Wenn Kinder gesundheitliche Beeinträchtigungen haben …

Kindergesundheit und familiäre Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Raimund Geene

Überblick: Kindergesundheit & familiäre Gesundheitsförderung

- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit –

  Ergebnisse aus KiGGS 2 *(2018)* ***im Vgl. zur KIGGS-Basiserhebung*** *(2007)*

  - Allgemeiner Gesundheitszustand
  - Psychische Auffälligkeiten
  - Übergewicht, Adipositas
  - ADHS
  - Soziale Lage

- Was ist Familiäre Gesundheitsförderung?

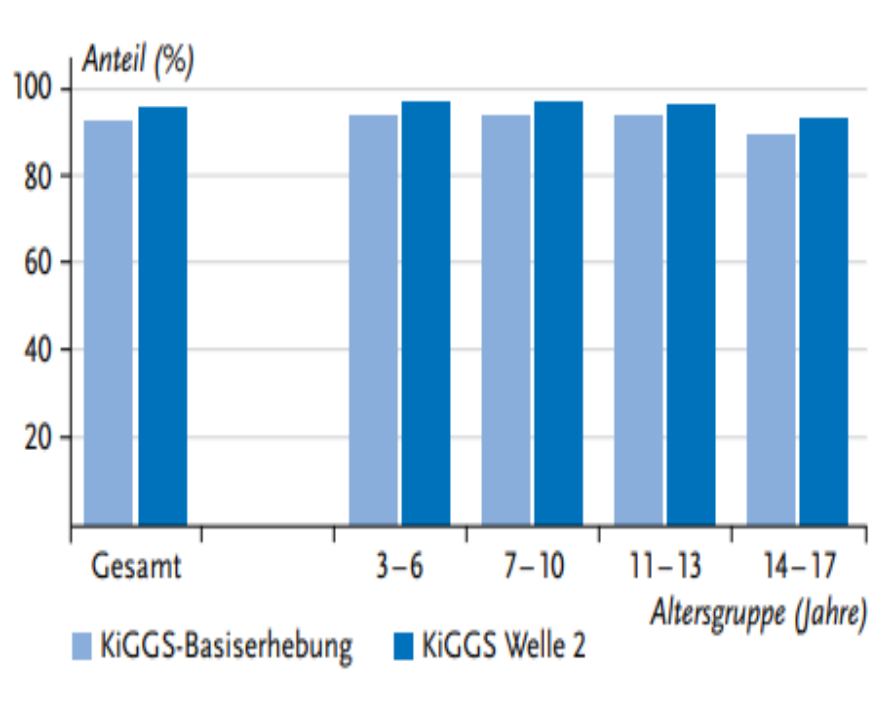
  - Nutzerorientierung: Rahmenbedingungen für Familien / „Doing Family"
  - Familiäre Lebens*phasen* bzw. Lebens*welten* aus familiärer Perspektive
  - Belastete Lebens*lagen* von Familien

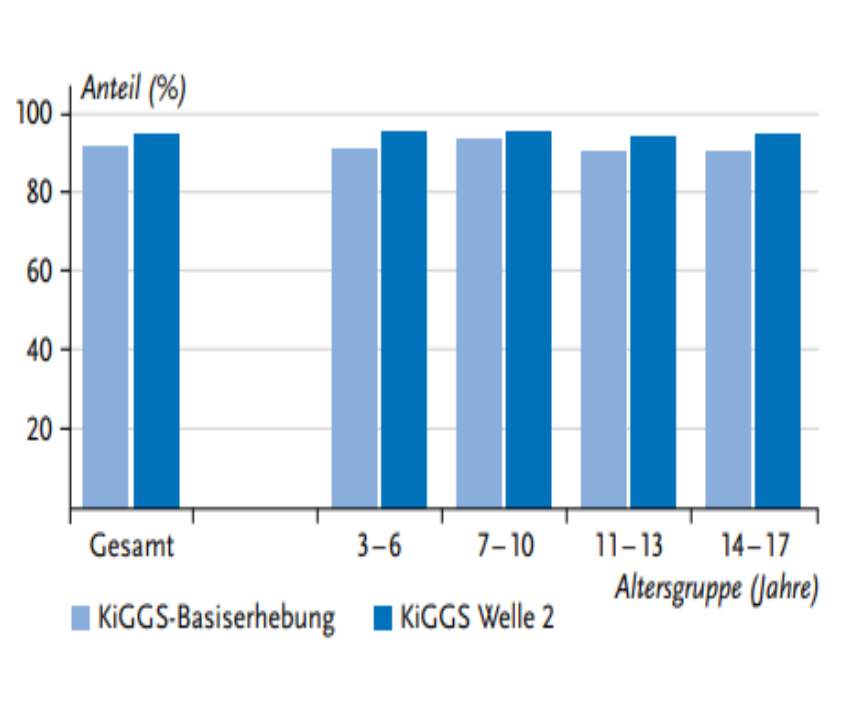
- Praxis*beispiele* Familiärer Gesundheitsförderung

