

Statusbericht | 6

Dokumentation der Statuskonferenz 2011 »Frühkindliche Gesundheitsförderung«

Inhalt

- Vorwort der Präsidentin
- I Einleitung
- II Dokumentation der Statuskonferenz
»Frühkindliche Gesundheitsförderung«
 - II.1 Begrüßung
 - II.2 Frühkindliche Gesundheitsförderung –
Definition wichtiger Begriffe
 - II.3 Welche Ressourcen ermöglichen
gesundes Aufwachsen?
 - II.4 Praxisbeispiel Frühe Förderung:
»Fabel® – Das familienzentrierte
Baby-Eltern-Konzept«
 - II.5 Praxisbeispiel Frühe Förderung:
Mundgesundheit im »Bündnis
Gesund Aufwachsen in Brandenburg«
 - II.6 Praxisbeispiel Vernetzung:
»Das Dormagener Modell«
- III Zusammenfassung und Ausblick
- IV Teilnehmende Organisationen

Vorwort der Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe BVPG-Mitglieder,

»Kinder sind heute so gesund wie nie!« – das stellte Prof. Dr. Raimund Geene von der Hochschule Magdeburg-Stendal auf unserer Statuskonferenz »Frühkindliche Gesundheitsförderung« am 22. November 2011 in Hamburg fest. Und es stimmt, dass die Generation unserer Kinder und Enkelkinder ein längeres Leben haben und mehr Jahre in Gesundheit verleben wird als jede andere Generation zuvor.

Doch immer wieder finden sich in den Medien erschreckende Berichte zum schlechten Gesundheitszustand unserer Kinder. Wir wissen: Insbesondere soziale Benachteiligung führt häufig auch zu einer gesundheitlichen Benachteiligung – nicht nur bei Kindern und Jugendlichen. Allerdings sind diese in einem besonderem Maße schutzbedürftig. Aus diesem Grund hat sich die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) auf der Statuskonferenz »Frühkindliche Gesundheitsförderung« mit der Frage befasst, wie die Basis für ein gesundes Aufwachsen und ein gutes Leben für alle Kinder gelegt werden kann.

Die Berichte zum aktuellen Forschungsstand sowie Einblicke in erfolgreiche Praxis der frühkindlichen Gesundheitsförderung zeigen, dass das »Setting Familie« für die Gesundheit der Kinder von entscheidender Bedeutung ist. Aus diesem Grund greifen gute Praxismaßnahmen auch die Bedarfe und Bedürfnisse der Eltern auf.

Gemeinsam Gesundheit fördern.

Das »Gesunde Aufwachsen« ist eines der Kernthemen, mit denen sich die BVPG beschäftigt. Bereits im Vorjahr widmeten wir eine Statuskonferenz den ganz Kleinen. Damals lag der Schwerpunkt auf dem »Setting Kindertagesstätte«¹.

Und auch im Jahr 2012 wird sich die Bundesvereinigung wieder mit der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen befassen. Dann soll der Übergang von der Schule in den Beruf in den Blickpunkt rücken.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei den engagierten Referentinnen und Referenten der Statuskonferenz, die ein eindrucksvolles Bild der Möglichkeiten frühkindlicher Gesundheitsförderung gezeichnet haben. Norbert Lettau, Senatsdirektor a.D., und Klaus-Peter Stender von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, möchte ich dafür danken, dass sie die BVPG stets inhaltlich sowie auch bei der konkreten Ausrichtung der Statuskonferenz »Frühkindliche Gesundheitsförderung« unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt meinem Kollegen Christoph Nachtigäller, der an meiner statt die Konferenz vor Ort begleitet hat, sowie unserem Geschäftsführer Dr. Uwe Prümel-Philippson, der sich ganz besonders für das Thema »Gesundes Aufwachsen« engagiert.

Ihre



Helga Kühn-Mengel
Präsidentin der BVPG

I | Einleitung

Bereits im frühesten Kindesalter werden die Grundlagen für ein gesundes und beschwerdefreies Leben gelegt. Diese Erkenntnis hat sich mittlerweile in der Wissenschaft wie auch in der breiten Öffentlichkeit durchgesetzt. Dennoch sind neuere epidemiologische Befunde bei Kindern und Jugendlichen Besorgnis erregend. Rund 7% der Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren gelten als übergewichtig. Hinzu kommen weitere 3%, die eine Adipositas aufweisen. Bei den 11- bis 13-Jährigen sind sogar mehr als 11% übergewichtig und weitere 7% stark übergewichtig.²

Auch Ergebnisse zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, wie sie beispielsweise die BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) liefert, mahnen

¹ Die Dokumentation der Statuskonferenz kann über die BVPG-Geschäftsstelle bestellt oder online abgerufen werden (<http://www.bvpraevention.de/8389>).

² Kurt B-M, Schaffrath Rosario A (2010) Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 53, Heft 7.

zum Handeln: Bei rund einem Fünftel aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren gibt es Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Wesentliche Risikofaktoren liegen in familiären Konflikten sowie in den sozioökonomischen Verhältnissen, in denen ein Kind aufwächst.³

Die Ansatzpunkte für eine frühkindliche Gesundheitsförderung sind somit vielfältig. Bei allem Engagement dürfen dabei die Eltern der Kinder nicht vergessen werden. Hier liegt einer der Schlüssel für ein gesundes Aufwachsen. Dies bestätigten die Referentinnen und Referenten der Statuskonferenz »Frühkindliche Gesundheitsförderung« sowohl mit wissenschaftlichen Untersuchungen als auch mit Schilderungen ihrer Praxis.

II | Dokumentation der Statuskonferenz »Frühkindliche Gesundheitsförderung«

Die Statuskonferenz »Frühkindliche Gesundheitsförderung« der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) fand am 22. November 2011 in den Räumlichkeiten der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg statt. Eingeladen waren die Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung sowie deren Mitglieder. Ziel der Konferenz war die Förderung des Dialogs über erfolgreiche Strategien der frühkindlichen Gesundheitsförderung bzw. über sogenannte Früher Hilfen⁴.

II.1 | Begrüßung

Klaus-Peter Stender, Abteilungsleiter für Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung bei der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, hieß die rund 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Statuskonferenz »Frühkindliche Gesundheitsförderung« in Hamburg willkommen.

Auch für die Hansestadt, so sein Hinweis, sei das Thema der Konferenz von großer Bedeutung. Aus diesem Grund hätten knapp 100 Institutionen, Organisationen und Verbände im Rahmen des hamburgischen Gesundheitszieleprozesses (»Pakt für Prävention«) das Rahmenprogramm »Gesund aufwachsen in Hamburg!« verabschiedet. Mit dem Rahmenprogramm liegen nach Auskunft von Stender nun abgestimmte Leitlinien, Ziele und Maßnahmen vor, um die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen wirksam beeinflussen zu können.

³ Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5-6.

⁴ Zur Definition des Begriffs »Frühe Hilfen« siehe Kapitel II.2.

Auch über den Bundesrat engagiert sich die Hansestadt für das Kindeswohl. So hat Hamburg aktiv an den Verhandlungen für ein neues Kinderschutzgesetz mitgewirkt.

Von den Ergebnisse der Statuskonferenz erhoffte sich Klaus-Peter Stender neue Informationen und Anregungen für die tägliche Praxis.

Christoph Nachtigäller, Mitglied des Vorstandes, begrüßte die Anwesenden im Namen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Er dankte der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, namentlich Herrn Stender, für ihre Unterstützung der Vorbereitung und Durchführung der Konferenz.

Christoph Nachtigäller betonte in seiner Ansprache die Bedeutung der frühkindlichen Gesundheitsförderung für die BVPG. Neben den Themen »Gesundheit im Betrieb« und »Gesund altern« stellt »Gesundes Aufwachsen« das dritte Schwerpunktthema der Bundesvereinigung dar. Ergänzt werden diese thematischen Schwerpunkte durch das Querschnittsthema »Qualitätsentwicklung« sowie durch besondere Einzelthemen. In den Jahren 2000 bis 2008 galt die Aufmerksamkeit der (Fach-)Öffentlichkeit in den genannten Bereichen eher der Diskussion um Gesundheits- und Präventionsziele. Seit 2009 widmet sich die BVPG nun verstärkt der Umsetzung dieser Ziele. Die Statuskonferenzen der BVPG sind die Plattform, um gute und bewährte Praxis publik zu machen.

II.2 | Frühkindliche Gesundheitsförderung – Definition wichtiger Begriffe

Die Grundlage für einen fundierten Austausch zur Frühkindlichen Gesundheitsförderung legte Christiane Liebald mit ihrem Vortrag »Frühkindliche Gesundheitsförderung – Definition wichtiger Begriffe«. Liebald arbeitet sowohl für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Bereich »Förderung der Kindergesundheit« als auch für das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).

Ihr Vortrag diente den Anwesenden als Orientierungshilfe auf dem weit verzweigten Politik- und Praxis-Feld der frühkindlichen Gesundheitsförderung und der Frühen Hilfen. Die Aufgaben von frühkindlicher Gesundheitsförderung und Frühen Hilfen reichen von der allgemeinen, auf Freiwilligkeit beruhenden Gesundheitsförderung von Kindern und Familien – als Angebote der universellen/primären und selektiven/sekundären Prävention – bis hin zur Überleitung zu verordneten Maßnahmen zum Schutz der Kinder (tertiäre Prävention).

1. Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter

Strategien und Programme der frühkindlichen Gesundheitsförderung basieren auf Konzepten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen und Forschungsrichtungen. Sie beschäftigen sich aus ihrem jeweiligen Blickwinkel mit der Frage, welche individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren für die gesunde Entwicklung von Kindern bestimmend sind.⁵

Die frühkindliche Gesundheitsförderung, so Liebald, ist somit in verschiedener Hinsicht eine Querschnittsaufgabe. So sind beispielsweise auf der professionellen Ebene Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühpädagogik und anderen Bereichen angesprochen. Auch auf der politischen Ebene spiegelt sich die Interdisziplinarität wider. So sind unter anderem die Ressorts für Gesundheits-, Kinder- und Jugend- sowie für Bildungspolitik angesprochen.

Angebote zur frühkindlichen Gesundheitsförderung basieren auf Erkenntnissen aus den Bereichen Medizin, Entwicklungspsychologie, Neurowissenschaften, Kindheitsforschung, Erziehungswissenschaften und anderen Disziplinen.

Zu den theoriebasierten Schlüsselbegriffen zählte Liebald die »Salutogenese« und die »Resilienz«.

Der erste Begriff geht auf eine Definition des Soziologen Aaron Antonovsky zurück.⁶ Sein Ansatz der Salutogenese beschäftigt sich mit der Frage, welche Faktoren die körperliche und geistige Gesundheit fördern. Diese Faktoren können sowohl in einem Individuum selbst begründet liegen als auch in seiner Umwelt. Abhängig von seiner Umgebung entwickelt der Mensch, nach Antonowsky, einen ganz unterschiedlichen »Kohärenzsinn«. Damit ist die Fähigkeit gemeint, das Leben aktiv zu gestalten, Herausforderungen anzunehmen und die eigenen Ressourcen zu nutzen, um sich gesund zu erhalten.

Der Begriff der »Resilienz«⁷ bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit einer Person. Je größer diese ist, umso besser kann eine Person auch ungünstige Lebensumstände und Gefahrenpotenziale bewältigen. Zu den psychischen Schutzfaktoren gehören unter anderem die Familie, das soziale Umfeld sowie kognitive Fähigkeiten. Die Förderung gesundheitlicher Ressourcen (Salutogenese) und die Stärkung der Resilienz bilden wesentliche Grundlagen der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter und der Frühen Hilfen, so Christiane Liebald.

⁵ Eine ausführliche Einführung beinhaltet folgender Beitrag: Pott E, Fillinger U, Paul M (2010) Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 53, Heft 11, S. 1166 – 1172.

⁶ Siehe hierzu u.a.: Bengel J, Strittmacher R, Willmann H (2003) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

⁷ Siehe hierzu u.a.: Wustmann C (2004) Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

Angebote der BZgA für die Altersgruppe 0 bis 6 Jahre richten sich direkt an Eltern und an Fachkräfte/Institutionen aus den zuvor genannten Praxisfeldern. Eine zentrale Aufgabe ist es, die Erziehungskompetenzen von Eltern in Fragen der Gesundheitsförderung ihrer Kinder zu fördern.⁸

2. Frühe Hilfen

Mit dem Begriff »Frühe Hilfen« werden Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern vom vorgeburtlichen Alter bis zum Alter von drei Jahren bezeichnet (vgl. Abb. 1).

Sie unterscheiden sich von der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie durch ihre Ausrichtung auf Familien mit spezifischen Belastungen und hohem Förderbedarf. Diese Familien partizipieren oft nicht an Angeboten universeller Prävention wie z. B. Familienbildung. Es bedarf daher besonderer Anstrengungen und spezifischer Konzepte, um diese Familien zu erreichen und bedarfsgerecht zu unterstützen.

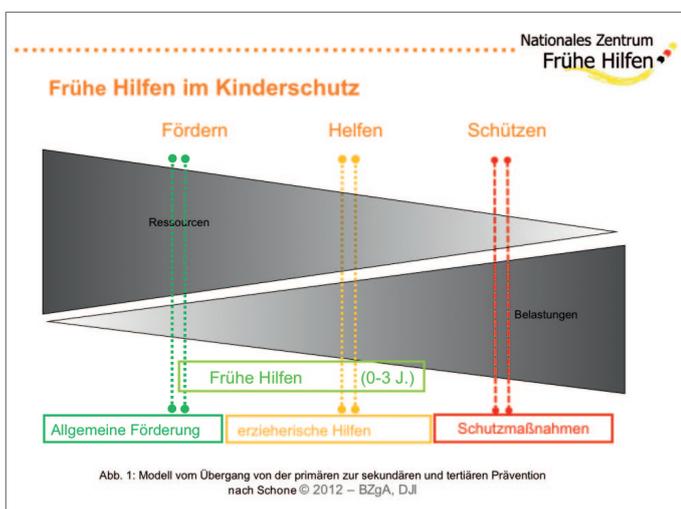


Abbildung 1: Modell vom Übergang von der primären zur sekundären und tertiären Prävention (nach Schone, 2008) (Vortragsfolie Christiane Liebold)

Das den Frühen Hilfen zugrundeliegende Gesundheitsverständnis deckt sich im Wesentlichen mit den Ausführungen zur Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter.

Frühe Hilfen zielen als Querschnittsaufgabe insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe auf eine flächendeckende Versorgung mit einem – zwischen den verschiedenen relevanten Akteuren und Akteurinnen koordinierten – Hilfesystem für Kinder und Eltern. Sie

bieten Hilfen im Alltag und tragen u.a. zu einer Stärkung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei.

Für Familien in besonderen Lebenslagen bieten sie eine selektive Hilfestellung an. Erst wenn diese Frühen Hilfen nicht mehr ausreichen und die Gefahr der Kindesgefährdung zu groß wird, greifen die Schutzmaßnahmen der tertiären Prävention (bspw. Inobhutnahmen nach § 8a SGB VIII).

2007 gründete das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Aktionsplans »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)⁹. Zentrales Anliegen der Gründung ist der frühere und bessere Schutz von Kindern vor Gefährdungen. Zu diesem Zweck sollen Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe möglichst wirksam miteinander vernetzt werden.

Das NZFH ist bei der BZgA in gemeinsamer Trägerschaft mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) angesiedelt. Im Zentrum der Arbeiten stehen fünf Tätigkeitsbereiche:

- *Forschung* – Das NZFH strebt die Verbesserung der Wissensbasis im Bereich der Frühen Hilfen an. Dieses Wissen soll zudem für die Praxis aufbereitet werden.
- *Transfer* – Gute Ansätze der Frühen Hilfe sollen unterstützt, weiterentwickelt und auf andere Regionen übertragen werden.
- *Qualifizierung* – Bestehende Ausbildungsangebote für die Fachkräfte der Professionen, die im Bereich Früher Hilfen tätig sind (Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe, Pädagogik) werden unterstützt und Fort- und Weiterbildungen konzipiert.
- *Kommunikation* – Die (Fach-)Öffentlichkeit wird für das Thema »Frühe Hilfen« sensibilisiert und (werdende) Eltern werden zur Kindesentwicklung und über Gefahren für Kinder aufgeklärt.
- *Kooperation* – Das NZFH unterstützt einschlägige staatliche und nichtstaatliche Akteure in Bund, Ländern und Kommunen beim Aufbau und der Weiterentwicklung von Strukturen und Angeboten im Bereich Früher Hilfen.

⁸ Neben zahlreichen Broschüren und Ratgebern bietet das Internetportal www.kindergesundheit-info.de eine breite Informations- und Wissensplattform zu Themen der Kindergesundheit an.

⁹ Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen findet sich im Internet unter www.fruehe-hilfen.de.

3. Aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern im Vorschulalter

Im Anschluss an diese einführenden Erläuterungen widmete sich Liebold aktuellen Erkenntnissen aus der Präventionsforschung. Demnach ist seit längerem schon eine »neue« Morbidität zu beobachten. So verschieben sich die Krankheitsbilder von somatischen zu psychischen und von akuten zu chronischen Störungen bzw. Erkrankungen. Dies gilt insbesondere auch für Kinder.

Um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Statuskonferenz einen Eindruck von der gesundheitlichen Problemlage im Kindesalter zu geben, warf Liebold ein Schlaglicht auf einzelne epidemiologische Daten. Rund 20% der Kinder weisen eine frühkindliche Regulationsstörung auf. Sie haben beispielsweise Schlafstörungen, Fütterstörungen oder schreien scheinbar grundlos. Nur in der Hälfte der Fälle handelt es sich um eine vorübergehende Erscheinung.

Fast ein Zehntel aller drei- bis sechsjährigen Kinder ist übergewichtig. Bei Kindern mit Migrationshintergrund sind es sogar 13,3%. Auch psychische Auffälligkeiten lassen sich feststellen: Etwa 5% der Vorschulkinder leiden unter ihnen.

