhilfe nach §°31 SGB VIII (Woog, 2006) unterscheidet bislang kaum zwischen spezifischen Anforderungen, was beispielsweise im Zusammenhang mit der hohen Inzidenz elterlicher Alkoholerkrankungen kritisiert wird (AGJ, 2010; Geene & Böhm, 2013).

Leitprinzip Partizipation

Das SGB VIII setzt hohe Ansprüche an die Partizipation aller Beteiligten und folgt damit den Konzepten der Lebensweltorientierung. Diese von Hans Thiersch, einem der wenigen bundesdeutschen Universitätsprofessoren für Sozialpädagogik, Ende der 1970er-Jahre entwickelte Konzeption ist prägend für den Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit – weg von der Defizit- hin zur Ressourcenorientierung (Möbius & Friedrich, 2010; Namuth et al., 2013). Ähnlich wie der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung wird damit den Verhältnissen – in Abgrenzung zum individuellen Verhalten – eine besondere Rolle beigemessen. Anders als beim Setting-Ansatz, der auf gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung von Settings wie Kita, Schule oder Betrieb abzielt (s.°o.), versteht sich die Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit jedoch eher als systematisch-analytischer Handlungsansatz, der hier im Folgenden nachgezeichnet wird.

Lebensweltorientierung zielt nach Böhnisch et al. (2005) darauf ab, den Lebensalltag von Menschen aus ihrer eigenen Sicht heraus zu betrachten. Der Mensch ist in seiner Lebenswelt konfrontiert mit gesellschaftlichen Entwicklungen und Anforderungen, sozialen Begrenzungen, individuellen Lebenserfahrungen und normativen Ansprüchen, die er oder sie subjektiv bewältigen muss. Lebensweltorientierung ist zunächst ausgerichtet auf Probleme, die weniger mit individuellen als v.°a. mit gesellschaftlich-sozialen Ressourcen (materielle, soziale und ideologische Ressourcen), die im Alltag verfügbar sind, bewältigt werden sollen. Dabei wird den Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit empathisch beigestanden. Gesellschaftliche Entwicklungen werden v.°a. in Hinblick auf soziale Ungleichheiten und Wandlungsprozesse der Moderne, die zu Unsicherheiten und Orientierungsschwierigkeiten führen können, kritisch betrachtet (Grunwald & Thiersch, 2004). So werden Geschlechterrollen oder Migrationserfahrungen unter dem Aspekt der möglichen Diskriminierung, aber auch als potenzielle Ressourcen zur Herausbildung von Identität und Selbstwirksamkeit analysiert (Seithe, 2001: 149 f.).

Orientierung am sozialen Wandel

Das dem SGB VIII zugrundeliegende Lebenswelten-Konzept charakterisiert bereits, dass sich der breite gesellschaftliche Wandel in den wissenschaftlichen und fachlichen Diskursen der Kinder- und Jugendhilfe manifestiert. Kinder- und Jugendhilfe und die sie begleitenden Sozialarbeitswissenschaften bemühten sich seit den 1980er- und 90er-Jahren vermehrt um Methodenbildung, um den gesellschaftlichen Veränderungen wie der Erodierung des Bildes von einer Normalbiografie und gesellschaftlichen Hierarchien, aber auch neuen Vorstellungen von Arbeits-, Geschlechter- und Generationenverhältnissen, den Familienformen oder der Gestaltung öffentlichen und privaten Raumes, Rechnung zu tragen (Schilling, 2005: 227ff.). Für die Kinder- und Jugendhilfe führt dies zu einer laufenden Notwendigkeit des Umdenkens, da die soziale und berufliche Integration der Klientel in eine vormals als selbstverständlich angenommene Familien- und Arbeitswelt nicht mehr vorausgesetzt werden kann. Die scheinbar objektiven Deutungs- und Handlungsmuster müssen sich einer im Wandel begriffenen subjektiven Lebensrealität anpassen, d.°h. Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe müssen die sozialstrukturell erzeugten Konflikte und sozialen Probleme nachvollziehen lernen und bereit sein für einen offenen, aushandlungsfähigen Lösungsprozess, anstatt die Klientel den institutionellen Angeboten anpassen zu wollen. Konkret heißt dies, dass sich die Hilfeangebote von einer an objektiven, kulturellen und sozialen Vorgaben orientierten Werte-Erziehung hin zu einer Verständigung zwischen Hilfeangebot und Hilfeempfänger oder -empfängerin mit ungewissem Ausgang entwickeln müssen (Birtsch et al., 2001). Hilfeangebote müssen beweglicher werden, sich an die sich verändernde Lebenswelt ihrer Klientel anpassen und an sie anknüpfen, so der Anspruch (Namuth et al., 2013).

Diese theoretische Anforderung ist jedoch nur schwer mit der Praxis in Übereinstimmung zu bringen, weil sie die Fachkräfte offenbar stark verunsichert. So wird die geforderte umfassende Partizipation und Teilhabe zwar auf der programmatischen Ebene in Einrichtungskonzeptionen und Hilfeplanverfahren formuliert, in der Praxis jedoch kaum gelebt: „Je konkreter jedoch alltäglich-pädagogische Situationen angesprochen sind, desto seltener wird Partizipation berücksichtigt", heißt es in der Auswertung des Bundesjugendkuratoriums (BJK, 2009: 16) zur Partizipation in der Kinder- und Jugendhilfe. Tatsächlich sei sogar ein „partizipationsabwehrendes Muster der Fachkräfte" (ebd.) zu konstatieren, was sich durch „Bedrohung der eigenen Fachlichkeit" sowie Resignation (ebd.: 39) begründe (vgl. auch Müller, 2006; Moser, 2010). Auch Seithe (2010: 53) beobachtet, dass Fachkräfte häufig aus Unsicherheit und/oder Überforderung auf eine „autoritäre Variante" zurückgreifen, statt sich an die fachlich und normativ gebotene Lebensweltorientierung anzulehnen. Gerade psychotherapeutische Methoden und Techniken – Galuske (2011: 133) spricht hier von „Psycho-Boom" – und eine „Expertokratisierung der Sozialarbeit durch Therapeutisierung" (Olk 1986: 205) werden als weitere Zerstreuungen bezeichnet, die nicht zur Klärung, sondern eher zur Verunsicherung der Fachlichkeit in der Kinder- und Jugendhilfe beigetragen haben.

Neues Professionsverständnis der Kinder- und Jugendhilfe

Neu zu entwickelnde Handlungsfelder der Jugendhilfe wie frühkindliche Bildung, Schulsozialarbeit oder auch Frühe Hilfen sind in diesem Kontext als Maßnahmen und Programme zu sehen, die auf

ein neues, an den Interessen der Klienten ausgerichtetes Professionsverständnis abzielen. Sie sind v.°a. multiprofessionell ausgerichtet. Der Maßstab soll dabei sein, dass zentrale Probleme vieler Kinder und Familien – etwa Kinderarmut, Bildungsbenachteiligung und versäulte Angebote – reduziert werden. Dafür sollen auf kommunaler Ebene alle Zielgruppen niedrigschwellig erreicht werden. Dabei soll ein neues Verständnis für Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere das Jugendamt, geschaffen werden, das bedeutet „Amtsdenken überwinden" und Probleme nicht „aus fachlicher Sicht", sondern aus Perspektive der Familien betrachten (Fischer, 2014). Frühe Hilfen sind dabei keineswegs nur Kinderschutz für Betroffene, vielmehr müssen alle Familien angesprochen werden, um ein gemeinsames Umdenken zu entwickeln.

Ausgangspunkt ist die verstärkte öffentliche Verantwortung, bei der Frühe Hilfen als Instrument fungieren sollen und die Kommunen als Lotsen tätig werden. Anschaulich wird dies bei dem Claim des in NRW durchgeführten Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen".

Dafür bedarf es Handlungssicherheit für die Kinder- und Jugendhilfe (siehe die neuen §§°8a, 8b des SGB VIII). Die darin enthaltenen gesetzlichen Regelungen sollen ein pädagogisches Fallverständnis unterstützen. Alte wie neue Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe müssen sich an den neuen und sich laufend weiter verändernden Realitäten kindlichen Aufwachsens (sozialer Wandel) und an neuen Akteurinnen und Akteuren (z.°B. Richterinnen und Richter, Kinderärzte und -ärztinnen, ehrenamtlich Tätige) ausrichten. Im so skizzierten neuen Professionsverständnis der Kinder- und Jugendhilfe gewinnen Methoden wie Moderation, Mediation sowie Dokumentation und Evaluation immer weiter an Bedeutung. Bei der Stärkung elterlicher Erziehungskompetenz hat die Kinder- und Jugendhilfe nach diesen Ansätzen weniger eine Kontroll- als vor allem eine Lotsenfunktion (Ziegenhain et al., 2010).

In diesem Sinne sind Frühe Hilfen ein Entwicklungsprozess, der mit Schwierigkeiten verbunden ist, aber auch mit großen Chancen. Nachfolgend wird der konkrete Aufbau des Handlungsfeldes beschrieben.