  - GF rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit (10-Phasen-Modell)
  - GF mit jungen Familien (Wiss. Begleitforschung zum Netzwerk Gesunde Kinder in Brandenburg)
  - Fam. GF in Berlin - eine Bestandsaufnahme für den Familienbeirat

Allg. Gesundheitszustand der Kinder in Deutschland

- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2/ Vgl. KiGGS Basis
  - Allgemeiner Gesundheitszustand: sehr guter/ guter Gesundheitszustand Jungen - Mädchen





Psych. Auffälligkeiten der Kinder in Deutschland

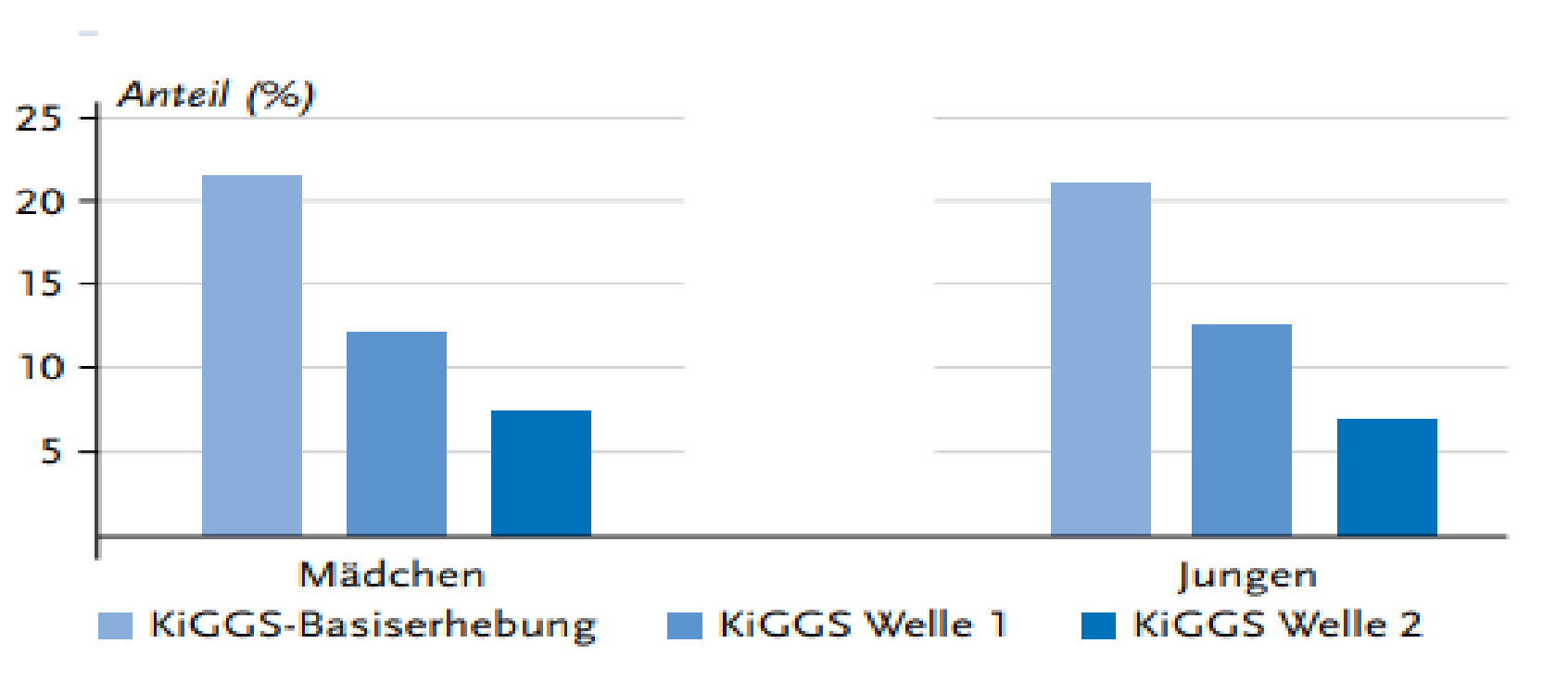
- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2
  - Psychische Auffälligkeiten Jungen - Mädchen