Je nach Schätzung wachsen 15 bis 20% der Kinder in Deutschland in Armut auf. Auch daraus resultieren Schwierigkeiten – unter anderem für die gesundheitliche Entwicklung. Etwa 140.000 Kinder pro Jahrgang wachsen so mit ungünstigen Gesundheitschancen auf.¹⁰

Nach Angaben der polizeilichen Kriminalstatistik haben sich die Anzeigen wegen Vernachlässigung und Misshandlungen seit 1990 verdreifacht. Damit einher geht eine steigende Zahl von Inobhutnahmen durch die Jugendämter. Rund 36.300 Kinder und Jugendliche wurden 2010 aus ihren Familien herausgenommen, etwa 5.800 von ihnen waren jünger als sechs Jahre. Gegenüber dem Jahr 2000 befanden sich damit 85% mehr Unter-6-Jährige in Obhut (Statistisches Bundesamt).

Auch die Zahl familienunterstützender Hilfen für überforderte Eltern mit Kindern unter sechs Jahren ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Sie lag 2010 bei mehr als 40.000 (KOMDAT, Jugendhilfe 2006).

Diese Zahlen verdeutlichen, dass eine erfolgreiche Gesundheitsförderung möglichst früh im Leben eines Kindes ansetzen und »lebensbegleitend« gestaltet werden sollte. Im Zentrum steht dabei die Stärkung der Kompetenzen von Eltern und Familien. Einer besonderen Ansprache bedürfen Eltern und Familien mit speziellem Unterstützungsbedarf, etwa in sozialen Problemlagen. Dabei muss jedoch eine Diskriminierung dieser Personengruppen vermieden werden. Angebote insbesondere der Frühen Hilfe sollten ressourcenorientiert sein und die Zielgruppe umfangreich in die Planung und Durchführung von Hilfsmaßnahmen einbinden (»Partizipation«). Dazu müssen die Unterstützungsangebote zielgruppengerecht ausgestaltet werden und idealerweise in der Lebenswelt der Zielgruppe verankert sein. Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Frühen Hilfen gehören darüber hinaus Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation, so eine abschließende Feststellung von Christiane Liebold.

II.3 | Welche Ressourcen ermöglichen gesundes Aufwachsen?

»Was ist nötig, damit Kinder gesund aufwachsen können?« Dieser Frage widmete sich der Politologe und Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Raimund Geene von der Hochschule Magdeburg-Stendal.

Als Vorbemerkung zur Beantwortung dieser Frage stellte Prof. Geene die besonders enge Bindung und Abhängigkeit zwischen Kindern und Eltern heraus. Aus diesem Grund sei – wie schon von Liebold ausgeführt – die Schlüsselstrategie zur Verbesserung des Kindeswohls, den Eltern zu helfen, ihre positiven Lebensvorstellungen zu realisieren.

Ein positives Lebensgefühl und Lebenskraft in einer Phase der Neuorientierung und des Neuanfangs sind nach seiner Ansicht Ressourcen, auf die Eltern in Schwangerschaft, Babyzeit und früher Kindheit zurückgreifen können. Dem gegenüber stehen aber auch vielfältige Schwierigkeiten: Das Verarmungsrisiko steigt, möglicherweise gibt es zwischen Eltern und Großeltern einen »intergenerativen Bruch«.

Auch die Benachteiligung von Frauen im und am Erwerbsleben nach der Geburt eines Kindes stellt eine Herausforderung dar – ebenso wie wachsende Ansprüche der Gesellschaft an die Erziehung von Kindern sowie deren materieller Ausstattung und Absicherung.

Eltern kleiner Kinder haben daher in der Regel einen großen Bedarf an sozialen, Kinder integrierenden Netzwerken. Diese fördern die Gemeinschaft und die Teilhabe der Eltern und können die Arbeitsmarkt(re)integration unterstützen. Besonders geeignet sind zu diesem Zweck lebensweltliche Ansätze, konstatierte Prof. Geene.

Methoden zur Stärkung der Familien sind beispielsweise die Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, die Kompetenz-

¹⁰ Die o.g. Angaben und Zahlen sind insbesondere folgenden Quellen entnommen: Robert Koch Institut (Hrsg) (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; Cierpka M, Stasch M, Groß S (2007) Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 34. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Laucht M, Schmidt H (2005) Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. Kinderärztliche Praxis 76: 348-354; Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsvorsorge in einer Gesellschaft des längeren Lebens.

stärkung und die sogenannte Peer-Education. Letztere beinhaltet die Informations- und Wertevermittlung durch Angehörige der gleichen Personengruppe. Im »Dormagener Modell« (vgl. Kapitel II.6) sieht Prof. Geene eine gute Umsetzung dieser Empfehlungen in die Praxis.

Trotz der zahlreichen Medienberichte zu negativen epidemiologischen Befunden bei Kindern und Jugendlichen muss festgestellt werden, dass es den Aufwachsenden in Deutschland heute insgesamt besser geht als jemals zuvor, so Geene. Nie zuvor war die Aussicht auf ein langes und beschwerdefreies Leben so gut wie heute. Zudem spielt Gewalt in der Erziehung eine immer geringere Rolle. Die zunehmende Sensibilität für das Kindeswohl führt allerdings auch zu einer Steigerung klinischer Diagnosen. Nichtsdestotrotz ist die Zahl der sozial und gesundheitlich benachteiligten Kinder und Jugendlichen ein Grund zur Sorge.

Einfluss auf die Kindesgesundheit dürfte auch der soziale Wandel haben, konstatierte Prof. Geene. So steigt der Altersabstand zwischen den Generationen und die Zusammengehörigkeit zwischen den Eltern und Großeltern nimmt ab. Die zunehmende Alterung der Gesellschaft führt auch dazu, dass Lebensräume verstärkt auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten werden. Parallel dazu wachsen die Ansprüche an Kinder und an die Kindheit. Diese Wandlungsprozesse erfordern umfassende Antworten, um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Auf besonders großes Interesse der Anwesenden stießen Geenes Ausführungen zu seinem Lehrforschungsprojekt »Nutzersicht sozial benachteiligter Mütter auf Kinder-Vorsorge-Untersuchungen und Frühe Hilfen«.

Ausgangspunkt des Projektes ist ein Präventionsdilemma: Je schwieriger die Lebensbedingungen, desto höher der Bedarf an Prävention. Aber: Je höher der Bedarf an Prävention, desto niedriger die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten.

Vielfach werden der Bedarf für eine Intervention sowie deren Qualität von Experten/-innen mit einem anderen sozialen Hintergrund als dem der Zielgruppe bewertet. Prof. Geene stellt in seiner Untersuchung nun die Frage, wie benachteiligte Mütter selbst, sozusagen als Expertinnen in eigener Sache, Screeningprogramme und Frühe Hilfen einschätzen.

Gemeinsam mit seiner Kollegin Prof. Dr. med. Nicola Wolf-Kühn MPH und in Kooperation mit Prof. Dr. Ingrid Kollak und Diplom-Soziologin Claudia Höppner MPH von der Alice-Salomon-Hochschule Berlin hat er daher ein Lehrforschungsprojekt initiiert.

In einer noch nicht abgeschlossenen qualitativen Vorstudie konnten bereits 55 Interviews mit Müttern durchgeführt werden. Die soziale Lage der Mütter wurde dabei mittels einer Adaption des Family Adversity Index (FAI) beschrieben.

Der Zugang zu sozial benachteiligten Müttern stellte eine besondere Herausforderung dar. Über eine langjährige Mitarbeiterin eines Jugendzentrums sowie über Mutter-Kind-Wohnheime, insbesondere aber auch durch direkte Ansprache junger Mütter auf Spielplätzen und vor Einkaufszentren war die Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen jedoch erfolgreich.

Die ersten Ergebnisse der Studie zeigen, dass auch Mütter mit einem niedrigen sozialen Status an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (»U-Untersuchungen«) teilnehmen. Nach seinen Erkenntnissen ziehen die Mütter sogar einen hohen subjektiven Nutzen aus der Teilnahme, berichtete Prof. Geene.

Dieses Ergebnis ist erstaunlich, da die Mütter oftmals kein »geordnetes Leben« haben und wenig soziale Unterstützung erfahren. Zudem berichteten sie über negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Mütter mit niedrigem sozialen Status bekommen häufig weniger Tipps und Ratschläge von Kinderärzten und -ärztinnen. Es stellt sich also die Frage, warum sie ihre Kinder trotzdem zur »U-Untersuchung« bringen.

Zwei Antworten auf diese Frage scheinen sich anzubieten:

1. Die Teilnahme symbolisiert die »gute Mutter«. Eine befragte Mutter sagte diesbezüglich: »Ich brauche eine echte Bestätigung, dass ich es richtig mache. Und wenn ich diese Bestätigung kriege, dann weiß ich, ich bin auf dem richtigen Weg, dann weiß ich, ich mach das richtig.«
2. Die U-Untersuchungen sind Kind-basiert. Mütter müssen also nicht befürchten, Außenstehenden einen Einblick in ihre Privatsphäre geben zu müssen.