Frühe Hilfen – Entstehung eines neuen Handlungsfeldes

Der praktische Aufbau des Handlungsfeldes Frühe Hilfen erfolgte zunächst über etliche Modellprojekte und Programme durch Bund, Länder und Kommunen. In Nordrhein-Westfalen wurden schon 2001 Modellversuche mit sog. „Sozialen Frühwarnsystemen" (MGSFF, 2005) initiiert; auch einzelne Kommunen wie Dormagen und Monheim stellten ihr Jugendhilfesystem sukzessive auf Prävention um (Sandvoss & Kramer, 2010). In 15 der 16 Bundesländer wurde ein verbindliches Einladewesen für kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen eingeführt, zumeist im Rahmen von Landesgesetzen zu Kinderschutz und Frühen Hilfen (Thaiss & Burchardt, 2013).

Auf Bundesebene begründete das Familienministerium 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) als zentrale Wissensplattform für Frühe Hilfen. Das NZFH wird getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.°V. (DJI) in München. Diese ungewöhnliche Partnerschaft illustriert bereits das Ziel eines neuen ressortübergreifenden Verständnisses. Die BZgA ist eine nachgeordnete Bundesoberbehörde

im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Das DJI hingegen ist ein unabhängiges sozialwissenschaftliches Institut zur Forschung in den Themenbereichen Kindheit, Jugend und Familie. Es bildet eine

Vermittlungsinstanz zwischen Wissenschaft, Politik und Fachpraxis. Das Deutsche Jugendinstitut wird aber auch überwiegend aus Mitteln des Bundesfamilienministeriums finanziert und erfüllt traditionell zentrale Aufgaben des Ministeriums, wie die Geschäftsführung für die Sachverständigenkommissionen der jeweiligen Kinder- und Jugendberichte der Bundesregierung, die nationale Bildungsberichterstattung und das vom Ministerium eingerichtete und jeweils berufene Bundesjugendkuratorium (DJI, 2014).

Modellprojekte Früher Hilfen

Im Rahmen der ersten Phase des Aktionsprogramms Frühe Hilfen wurden von 2007 bis 2010 zehn Modellprojekte initiiert, die jeweils ein Praxis- und ein Wissenschaftsmodul umfassten (Renner & Heimeshoff, 2010). Die Praxisangebote wurden jeweils von den beteiligten Ländern und Kommunen sowie von Stiftungen oder freien Trägern finanziert. Mehrere Projekte konzentrierten sich auf die Evaluation der Arbeit von Familienhebammen. Fast alle Modellprojekte untersuchten die Kooperations- und Vernetzungsstrukturen. Die wissenschaftliche Begleitung und der fachliche Austausch zwischen den Forschungsprojekten wurden vom NZFH koordiniert und projektübergreifend zusammengeführt (ebd.).

Die Erkenntnisse aus dieser ersten Förderphase wurden in Form von Publikationen, Arbeitshilfen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Fachpraxis genutzt. Zudem fanden sie Eingang in die Beratungen zum Bundeskinderschutzgesetz und wurden bei der Ausgestaltung der Bundesinitiative Frühe Hilfen ab 2012 berücksichtigt. Drei zentrale Erkenntnisse aus den Modellprojekten schlugen sich im Bundeskinderschutzgesetz nieder (Renner & Sann, 2010):

- Qualifiziert koordinierte kommunale Netzwerke sind eine notwendige Voraussetzung für die sektorenübergreifende Vermittlung von passgenauen Hilfen.
- Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen, insbesondere Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sind geeignete niedrigschwellige, zugehende Unterstützungsangebote aus dem Gesundheitsbereich.
- Schwangerschaftsberatungsstellen und Geburtskliniken sind Kooperationspartner mit Schlüsselfunktion für den Zugang zum Netzwerk Frühe Hilfen.

Normierung der Frühen Hilfen durch das Bundeskinderschutzgesetz

Das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) zielt darauf ab, Grundlagen für umfassende Verbesserungen im Kinderschutz in Deutschland zu schaffen. Es soll gleichermaßen Prävention und Intervention stärken und bessere Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder sowie intensive Zusammenarbeit aller relevanten Akteurinnen und Akteure durch Netzwerke im

Kinderschutz und in den Frühen Hilfen fördern. Die zentralen Regelungen des BKiSchG beziehen sich auf die nachfolgenden vier Bereiche:

- Frühe Hilfen und strukturelle Vernetzung auf örtlicher Ebene
- Kooperation im Einzelfall sowie Qualifizierung des Schutzauftrags
- Kontinuierliche Qualitätsentwicklung
- Erweiterung der statistischen Datenbasis

Das BKiSchG enthält als Artikelgesetz neben einem neu geschaffenen Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) auch Änderungen des SGB VIII sowie des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Das KKG verfolgt das Ziel, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern. Der Gesetzgeber hat in §°1 Absatz 4 KKG erstmals Frühe Hilfen normiert als „Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch [durch] Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen)."

Verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz sind dabei als Grundlage vorgesehen, um Mütter und Väter durch professionelle und ehrenamtliche Angebote bedarfsgerecht zu unterstützen (vgl. §°3 KKG). Deshalb sollen in den Ländern – vor allem durch Jugendämter – flächendeckende und verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit aufgebaut und weiterentwickelt werden, um sich gegenseitig zu informieren, strukturelle Fragen zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen. Eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten werden als relevante Akteurinnen und Akteure in den zu schaffenden Netzwerken Frühe Hilfen betrachtet. Aufgelistet werden dabei öffentliche und freie Kinder- und Jugendhilfe, Schwangerschaftskonfliktberatung, Familienbildung, Frühförderung, Gesundheitsämter sowie weitere Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens wie insbesondere Krankenhäuser, Ärzteschaft und Hebammen.

Die so eingerichteten Netzwerke Frühe Hilfen sollen zur praktischen Umsetzung insbesondere durch den Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Fachkräften aus dem Gesundheitswesen flankiert werden. Dieses nunmehr flächendeckend neue Angebot ist als aufsuchende, niedrigschwellige Unterstützung von Familien mit besonderen Belastungen vorgesehen.

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Zur Unterstützung des strukturellen Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen ist die »Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen« (§°3 Abs. 4 KKG) in das Gesetz aufgenommen worden. Ab 2016 soll ein Fonds mit einem jährlichen Budget von 51 Millionen Euro zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und psychosozialen Unterstützung von Familien eingerichtet werden. Dessen Ausgestaltung soll wie schon aktuell die Bundesinitiative Frühe Hilfen durch eine Ver-

waltungsvereinbarung (VV) zwischen Bund und Ländern geregelt werden. In der Präambel der bestehenden VV heißt es:

„Ziel ist eine Stärkung der Frühen Hilfen, die sich an alle Eltern ab der Schwangerschaft und an Eltern mit Kleinkindern wenden, um über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und insbesondere Eltern in belastenden Lebenslagen spezifische Hilfen anzubieten. Bund und Länder wollen faire Chancen und gute Lebensbedingungen von Anfang an für Kinder im gesamten Bundesgebiet sicherstellen."

Zur Zielerreichung sind die folgenden vier Förderbereiche festgeschrieben:

- Netzwerke mit Zuständigkeit für Frühe Hilfen (Art. 2 Abs. 3 VV)
- Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen im Kontext Früher Hilfen (Art. 2 Abs. 4 VV)
- Ehrenamtsstrukturen im Kontext Früher Hilfen (Art. 2 Abs. 5 VV)
- Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen, sofern die Strukturen und Angebote des ersten und zweiten Förderbereichs bedarfsgerecht zur Verfügung stehen (Art. 2 Abs. 6 VV).

Hierbei sind die ersten beiden Förderbereiche „Netzwerke" und „Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen" obligatorisch; der dritte Förderbereich der Ehrenamtsstrukturen, wie z.°B. Familienpaten, soll langfristig ebenfalls entwickelt werden, der vierte ist komplementär.

Diese kurze Chronologie der Entstehung des Handlungsfeldes der Frühen Hilfen zeigt bereits auf, wie dieses – anders als die Gesundheitsförderung – stark praxisorientiert und an unmittelbaren Handlungsanforderungen orientiert, gewachsen ist. Dies kann in gewisser Weise auch als ideale Ergänzung betrachtet werden: Da, wo die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung eher offen und konzeptionell gehalten ist, wird im Handlungsfeld der Frühen Hilfen – noch deutlicher als in dem weiter gezogenen Feld der (nicht-medizinischen) primären Prävention – unmittelbar praktisch gearbeitet.

Inhaltliche Eingrenzung Früher Hilfen

Gleichwohl ist das Feld der Frühen Hilfen auch inhaltlich gerahmt. Zentrale Bedeutung kommt hier dem Wissenschaftlichen Beirat des NZFH zu. Dieses multidisziplinär besetzte Gremium hat bereits 2009 eine Begriffsbestimmung für das Verständnis der Frühen Hilfen erarbeitet, die auch dem Bundeskinderschutzgesetz und der Bundesinitiative Frühe Hilfen zugrunde liegt. Die Begriffsbestimmung wurde vom Beirat des NZFH 2014 um ein Leitbild ergänzt. Diese beiden wesentlichen inhaltlichen Textdokumente für die Frühen Hilfen werden nachfolgend dargestellt.

Frühe Hilfen als komplexe regionale Hilfesysteme

Leitmotiv bei der Entwicklung der Definition Früher Hilfen durch den Wissenschaftlichen Beirat war es , die zu Beginn des Aktionsprogramms im Vordergrund stehende einseitige Fokussierung Früher Hilfen auf Gefahrenabwehr zu überwinden und diese in ein umfassendes Verständnis der Förderung positiver Entwicklungsbedingungen einzubetten. Gestalt und Ziele Früher Hilfen werden daher zunächst wie folgt beschrieben:

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe" (Wissenschaftlicher Beirat, 2012: 7).