	KIGGS-Basiserhebung		KIGGS Welle 2	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	**15,9**	**(14,9–17,0)**	**14,5**	**(13,2–15,9)**
Altersgruppe				
3–5 Jahre	17,2	(14,7–19,9)	13,9	(11,2–17,1)
6–8 Jahre	14,7	(12,4–17,4)	13,8	(11,6–16,2)
9–11 Jahre	18,6	(16,5–21,0)	16,4	(13,3–20,1)
12–14 Jahre	15,9	(13,8–18,3)	13,9	(11,9–16,3)
15–17 Jahre	13,4	(11,5–15,6)	14,6	(12,2–17,3)
Jungen	**23,6**	**(22,3–24,9)**	**19,1**	**(17,7–20,6)**
Altersgruppe				
3–5 Jahre	21,4	(18,9–24,2)	20,9	(17,5–24,7)
6–8 Jahre	25,3	(22,7–28,2)	22,3	(19,4–25,4)
9–11 Jahre	28,8	(26,2–31,7)	22,2	(19,0–25,7)
12–14 Jahre	25,8	(23,1–28,9)	19,2	(16,6–22,0)
15–17 Jahre	17,2	(14,8–20,0)	12,2	(9,9–15,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	**19,9**	**(19,0–20,8)**	**16,9**	**(15,9–17,9)**

KI – Konfidenzintervall

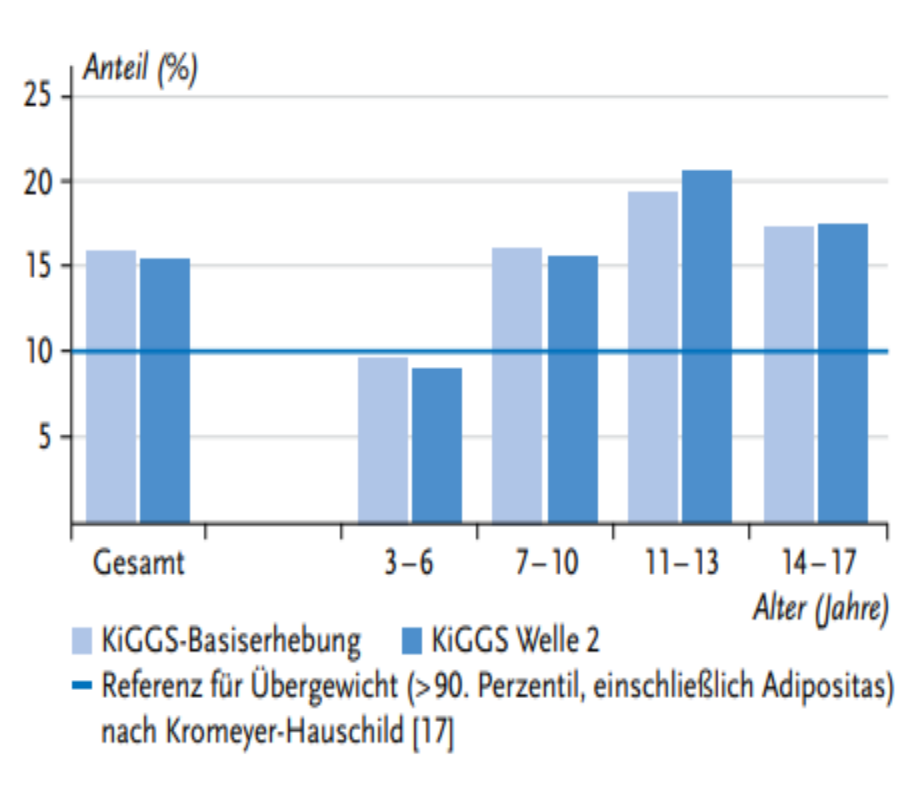
Raucherquote der Kinder und Jugendlichen in Deutschland