Prof. Geene lieferte auch zu Angeboten der Frühen Hilfe interessante Einsichten. Aus seiner Vorstudie geht hervor, dass Mütter mit niedrigem sozialen Status Mutter-Kind-Gruppen, Hausbesuche und die Unterstützung durch das Jugendamt eher nicht akzeptieren. Dagegen sind sie gegenüber Hebammen – nach anfänglicher Skepsis – und Video-Feedbacks¹¹ offen.

Eine Mutter schilderte ihre Einstellungen gegenüber Mutter-Kind-Gruppen so: »Ich würde das nicht machen, weil ich würde sagen, was in meiner Familie passiert, das geht niemanden etwas an.«

In seiner (vorläufigen) Schlussfolgerung zur Vorstudie wies Geene auf das Paradoxon seiner ersten Erkenntnisse hin: Der wesentliche Nachteil der »U-Untersuchungen«, nämlich Kind-basiert zu sein und den familiären Kontext weitgehend auszuklammern, wird zum subjektiven Vorzug für Mütter mit niedrigem sozialen Status.

¹¹ Als Videofeedback wird das Aufzeichnen von typischen Alltagssituationen mittels kurzer Filmsequenzen sowie deren anschließende gemeinsame Reflexion bezeichnet.

Die Aussagen der Mütter verdeutlichen einmal mehr, wie wichtig die Berücksichtigung der Perspektiven der Mütter ist, vor allem ihrer Ängste und Schamgefühle. In der folgenden Abbildung (Abb. 2) finden sich Rückmeldungen sozial benachteiligter Mütter zu unterschiedlichen »Unterstützungsangeboten«. Dabei schneiden die Angebote, die weit oben angesiedelt sind, gut ab. Je tiefer sie aufgeführt sind, desto niedriger war die Zustimmung.

Auffallend an dieser Darstellung ist, dass an oberster Stelle das Videofeedback rangiert. Dieses Verfahren erlaubt eine »leicht konsumierbare« kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Verhaltensweisen. Auch »Experten«-Meinungen liegen in der Favoritenliste weit oben (Super-Nanny, Ärzte/-innen, Kinderpfleger/-innen). Hierin sieht Geene einen Beitrag zu einer zunehmenden »Entfremdung von und Enteignung der eigenen Elternschaft«.

Große Angst machen den befragten Müttern die Behörden. So wird etwa mit dem Jugendamt die Gefahr des Kindesentzugs verbunden.

Geene gab allerdings zu bedenken, dass die Rangordnung auch das Ergebnis mangelnder Erfahrung mit einigen der Angebote sein kann. Leistungen der Frühen Hilfe oder Selbsthilfeangebote werden so oft aus Unkenntnis skeptisch bewertet.

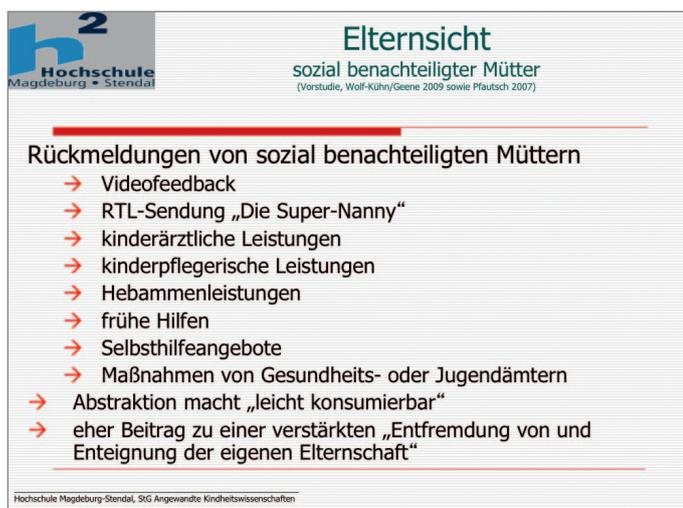


Abbildung 2: Bewertung unterschiedlicher »Unterstützungsangebote« durch sozial benachteiligte Mütter (Die positive Bewertung sinkt von oben nach unten) (Vortragsfolie Prof. Dr. Raimund Geene)

Die Kombination aus starker Verunsicherung und geringer Selbstwirksamkeitserfahrung führt zudem häufig zu Missinterpretationen des kleinkindlichen Verhaltens. Auch die Projektion von eigenen Wünschen, Erfahrungen und Träumen auf das Kind kann zu Schwierigkeiten führen.

Sehr häufig liegen Probleme der Eltern-Kind-Beziehung in Partnerschaftskonflikten und familiären Rollenverteilungen begründet. Zur Lösung dieser Herausforderungen – die auch dem Kind/den Kindern zugute käme – fehlen nach Auskunft

von Prof. Geene in der Praxis häufig die geeigneten Instrumentarien.

Hilfestellungen von Gesundheits- und Jugendämtern werden oftmals mit der Sorge vor Fremdbestimmung verbunden. Hier steht die Angst, das Etikett »Überforderung« aufgedrückt und das Sorgerecht entzogen zu bekommen, im Vordergrund.

Vorläufiges Fazit: Die Unterstützung junger Familien muss in ihren jeweiligen Lebenswelten und niedrigschwellig (z. B. über Hebammen) erfolgen. Dort muss auch der Spagat zwischen einer anerkennenden Unterstützung der Eltern und einer Kontrolle zum Wohle des Kindes gelingen. Im Zentrum stehen dabei zwei Fragen:

1. Wie kann Wertschätzung vermittelt werden und wie können Eltern ermutigt bzw. bestärkt werden?
2. Wie kann besonderer Hilfebedarf erkannt werden?

Als Beispiel eines in dieser Hinsicht gelungenen Ansatzes stellte Geene das Konzept eines Familiengesundheitszentrums in Stendal vor. Dort greifen die Angebote von Kinderärzten/-innen, Hebammen, Sozialpädagogen/-innen und anderen Akteuren/-innen ineinander und ermöglichen damit niedrigschwellige Zugänge zu zahlreichen Unterstützungsmaßnahmen.

So gibt es beispielsweise für werdende Mütter neben der Beratung durch Gynäkologinnen oder Gynäkologen Unterstützungsangebote von (Familien-)Hebammen, Sozialpädagogen/-innen klären Hilfebedarfe, es finden Beratungen zu Fördermöglichkeiten sowie Geburtsvorbereitungskurse statt. Eine Ansiedlung an der Geburtsklinik bietet die Möglichkeit, den familienzentrierten sozialen Angeboten die Autorität des Kinderarztes, der dank seiner hohen Akzeptanz besonders gute Zugangsmöglichkeiten hat, weiterzureichen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass *soziale* Unterstützungsbedarfe nicht mit *medizinischen* Ansätzen bedient werden können und Medikalisierung vermieden werden muss.

Bis zur Einschulung ist das Familiengesundheitszentrum eine niedrigschwellige Anlaufstelle für soziale, familiäre und gesundheitliche Hilfestellungen.

Die anschließende Diskussion des Vortrags verdeutlichte, dass Frühe Hilfen gerade beim Zugang auf vulnerable Personen(gruppen) sensibel gegenüber möglichen Diskriminierungen sein müssen. Durch einen breiteren Ansatz, der z.B. allen Eltern eine Unterstützung anbietet, lässt sich diese vermeiden.

In der Diskussion wurden auch Schwierigkeiten der Ressort und Disziplinen übergreifenden Arbeit auf regionaler und überregionaler Ebene thematisiert. Auf kommunaler Ebene sei dies oftmals noch gut möglich. Auf darüber liegenden Ebenen gäbe es jedoch auf Grund der strikt geteilten Zuständigkeiten häufig Probleme.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz diskutierten auch, inwiefern »Präventionspässe« eine geeignete Ergänzung zu den bestehenden U-Heften für Vorsorgeuntersuchungen sein könnten. Die Einschätzungen waren allerdings recht unterschiedlich. Während die einen durch einen derartigen »Pass« eine Steigerung der Sensibilität bei Medizinerinnen und Eltern erwarten würden, befürchteten andere eine Überfrachtung der Vorsorgeuntersuchungen.

II.4 | Praxisbeispiel Frühe Förderung: »Fabel® – Das familienzentrierte Baby-Eltern-Konzept«

»Frühkindliche Gesundheitsförderung ist Förderung und Stärkung von Familien«, so das Credo von Ines Albrecht-Engel, der Ehrenvorsitzenden der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Familiengesundheit – Bundesverband e.V. (GfG). Die Geburtsvorbereiterin und Familienbegleiterin sieht die von Christiane Liebald angesprochene steigende Zahl von Kindern mit gesundheitlichen Problemen (vgl. Kapitel II.1) insbesondere in der alltäglichen strukturellen Überforderung von Familien begründet. Individuelles Fehlverhalten ergibt sich dann oft aus dieser Überforderung.

Die frühkindliche Gesundheitsförderung muss sich an den Bedarfen und Bedürfnissen der Kinder ausrichten. Gesundheitsfördernd wirken sich eine sichere Bindung, Liebe, Zuwendung, Geborgenheit, Akzeptanz und Anerkennung aus. Sie bilden die Basis für ein gesundes Aufwachsen und den Erwerb sozialer Kompetenzen.