Teil 1 der Begriffsbestimmung macht deutlich, dass mit Frühen Hilfen nicht vorrangig Einzelangebote der Kinder- und Jugendhilfe oder anderer Leistungssysteme gemeint sind, sondern dass es sich um komplexe Hilfesysteme in einem umschriebenen Sozialraum handelt. Die Zielgruppe wird zunächst über das biografische Alter der Kinder eingegrenzt, ohne schon nach Lebenslagen zu differenzieren. Die Ziele Früher Hilfen werden umfassend und in ihrer Konkretisierung positiv formuliert. Die Zielbeschreibung löst sich damit von dem isolierten Ziel der Vermeidung von Vernachlässigung bzw. Misshandlung und orientiert sich stärker an den Prinzipien einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Damit greift sie auch Bewegungen auf wie die internationale Kinderrechtsbewegung, hier explizit durch Bezugnahme auf die UN-Kinderrechtskonvention (Recht auf Schutz, Förderung und Teilhabe bzw. Protection, Provision and Participation), oder auf den 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ, 2009), der unter dem Leitbegriff „Gesund groß werden" eine umfassende Berücksichtigung der Salutogenese postuliert.

Frühe Hilfen als universelle und selektive Prävention

Teil 2 der Begriffsbestimmung beschreibt ein Maßnahmenmodell, das auf „Basis einer universellen Gesundheitsförderung für alle Kinder" (Sann et al., 2013: 366) insbesondere Angebote für Familien mit besonderen Unterstützungsbedarfen umfasst:

„Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, auf-einander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwen-

den, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden" (Wissenschaftlicher Beirat, 2012: 7).

Frühe Hilfen befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle (Geene & Gold, 2009), wobei die Gewichtung dieser beiden Pole in der Praxis stark unterschiedlich ausfällt (Sann & Landua, 2010). Kontroversen entzündeten sich im fachpolitischen Diskurs v.°a. an der Frage der zu priorisierenden Präventionsstrategie: Soll zur Vermeidung von möglichen Stigmatisierungseffekten einer strikt universell-präventiven Strategie der Vorzug gegeben werden vor einer selektiven Ansprache besonders belasteter Zielgruppen? Oder kann dies nicht vielmehr dazu führen, dass die Hilfen – klassisches Präventionsdilemma – gerade dort nicht ankommen, wo sie am meisten bewirken können, nämlich bei den besonders belasteten Eltern? Geht es mehr um eine allgemeine Förderung von elterlichen Kompetenzen oder doch eher um die gezielte, wenn auch vorbeugende und freiwillige Vermeidung möglicher Gefährdungen des Kindeswohls? Der Wissenschaftliche Beirat des NZFH schlägt hier ein „sowohl als auch" in einem additiven Sinne vor (Sann et al., 2013: 367). Mit einer breiten Basis universell-präventiver Angebote sollen die Verfügbarkeit von Information über und die ausreichende Versorgung mit allgemeinen Unterstützungs- und Hilfeangeboten im Sozialraum gesichert werden. Darin eingebettet bedarf es aber besonderer Bemühungen, um Familien in schwierigen Lebenslagen zu erreichen und bedarfsgerecht zu unterstützen. Denn gerade belasteten Familien fehlen oft das Wissen und auch die Kraft, sich Unterstützung aktiv zu erschließen. Sie benötigen spezifische, niedrigschwellige, meist aufsuchende Angebote, die ihre besondere Lebenslage berücksichtigen. Die Vermeidung von Stigmatisierung ist dabei in erster Linie eine Frage der Haltung, mit der Fachkräfte Müttern (und bisher in geringem Maße Vätern) gegenübertreten, um sie für die Teilnahme an den rein freiwilligen Angeboten der Frühen Hilfen zu motivieren. Eltern als potenzielle Gefährdung für ihr Kind zu adressieren, bietet hier keine Ausgangsbasis, sondern blockiert den Aufbau einer Vertrauensbeziehung (Geene & Gold, 2009). Daher gilt es, in der Ansprache positive Ziele Früher Hilfen zu formulieren, wie bspw. die Förderung einer altersgemäßen Entwicklung des Kindes und das Erleben von mehr Sicherheit und Selbstwirksamkeit in der Elternrolle. Dies kommt in der Regel den Bedürfnissen und Wünschen von Eltern entgegen (Renner & Heimeshoff, 2010) und kann die Motivierung zur Inanspruchnahme einer Hilfe stützen. Mögliche Belastungen in der aktuellen Lebenssituation anzusprechen, sollte jedoch nicht tabuisiert sein, wichtig ist die Verknüpfung mit einem passenden Unterstützungs- bzw. Hilfeangebot (Helming et al., 2007). Dennoch können Situationen entstehen, in denen das Kindeswohl nicht mehr gewährleistet oder gar in akuter Gefahr ist. Verantwortliche Fachkräfte müssen daher auch in der Lage sein, solche Situationen rechtzeitig zu erkennen und Maßnahmen zum Schutz des Kindes in die Wege zu leiten. Frühe Hilfen bilden dabei „eine Brücke zum intervenierenden Kinderschutz (tertiäre Prävention)" (Sann et al., 2013: 367).

Frühe Hilfen als Vernetzung

Als gleichrangig zweites Handlungsfeld Früher Hilfen wird die ressortübergreifende Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme und ihrer Akteurinnen und Akteure angesehen:

„Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern" (Wissenschaftlicher Beirat, 2012: 7)

In Teil 3 der Begriffsbestimmung des NZFH sind neben dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe auch die Einrichtungen der Frühförderung (Thurmair, 2008; Klein, 2009) sowie das rechtlich eigenständige System der Schwangerschaftsberatung (Franz & Busch, 2012) als zentrale Kooperationspartner im Netzwerk Frühe Hilfen genannt. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Kinder- und Jugendhilfe keinesfalls allein das Ziel erreichen kann, eine ausreichende Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit bedarfsgerechten Angeboten zu realisieren. Zugänge zu (werdenden) Eltern sind in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und in der ersten Zeit mit dem Baby regelhaft im Bereich der medizinischen Versorgung (Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie) vorhanden. Diese sollen im Kontext Früher Hilfen systematischer genutzt werden, um neben medizinischen Risiken und Problemen auch psychosoziale Belastungen wahrzunehmen und Familien in entsprechende Hilfeangebote überzuleiten. Die Unterstützungsbedarfe von Kindern und Eltern in dieser frühen Phase des Familienlebenszyklus sind vielfältig und komplex. Eine Trennung von medizinischen, psychologischen und sozialen Ursachen, die eine Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungssystemen nach sich zieht, ist für die Familien oft wenig sinnvoll und im Einzelfall mit erheblichem Aufwand verbunden, so dass „‚maßgeschneiderte' Lösungen gefunden und im Netzwerk Früher Hilfen realisiert" werden sollen (Sann et al., 2013: 368). Dabei wird aber nicht nur auf die professionellen Akteurinnen und Akteure Bezug genommen, sondern explizit auch der soziale Nahraum von Familien als wichtige Ressource benannt. Ziel aller Bemühung ist sowohl die Verbesserung des Versorgungsgrades mit frühpräventiven Angeboten als auch die (empirisch basierte) Steigerung der Qualität der Angebote (ebd.).

Leitbild Frühe Hilfen

In Ergänzung dieser Definition der Frühen Hilfen hat der Beirat 2014 ein „Leitbild Frühe Hilfen" erarbeitet und verabschiedet. Hier wird zunächst die dynamische Entwicklung der Frühen Hilfen und ihre Institutionalisierung durch das Bundeskinderschutzgesetz konstatiert, die eine Präzisierung der Frühen Hilfen und eine eigenständige Positionierung „im Spektrum staatlicher Leistungen für Kinder und Familien" (NZFH, 2014: 5) erforderlich mache – einerseits als Orientierung für die Fachkräfte, andererseits als „Reflektionsfläche für die Partner in der Praxis" (ebd.), damit insgesamt ein „gemeinsames Verständnis von Frühen Hilfen" (ebd.) entstehe. Es wird mithin unterstrichen, dass Frühe Hilfen als gemeinsame praktische Prozesse zur Verbesserung der Lebenssituation von jungen Familien und Kleinkindern zu begreifen sind.

Frühe Hilfen als Kinder- und Elternrecht

In dieser Logik wird eingangs ein „Fundament der Frühen Hilfen" beschrieben, das sich zunächst aus der Kinderrechtskonvention herleitet, denn dort ist die Aufgabe benannt, „förderliche Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien zu schaffen und zu stärken, um ihnen von Anfang an ein möglichst gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen" (NZFH, 2014: 6). Der Grundgesetz-Artikel 6 mit dem elterlichen Pflege- und Erziehungsauftrag (als Recht und Pflicht) und dem ergänzenden staatlichen Wächteramt ist in §°1 des Kinderschutzgesetzes dahingehend unterstrichen, dass Eltern bei der Erfüllung des Auftrages ausreichend unterstützt werden müssen. Für die Frühen Hilfen leitet sich daraus ein umfassender Präventionsauftrag ab. Auch die Anforderungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) sind hinsichtlich der elterlichen Unterstützung nach §°16 Absatz 3 im Sinne Früher Hilfen weiter konkretisiert worden.

