

Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung

Raimund Geene¹

¹ Berlin School of Public Health, Berlin, Germany

Abstract

Die familiäre Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Ressourcen von Familien systemisch zu stärken und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen für das familiäre Leben zu schaffen. Sie adressiert strukturelle Ansätze und bezieht sich auf alle Familienformen, Lebensphasen (mit altersspezifischen Lebenswelten) und Lebenslagen. Die Familien werden über Institutionen (Settings) wie Familienzentren, Kitas, Schulen und Wohnumgebung/ kommunale Netzwerke gefördert. Belastungsfaktoren wie Armut, Alleinerziehendenstatus oder elterliche Erkrankungen werden ebenso berücksichtigt wie Potenziale in verschiedenen Lebensphasen. Maßnahmen sollten als koordinierte Mehr-Ebenen-Strategie umgesetzt werden.

Einleitung

Familiäre Gesundheitsförderung umfasst alle Aspekte der *Ressourcenstärkung von Familien*. Diese zu erkennen, zu bündeln und passgenau bereit zu stellen, ist eine wichtige Qualitätsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen rund um die Familie. Insbesondere die Träger kommunaler Netzwerke wie Präventionsketten, kommunale Gesundheitskonferenzen, Bündnisse für Familien oder Frühe Hilfen-Netzwerke erhalten durch das Konzept der familiären Gesundheitsförderung einen strukturierten Erkenntnisrahmen für eine gesundheitsförderliche Arbeit mit, bei und für Familien.

Mit familiärer Gesundheitsförderung wird darauf abgezielt, die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder weniger individuell, sondern vorwiegend *systemisch* über die Familie als soziales System mit eigenen Systemlogiken und (rituellen, habituellen ...) Handlungsformen zu fördern, indem die *Rahmenbedingungen* für familiäres Leben gesundheitsförderlich ausgestaltet werden. Dabei werden familiäre und kindliche *Lebensphasen* und *Lebenslagen* nutzerorientiert, d.h. aus Perspektive der Familien, dargestellt mit dem Ziel der Benennung von *Potenzialen gesundheitsförderlicher Strukturen* (*Verhältnisprävention*) als auch – auf dieser Grundlage – Möglichkeiten der *Verhaltensprävention*.

Als Familie werden dabei alle intergenerativen Haushaltsformen bezeichnet, unabhängig von sozialen oder biologischen Eingrenzungen (wie biologische oder soziale Elternschaft, Ein- oder Mehrelternschaft, Einzel- oder Geschwisterkinder etc.). Auch wenn in diesem Leitbegriff insbesondere der Fokus auf gesundes Aufwachsen und Leben mit Kindern gelegt wird, ist familiäre Gesundheitsförderung prinzipiell nicht auf die Lebensphase von Eltern mit zu betreuenden Kindern beschränkt, sondern umfasst vielmehr die gesamte Lebensspanne und alle Lebenslagen, was u.a. für den Bereich pflegender Angehöriger hohe Relevanz besitzt. Im Idealfall ist die Familie dabei ein Ort, der Menschen emotionalen Beistand gibt, in dem sie sich geliebt und angenommen fühlen können und in ein unterstützendes System eingebunden werden, das auch in Belastungssituationen schützen kann.

Familien prägen zwar maßgeblich die Gesundheit ihrer Mitglieder, sie bilden jedoch kein eigenständiges Setting im Sinne des Settingansatzes der WHO. Auch im Präventionsgesetz werden sie nicht als Lebenswelten [1] ([Settingansatz/Lebensweltansatz](#)) aufgeführt, denn sie sind in ihrer Autonomie grundgesetzlich geschützt (Artikel 6 GG) und können entsprechend mit Methoden des Settingansatzes nicht „bearbeitet“ werden. Familien selber sind aber eingebettet in Lebenswelten gemäß § 20a des SGB V wie Kitas [2] ([Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen](#)), Schulen [3] ([Gesundheitsförderung und Schule](#)), Familienzentren und Kommune. Vielmehr wird „Gesundheitsförderung in der Familie“, so die Gesetzesbegründung des Präventionsgesetzes [4] ([Präventionsgesetz](#)), 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.