Sie sind aber auch Grundlage für die eigene Bindungs- und Liebesfähigkeit, für Lernfähigkeit und das Interesse an Neuem sowie schlussendlich für die eigene Eltern-»Fähigkeit«.

Ines Albrecht-Engel plädierte wie ihre Vorredner dafür, dass frühkindliche Gesundheitsförderung aber auch die Bedarfe und Bedürfnisse der Eltern in den Blick nimmt. Denn auch sie brauchen Unterstützung – von Anfang an. Ein Beispiel für eine familiengerechte Unterstützung lieferte Albrecht-Engel mit Fabel®, dem familienzentrierten Baby-Eltern-Konzept der GfG.

Fabel®-Kurse bieten Eltern mit Baby im ersten Lebensjahr des Kindes eine kontinuierliche Begleitung an. Die Kurse werden von GfG-Familienbegleiterinnen® geleitet und greifen Unsicherheiten, Fragen und Anfangsschwierigkeiten der Mütter und Väter auf. Sie stärken die Elternkompetenz durch die Förderung einer feinfühligsten Beobachtung kindlicher Signale.

Um diese Ziele zu erreichen, werden die Familienbegleiterinnen in Gesprächsführung und Gruppenleitung geschult. Die obligatorische Weiterbildung im Bereich »Stillen und Ernährung« schafft zudem die Grundlage für Anregungen zur gesundheitsförderlichen Familienernährung.

Fabel®-Gruppen ermöglichen den Austausch mit anderen Eltern und vermitteln auf diese Weise ein Gefühl dafür, dass andere Eltern ähnliche Erfahrungen mit ihren Kindern machen. Zentrales Charakteristikum der Kurse ist die Thematisierung körperlicher, seelischer und partnerschaftlicher Veränderungen in Folge der Geburt. Der Austausch mit anderen Eltern und der Gruppenleitung sowie deren Anregungen stärken das Selbstvertrauen in die neue Rolle.

Die Anregungen der Gruppenleitung sollen informierte Entscheidungen der Eltern ermöglichen, aber keinesfalls eine Belehrung darstellen oder Eltern gar unter Entscheidungsdruck setzen.

Aus den Gruppen entstehen nach Erfahrung von Albrecht-Engel oft langlebige Selbsthilfe- und Nachbarschaftshilfegruppen oder auch Freundschaften.

Die Fabel®-Gruppen stärken die Eltern-Kind-Bindung und die elterliche Feinfühligkeit. Sie sind damit auch ein Schutzfaktor vor Kindesvernachlässigung.

In der frühen Förderung junger Eltern sieht Albrecht-Engel zahlreiche Chancen:

- Die Förderung der Sensibilität in der Übergangsphase des Elternwerdens erleichtert die Änderung ungesunden Verhaltens.
- Soziale Netzwerke können frühzeitig ausgebaut werden. Diese bieten gegenseitige Unterstützung und haben Kenntnisse über weitere Hilfsangebote.
- Eltern können ihre eigenen Kompetenzen kennenlernen, lernen ihrer eigenen Intuition zu vertrauen und die zahlreichen »Rat-Geber« einzuordnen.
- Ansprüche an Idealvorstellungen vom »perfekten« Eltern-Sein werden relativiert.
- Basiswissen wird internalisiert. Zu diesem Basiswissen gehört, dass Liebe, Geborgenheit und Anerkennung für Kinder extrem wichtig sind.

»Wir haben kein Erkenntnisdefizit – wir haben ein Handlungsdefizit!«, resümierte Albrecht-Engel. Fazit ihrer jahrelangen Arbeit im Familienbildungsbereich ist, dass es genügend entwickelte, erprobte und evaluierte Angebote zur Elternunterstützung gibt, dass sie aber über die Projektphase hinaus nicht finanziert werden.

Eine der Ursachen hierfür sieht sie im Föderalismus. Bund und Länder finanzieren Projekte, die anschließend von Kommunen im Rahmen der Regelleistungen weitergeführt und weiterfinanziert werden sollen und mangels Geldknappheit nicht fortgesetzt werden. Ein weiteres Problem liegt in der Zergliederung des Sozial- und Politiksystems. Frühe Förderung – wie Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt – ist ressort-

themen- und sozialkassenübergreifend anzusiedeln. Das stößt in der Praxis aber auf teils massive Zuständigkeitsprobleme.

Nicht zuletzt ist aber auch eine zunehmende Medikalisierung in allen Lebensbereichen festzustellen, so Albrecht-Engel. Das Medizinsystem und die medizinische Betreuung sollten aber nur *eine* Säule der Frühen Hilfen darstellen.

In der Diskussion des Vortrags wurden die Schwierigkeiten der Finanzierung von Angeboten zur Frühen Hilfe thematisiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stützten die Wahrnehmung von Ines Albrecht-Engel, dass die aufgeteilten Verantwortungsbereiche von Gesundheits- und Sozialwesen eine Ursache für die mangelnde finanzielle Unterstützung der Praxis sind. Ein Gesamtkonzept zur Finanzierung von Elternbegleitung in der Übergangsphase zur Elternschaft als nachhaltige Prävention fehlt, so das Resümee.

II.5 | Praxisbeispiel Frühe Förderung: Mundgesundheit im »Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg«

Die settingorientierte Kariesprophylaxe ist ein Beispiel erfolgreicher Präventionsarbeit. Ihre Wirksamkeit ist unumstritten. Wie die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit in frühestem Kindesalter aussehen kann, schilderte Dr. Gudrun Rojas im Auftrag des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. Im Anschluss an die internationalen und nationalen Gesundheitszieleprozesse¹² haben sich auch in den Bundesländern Gesundheitszieleprozesse etabliert. Im Land Brandenburg hat das Gesundheitsministerium thematisch verschiedene Prozesse initiiert. Die Kindergesundheit steht seit 2003 im Fokus des »Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg«.

Kindern möglichst gleiche Chancen für ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und gesundheitliche Ungleichheiten zu minimieren, ist das Ziel, dem sich über 60 Akteure und Akteurinnen inner- und außerhalb des Gesundheitswesens unter Vorsitz der Gesundheitsministerin verpflichtet haben und die damit einen Beitrag zur Entwicklung eines kinder- und familienfreundlichen Landes leisten.

In Arbeitsgruppen werden Zielstellungen und Maßnahmenkataloge der Handlungsfelder

- Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung,
- Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung,

¹² Zum Gesundheitszieleprozess der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vergleiche etwa Weltgesundheitsorganisation (1998) Gesundheit21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept »Gesundheit für alle« für die Europäische Region der WHO (<http://www.bvpraevention.de/ext8>). Ausführliche Informationen zum nationalen Zieleprozess finden sich unter <http://www.gesundheitsziele.de/>.

- Mundgesundheit,
- Unfall- und Gewaltprävention sowie
- Seelische Gesundheit

beraten. Im Plenum, das alle zwei Jahre stattfindet und vom Steuerungskreis vorbereitet wird, werden die Beschlüsse gefasst. Detaillierte Informationen sind auf der Internetseite www.buendnis-gesund-aufwachsen.de eingestellt.

Dr. Rojas führte in ihrem Vortrag aus, dass es in diesem Prozess gelungen ist, die Mundgesundheit als Teil der Kindergesundheit ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Die Mundgesundheit wirkt sich nicht nur auf die allgemeine Gesundheit von Kindern aus, sondern auch auf die Sprachentwicklung, die Kommunikation und damit die Teilhabe eines Kindes an Bildungsprozessen. Das Selbstwertgefühl und die soziale Akzeptanz werden ebenfalls durch gesunde Zähne beeinflusst (vgl. Abb. 3).

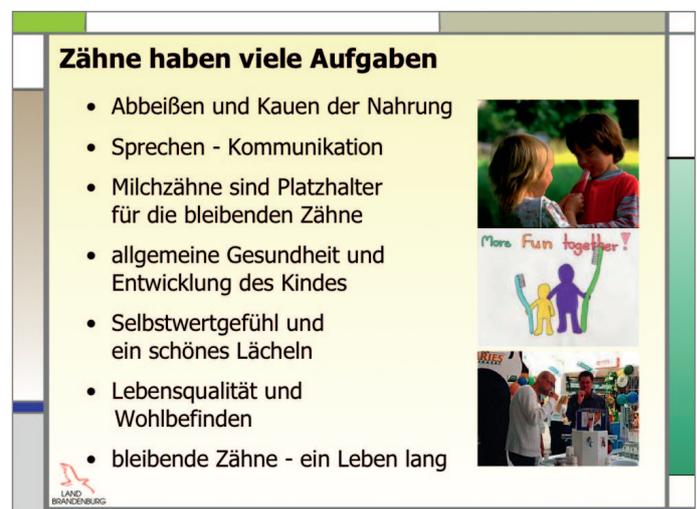


Abbildung 3: Zähne haben viele Aufgaben (Vortragsfolie Dr. Gudrun Rojas)

Weiterhin wurden im Bündnis Informationen über Trends der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen gegeben, Ergebnisse der gruppenprophylaktischen Betreuung gem. § 21 SGB V vorgestellt und die Auswirkungen der frühkindlichen Karies auf die gesundheitliche Entwicklung der Kleinkinder thematisiert.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und zur Förderung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen sind in den Bundesländern in Gesundheitsdienst-, Kita- und Schulgesetzen festgelegt.