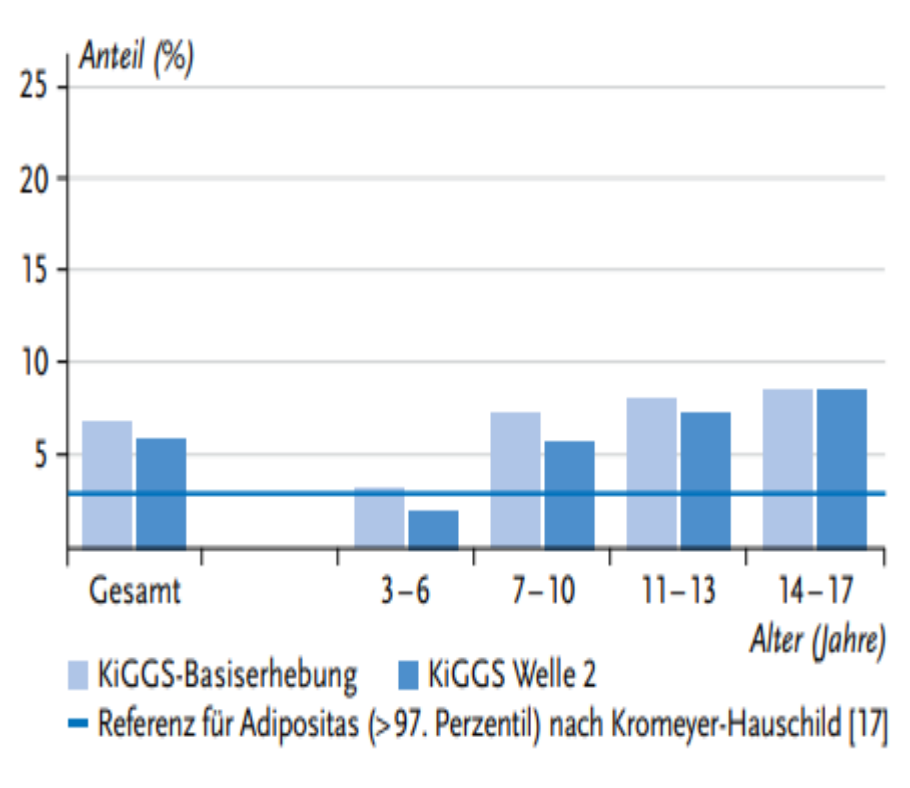
- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2
  - Raucherquote der 11-17jährigen Mädchen und Jungen



Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Deutschland

- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2
  - Übergewicht & Adipositas im Vergleich 2007 - 2018





ADHS bei Kindern in Deutschland

- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2
  - ADHS –Prävalenz (Indikator: Diagnose durch einen Arzt/Ärztin od. Therapeut/ Therapeutin

	KIGGS-Basiserhebung		KIGGS Welle 2	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	**1,9**	**(1,5–2,4)**	**2,3**	**(1,9–2,8)**
Jungen	**8,5**	**(7,7–9,5)**	**6,5**	**(5,7–7,3)**
Altersgruppe				
3–5 Jahre	1,5	(1,0–2,3)	0,2	(0,1–0,7)
6–8 Jahre	3,8	(3,1–4,7)	2,1	(1,5–2,9)
9–11 Jahre	7,6	(6,4–8,9)	6,1	(4,9–7,5)
12–14 Jahre	6,7	(5,6–7,9)	6,4	(5,3–7,6)
15–17 Jahre	6,4	(5,4–7,7)	6,9	(5,8–8,2)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	**5,3**	**(4,8–5,8)**	**4,4**	**(3,9–4,9)**