Daher ist mit dem „Gesetz zur Kooperation im Kinderschutz" (KKG) als Teil des Bundeskinderschutzgesetzes die Zusammenarbeit vieler eigenständiger Akteurinnen und Akteure der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsysteme definiert, rechtlich verbindlich jedoch nur für die Akteurinnen und Akteure der Kinder- und Jugendhilfe und der Schwangerschaftskonfliktberatung sowie in Landesgesetzen in unterschiedlicher Ausprägung.

Das Gesundheitswesen beteiligt sich an den Frühen Hilfen bislang mit den Leistungen der Regelversorgung, d.°h. insbesondere der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung, aber auch durch Hebammen und Frühförderung. Zukünftige Anknüpfungspunkte werden in der Primärprävention gesehen – insbesondere unter Verweis auf die Soziallagenorientierung des SGB V, §°20 – sowie in interdisziplinären Qualitätszirkeln und Schnittstellenkooperationen.

Frühe Hilfen in 13 Leitkriterien

Als Arbeitsfeld der Frühen Hilfen werden im zweiten Teil des Leitbildes 13 Kriterien herausgestellt, die nachfolgend kurz erläutert werden.

1. Frühe Hilfen orientieren sich an den Bedarfen der Familien.

   Hier wird auf den Lebenslagenansatz Bezug genommen. Spezifische Lücken in der Versorgung sollen erkannt und durch das jeweilige Frühe-Hilfen-Netzwerk geschlossen werden.

2. Frühe Hilfen sind Angebote an (werdende) Familien und ihre Kinder ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes.

   Folgend der Adressatenbeschreibung des Bundeskinderschutzgesetzes wird hier insbesondere auf eine frühzeitige, präventive Unterstützung insistiert.

3. Frühe Hilfen sind geprägt von einer wertschätzenden und auf Vertrauen basierenden Grundhaltung in der Arbeit mit Familien.

   Dieses Kriterium untermauert die Freiwilligkeit der Angebote, die im Übrigen von Transparenz, Vertraulichkeit und Partizipation geprägt sein sollen.

4. Frühe Hilfen setzen an den Ressourcen der Familien an, stärken ihr Selbsthilfepotenzial und fördern Elternverantwortung.

   Ist die familiäre Grundversorgung sichergestellt, sollen elterliche Ressourcen und nicht ihre Defizite im Vordergrund stehen. Hier wird elterliche Feinfühligkeit gegenüber den Kindern angestrebt und folgend Selbstwirksamkeitserfahrungen hinsichtlich des wichtigen Ziels einer gelingenden Bindungsentwicklung. Um dies nachhaltig zu sichern, soll das Selbsthilfepotenzial der Eltern lebensweltlich angesprochen und aktiviert werden.

5. Frühe Hilfen richten sich an alle Familien und sind dem Diversity-Konzept verpflichtet.

   Hier wird mit dem Diversity-Konzept das Schlüsselkriterium des britischen Sure-Start-Ansatzes angesprochen und gefordert, dass Frühe Hilfen kultur- und differenzsensibel gestaltet sind. Ausgestaltet werden kann dies durch Öffnung oder durch spezifische Angebote für spezielle Bedarfe.

6. Frühe Hilfen haben ein eigenes Profil und sind integriert.

   Dieses Kriterium bedarf im Leitbild der umfangreichsten Erläuterung, weil es (ähnlich dem Spagat der Gesundheitsförderung) gleichermaßen Breite und Tiefe beansprucht: einerseits als eigenstän-diges Profil, andererseits als Querschnittsanforderung an alle Formen der Leistungserbringung für (werdende) Eltern und Kinder. Schwerpunkte liegen dabei im sekundärpräventiven Bereich, hin-sichtlich des universellen Zugangs aber auch im primären, hinsichtlich der Schnittstellenkompetenz im tertiären Präventionsbereich. Das eigene Integrationsprofil besteht dabei sowohl in der Kompetenz, dynamische Veränderungen familiärer Unterstützungsbedarfe zu erkennen, als auch in der Fähigkeit zur sektorenübergreifenden Kooperation.

7. Frühe Hilfen schaffen niedrigschwellige Zugänge für psychosozial belastete Familien.

   Hier werden die Frühen Hilfen aufgefordert, die Anwaltschaft zu übernehmen – insbesondere für psychosozial belastete Familien, deren spezifische Bedarfe aufmerksam wahrgenommen werden müssen, und denen leichte Zugänge ermöglicht werden sollen.

8. Frühe Hilfen werden von allen geleistet, die Kontakt zu psychosozial belasteten Familien und ihren Kindern haben.

   Dieses Kriterium untermauert die Querschnittsanforderung: Frühe Hilfen sind „als Querschnittsaufgabe für alle relevanten Politik- und Sozialgesetzgebungsbereiche sowie Professionen und Institutionen zu verstehen" (NZFH, 2014: 10), wobei auch bürgerschaftliches Engagement eingeschlossen wird. Frühe Hilfen werden dabei als Anfang einer Präventionskette angesehen, die sich in flankierende Maßnahmen, z.°B. der Armutsprävention im Sinne der Verhältnisprävention, einbetten sollen.

9. Frühe Hilfen sind kommunal verankert. Sie sind mit Ressourcen für eigenständiges Handeln ausgestattet.

   Eine kommunale Steuerung, wie sie durch Fördermittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen inzwischen flächendeckend aufgebaut ist, gilt als Voraussetzung, die möglichst auch als Teil eines kommunalen Gesamtkonzepts zur Förderung aller Familien und Kinder konzipiert sein soll. Hier zeigt sich der besondere Bedarf einer ergänzenden kommunalpolitischen Aufgabe, die sich bislang nur fachlich, nicht jedoch rechtlich verbindlich herleitet. Die Perspektiverweiterung auf „unterschiedliche Leistungssysteme" verweist hier auf ergänzenden Regelungsbedarf, wie er auf Grundlage des Präventionsgesetzes zukünftig bedient werden kann.

10. Frühe Hilfen werden in Netzwerken gestaltet und koordiniert.

    Die Netzwerke umfassen alle Institutionen und Anbieter der Lebensphase. Herausgestellt wird jedoch, dass dies keine Selbstverständlichkeit ist; vielmehr wird „die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache" (ebd.: 12) gefordert. Als essentiell werden Transparenz, Partizipation, gegenseitiges Verständnis und „Wille zum gemeinsamen Arbeiten auf Augenhöhe" (ebd.: 11) formuliert.

11. Frühe Hilfen verfügen in den Netzwerken über allgemeine und spezifische Kompetenzen der beteiligten Akteurinnen und Akteure.

    Hier werden die Netzwerkkompetenzen näher beschrieben. Eckpfeiler dieser interprofessionellen Fertigkeiten sind ein gemeinsames Verständnis Früher Hilfen und regionaler Vereinbarungen, die sich über gemeinsame Reflektions- und Fortbildungsmöglichkeiten laufend fortentwickeln sollen.

12. Frühe Hilfen orientieren sich an wissenschaftlich fundierten Grundlagen der Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit mit Familien.

    Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden an dieser Stelle Bindungs- und Entwicklungsforschung, Familienforschung, Public Health, Resilienz, Sozial- und Kulturwissenschaften, Soziale Arbeit, Gesundheits-, Pflege-, Hebammen- und Lebenswissenschaften als Bezugswissenschaften für die Frühen Hilfen genannt. Diese Auflistung ist stark praxisgeprägt; ein wissenschaftlich-systematischer Bezug könnte sich eher an einer adressatenbezogenen Zusammenstellung von Teilbereichen der Humanwissenschaften – hier insbesondere Psychologie, Soziologie und Gesundheitswissenschaften/Public Health – orientieren. Eine solche Systematisierung wird möglicherweise längerfristig im Rahmen entsprechender Forschungsverbünde und Studiengänge entstehen.

13. Frühe Hilfen sind qualitätsgesichert und werden regelmäßig evaluiert.

    Qualität Früher Hilfen definiert sich darüber, dass Eltern-Kind-Beziehungen verbessert werden. Hier wird darauf insistiert, dass dies prozesshaftes Wissen ist, das laufend überprüft

und weiterentwickelt werden muss. In diesen Prozess, so heißt es im Sinne der partizipativen Forschung abschließend, „werden die Familien partizipativ einbezogen" (ebd.: 12).

Mit diesem Leitbild verfügen die Frühen Hilfen über eine ihre Definition ergänzende, inhaltliche Positionierung. Es greift dabei insbesondere die Dynamik des Handlungsfeldes auf, das sich in fortlaufender Weiterentwicklung befindet. Sowohl in diesem gemeinsamen Verständnis, als auch durch die mehrfache explizite Bezugnahme bieten sich die Frühen Hilfen als ideales Praxisfeld für die Gesundheitsförderung an.

Auch in ihrem politischen Charakter hinsichtlich kommunaler und überregionaler Gestaltungsaufgaben sind die Frühen Hilfen der Haltung der Gesundheitsförderung gemäß Ottawa-Charta seelenverwandt.