Eine bundeseinheitliche Regelung stellt die Verhütung von Zahnerkrankungen (zahnmedizinische Gruppenprophylaxe) gem. § 21 SGB V dar. Danach besteht die Verpflichtung, dass

die Verbände der Krankenkassen, die Zahnärzteschaft, die zuständigen Stellen der Länder (d.h. der Öffentliche Gesundheitsdienst) Vereinbarungen zur Umsetzung der Gruppenprophylaxe abschließen. Dies ist unter Einbeziehung der jeweiligen Strukturen und Rahmenbedingungen in allen Bundesländern erfolgt.

Die Partner der Vereinbarung im Land Brandenburg haben auf Landesebene dem Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe, in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., und dem Beirat für Zahngesundheit koordinierende Aufgaben übertragen. Die Umsetzung, Dokumentation und Erfolgskontrolle der Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe erfolgt auf kommunaler Ebene durch die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte in Zusammenarbeit mit dem Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz sowie dem Gesundheitsministerium. Grundlagen sind das »Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg« und die Empfehlungen des Leitfadens für die standardisierte Durchführung und Dokumentation der Untersuchungen und präventiver Betreuungskonzepte¹³, herausgegeben vom Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Detaillierte Informationen über die Brandenburger Gruppenprophylaxe sind unter www.brandenburger-kinderzaehne.de nachlesbar.

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe umfasst Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen, die jährlich flächendeckend in Kindertagesstätten und Schulen bis zur Klassenstufe 6 umgesetzt werden, eine Intensivierung bei erhöhtem Kariesrisiko vorsehen und auch Jugendliche in Schwerpunktschulen erreichen.

Gesundheitsverhalten wird durch emotionales Lernen in der Gruppe geprägt. Damit wird mehr Gesundheit erreicht und orale Erkrankungen werden reduziert.

Dokumentationen und Analysen der präventiven Arbeit werden schuljährlich nach vereinbarten Kriterien im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung auf Kreis- und Landesebene durchgeführt und geben u. a. Auskunft über die Flächendeckung, den Betreuungsgrad einzelner Maßnahmen und die Öffentlichkeitsarbeit.

Die Auswertungen der standardisierten zahnärztlichen Untersuchungen zeigen die Entwicklung der Zahn- und Mundgesundheit und werden in kommunalen und Landesgesundheitsberichten sowie auf www.gesundheitsplattform.de veröffentlicht. Dass bereits im Alter von 2 Jahren kariöse Milchzähne diagnostiziert werden und die Behandlungsbedürftigkeit bei den Klein- und Vorschulkindern unverändert hoch ist, sind Fakten, die in die Arbeit des »Bündnisses Gesund Aufwachsen« einbezogen wurden und mit dazu beigetragen haben, neue Partner für die Zusammenarbeit zu gewinnen.

Ein Beispiel dafür ist der seit 2005 von der Landes Zahnärztekammer herausgegebene »Zahnärztliche Prophylaxe-Pass Mutter & Kind«, der den Schwangeren zusammen mit dem Mutter-Pass von den Gynäkologen überreicht wird. Er enthält Hinweise zur Zahn- und Mundgesundheit in der Schwangerschaft und in den ersten beiden Lebensjahren des Kindes.

Ein weiterer Baustein der Mundgesundheitsförderung in Brandenburg sind die regionalen »Netzwerke Gesunde Kinder«, die seit 2006 schrittweise in nahezu allen Regionen des Landes aufgebaut wurden. Geschulte ehrenamtliche und professionell koordinierte Paten begleiten junge Familien während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in den ersten drei Lebensjahren des Kindes. Es ist ein niedrigschwelliges Angebot für alle Familien.

Die ehrenamtlichen Familienpaten arbeiten in Netzwerken mit Hebammen, Frauen- und Kinderärzten, Schwangerenberatungsstellen, dem Jugend-, Sozial- und Gesundheitsamt in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen zusammen. Um auf ihre Tätigkeit vorbereitet zu sein, absolvieren sie eine Schulung zu unterschiedlichen Themenkomplexen. Seit 2009 gehört das Modul »Unser Kind zeigt Zähne – Mundgesundheit von klein auf an« zum Schulungscurriculum. Die Familienpaten können, mit diesem Wissen ausgestattet, Familien in ihrem Alltag sicher beobachten und ihnen praktische Tipps geben.

Parallel zu den Herangehensweisen, die sich an werdende Mütter und junge Familien richten, wurde im Land Brandenburg ein intensiver Gedankenaustausch darüber geführt, ob und wie Kinder im Alter unter 2 Jahren in die gruppenprophylaktische Betreuung in den Kindereinrichtungen einbezogen werden können. Die Erfahrungen des Präventionsprogrammes »Kita mit Biss« aus Frankfurt (Oder) spielten dabei eine große Rolle. Die Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der frühkindlichen Karies sowie die Entwicklung eines mundgesundheitsförderlichen Umfeldes in Kindertagesstätten werden mit diesem Programm in Zusammenarbeit mit Erziehern/-innen und Eltern erreicht. Möglich wird das durch die freiwillige Selbstverpflichtung der Erzieher/-innen und Kita-Träger, praktikable Handlungsleitlinien (vgl. Abb. 4) in den Tagesablauf der Kindertagesstätten einzubeziehen und umzusetzen.

Die teilnehmenden Kitas unterzeichnen eine Beitrittserklärung zur »Kita mit Biss« und erhalten ein Zertifikat, das im Eingangsbereich der Kita angebracht wird. Ein gutes Medium für die Elternarbeit ist der auf Anregung von Erziehern/-innen entwickelte Eltern-Flyer »Kita mit Biss ... und Eltern helfen mit«. Beim Aufnahmegespräch bekommen Eltern diesen Flyer mit der Bitte, das Kita-Team bei der Umsetzung der Handlungsleitlinien zu unterstützen. Aus den Evaluationsberichten (www.frankfurt-oder.de) geht hervor, dass es gelungen ist, den Anteil der Kinder mit kariesfreien Gebissen zu erhöhen und die frühkindliche Karies zurück zu drängen. Das Präventionsprogramm ist inzwischen ein fester Bestandteil der gruppenprophylaktischen Betreuung in weiteren Regionen geworden.

¹³ Den Leitfaden finden Sie im Internet unter <http://www.bvpraevention.de/ext9>.

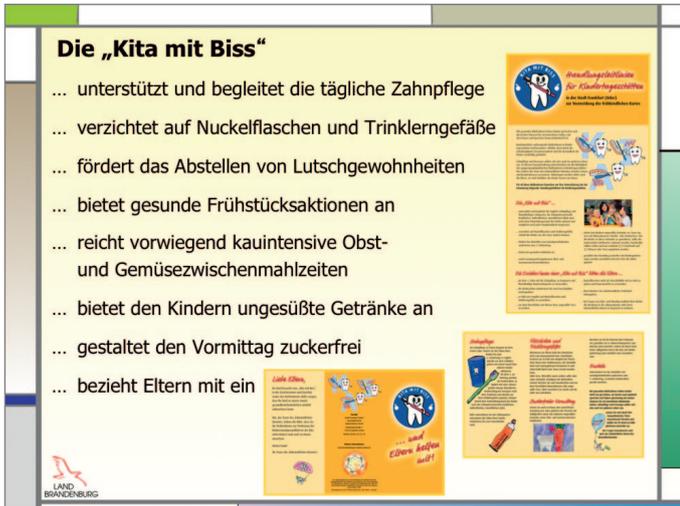


Abbildung 4: Leistungen der »Kita mit Biss«
(Vortragsfolie Dr. Gudrun Rojas)

Die vielfältigen, von Dr. Rojas beschriebenen Möglichkeiten zur Förderung der Mundgesundheit haben Wirkung gezeigt. So konnten die für 2010 im »Bündnis Gesund Aufwachsen« vereinbarten Mundgesundheitsziele erreicht werden. 63 % der 5 Jahre alten Kita-Kinder hatten kariesfreie Gebisse. Zum Zeitpunkt der Zielvereinbarung waren es nur 53%. Auch die Mundgesundheit der 12- und 15-jährigen Jugendlichen konnte deutlich verbessert werden.

Rojas schloss deshalb mit einem positiven Fazit: Bei allen Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg ist ein Gesundheitsgewinn durch einen deutlichen Kariesrückgang zu verzeichnen, die Ausprägung ist von der sozialen Lage abhängig.

Die flächendeckenden präventiven Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in den Settings Kita und Schule bezeichnete Dr. Rojas als effektiv und effizient. Zudem sind sie ein Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit. Kontinuität zu sichern sowie Netzwerkbildung und interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter zu entwickeln sind Aufgaben, um die Zielstellungen zur Mundgesundheit für das Jahr 2020 zu erreichen.