KI = Konfidenzintervall

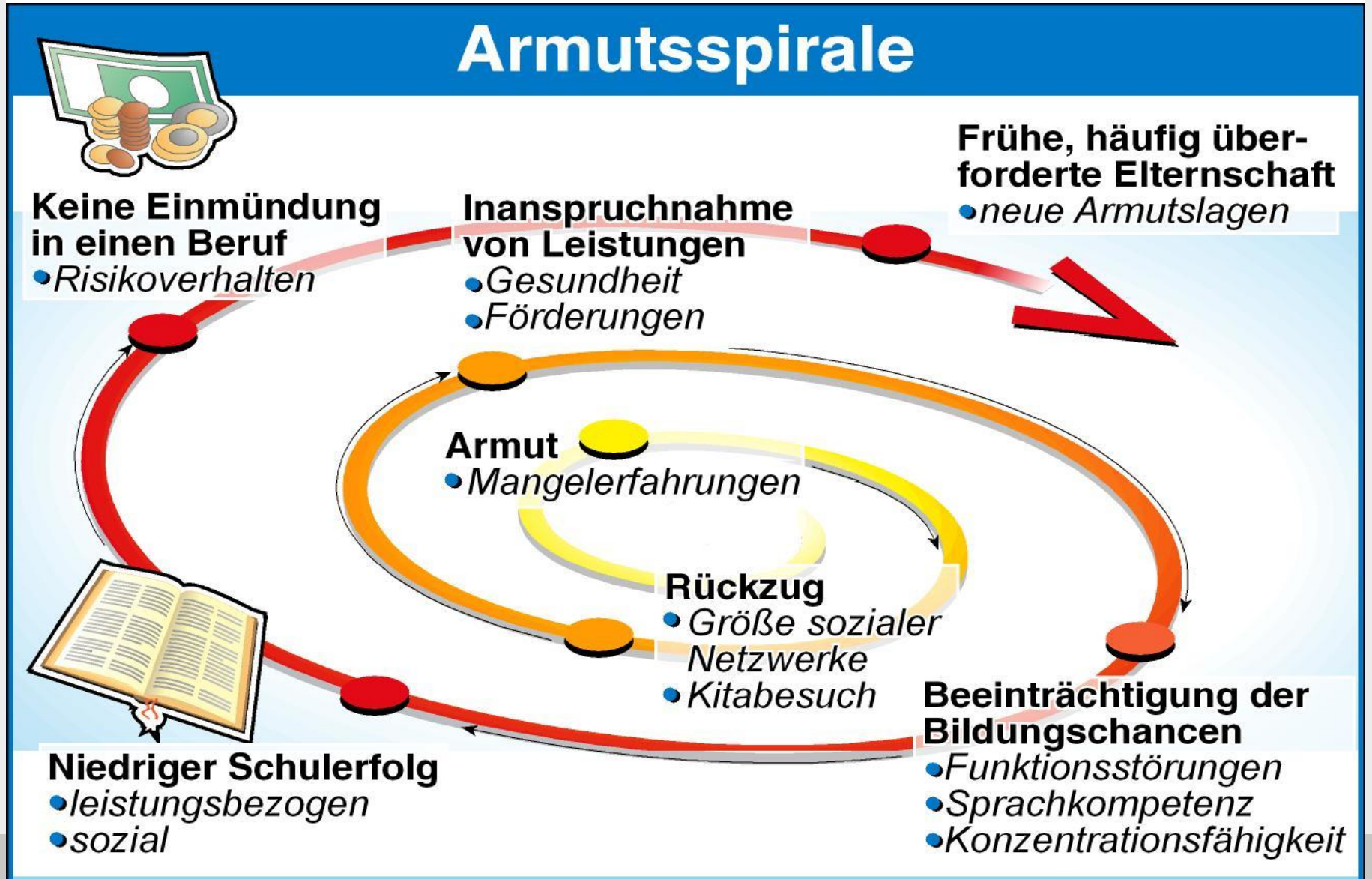
Die Relevanz der sozialen Lage für die Kindergesundheit in Deutschland

- Die aktuelle Lage zur Kindergesundheit – Ergebnisse aus KiGGS 2
  - Gesundheitszustand in Berücksichtigung der sozialen Lage

