

Protokoll Arbeitsgruppe „Resilienz und frühe Kindheit“ Martin Schenk und Sabine Haas

Workshop der TF Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Austausch – Vernetzung – Entwicklung von Perspektiven für Österreich

Themenaufriss

Schenk betonte den starken empirischen Bezug zwischen Chancengerechtigkeit und Frühen Hilfen bzw. Resilienz:

Frühe Hilfen: Investitionen in frühe Kindheit (Bindung, Beziehungsfähigkeit etc.) haben besonders starke Effekte bei benachteiligten Kindern (Studien von James Heckmann). Die Effekte zeigten sich nicht (nur) in Hinblick auf kognitive Unterschiede, sondern die Kindern waren offener, neugieriger etc. (gestärktes Kohärenzgefühl), was wiederum eine wichtige Grundlage für kognitive Lernfähigkeit ist. In Deutschland fanden sich positive Effekte bei Kindern wie Müttern (Reduktion der Stressbelastung).

Resilienz: Sozioökonomische Belastungen wie Ressourcen zur Bewältigung (z. B. Resilienz) sind ungleich verteilt. Resilienz sollte aber in diesem Zusammenhang nicht vorrangig als internalisierte/psychologisierte Variable gesehen werden sondern kontextualisiert (Was macht dich stark? Was schwächt dich?). Wichtig ist es auch Resilienz in Bezug auf Institutionen (Schulen, AMS, Gesundheitseinrichtungen) zu betrachten: Machen sie stärker oder schwächer?

Haas ergänzt noch Evidenz zur **Relevanz der frühen Kindheit** in Bezug auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit: Public Health-Arbeiten mit Lebenslaufperspektive (life course approach) unterstreichen die Bedeutung der (frühen) Kindheit in Hinblick auf lebenslange Gesundheit.. Auch die neurobiologische Forschung bestätigt, dass eine wesentliche Basis für Potenziale und Chancen im weiteren Leben in der frühen Kindheit gelegt wird. Interventionen in der frühen Kindheit sind damit ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Dies wird aktuell auch in der WHO-Publikation „Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region“ angesprochen, wo „early childhood interventions“ als wesentliche Strategie empfohlen werden.

Wer beschäftigt sich mit Thema?

Diese Frage wurde nicht vertiefend behandelt, es wurden verschiedenste Akteurinnen und Akteure gesammelt, wobei sich nicht alle auch mit den Themen Resilienz und Frühe Kindheit vorrangig unter der Perspektive der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit befassen:

Wissenschaft	Praxis	„Policy“
GÖG (v. a. Frühe Hilfen) Datler (Uni Wien) Wustmann (Uni Graz), Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Uni Linz (vulnerable Gruppen,	Frühe Hilfen: Vorarlberg; Sozialversicherungsträger, Liga für Kinder- und Jugendgesundheit; div. Projekte zu Migration: Diakonie, Beratungsgruppe etc.	BMG: R-GZ, KJG-St, Frühe Hilfen (mit BMASK, BMWFJ) Sozialversicherung :Strategie zur Kinder- und Jugendgesundheit, Frühe Hilfen BMI – Integrations- staatssekretariat

Alleinerziehende, Migrant/innen, Armut etc.); Sedmak (Uni Salzburg – viel zu Resilienz und Ungleichheit)	Gesundheitsberufe: Hebammen (jetzt auch M-K- Pass), mtd Austria (kostenpflichtig, nicht ausreichend)	Armutskonferenz
---	--	-----------------

Was passiert derzeit? Wo gibt es Lücken?

Es passiert derzeit sehr viel zu Frühen Hilfen (Bund, div. Bundesländer wie z. B. Vorarlberg, Pilotprojekte einige Sozialversicherungsträger mit Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Salzburg) aber Begriff/Konzept ist teilweise immer noch unklar und wird von vielen unterschiedlich verstanden oder auch vereinnahmt. Es entwickelt sich auch zunehmend ein Verteilungs- und Ressourcenkampf zwischen verschiedenen Angebotsfeldern und Berufsgruppen. Es fehlen Ressourcen für die breite und nachhaltige Etablierung von Frühen Hilfen, es gibt aber auch Sorgen in anderen Angebotsfeldern, dass es zu einer Verlagerung von Ressourcen kommt und sie weniger bekommen.