Im Mittelpunkt der Diskussion zum Vortrag stand die Frage: »Eignet sich die Kariesprophylaxe als Vorbild für andere Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung?« Bezüglich der Zusammenarbeit der relevanten Akteure sowie bzgl. der Finanzierung fiel die Antwort eindeutig aus: Ja! Wird allerdings die Übertragbarkeit auf andere Bereiche en detail betrachtet, ergeben sich wegen der dann strukturell anderen Ausgangslagen Schwierigkeiten.

Als eine Ursache des Erfolgs der Kariesprophylaxe benannten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz – neben der Vernetzung und der klaren Finanzierungsstruktur – auch die bessere wissenschaftliche Datenlage sowie die vergleichsweise gute Messbarkeit des Erfolgs. Zudem eigne sie sich weniger für Marketingzwecke im Wettkampf der Krankenkassen. Damit unterscheidet sich die Kariesprophylaxe deutlich von anderen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung.

II.6 | Praxisbeispiel Vernetzung: »Das Dormagener Modell«

Das Dormagener Modell ist mittlerweile überregional als vorbildhaftes Beispiel eines Kinderschutz- und Familienförderungsansatzes bekannt. Eine detaillierte Beschreibung des Modells, seiner Einführung und seiner Ergebnisse lieferte Martina Hermann-Biert, Leiterin des Jugendamtes der Stadt Dormagen.

Grundlegend für den Erfolg des Dormagener Modells war die Überzeugung, dass der Schutz und die Förderung von Kindern eine fortwährende Weiterentwicklung und Veränderung der Helfer/-innen, Hilfesysteme und Programme erfordert. Zudem müssen Fachkräfte einen wertschätzenden Umgang mit Eltern, Kindern und Kollegen/-innen führen. Ihre Partizipation und Beteiligung auf der Grundlage demokratischer Werte ist notwendig, davon ist Martina Hermann-Biert überzeugt.

Zum Leitgedanken des Dormagener Modells gehört auch, dass Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird. Das erfordert von allen Beteiligten Vertrauen und Anerkennung, Solidarität mit sozial Benachteiligten und die Verbesserung von Bildungschancen. Die Förderung der Gesundheit wird als Grundlage für eine gelingende Entwicklung insgesamt verstanden.

Die rechtliche Grundlage des Dormagener Modells verortete Martina Hermann-Biert im § 1 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz). Nach diesem Paragraphen soll die Jugendhilfe »insbesondere

1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.«

Aus diesen Vorgaben resultieren für Hermann-Biert unterschiedlichste Anforderungen an ein ganzheitliches Familienförderkonzept (vgl. Abb. 5).

Anforderungen an ein ganzheitliches Familienförderkonzept

- kommunale Strukturen verändern, um Hilfesysteme besser zu vernetzen.
- Demokratischer Kinderschutz (Wertschätzung, Partnerschaftlichkeit, Familienförderkonzept)
- Netzwerke entwickeln (mehrsystemisch)
- Programme sind multiperspektivisch (Kindeswohl – Elternwohl – Gemeinwohl)
- Präventionskette (Frühe Hilfe im Vorfeld für Alle bis hin zur Einzelfallhilfe)
- Öffentlichkeitsarbeit (Aktiv, Imagewerbung, Kampagnen etc.)

Statuskonferenz: Frühkindliche Gesundheitsförderung
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
Hamburg 22.11.2011

Martina Hermann-Biert
Uwe Sandvoß
Stadt Dormagen

willkommen
Netzwerk für Familien

Abbildung 5: Anforderung an ein ganzheitliches Familienförderkonzept (Vortragsfolie Martina Hermann-Biert)

Der für ein ganzheitliches Familienförderkonzept notwendige Aufbau und die Konzeption nachhaltiger Netzwerkstrukturen werfen verschiedene Fragen auf, die bereits vor Beginn der Netzwerkarbeit geklärt werden müssen:

1. Welche Anlässe und welche Auslöser gibt es für die Netzbildung?
2. Welche Ziele verfolgt das Netzwerk auf strategischer und operativer Ebene?
3. Welche Personen/Einrichtungen spielen eine Rolle?
4. Welche Strukturen und Schlüsselprozesse sind für die Entwicklung des Netzwerkes von Bedeutung?
5. Wie soll das Netzwerk »gesteuert« werden? Welche Koordination/Leitung braucht ein Netzwerk?
6. Wie wird das Netzwerk evaluiert?

Zentraler Baustein des Dormagener Modells ist das Netzwerk Frühe Förderung (NeFF). Das Management des Netzwerkes setzt sich aus Mitarbeitern/-innen des Jugendamtes und jeweils einem Vertreter/einer Vertreterin der größten freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe zusammen. Da in Dormagen ein Sozialarbeiter bzw. eine Sozialarbeiterin für 8.000 bis 10.000 Einwohner/-innen zuständig ist, sind »viele Augen« nötig, um Bedarfe und Bedürfnisse zu erkennen. Diesem Gedanken trägt die interdisziplinäre Zusammensetzung der Lenkungsgruppe Rechnung. So sitzen in der Lenkungsgruppe von NeFF rund 20 Fachkräfte aus dem Bereich Frühe Hilfe – hierzu gehören beispielsweise Hebammen und Ärzte/-innen. Sie arbeiten dem Netzwerk-Management zu.

Je nach Bedarf beruft die Lenkungsgruppe thematische Arbeitsgruppen, die einzelne Themenkomplexe für das Netzwerk aufbereiten. Ein Beispiel hierfür ist die AG Sprache, die sich mit der Sprachentwicklung und -förderung befasst.

Das Netzwerk tauscht sich regelmäßig mit den Fachbereichsleitungen des Jugend- und Sozialamtes sowie mit dem Bürgermeister der Stadt Dormagen aus. Diese wiederum berichten dem Jugendhilfe- und dem Sozialausschuss sowie dem Integrationsrat der Stadt.

Den großen Handlungsbedarf machte 2005 eine Analyse der Lebenslagen von Kindern und Familien in der Region deutlich. Rund 1.300 Kinder lebten 2005 in Dormagen an der Armutsgrenze. Häufig zeigten sie Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung, bei der motorischen Entwicklung, der seelischen Gesundheit und im Bereich sozialer Kompetenzen. Hilfen, so das damalige Fazit, kommen oft zu spät und sind dann sehr aufwendig.

Aus diesem Grund wurde in Dormagen ein ganzheitliches Förderkonzept erarbeitet. Bereits im Vorfeld von Maßnahmen zum Kinderschutz werden Familien nun verstärkt präventive Angebote unterbreitet. Zentral ist dabei, dass die Grundbedürfnisse der Kinder und Eltern (bspw. Wohnraum und Krankenversicherung) gesichert werden.

Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist ein Kernelement der Frühen Hilfen in Dormagen. Allerdings ergeben sich einige Herausforderungen. So haben viele Eltern Vorbehalte, Ängste und Scham gegenüber professionellen Hilfesystemen und damit einhergehend ein mangelndes Vertrauen in die beteiligten Fachkräfte und Organisationen. Hilfe und Unterstützung wird oftmals als Belehrung erlebt oder gar als Bedrohung empfunden.

In unserer leistungsorientierten Gesellschaft, in der Fehler tabu sind, geht mit der Annahme professioneller Hilfe ein Versagensgefühl einher, so Hermann-Biert. Auch unterschiedliche Werte und Bedürfnisse der Eltern einerseits und der Helfer/-innen andererseits können eine Zusammenarbeit erschweren. Zudem sind auch professionelle Helfer/-innen nicht zu jeder Tages- und Nacht-Zeit zu erreichen.

Das Dormagener Modell setzt daher auf eine Vielzahl von Zugängen (vgl. Abb. 6). Diese reichen von verschiedenen Vorsorgeangeboten in der Schwangerschaft über einen Hausbesuch mit Elternbegleitbuch jedes neugeborenen Kindes bis zu den Hausbesuchen aller Erstklässler durch den/die Klassenlehrer/-in. Allerdings – darauf wies Martina Hermann-Biert hin – beteiligen sich bislang nicht alle Schulen in Dormagen am NeFF.