	Mädchen		Jungen		Gesamt	
	SES niedrig vs. hoch	SES mittel vs. hoch	SES niedrig vs. hoch	SES mittel vs. hoch	SES niedrig vs. hoch	SES mittel vs. hoch
Indikator	**aOR (95%-KI)**	**aOR (95%-KI)**	**aOR (95%-KI)**	**aOR (95%-KI)**	**aOR (95%-KI)**	**aOR (95%-KI)**
Subjektive Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht)	**6,63 (3,79–11,62)**	**3,65 (2,14–6,22)**	**4,98 (2,82–8,81)**	**2,53 (1,52–4,20)**	**5,65 (3,70–8,63)**	**2,95 (2,05–4,24)**
Gesundheitliche Einschränkungen (dauerhaft eingeschränkt sein)	**2,51 (1,43–4,39)**	**1,74 (1,19–2,55)**	**2,49 (1,52–4,08)**	1,47 (0,98–2,23)	**2,51 (1,76–3,56)**	**1,59 (1,22–2,06)**
Asthma bronchiale (12-Monats-Prävalenz)	**2,14 (1,11–4,15)**	**2,00 (1,23–3,26)**	1,42 (0,79–2,56)	**1,78 (1,26–2,50)**	**1,65 (1,06–2,57)**	**1,84 (1,39–2,44)**
Heuschnupfen (12-Monats-Prävalenz)	0,83 (0,54–1,28)	1,18 (0,88–1,57)	0,77 (0,52–1,12)	1,09 (0,89–1,34)	0,79 (0,61–1,03)	1,12 (0,96–1,32)
Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert: grenzwertig/auffällig)	**4,39 (3,21–6,01)**	**2,43 (1,90–3,11)**	**3,04 (2,31–4,00)**	**1,56 (1,26–1,93)**	**3,48 (2,86–4,24)**	**1,84 (1,60–2,12)**
ADHS (Lebenszeitprävalenz)	**2,84 (1,30–6,22)**	**2,38 (1,25–4,52)**	**2,77 (1,81–4,26)**	1,34 (0,93–1,92)	**2,76 (1,91–3,98)**	**1,53 (1,11–2,12)**

ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, SES = sozioökonomischer Status, aOR = adjustierte Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, Fettdruck = statistisch signifikant ($p < 0,05$)

Modellhafte Erklärung



Quelle: Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Grafik: IKK Bundesverband

Gesundheitsförderung bei Familien – nicht die Familien selber, sondern die Rahmenbedingungen familiärer Lebenswelten gesundheitsförderlich gestalten

Konzept „Nutzerorientierung"

→ *Kernstrategien als Maxime:*

- Advocate: Anwaltschaftliche Interessensvertretung
- Mediate: gesundheitsförderliche Ausrichtung der Angebote, insb. auch hinsichtlich Transitionen
- Enabling: Angebote zur freiwilligen gesundheitsförderlichen Kompetenzentwicklung

  „make the healthier choice the easier choice"

„Doing Family“

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

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

„Doing Family"

- **Displaying Family:** eher nach außen gerichtet; betrifft Familien, die sich unter Legitimitätsdruck sehen (z.B. Patchwork- oder Regenbogenfamilien, aber auch AE). Signal an andere: „Wir sind eine Familie". ***Aber:*** durch soziale Ungleichheiten sind Ressourcen und Kompetenzen für diese Gestaltungsleistungen ungleich verteilt!
- **Kernaussagen:**

➢ Familie ist eine zunehmend notwendige, sich nicht von selbst ergebender, aktiver, praktischer Leistung der Integration von Individuen zu einem mehr oder weniger gemeinsamen, mehr oder weniger gelingenden Lebenszusammenhang

➢ Familie ist prinzipiell eine „conflictual community"