In der Kommune hält vor allem die Kinder- und Jugendhilfe zahlreiche Angebote vor, Familien strukturell zu unterstützen und ein gesundes Aufwachsen zu fördern. Dazu zählen der Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz seit 2013 sowie das Bundeskinderschutzgesetz 2012, das [Frühe Hilfen](#) [5] als

flächendeckende Netzwerke und Regelleistungen einführte. Auch das [Präventionsgesetz](#) [4] 2015 skizziert zusätzliche Angebote für Familien wie ärztliche Präventionsberatungen oder Präventionskurse auch für Kleinkinder und ihre Eltern. Durch das in der Gesetzesbegründung formulierte „Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz“ wurde den Krankenkassen ein Teilbereich der familienbezogenen Leistungen aufgetragen, der jedoch nur schwer vom Auftrag zur sonstigen Elternkompetenzförderung der Jugendhilfe abzugrenzen ist. Bislang mangelt es noch an Umsetzungsbeispielen, die mit den Frühen Hilfen verknüpft sein sollten. Insgesamt gibt es bislang im Gesundheitswesen nur wenige konkrete Zuständigkeiten und handelnde Akteure für familiäre Unterstützungsstrukturen. Modellprogramme wie die Familiengesundheitspflege sind bislang nur marginal entwickelt. Das Handlungsfeld der familiären Gesundheitsförderung ist konzeptionell wie praktisch insgesamt erst wenig ausgestaltet.

Nachfolgend werden entlang von Lebensphasen und Lebenslagen besondere Präventionsbedarfe, aber auch Potenziale für Gesundheitsförderung identifiziert, die abschließend tabellarisch zusammen geführt werden.

Familiäre Lebensphasen: Familiäre Gesundheitsförderung kann zunächst *vertikal* entlang der Lebensphasen konzipiert werden. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach SGB V, § 20d [4] ([Präventionsgesetz](#)) wird dies als Lebenslauforientierung mit den Handlungsbereichen Aufwachsen, Arbeiten und Altern ausgewiesen.

Die Lebensphase rund um die Geburt ist im 2017 vom BMG veröffentlichten Gesundheitsziel ausdifferenziert worden [6] ([Gesundheitsziele](#)). Hier werden Potenziale zur salutogenetischen Ausrichtung und der Förderung familienfreundlicher Rahmenbedingungen benannt. Als Versorgungsleistungen umfasst dies u.a. vernetzte und niedrigschwellige Unterstützungsangebote, Minderung von Ausgrenzungs- und Armutsfolgen sowie Förderung konfliktarmer Übergänge und familiäre Selbsthilfeförderung. Eine vertiefende Betrachtung bietet das 10-Phasen-Modell [7], in dem von präkonzeptioneller Phase bis zum Ende des 1. Lebensjahres die jeweiligen physiologischen, psychologischen und sozialen Bewältigungsaufgaben identifiziert und entsprechende Strategien zur Ressourcenstärkung familienspezifisch abgeleitet werden können.

Fremdbetreuung in Kitas und später Schulen (*sekundäre Sozialisation*) kann als Entlastung und Unterstützung erlebt werden, wenn Kinder und Eltern sich wertgeschätzt und wohl fühlen. Kitas und Schulen können aber auch problemverschärfend erlebt werden, wenn Diskrepanzen mit den habituellen Regeln der Familie entstehen. Kitas und Schulen sind gut geeignet für den Settingansatz der Gesundheitsförderung. Der im SGB V, § 20a [4] ([Präventionsgesetz](#)) benannte Regelablauf skizziert eine Form der Organisationsentwicklung, durch den sich die Beteiligten als kollektiv und individuell selbstwirksam erleben sollen, so dass sie ihren Alltag als eine Quelle der Gesundheit empfinden.

Ähnliche Möglichkeiten bieten außerschulische Freizeit- und Sportangebote (*tertiäre Sozialisation*). die Kinder- und Jugendalter überlappen und für Übergänge zwischen diesen Lebensphasen bedeutsam sind. Hier eröffnen sich neue Lebenswelten, die ggf. auch Kontrapunkte setzen können, insofern sie einen Wunsch der Kinder und Jugendlichen nach eigenständiger, von den Eltern abgegrenzter sozialer bzw. Ich-Identität bedienen. Im weiteren Lebensverlauf können Fragen spätjugendlicher Adoleszenz, Trennungs- und Neuformierungsprozesse, Mehrgenerationenleben, Seniorenbetreuung und Angehörigenpflege aufgegriffen und im Rahmen von kommunalen Präventionsketten [8] ([Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention](#)) adressiert werden.