Zusammenarbeit Jugendhilfe – Bildung- und Gesundheitssystem		Dormagen Mittendrin: im Leben	
Hilfen für werdende Mütter Prävention: > Infos und Hilfen > Zusammenarbeit bei der Frühkindlichen Karies mit Gynäkologen > Ausbau Familienzentren (Beratung durch Hebammen)	Hilfen von der Geburt bis zum 3. Lebensjahr Prävention: > Hausbesuch mit Elternbegleitbuch (BZGA) > Zusammenarbeit mit Kinderärzten bei der U 5 und U7 Sprachförderung, Frühkindliche Karies	Hilfen im Kindergartenalter 3. - 6. Lebensjahr Prävention: > Alle U-Hefte werden bei Aufnahme in die Kita vorgelegt! > Gesundheitsförderung (Frühkindliche Karies) > Sprachförderung > Beobachtungsbögen Kita-Arzt	Hilfen in der Grundschule ab 6. Lebensjahr Prävention: > Hausbesuch, der Erklärzettel durch Lehrer > Frühkindliche Karies / Zahngelbes an Ganztagschulen > Bewegte Schule
Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien: > Pers. Beratung durch Gynäkologen/ Geburtskliniken > Vermittlung an Beratungsrichtung > Vermittlung von Hebammen	Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien: > Babyclubs und Krabbelclubs (Gesundheitsthemen) > Nachbetreuung von Schwangeren in Familienzentren	Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien: > Präkita / Erge > Zusammenarbeit mit dem KJGD > U- Hefte in der Bildungsdokumentation > Zahnbürsten und Zahncreme über Sponsoren in Kitas (Frühkindliche Karies)	Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien: > Zahnbürsten und Zahncreme durch Sponsoren für Grundschulen > Bewegung Fördern
Grundbedürfnisse sichern: > Gesundheitsvorsorge / Krankenversicherung	Grundbedürfnisse sichern: > Gesundheitsvorsorge / Krankenversicherung	Grundbedürfnisse sichern: > Krankenversicherung	Grundbedürfnisse sichern: > Krankenversicherung
<small>Statuskonferenz: Frühkindliche Gesundheitsförderung Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung Hamburg 22.11.2011</small>		<small>Martina Hermann-Biert Uwe Sandvoos Stadt Dormagen</small> 	

Abbildung 6: Hilfsangebote des Dormagener Modells (Vortragsfolie Martina Hermann-Biert)

Martina Hermann-Biert machte in ihrem Vortrag deutlich, dass die Neuerungen nicht immer ohne Probleme umgesetzt werden konnten. So war das Lehrpersonal in den Schulen zunächst nicht von den freiwilligen Kinderschutzfortbildungen überzeugt. Erst eine intensive, praxisorientierte Zusammenarbeit mit dem Jugendamt habe zu einer gesteigerten Akzeptanz geführt.

Besonderes bemerkenswert ist das Elternbegleitbuch, das an alle Eltern von Neugeborenen der Stadt Dormagen sowie an Kitas, Horte, Ganztagschulen, Arztpraxen und weitere Interessierte ausgehändigt wird. Es wurde in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt und greift verschiedenste Themenbereiche auf:

1. Wirtschaftliche Hilfen – Infomaterialien zu Elternzeit, Elterngeld, Kindergeld, Familienpass der Stadt Dormagen, Wohnen und Bauen, nicht ausreichendem Einkommen, Schuldnerberatung
2. Gesund groß werden – Infos zur gesundheitlichen Entwicklung, Impfkalender, Vorsorgeuntersuchungen, Hebammen, Ernährungsberatung, Kinderärzte
3. Grundlagen der kindlichen Entwicklung – Informationen zur Sprachentwicklung, motorischen Entwicklung, frühen Eltern-Kind-Bindung, zu Schreikindern, zur Frühen Förderung, zu Familienzentren, Familienbildungsangeboten, Elternbriefen
4. Beratung und Hilfe für Eltern – Informationen über das Beratungsnetzwerk in Dormagen
5. Betreuungsplätze für Kinder – Informationen zur Kinderbetreuung, Kosten für Kinderbetreuung, Kindertagesstätten, Kindertagespflege, Babysitterdienst, Offene Ganztagschulen
6. Angebote für Kinder – Informationen über den Kinderbeauftragten, die Stadtbibliothek, Musikschule, Stadtranderholung,

Ferienfahrten, Sportangebote für die Jüngsten, Übersicht zu den Jugendzentren

7. Hilfen für ausländische Familien – Informationen über Beratungsangebote, das Elternhilfzentrum, zu Sprache und Bildung, über Kindheit und Jugend, berufliche Beratung, Beratung für Frauen, ehrenamtliche Helfer

8. Gutscheine für Eltern und Kinder – Musikschule, Stadtbibliothek, Elternschule, Schwimmbad, VHS, Rauchmelder fürs Kinderzimmer, Märchenbuch des Raphaelshaus (Jugendhilfeeinrichtung), Zahnbürste des Gesundheitsdienstes

9. Wichtige Dokumente – Antrag auf Kindergeld, Antrag für Elterngeld, Antrag für den Familienpass, Antrag für die Elternbriefe, Familienkarte Rhein-Kreis Neuss

Die ersten Ergebnisse des Dormagener Modells klingen vielversprechend: Mehr als 99% aller Eltern empfangen die Mitarbeiter/-innen zum Hausbesuch nach der Geburt eines Kindes.

Die stationäre Jugendhilfe konnte zwischen 1999 und 2004 um die Hälfte reduziert werden. Seit diesem Zeitraum ist ihre Zahl stabil. Im gleichen Zeitraum kam es zu einer Zunahme der ambulanten Hilfen.

Seit 2007 lässt sich ein starker Rückgang der Inobhutnahmen bei Kindern unter 6 Jahren verzeichnen. Auch die Zahl der Sorgerechtsentzüge ist zurück gegangen. Dem gegenüber steht eine starke Steigerung der Teilnahmen an Elternbildungsangeboten und Elternkompetenztrainings sowie eine Verbesserung der Infrastruktur für Familien. Auch hinsichtlich der Finanzen war das Fazit von Martina Hermann-Biert positiv. So ging insbesondere mit den sinkenden Inobhutnahmen und Sorgerechtsentzügen eine deutliche Kostensenkung für die Stadt Dormagen einher.¹⁴

¹⁴ Weitere Hintergründe zum Dormagener Netzwerk Frühe Förderung sind im Internet unter <http://www.dormagen.de/familiennetzwerk.html> auffindbar.

III | Zusammenfassung und Ausblick

Wenn wir von der »Frühkindlichen Gesundheitsförderung« sprechen, haben wir die Altersgruppe der 0-3-jährigen Kinder vor Augen. Deutlich geworden ist aber auch, dass die frühkindliche Gesundheitsförderung eigentlich in der Schwangerschaft beginnt und damit vor allem bei den Eltern und dem familialen Umfeld anzusetzen hat.

Frühkindliche Gesundheitsförderung bewegt sich zwischen den Polen »Förderung«, »Hilfe« und »Schutz« – sie umfasst Maßnahmen der Information, Aufklärung, Beratung, Begleitung, Bildung, organisiert materielle/finanzielle Unterstützung und grenzt an rechtliche Eingriffe.

Frühkindliche Gesundheitsförderung ist des Weiteren eine unabdingbar sektorenübergreifende und multiprofessionelle Aufgabe, die sich insbesondere ihrer großen Verantwortung für gesundheitliche Chancengleichheit bewusst sein muss und deshalb eines nicht-diskriminierenden, zielgruppensensiblen und -spezifischen Zugangs zu ihrer Klientel bedarf.

Sie hat die Hintergrundthematik »Gesellschaft und Familie« zu beachten und daher Aspekte der Kultur, der Ethik und des Menschenbildes zu berücksichtigen.

Das Thema »Frühkindliche Gesundheitsförderung« steht – auch das wurde deutlich – andererseits auch erst am Anfang seiner Bearbeitung bzw. seiner Bearbeitungsmöglichkeiten. Bislang werden die Potenziale der Frühen Förderung und der Frühen Hilfen nur unzureichend genutzt. Dies liegt unter anderem an der Zersplitterung der Zuständigkeiten. So müssen z.B. Frühe Hilfen in unterschiedlichste Settings integriert werden – Familie, Kita, Schule, Kommune, Arztpraxis, etc. Daraus ergeben sich oft auch unterschiedliche finanzielle Zuständigkeiten.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz forderten aus diesem Grund eine gemeinsame Rahmenvereinbarung für Jugendhilfe und Gesundheit/Gesundheitsförderung, auf deren Basis Bund und Länder dann die notwendigen Rahmenbedingungen für gelingende Hilfe und Förderung bereitstellen müssten.

Die kommunale Praxis bietet bereits jetzt sehr viele gute Beispiele für eine bessere Vernetzung und einen verstärkten Austausch zwischen den relevanten Akteurinnen und Akteuren. Dies sollte für die Bundes- und Landesebene Vorbild und Anreiz sein.

IV | Teilnehmende Organisationen

- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Büro für Suchtprävention – Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.
- Caritasverband für Hamburg e.V.
- Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Hamburg e.V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
- Deutsche Herzstiftung
- Deutscher Hebammenverband e.V. – Landesverband Hamburg
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.
- Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten (ZVK) e.V.
- Deutscher Verein für Gesundheitspflege e.V.
- Diakonisches Werk Hamburg
- Elternschule Billstedt
- Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit – Bundesverband e.V.
- Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie
- Gesunde Städte-Netzwerk c/o Rhein-Kreis-Neuss
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
- Hochschule Magdeburg-Stendal
- Interdisziplinäres Frühförderungszentrum DRK Harburg
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Land Brandenburg
- Nationales Zentrum frühe Hilfen
- NeFF – Netzwerk Frühe Förderung, Stadt Dormagen
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Verband für Physikalische Therapie e.V.

Impressum

Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPBG)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Redaktionelle Bearbeitung: Felix Lücken

© 2012 Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPBG)

V.i.S.d.P.: Dr. Uwe Prümel-Philippson

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPBG) wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.