3.5 Frühe Hilfen mit Blick auf Gesundheitsförderung

Frühe Hilfen als innovatives, problemnahes Angebot sollen Eltern so früh wie möglich dabei unterstützen, ihren Kindern von Anfang an, das heißt schon ab der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit, eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und somit Risiken für Gefährdungen soweit wie möglich zu reduzieren. Im Zentrum steht die Unterstützung von Eltern, die aufgrund großer Belastungen aus eigener Kraft nicht ausreichend für ihre Kinder sorgen können. Die Belastungen sind vielschichtig und reichen von eigenen psychischen Beeinträchtigungen und häuslicher Gewalt bis hin zu Problemen aufgrund von mangelnder Bildung und Armut. Frühzeitige Unterstützung setzt dabei voraus, dass diese Belastungen und Bedarfe frühzeitig erkannt und passgenaue Hilfen angeboten werden.

Frühe Hilfen sind kein bestimmter Hilfetyp, sondern basieren auf einem System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten im Rahmen eines Netzwerks, das sowohl allgemeine als auch spezifische Hilfen für besondere Problemlagen umfasst. Dabei können allgemeine Hilfen – wie Angebote des Gesundheitssystems (Ziegenhain et al., 2000) oder der Schwangerschaftsberatung (Franz & Busch, 2012) – guten Zugang zu besonders schwer erreichbaren Eltern ermöglichen, denn sie werden von fast allen (werdenden) Eltern genutzt und daher nicht als stigmatisierend erlebt. Die Anbieter genießen ein hohes Vertrauen der Familien (Thyen, 2011). Die spezifischen Hilfen umfassen psychosoziale Hilfen für besondere Problemlagen, um den Unterstützungsbedarfen der Familien in prekären Lebenslagen gerecht zu werden. Diese Hilfen werden vor allem von der Kinder- und Jugendhilfe vorgehalten. Durch systemübergreifende Zusammenarbeit und passgenaue Hilfen kann zum einen wirkungsvoller für die Familien und zum anderen ressourcenschonender für die Haushalte gearbeitet werden, indem es zu weniger Fehlversorgung kommt und Parallelstrukturen vermieden werden (Pott et al., 2010).

„Frühe Hilfen als förderndes, präventives, an den Ressourcen der Eltern orientiertes Unterstützungsangebot lehnen sich an den Prinzipen der Gesundheitsförderung an", heißt es im einführenden Beitrag der Sonderausgabe „Frühe Hilfen – Gesundes aufwachsen ermöglichen" der Zeitschrift „Frühe Kindheit" der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.°V. durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (Paul, 2012: 7). Die Liga, gleichzeitig Initiator und Geschäftsstelle der

bundesdeutschen National Coalition zur Umsetzung der UN-Kinderrechtscharta, gilt als eine der führenden NGOs im Bereich von Kinderschutz, Kindeswohl sowie Kinderinteressensvertretung und -förderung und ist eine jener zivilgesellschaftlichen Organisationen, zu denen ebenfalls Brücken geschlagen werden.

Die Orientierung an der Gesundheitsförderung drückt sich insbesondere in elterlicher Kompetenzförderung aus, damit diese ihre Kinder aus eigenen Kräften versorgen können. Solche Mobilisierung von Selbsthilfepotenzialen kann nur bei freiwilliger Annahme der Unterstützungsangebote gelingen, mithin durch elterliche Partizipation am Hilfeprozess. Dies erfordert eine professionelle, wertschätzende Haltung den Familien gegenüber, sodass sie trotz schwieriger Lebensverhältnisse grundsätzlich Fähigkeiten ausbilden können, die eine Bewältigung ihrer Probleme möglich machen.

Dennoch werden Frühe Hilfen, so das Resümee, es nicht allein schaffen, dass die Familie ein guter Ort für alle Kinder in unserer Gesellschaft ist. Frühe Hilfen müssen in ein gesamtgesellschaftliches Engagement eingebettet sein, damit die soziale Lage von Familien nicht über ein gesundes Aufwachsen der Kinder entscheidet. Die Verhältnisprävention – gerade im Sinne der in den Gesundheitswissenschaften diskutierten „kontextorientierten, verhältnisgestützten Verhaltensprävention" (Franzkowiak et al., 2011: 221) – ist dabei eine zentrale Herausforderung im Rahmen der Frühen Hilfen, weil sie sich aus dem Methodenprogramm der Kinder- und Jugendhilfe nicht ergibt. Hier sind die politischen Konzepte der Ottawa-Charta mit ihrer Weiterentwicklung im Setting-Ansatz und dem „Whole-of-Society-Approach" deutlich raumgreifender und anspruchsvoller.

Die strukturellen Voraussetzungen sind bereits durch das Kooperationsgebot in §°81 des SGB VIII gegeben, wenngleich diese Verpflichtung bislang nur einseitig für Kinder- und Jugendhilfe und Schwangerschaftsberatung besteht, nicht jedoch umgekehrt für die Träger nach SGBs II, III, V und IX sowie die Gesundheitsämter/ÖGDs (Thyen, 2011). Die Verabredung von Familienministerium und Gesundheitsministerium, der Schnittstellenproblematik entgegenzutreten (s°.o.), nährt die Hoffnung, dass hier Regelungen zu Frühen Hilfen mit gegenseitiger höherer Verbindlichkeit geschaffen werden.

Bereits heute ist der Vernetzungsansatz der Gesundheitsförderung ein großer Erfahrungsschatz für den Aufbau von Netzwerken (Trojan & Legewie, 2001), der im Bereich der Frühen Hilfen mit dem flächendeckenden Aufbau entsprechender Netzwerke bei allen Jugendämtern und dem 2014 vorgelegten Kompetenzprofil für Netzwerkkoordination (NZFH ,2014) systematisch aufgegriffen worden ist. Die gemeinsame Internet-Plattform inforo-online kann einen kontinuierlichen Erfahrungs- und Wissenstransfer von Gesundheits- und Jugendhilfe anregen und unterstützen.

Frühe Hilfen müssen, so hat sowohl die fachliche Debatte als auch vor allem die praktische Erfahrung vor Ort gezeigt, als freiwilliges und partizipatives Angebot konzipiert sein. Diese Anforderung stellt sich gleichermaßen ethisch – weil der Familie hier eine besondere, grundgesetzlich abgesicherte Autonomie eingeräumt ist – wie praktisch, weil Eltern die Schlüsselpersonen für kindliches Wohlbefinden sind. Auch hier ist der Brückenschlag zur Gesundheitsförderung lohnend, wie der Blick auf die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Lehmann et al., 2010) und die Leitprinzipien des Kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen

für alle!" (Gold & Lehmann, 2012) zeigt, die von Empathie und multidisziplinären Ansätzen geprägt sind. Die drei Kernprinzipien der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung (vermitteln, vertreten, vernetzen) und die fünf Handlungsfelder (s.°o.) sind nachgerade eine „Blaupause" für die Etablierung Früher Hilfen, bei der politische Rahmenbedingungen, zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure sowie die Familien in einem offenen, solidarischen, nichtdiskriminierenden Prozess zusammenwirken. Die Akzeptanz bei Familien in schwierigen Lebenslagen hängt maßgeblich davon ab, dass sich diese Haltung professionell und empathisch in den Angeboten ausdrückt und glaubhaft vermittelt.

Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen – Bilanz und Ausblick

Frühe Hilfen als neues vernetzendes Handlungsfeld und Gesundheitsförderung als Querschnittsanforderung an alle Systeme sozialer und gesundheitlicher Versorgung sind zwei innovative Strategien zur Modernisierung der Gesundheits- und der Kinder- und Jugendhilfe. Ihre Aufgabenzuordnung als Motoren der Veränderung/„Change Agents" in ihren jeweiligen etablierten Bezugsfeldern verweist bereits auf eine hohe Gemeinsamkeit, werden doch beide als Herausforderung und mitunter auch als irritierende Zumutung in der praktischen Umsetzung erlebt.

Gemeinsamkeit ergibt sich auch durch die große Schnittmenge ihrer Zielsetzungen: Gerade die Phase rund um die Geburt ist wie keine andere prädestiniert für Gesundheitsförderung, weil junge Familien besonders hohes Präventionspotenzial haben, d.°h. Unterstützung kann hier auf besonders fruchtbaren Boden stoßen.

Gleichzeitig können Hilfen und Unterstützung rund um die Geburt nicht durch gesellschaftlich normative Ansprüche oder gar spätere Bildungsgewinne (im Sinne von „Humankapital") begründet werden, sondern sie sind nur berechtigt und legitimiert über das Ziel kindlicher Gesundheit und gesunden Aufwachsens.

Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen sind zwei innovative Konzepte, die sich gegenseitig stärken und bereichern können. Dabei bietet die inhaltliche Breite der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung mit ihren drei Kernstrategien für fünf Handlungsfelder und ihrer politisch-prozesshaften Orientierung ein interessantes Angebot für die Frühen Hilfen, um ihre strategische Positionierung noch weiter zu verbessern. Dazu empfehlen sich insbesondere Bündnisse mit gesellschaftlich relevanten Akteurinnen und Akteuren wie Nichtregierungsorganisationen und gemeinsame Plattformen, die zu einer gelingenden Vernetzung der Frühen Hilfen mit Ärztinnen, Ärzten und anderen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens beitragen können. Kommunale Gesundheitskonferenzen, die Einbeziehung von Selbsthilfe und – bereits vielerorts weit entwickelt – kommunale Präventionsketten bieten dafür gute Anknüpfungsmöglichkeiten. Dazu können Familienhebammen sowie Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger als Schlüsselakteurinnen und –akteure zwischen den Systemen profiliert und Krankenkassen als Motoren solcher Prozesse gewonnen werden.