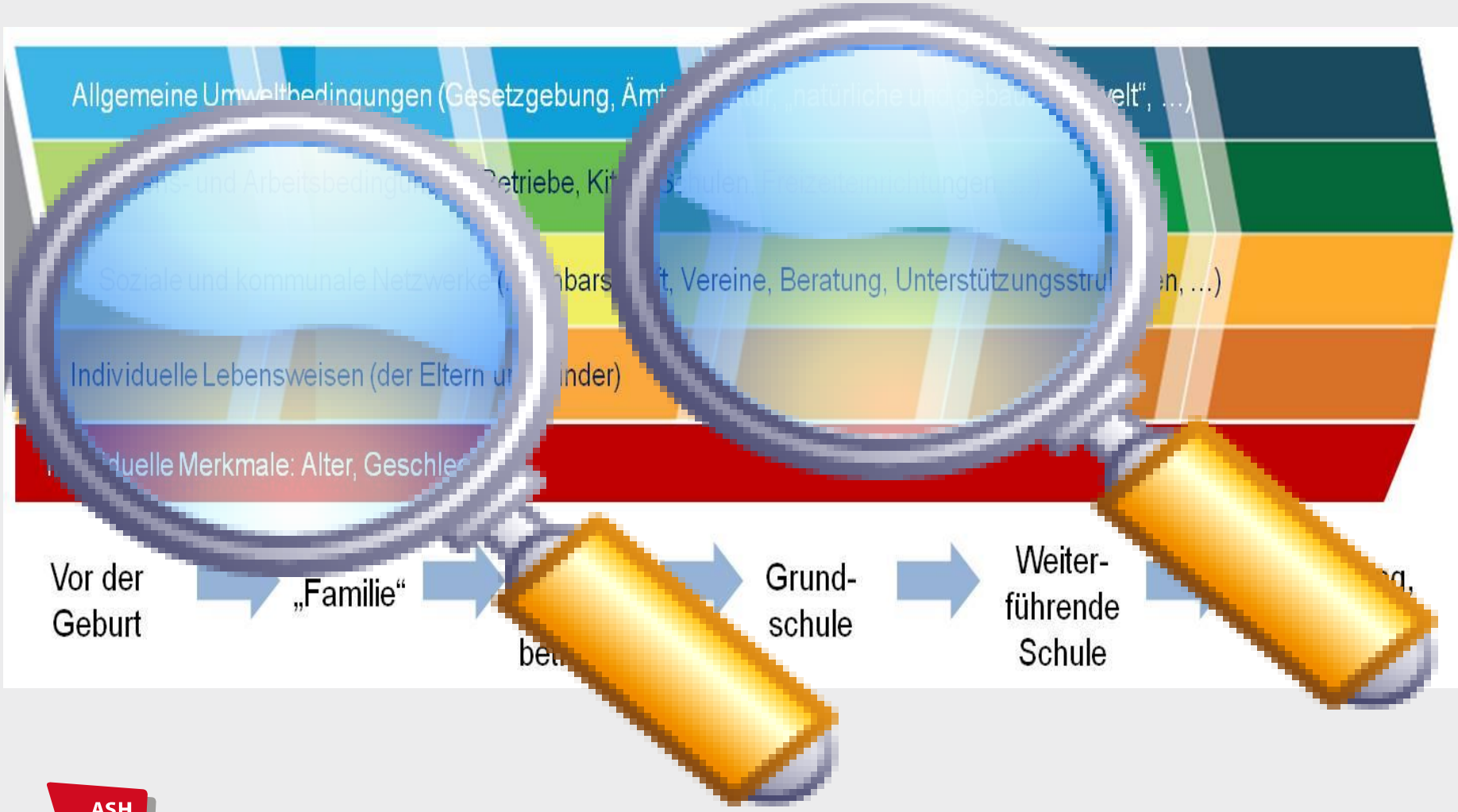
➢ Familie ist keine selbstverständliche, natürlich gegebene Ressource, sondern kontinuierlich zu reproduzieren

→ Familiäre Gesundheitsförderung als (salutogenetischer, verhältnispräventiver) Ansatz zur **Förderung von Gelingensbedingungen** familiärer Praxis und familiärer Sinnbildung

Zwei Analyserichtungen familiärer Gesundheitsförderung

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

Lebensphasen und Lebenswelten



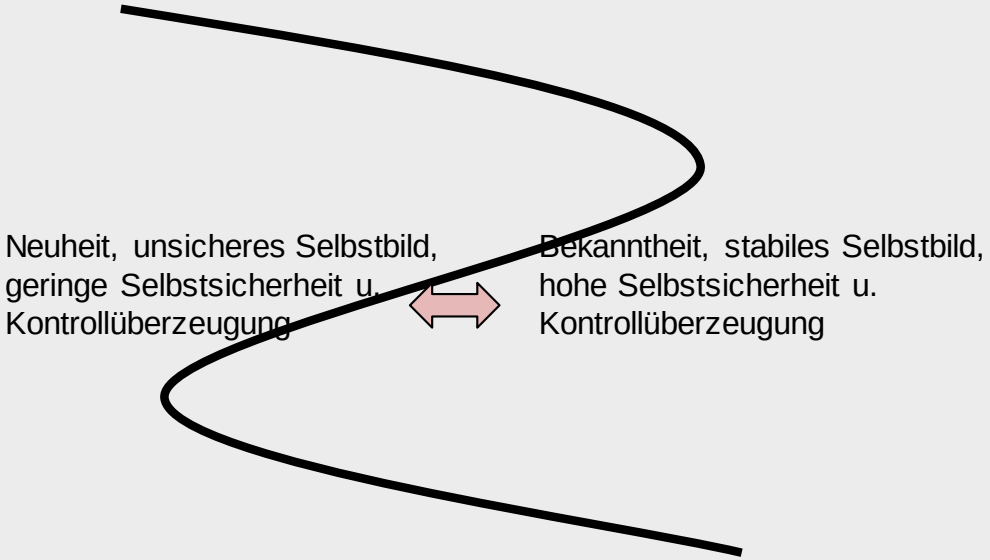
Familiäre Gesundheitsförderung in Projekten / Publikationen des BMG