Auch in Bezug auf Migrant/innen gewinnt das Gesundheitsthema – oft bezogen auf (frühe) Kindheit Relevanz. Dies zeigt sich auch in Projekten mit Migrantinnen, dass dies eines der wichtigsten Themen für diese Gruppe ist (z. B. Nachbarinnenprojekt). Andere Projekte in diesem Bereich sind z. B. Gesundheit kommt nach Hause oder HIPPPY. Der peer oder community education-Ansatz bewährt sich und wird jetzt auch vom Integrationsstaatssekretariat mit MiMi aufgegriffen. In NÖ gab es bis letztes Schuljahr interkulturelle Mitarbeiter/innen an Schulen (interkulturelle Lehrkraft an jeder Schule), wurden aber für Schulen abgeschafft, sind jetzt angeblich für Kindergärten zuständig.

Lücken: Es braucht mehr und bessere Angebote sowohl für Familien in belasteten Situationen als auch für Familien in „normaler“ Situation. Größere Lücken gibt es vor allem auch in ländlichen Regionen (auch bezüglich Angeboten für Migrant/innen).

Besondere Beachtung brauchen auch Alleinerziehende, der Weg zum Sozialamt ist sehr diskriminierend, auch die Medien sind oft diskriminierend – da muss sich vieles verbessern.

Mehr frühe Unterstützung und Förderung braucht es z. B. auch bei spezifischen gesundheitlichen Problemen, wo mit therapeutischen Angeboten schnell und effizient geholfen werden könnte. Diese sind aber oft teuer, es gibt lange Wartezeiten etc.

Was braucht es am dringendsten?

Strategie zur besseren Erreichbarkeit jener Familien, die es am notwendigsten brauchen: z. B. rund um die Geburt, nicht diskriminierend/stigmatisierend, mit entsprechender Haltung (Wertschätzung, Respekt, Anerkennung der Autonomie etc.), ev. auch mit Anreizen (z. B. Gutscheine in Salzburg für Mutter-Kind-Pass)

Es braucht generell Überlegungen, wie Dienstleistungen in Hinblick auf Recht, Zugang, Inanspruchnahme konstruiert sind:

- **Niederschwelligkeit** ist jedenfalls zentral

- **Ressourcenorientierung** ist auch wichtig -> was bringen Familien/Frauen mit, worauf kann aufgebaut werden, was kann verstärkt werden?
- **Stärkung der Autonomie/Unabhängigkeit/Selbstwirksamkeit** ist zentral -> Arbeit zu „Wohlfahrtspolitik von unten“ zeigte den wichtigsten Nutzen aus Sicht der Betroffenen: weniger abhängiges Leben als Anreiz, Unterstützung in Anspruch zu nehmen; positive Erfahrungen steigern Bereitschaft, wieder Unterstützung in Anspruch zu nehmen-> Selbstwirksamkeit, Resilienz

Vernetzung und Zusammenarbeit sind zentral, wichtig ist dabei, dass Vernetzung/Kooperation eine bezahlte Leistung sein muss. Es zeigt sich oft, dass Konkurrenz um Ressourcen/Förderungen Kooperation und Austausch verhindert (auch Bereitstellung von Best Practice).

Die Wochenbettphase ist oft relativ unbetreut. Die Frauen sind nach Entlassung aus der Geburt auf sich allein gestellt und allein gelassen. Es sollten verschiedenste Berufsgruppen rund um die Geburt eingebunden werden und die soziale Vernetzung der Eltern/Mütter (Eltern stärken Eltern) gestärkt werden.

Das Angebot der Familienhebammen ist wichtig, sollte aber breiter verfügbar sein, nicht nur für besonders risikoreiche „Geburten“ oder „Familien“, da es für viele hilfreich wäre.

Es sollte eine Basisberatung schon während Schwangerschaft geben, auch zur frühzeitigen Identifizierung jener Familien, die besonders belastet sind und mehr brauchen.

Generell wird ein Strukturaufbau in Richtung „primary health care“, mit interdisziplinären und aufsuchenden Angeboten wichtig.

Unabhängig von spezifischen Themen werden mehr Möglichkeiten für Dauerfinanzierung statt Projektfinanzierung als wichtig erachtet, damit die Nachhaltigkeit der Maßnahmen gewährleistet ist und es zu keinem Verlust an Know how und Investitionen kommt.