Umgekehrt bieten Frühe Hilfen in ihrer vergleichsweise stringenten Organisationsform ein wichtiges Modell für den Strukturaufbau in Prävention und Gesundheitsförderung. Solche Strukturbildung

kann auf der Grundlage von Kooperationen ausgebaut werden, die in Ansätzen schon in den Bundesländern zwischen den Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen und den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit bestehen. Mit entsprechender Fortschreibung in Kooperationsvereinbarungen, im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes, über Fachdiskurse und akademische Anbindungen mit Aufbau entsprechender Studiengangsmodule oder ganzer Studiengänge kann ein solcher Strukturbildungsprozess nachhaltig aufgestellt werden.

Dabei bestechen die Frühen Hilfen durch ihre klare Adressatenorientierung und den unmittelbar plausiblen Handlungsbezug zu Bindungsförderung und Kindeswohl. Auch der umfassend inter-, multi- bzw. transdisziplinäre Ansatz der Frühen Hilfen ist ein wichtiges Potenzial, das die Frühen Hilfen zu einem Motor des Modernisierungsprozesses der Kinder- und Jugendhilfe profiliert haben. Diese Orientierung auf ein neues Professionsverständnis, das Handlungssicherheit für die Kinder- und Jugendhilfe schafft, ist eine angemessene Reaktion auf die Herausforderungen durch sozialen Wandel und die sog. „neue Morbidität" von Kindern und Jugendlichen. Es steht geradezu beispielhaft für das nur selten berücksichtigte fünfte Handlungsfeld der Ottawa-Charta, in dem eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste eingefordert wird.

Dieser Prozess kann für Frühe Hilfen und Gesundheitsförderung mit einer beidseitigen inhaltlichen Profilschärfung flankiert werden. Die Gesundheitsförderung kann hier neben den Handlungsmaximen der Ottawa-Charta weitere interessante Konzepte einbringen, wie den Setting-Ansatz als Handlungsmodell für die Kinder- und Jugendhilfe, Soziallagen- und Ressourcenorientierung, Partizipation, Salutogenese, Transitionsansatz bis hin zu ausdifferenzierten Maximen für Gesundheitsförderung bei Familien und kommunalen Präventionsketten für ein gesundheitsförderliches Setting Kommune.

Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig hat im Nachgang der Halbzeitkonferenz der Bundesinitiative Frühe Hilfen am 13. November 2014 die Vision geäußert, die Nutzung Früher Hilfen müsse zukünftig genauso selbstverständlich werden wie der Besuch bei Kinderärztin oder Kinderarzt . Indem Frühe Hilfen als Praxisfeld der Gesundheitsförderung gestaltet werden, kann der Weg in diese Richtung führen.

Literatur- und Quellenangaben:

Abholz, Heinz-Harald (1989): Gesundheitspolitik zwischen Autonomie und Steuerung. Hamburg: Argument.

AGJ (2010): Kinder von erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe vom 27. April 2010. Hamburg: AGJ.

Alisch, Monika (1998): Stadtteilmanagement. Voraussetzungen und Chancen für die soziale Stadt. Opladen: Westdt. Verlag.

Altgeld, Thomas (2004): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise. Berlin: Stiftung SPI.

Altgeld Thomas (2012): Prävention. Eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure? In: G&G Wissenschaft, 12 (2) 7-15

Armbruster, Meinrad M./Schlabs, Susanne (2009): Elternarbeit – ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber, 151-161.

Badura, Bernhard (1994): Krisenbewältigung durch Systemgestaltung. In: Badura, Bernhard/Feuerstein, Günther: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim München: Juventa.

Bär, Gesine/Böhme, Christa/Reimann, Bettina (2009): Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung. In: Kuhn, Detlef/Papies-Winkler, Ingrid/Sommer, Dieter (Hrsg.): Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil. Frankfurt am Main: Mabuse, 249-259.

Bauer, Ulrich (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS.

Baric, Leo/Conrad, Günter (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Becker-Textor, Ingeborg (1994): Kindergarten 2010. Traum – Vision – Realität (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder.

Bengel, Jürgen/Meinder-Lücking, Frauke/Rottmann, Nina (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35. Köln: BZgA.

Birtsch, Vera/Münstermann, Klaus/Trede, Wolfgang (Hrsg.) (2001): Handbuch Erziehungshilfen. Leitfaden für Ausbildung, Praxis und Forschung. Münster: Votum.

Bittlingmayer, Uwe/Hurrelmann, Klaus (2006): Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte. Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Kirch, Wilhelm/Badura, Bernhard (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beispiele des Nationalen Präventionskongresses. Berlin: Springer, 173-193.

BJK (2009): Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. München: DJI.

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): 13. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Lokale Bündnisse für Familien. http://www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de/. [Letzter Abruf: 19.04.2017]

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Drucksache 17/12200. Berlin: BMFSFJ.

BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung. Berlin: BMG.

BMUB (Hrsg.) (2014): Statusbericht Soziale Stadt 2014. Bundestransferstelle Soziale Stadt. Berlin: DIfU. URL: http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/SharedDocs/Publikationen/StBauF/SozialeStadt/StatusberichtProgrammSozialeStadt2014.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [Letzter Abruf: 19.04.2017]

Böhme, Christa/Kliemke, Christa/Reimann, Bettina/Süß, Waldemar (Hrsg.) (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Huber.

Böhnisch, Lothar/Schröer, Wolfgang/Thiersch, Hans (2005): Sozialpädagogisches Denken. Wege zu einer Neubestimmung. Weinheim: Juventa.

Borkowski, Susanne/Schmitt, Annette (2013): Ressourcenorientierung in der Elementarpädagogik. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 279-304.

Bourdieu, Pierre (1979/1999): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 11. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

Brenner, Harvey (2003): Geleitwort. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Busse, Reinhardt et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.

Büttner, Christian/Dittmann, Mara (Hrsg.) (1999): Kindergartenprofile. Praxisberichte für die Ausbildung. Weinheim: Beltz.

Butler, Jeffrey/Nguyen, Quynh (2013): Einrichtungsbesuch und Kindergesundheit im Bezirk Berlin-Mitte. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Band 19, September 2013. Berlin: Bezirk Berlin-Mitte. URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/bamitte/publikationen/ges/gbe_Kitabericht_2013.pdf?start&ts=1379668570&file=gbe_Kitabericht_2013.pdf [Letzter Abruf: 14.04.2017]

Brisch, Karl Heinz (2005): Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In: Suchodoletz, Waldemar von (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 23-43.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): „Früh übt sich…" Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 16. Köln: BZgA.

Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive Psychiatry. Michigan: Basic Books

Dienel, Christiane (2002): Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme. Weinheim: Juventa.

Dienel, Christiane (Hrsg.) (2005): Abwanderung, Geburtenrückgang und regionale Entwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

DIfU Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2003): Strategien für die Soziale Stadt, Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt" im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen. Berlin: DIfU.

DIPF (2015): Bildungspläne der Bundesländer für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen. Deutscher Bildungsserver. URL: http://www.bildungsserver.de/Bildungsplaene-der-Bundeslaender-fuer-die-fruehe-Bildung-in-Kindertageseinrichtungen-2027.html [Letzter Abruf: 14.04.17]

DJI Deutsches Jugendinstitut (2014): Jahresbericht 2014. München: DJI. URL: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/jahresbericht/DJI_Jahresbericht_2014.pdf [Letzter Abruf: 14.04.17]

Drewes, Jochen/Sweers, Holger (2010): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum, Band 57. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Faller, Gudrun (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber.

Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.

Fischer, Jörg (2014): Frühe Hilfen als lokale Innovation Sozialer Arbeit. In: Sozialmagazin, 39, 7-8/2014, 30-42.

Frankl, Viktor E. (2005): Der Wille zum Sinn. Bern: Huber.

Franz, Jutta/Busch, Ulrike (2012): Schwangerschaftsberatung im Netzwerk Frühe Hilfen. In: Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 60-65.

Franzkowiak, Peter/Sabo, Peter (Hrsg.) (2006): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentaren. 4. Aufl. Schwabenheim: Sabo.

Franzkowiak, Peter/Homfeld, Hans Günther/Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim: Beltz Juventa.

Galuske, Michael (2011): Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.

GBB Gesundheit Berlin-Brandenburg (2014): Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt. Berlin: GBB.

Geene, Raimund (2000): AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse.

Geene, Raimund/Graubner, Sebastian/Papies-Winkler, Ingrid/Stender, Klaus Peter (2002): Netzwerke für Lebensqualität – Ansätze für eine integrierte Stadtpolitik. In: Dies. (Hrsg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität. Berlin: b_books, 12-16.

Geene, Raimund/Borkowski, Susanne (2009): Neue Wege in der Elementarpädagogik und die spezielle Problematik im Übergang Kindertagesstätte – Grundschule. In: Carle, Ursula/Wenzel, Diana

(Hrsg.): Das Kind im Blick. Eine gemeinsame Ausbildung für den Elementarbereich und die Grundschule. Hohengehren: Schneider.