Belastete Lebenslagen von Familien: *Horizontal* betrachtet zeigen sich Belastungsfaktoren von Familien, denen mit Belastungssenkung und Ressourcenstärkung begegnet werden sollte. Maßnahmen der familiären Gesundheitsförderung befinden sich in einem doppelten Dilemma: Sie betreffen eher Symptome und können Ursachen kaum lösen; zudem erhöhen sie durch Thematisierung die Stigmatisierungsgefahr.

Benachteiligungen u.a. wegen sozialer Lage, Herkunft oder Alter stellen Belastungsfaktoren dar und korrelieren mit familiären Adversitätsrisiken wie elterlichen Konflikten, psychischen und Suchterkrankungen, belastenden Wohnverhältnissen, geringen sozialen Unterstützungen und chronischen Belastungen, die sich im Sinne einer Negativspirale gegenseitig verstärken können. Solche Risiken korrelieren hoch mit späteren Gesundheitsproblemen der Kinder, wenngleich sich etwa ein Drittel der hochbelasteten Kinder als „resilient“ entwickelt [9] ([Resilienz und Schutzfaktoren](#)). Beispielhaft werden nachfolgend sechs Belastungsfaktoren kurz dargestellt. Sie werden jeweils um mögliche Ansätze familiärer Gesundheitsförderung ergänzt.

Ein überlagerndes Thema ist Kinder- bzw. Familienarmut, die in bzw. durch die Phase der Erstgeburt (Familienwerdung) kulminiert. Familiäre Gesundheitsförderung orientiert hier auf Begrenzung von Armut, z.B. durch rechtliche, politische und moralische Anwaltschaft [10] ([Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen](#)), durch Vermittlung günstigen Wohnraums sowie Handlungswissen über Fördermöglichkeiten sowie auf Reduktion von Armutsfolgen im Sinne einer Pufferfunktion durch verbesserte Ressourcenallokationen, insb. finanzielle (z.B. durch Kindergrundsicherung) sowie soziale Unterstützung (z.B. durch Patenmodelle, Selbsthilfeförderung, Familien- und/oder Kindererholung oder berufliche (Re-)Integration).

Das Risiko für Familienarmut ist besonders hoch bei Alleinerziehenden. Familiäre Gesundheitsförderung kann bei Elternkonflikten unterstützen (z.B. in Familienzentren, Familienberatung) oder ansetzen in spezifischen Settings von Alleinerziehenden (z.B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18) sowie zur Verbesserung von Rahmenbedingungen (z.B. Bedarfssensibilisierung in kinderbezogenen Settings mit dem praktischen Ziel einer Sicherstellung von Kita-, Hort- oder Schulbetreuungszeiten auch in Randzeiten) und zur Stärkung sozialer Netzwerke. Wegen des fließenden Übergangs der Familienformen, der geringen Selbstidentifikation mit der Statuspassage des Alleinerziehens und der Stigmatisierungsgefahr dieser Zuschreibung empfiehlt sich eine unspezifische Ansprache mit spezieller Adressierung auf die belasteten Familien (adressatenspezifische Gesundheitsförderung und primäre Prävention), z.B. über Sozialräume und spezifische Qualitätsmerkmale (z.B. obligatorische Einbeziehung der Kinder/parallele Kinderbetreuung).

Eine gravierende Belastung stellt für Familien eine elterliche Erkrankung dar. Als weit verbreitet gelten psychische und Suchterkrankungen. Der Präventionsbedarf bezieht sich einerseits auf erkrankte Eltern(teile) mit primärpräventiven Angeboten sowie auf sekundärpräventive Therapien, Ausstiegshilfen oder (ggf. punktuelle) Vermeidungsstrategien, andererseits auf mitbetroffene Familienmitglieder zur Verminderung von Formen der Co-Erkrankungen.

Prävention von Frühgeburtlichkeit sowie Frühe Hilfen, Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung sind von besonderer Bedeutung, wenn Kinder körperliche, geistige und/oder auch seelische Entwicklungsverzögerungen oder auch Behinderungen aufweisen. Eine frühe Form solcher Erkrankungen können Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme (sog. „Regulationsstörungen“) darstellen, die etwa jedes 5. Kind betreffen und sich bei jedem zweiten davon chronifizieren. Sie bedürfen frühzeitiger Unterstützung u.a. durch Hebammen sowie Babysprechstunden.