SkAP, Gesundheitsziel Geburt, Wegeweiser

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

10-Phasen-Modell der Gesundheitsförderung bei Familiengründung

1. Präkonzeptionelle Phase
2. Orientierungsphase
3. Selbstkonzeptphase
4. Subjektwerdungsphase
5. Phase der Antizipation und Vorbereitung
6. Geburt
7. Phase der Überwältigung und Erholung
8. Familienwerdungsphase
9. Stabilisierungsphase
10. Vergesellschaftungsphase



10-Phasen Modell von Geene & Bacchetta (2017), in Anlehnung an das 8-Phasenmodell „Schwangerschaft und erste Geburt – Psychologische Veränderungen der Eltern“ von Gloger-Tippelt (1988); Entwickelt in Auswertung der Interviews „Nutzerperspektiven sozial benachteiligter Mütter“ (Stendal/ MD/ Berlin, 2009 – 2019) sowie im Rahmen von SkAP

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Landesprogramm NGK Brandenburg

Prof. Dr. Raimund Geene
Prof. Dr. Gesine Bär
Ulrike von Haldenwang
Dr. Joachim Kuck
Katharina Lietz
Projekt WB - NGK

Netzwerk Gesunde Kinder

Netzwerk Gesunde Kinder im Land Brandenburg

Elternprogramm zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Familien der HAG

Berliner Familienbericht 2020

- Studie/ Auswertung zu Familiärer Gesundheitsförderung in Berlin, gefördert durch den Berliner Familienbeirat
- durchgeführt 2019/20 von Anja Bade
  - mit Unterstützung durch Gabriele Schmitz, Raimund Geene, Claudia Groth & Maria Lingens
  - Vorwort Raimund Geene & Laurette Rasch
- flankiert durch eine Studie zur GF bei Pflegefamilien durch Susanne Lentz
- erschienen als Publikation im Dez. 2020 sowie als Kapitel im Berliner Familienbericht 2020

Alice Salomon Hochschule Berlin University of Applied Sciences · CHARITÉ · Technische Universität Berlin

BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Prof. Dr. Raimund Geene
Miriam Boger
Katharina Töpritz
Projekt GF - AE

Prof. Dr. Raimund Geene
Doreen Kuschick
Petra Rattay
Dr. Joachim Kuck
Alexander Pachanov
Projekt LEFaG

Prof. Dr. Raimund Geene
Ulrike von Haldenwang
Miriam Knrönschild
Katharina Lietz
Sabine Rickensdorf
Bettina Völzer
Projekt KiFa

Prof. Dr. Raimund Geene
Dr. Katja Aue
Isabelle Verch
Projekt MÜKE

ASH Berlin

Ziel/ Vision:
Familiäre Gesundheitsförderung

Ansatz zur systemischen Förderung der Kinder- und Familiengesundheit

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

- … bedarf eines konzeptionellen Rahmens und Bündelung der vielfältigen Ansätze
- … bezieht sich auf **Frühe Hilfen**, Gesundheitsziele rund um die Geburt, zum gesunden Aufwachsen und weiterer **lebensphasenbezogenen Gesundheitsziele**
- … priorisiert **lebenslagenbezogene Belastungsfragen** (insb. Kinder- und Familienarmut)
- … eröffnet ausdifferenzierte Strategien entlang der jeweiligen Bedarfe & Bedürfnisse
- … sollte sich beziehen auf **Initiativen** gegen Armut, für Kinder- und Familiengesundheit, für kommunale NW
- … sollte im Rahmen partizipativer Gesundheitsförderung Ansätze Wissenschaftlicher Begleitforschung nutzen für eine **gemeinsame Theorie- und Praxisentwicklung**

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

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