Geene Raimund/Gold, Carola (Hrsg.) (2009): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber.

Geene, Raimund/Huber, Ellis/Hundertmark-Mayser, Jutta/Thiel, Wolfgang/Möller-Bock, Bettina (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 52, 11-20.

Geene, Raimund (2012a): Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten. In: Gold, Carola/Lehmann, Frank (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret. Band 17. Köln: BZgA, 164-170.

Geene, Raimund (2012b): Gesundes Aufwachsen für alle Berliner Kinder – Potenziale und Herausforderungen. In: Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.): Achte Landesgesundheitskonferenz Berlin. Dokumentation. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 11-18.

Geene, Raimund/Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola/Lehmann, Frank (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret. Band 17. Köln: BZgA, 46-75.

Geene, Raimund/Böhm, Katharina (2013): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Lebenssituation und Unterstützungsbedarf. In: Marchwacka, Maria (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Wiesbaden: Springer VS, 83-96.

Geene, Raimund/Lehmann, Frank/Höppner, Claudia/Rosenbrock, Rolf (2013a): Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene, Raimund,/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 19-58.

Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (2013b): Ressourcen, Resilienz, Respekt – Wo stehen die kindheitsbezogenen Handlungsfelder? In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 389-400.

Geene, Raimund/Luber, Eva/Höppner, Claudia (2013): Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen zwischen Risikodetektion und Ressourcenstärkung. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 139-164.

Geene, Raimund (2014): Psychische Schutzfaktoren bei Kindern. In: Public Health Forum, 82 (22).

Geene, Raimund/Kliche, Thomas/Borkowski, Susanne (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. Köln: GVG. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/Gesundheitsziele/Evaluationskonzept_Setting_Kita.pdf [Letzter Abruf: 19.04.2017].

GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin: GKV-Spitzenverband.

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Gold, Carola/Lehmann, Frank (2012): Die Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen. In: Dies. (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret. Band 17. Köln: BZgA, 17-45.

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2004): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Einleitende Bemerkungen. In: Dies. (Hrsg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim: Juventa, 13-40.

Häußermann, Hartmut (2000): Strategien gegen Armut und Verelendung im Stadtteil. In: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.): Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung erreicht werden? Materialien für Gesundheitsförderung. Band 4. Berlin: b_books, 324-331.

HAG (2015): Schatzsuche Weiterbildung. Verfügbar unter: http://www.schatzsuche-kita.de/index.php?id=51 [Letzter Abruf 19.04.2017]

Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/Sann, Alexandra et al. (2007): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern – Abschlussbericht. München: DJI.

Herriger, Norbert (2010): Empowerment in der sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Hildebrandt, Helmut (1992): Gesundheitsbewegungen in den USA. Opladen: Leske + Budrich.

Hillmert, Steffen (2014): Bildung, Ausbildung und soziale Ungleichheiten im Lebenslauf. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 17 (2), 73-94.

Holland, Walter Werner/Stewart, Susan (1990): Screening in health care. Benefit or blame? London: Nuffield Provincial Hospital Trust.

Hurrelmann, Klaus (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz.

Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Razum, Oliver (2012a): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Hand-buch Gesundheitswissenschaften.5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz-Juventa, 15-51.

Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Richter, Matthias (2012b): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz-Juventa, 661-691.

Kickbusch, Ilona (1997): How up to Date is Health Promotion. In: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hrsg.): Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa. Werbach–Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kickbusch, Ilona (1999): Vorwort. In: Baric, Leo/Conrad, Günter: Gesundheitsförderung in Settings. Werbach–Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kickbusch, Ilona (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Busse, Reinhard et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.

Kickbusch, Ilona/Maag, Daniela (2008): Health Literacy. In: Heggenhougen, Kris/Quah, Stella (Hrsg.): International Encyclopedia of Public Health, Vol 3. San Diego: Academic Press, 204-211.

Kilian, Holger/Geene, Raimund (2003): Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Bestandsaufnahme von Projekten und Maßnahmen. Berlin: Gesundheit Berlin.

Kilian Holger/Lehmann Frank (2014): Präventionsketten. In: Journal Gesundheitsförderung, 2, 42-45.

Kindler, Heinz/Sann, Alexandra (2010): Früherkennung von Risiken für Kindeswohlgefährdung. In: Kisgen, Rüdiger/Heinen, Norbert (Hrsg.): Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention. Stuttgart: Klett-Cobra, 161-174.

KKF Fachverlag für Sozialversicherung (2015): SGB V Handbuch mit Begründungen durch Präventionsgesetz (PrävG) u.a. 20. Auflage. Altötting: KKF.

Klein, Gerhard (2009): Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen – Eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber, 99-107.

Klemperer, David (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber.

Kliche, Thomas (2011): Determinanten der Arbeitszufriedenheit und die Breitenwirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas. Eine bundesweite Querschnittsstudie. Lengerich: Papst Science Publishers.

Koch, Uwe/Bengel, Jürgen (2000): Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Bengel, Jürgen/Koch, Uwe (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin: Springer, 3-18.

Korsukewitz, Christiane (2004): Leitlinien zu Prävention, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung aus Erfahrung und Perspektive der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. In: Luber, Eva/Geene, Raimund (Hrsg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse, 97-102.

Krenz, Armin (1991): Der „Situationsorientierte Ansatz" im Kindergarten. Grundlagen und Praxis. Freiburg im Breisgau: Herder.

Lehmann, Frank/Köster, Monika/Brandes, Sven/Bräunling, Stefan/Geene, Raimund/Kaba-Schönstein, Lotte/Kilian, Holger/Linden, Susanne/Wehen, Mira/Reker, Natascha (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung konkret. Band 5. 4. Auflage. Köln: BZgA.

Lehmann, Harald (2015): Nationale Prävention und Gesundheitsförderung – Die Umsetzungsstrategien der BZgA. In: Walter, Ulla/Koch, Uwe (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze. Sonderheft 01. Köln: BZgA. 15-29. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_BZgA_Sonderheft_01_Praevention_und_Gesundheitsfoerderung_in_Deutschland.pdf [Letzter Abruf: 19.04.2017].

Lenz, Albert (2012): Kooperation und Empowerment bei Frühen Hilfen. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 4/12, 104–107.

Löhr, Rolf-Peter (2002): Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. In: Geene, Raimund/Graubner, Sebastian/Papies-Winkler, Ingrid/Stender, Klaus-Peter (Hrsg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität. Berlin: b_books, 61-65.

Lohaus, Arnold; Jerusalem, Matthias/Klein-Heßling, Johannes (2006): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.

LVG Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.) (2013): Audit gesunde Kita. Beispiele zur Qualitätsentwicklung. Magdeburg: LVG. URL: http://www.lvg-lsa.de; [Letzter Abruf: 19.04.2017].

Mahler, Halfdan (1989): „Gesundheit für alle" – ein breitenwirksames Konzept, Anmerkungen zur Anwendung des WHO-Konzeptes auf die Bundesrepublik Deutschland. In: Badura, Bernhard/ Elkeles, Thomas/Grieger, Bernd et al. (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse, 17-23.

Martens-Le Bouar, Heike/Belzer, Florian/Barth, Michael et al. (2013): Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr. In: Kinderärztliche Praxis, Mai 2013.

Maywald, Jörg (2009): Die UN-Kinderrechtskonvention: Ihr Umsetzungsstand in Deutschland im Bereich des Kinderschutzes. In: IzKK-Nachrichten 1/2009, 4-9.

McKeown, Thomas (1979): The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemisis? Oxford: Basil Blackwell.

Meier-Gräwe, Uta/Wagenknecht, Inga (2011): Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Studie im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln: BZgA.

Meurer, Anja/Siegrist, Johannes (2005): Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Band 25. Köln: BZgA.

Mey, Günter (2013): Perspektiven einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 165-202.

MGSFF Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (2005): Soziale Frühwarnsysteme: Frühe Hilfen für Familien – Materialien zur Praxisentwicklung. Münster: Institut für Soziale Arbeit.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.

Mielck, Andreas/Lüngen, Markus/Siegel, Martin et al. (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Mierendorff, Johanna (2010): Kindheit und Wohlfahrtsstaat. Entstehung, Wandel und Kontinuität des Musters moderner Kindheit. Weinheim: Juventa.

Milz, Helmut (1996): Die Gesundheit fördern – Trotz oder mit einer lebensbedrohenden Krankheit? In: Troschke, Jürgen von/Reschauer, Georg/Hoffmann, Axel (Hrsg.): Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg Abteilung für medizinische Soziologie, 86-103.

Möbius, Thomas/Friedrich, Sibylle (2010): Ressourcenorientiert arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich. Wiesbaden: VS.

Moser, Sonja (2010): Beteiligt sein. Partizipation aus der Sicht von Jugendlichen. Wiesbaden: VS.

Müller, Petra: Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst: Konzepte, Strategien und Perspektiven in Berlin (1994). Berlin–Forschung. Berlin: FU Berlin.

Müller, Jürgen (2006): Sozialpädagogische Fachkräfte in der Heimerziehung – Job oder Profession? Eine qualitativ-empirische Studie zum Professionswissen. Bad Heilbrunn: Klinkardt.

Nagel-Prinz, Susanne M./Paulus, Peter (2009): Gesundheit versus Bildung? Auf dem Weg zu einer Verknüpfung von Bildung und Gesundheit. In: Prävention, 3, 70-73

Nagel-Prinz, Susanne M./Paulus, Peter (2012): Wie geht es Kita-Leitungen? Gesundheitliche Belastungen von Führungskräften in Kindertageseinrichtungen. In: Präv Gesundheitsf, 7 (2), 127-134

Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung (überarb., aktualis. u. erw. Aufl.). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Namuth, Dorthe/Lischke, Eva/Geene, Raimund (2013): Soziale Arbeit und Sozialarbeitswissenschaftren – Konzeptionelles Grundgerüst für Ressourcenorientierung? In: Geene, Raimund/ Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 203-224.

NZFH (2014): Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats. Köln: NZFH. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen_BZgA_low_14-02332.pdf [Letzter Abruf: 19.04.2017]

Olk, Thomas (1986): Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Weinheim: Juventa.

Olk, Thomas (2013): Alle Kinder gezielt fördern. In: DJI impulse, 1/2013, 16-18.

Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre. Jg 14, Sonderausgabe: Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 6-7.

Pospiech, Stefan/Rosenbrock, Rolf/Mielck, Andreas/Lehmann, Frank (2015): Priorität auf Zusammenarbeit und gute Qualität: Der bundesweite »Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit«. In: Walter, Ulla/Koch, Uwe (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze. Sonderheft 01. Köln: BZgA, 108-117. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_BZgA_Sonderheft_01_Praevention_und_Gesundheitsfoerderung_in_Deutschland.pdf [Letzter Abruf: 19.04.2017].

Pott, Elisabeth/Fillinger, Ute/Paul, Mechthild (2010): Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53, 1166-1172.

Preissing, Christa/Schneider, Björn (2012): Die gute gesunde Kita gestalten. Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita – Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Putnam, Robert (2001): Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Gütersloh: Bertelsmann.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Ellert, Ute/Erhart, Michael (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50, 810-818.

Reiners, Hartmut (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein Hauch von "Sozialgeschichte"? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB, P93–210, Berlin.

Renner, Ilona/Heimeshoff, Viola (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln: NZFH.

Renner, Ilona/Sann, Alexandra, NZFH (Hrsg.) (2010): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln: NZFH.

Richter, Antje/Wächter, Marcus (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36. Köln: BZgA.

Richter-Kornweitz, Antje/Altgeld, Thomas (2010): Gesunde Kita für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Broschüre. Hannover/Berlin. Download unter: www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Leitfaden_Gesunde_Kita_fuer_alle_web.pdf [Letzter Aufruf: 19.04.2016]

Richter-Kornweitz, Antje (2011): Gesundheitsförderung und Kindertagesstätten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011, S. 246-249.

Richter-Kornweitz, Antje/Utermark, Kerstin (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. URL: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf [Letzter Abruf 19.04.2017]

Riege, Fritz (1999): Gesundheitsförderung – ein gesundheitspolitisches Lehrbuch. Frankfurt am Main: Haag u. Herchen.

Rodenstein, Marianne (1988): Mehr Licht, mehr Luft: Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt: Campus.

Rosenbrock, Rolf (1998): Die Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin: WZB.

Rosenbrock, Rolf (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock, Rolf/Bellwinkel, Michael/Schröer, Alfons (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle". Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Band 8. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 7-149.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung.3. Aufl. Bern: Huber.

Rosenbrock, Rolf/Michel, Claus (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rössler, Gabriele/Kirch, Wilhelm (1996): Public Health – Anwalt der Bevölkerung in Sachen Gesundheit. In: Public Health Forum, 4 (12).

Ruckstuhl, Brigitte (2011): Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim: Juventa.

Sandvoss, Uwe/Kramer, Kathrin (2010): Kommunale Armutsprävention: das Dormagener Modell. In: Lutz, Ronald/Hammer, Veronika (Hrsg.): Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze. Weinheim: Juventa, 185-197.

Sann, Alexandra/Landua, Detlef (2010): Konturen eines vielschichtigen Begriffs: Wie Fachkräfte Frühe Hilfen definieren und gestalten. In: IzKK-Nachrichten 1/2010, 47-52.

Sann, Alexandra/Geene, Raimund/Paul, Mechthild (2013): Frühe Hilfen – Ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 361-388.

Sayn-Wittgenstein, Friederike (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Huber.

Schilling, Johannes (2005): Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession. 2. Aufl. München: Reinhardt.

Schipperges, Heinrich (1997): Verwurzelung und Entfaltung präventiven Denkens und Handelns. In: Allhoff, Peter/Flatten, Günter/Laaser, Ulrich (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention. Heidelberg: Springer, 3-18.

Schlack, Hans-Georg/Thyen, Ute/von Kries, Rüdiger (2009): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg: Springer.

Schnur, Olaf (2003): Lokales Sozialkapital für die „soziale" Stadt. Politische Geographien sozialer Stadtteilentwicklung am Beispiel Berlin-Moabit. Opladen: Westdt. Verlag.

Schubert, Herbert (2013): Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Fischer, Jörg/Kosellek, Tobias (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim Basel: Juventa, 267–286.

Schubert, Klaus/Klein, Martina (2011): Das Politiklexikon. Bonn: Dietz.

Schücking, Beate (2013): Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 131-138

Schwartz, Friedrich Wilhelm/Kickbusch, Ilona/Wismar, Matthias (2003): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Busse, Reinhard et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer, 229-249.

Schwesig, Manuela (2014): Interview. In: Bundesinitiative Frühe Hilfen aktuell, Ausgabe 4/2014, 1-2.

Seithe, Mechthild (2001): Praxisfeld Hilfe zur Erziehung. Fachlichkeit zwischen Lebensweltorientierung und Kindeswohl. Opladen: Leske + Budrich.

Seithe, Mechthild (2010): Schwarzbuch soziale Arbeit. Wiesbaden: VS.

Soldanski, Sarah Maria (2008): Internationalität im Studiengang Angewandte Kindheitswissenschaften. In: Luber, Eva/Hungerland, Beatrice (Hrsg.): Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis. Weinheim: Juventa, 151-161.

Stender, Klaus Peter (2006): Kommunalpolitische Perspektive – Leitbild Gesunde Stadt. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Sabo, 133-134.

SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Berlin: BMG.

Thaiss, Heidrun/Klein, Renate/Schumann, Eike Christiane et al. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 53, 1029-1047.

Thaiss, Heidrun/Burchardt, Susanne (2013): Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld von Kinderschutz und Gesundheitsförderung. In: NZFH (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. Köln: NZFH, 28-35.

Thurmair, Martin (2008): Frühe Hilfen – ein Wort auf Wanderschaft. In: Frühförderung Interdisziplinär, 27 (1), 37-39.

Thyen, Ute (2011): Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre, 3, 6-15.

Trojan, Alf (1996): Prävention und Gesundheitsförderung im 'Laiensystem'. In: Troschke, Jürgen von/Reschauer, Georg/Hoffmann–Markwald, Axel (Hrsg.): Die Bedeutung der Ottawa–Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg: Universität Freiburg.

Trojan, Alf/Legewie, Heiner (2001): Nachhaltige Entwicklung und Gesundheit. Frankfurt: VSA.

Trojan, Alf/Süß, Waldemar (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber, 336-346

UN United Nations (2006/2009): Übereinkommen über die Rechte behinderte Menschen. Schattenübersetzung. Hrsg. vom Netzwerk Artikel 3. Berlin.

Urban-Stahl, Ulrike (2011): Ombuds- und Beschwerdestellen in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter besonderer Berücksichtigung des möglichen Beitrags zum »Lernen aus Fehlern im Kinderschutz". Expertise. Köln: NZFH.

Walter, Ulla/Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Prävention. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Busse, Reinhardt et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.

Weber, Peter/Jenni, Oskar (2012): Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen. In: Deutsches Ärzteblatt, 109 (24), 431-435.

WHO World Health Organization (1986/2001): Die Ottawa-Charta. In: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hrsg.): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm. Berlin: Schmengler, 339-344.

WHO World Health Organization; EU Europäische Union & BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1991): Investment in Health: Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft. Tauberbischofsheim: Fränkische Nachrichten.

WHO Euro Regionalbüro für Europa (2012): Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020" für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020 [Letzter Abruf: 19.04.2017].

WHO World Health Organization (2015): Healthy Settings. URL: http://www.who.int/healthy_settings/en/ [Letzter Abruf: 19.04.2017]

Wissenschaftlicher Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (2012): Frühe Hilfen. Begriffsbestimmung. In: Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre. 14, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 7.

Wolf-Kühn, Nicola/Eden, Nicolas (2013): Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendrehabilitation. In: Geene, Raimund/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 225-246.

Woog, Astrid (2006): Soziale Arbeit in Familien. Theoretische und empirische Ansätze zur Entwicklung einer pädagogischen Handlungslehre. Weinheim: Juventa.

Ziegenhain, Ute/Schöllhorn, Angelika/Künster, Anne K./Hofer, Alexandra/König, Cornelia/Fegert, Jörg M. (2010). Modellprojekt Guter Start ins Leben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Werkbuch Vernetzung. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Raimund Geene

Hochschule Magdeburg-Stendal

Kontakt:

Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Osterburger Str. 25

39576 Stendal

03931 - 2187 4866

raimund.geene@hs-magdeburg.de

www.kinderstaerken-ev.de