Im weiteren Kindheitsverlauf treten – verstärkt wahrgenommen auch durch verfeinerte Diagnostik sowie ein zunehmend verbessertes Betreuungs- und Versorgungsangebot – Formen der „Neuen Morbidität“ auf wie psychische Erkrankungen, ADHS, Allergien sowie Übergewicht und Adipositas. Angezeigt sind hier alltagsnahe und lebensweltbezogene Bewegungs- und Ernährungsangebote und übergreifende Maßnahmen (etwa familiengerechte Grünflächen, Spiel- und Sportplätze sowie Marktsteuerung durch Subventionierung gesunder Lebensmittel und Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln, Zuckersteuer u.ä.). In der frühen Kindheit werden Still- und Bindungsförderung zur Prävention eines metabolischen Syndroms empfohlen.

Eine stark vernachlässigte Gruppe sind Kinder, die nicht bei ihren Eltern leben können, und im weiteren Lebensverlauf hochgefährdet sind. Bislang werden *Pflegefamilien* und *Kinderheimgruppen* noch kaum adressiert, wenngleich stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe durch das PrävG seit 2016 zur Gesundheitsförderung verpflichtet sind. Es fehlt hier jedoch bislang an Konzepten sowie entsprechenden Praxiserfahrungen, die durch Modellprojekte mit Krankenkassen (gemäß § 20g SGB V) ermittelt werden sollten.

Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung: Sowohl die lebensphasen- als auch die lebenslagenbezogene Analyse familiärer Ressourcen und Belastungsfaktoren belegt die eingangs dargestellte Anforderung, dass weniger die Familien selber (Familie ist kein Setting im engeren Sinn des WHO-Settingansatzes) als vielmehr die Rahmenbedingungen familiären Lebens mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung adressiert werden sollten. Eine Umsetzung sollte in diesem Sinne abgestimmt als Mehr-Ebenen-Strategie erfolgen. Dies kann kommunal erfolgen, idealer Weise gestützt von bevölkerungsweiten sowie auf die einzelnen Familien abzielenden Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention. Dabei sind Maßnahmen der Verhältnisprävention als komplexe Interventionen deutlich aufwändiger, jedoch auch erfolgversprechender. Eine Reduktion auf Gesundheitsverhalten kann zu gegenteiligen Effekten führen, weil die sozial bereits benachteiligten Familien durch weitere moralische Verpflichtungen zusätzlich belastet und bei Nichterfüllen stigmatisiert werden können. Beispiele für Bausteine bietet die nachfolgende Tabelle.

Tabelle: Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung/Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung Gesundheitshandeln/Verhaltensprävention	Beeinflussung des Kontextes/der Bedingungen Verhältnisprävention
Einzelne Familien/ Famili- enmit- glieder	I., z.B. • Schwangerschaftskonfliktberatung • Geburtsvorbereitung und -beratung • Ärztliche Präventionsempfehlung • Information zu Frühen Hilfen • Präventionskurs zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz • Beratung zur Kindersicherheit	II., z.B. • präventiver Hausbesuch • Begleitung durch Familienhebammen • Niedrigschwellige Unterstützung durch Familienpatinnen und -paten • Maßgeschneiderte Übergänge (Transitionen) gemäß spezifischen familiären Wünschen & Bedarfen • Individuelle Wohnraumvermittlung bzw. -bereitstellung
Setting	III., z.B. • (Elterneinbeziehende) Sexuaufklärung in Jugendeinrichtungen • Sucht- und Drogenberatung in Familienzentren • Flyer zu familienbezogenen Sportangeboten in Kitas, Schulen oder Jobcentern • Beratung zu Übergängen • Peer-Angebote in Jugend- und Freizeiteinrichtungen	IV., z.B. • Netzwerke Frühe Hilfen • Präventionsketten • Familiäre Selbsthilfeförderung • Community-Aufbau von Familien in belasteten Stadtteilen (z.B. türkische Familientreffs oder Eltern-AGs) • Angebote mit Blick auf vulnerable Gruppen (z.B. Alleinerziehende, suchtbelastete Familien, schwangere Prostituierte) • Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung in Kitas • Leitbildentwicklung ‚gute gesunde Schule‘ • Transitionskonzepte von Geburtshilfe, Kitas und Schulen
Bevölke- rung	V., z.B. • Aufklärung durch Kernbotschaften, z.B. • „Stillen tut gut“ • „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren“ • „Fahrradhelme für Kinder und Eltern“	VI., z.B. • Aktionsprogramm Frühe Hilfen • Kommunalen Partnerprozess • Bündnisse für Familien • Multimodale Kampagnen zur Stillförderung • Familiäre Bewegungskampagnen (z.B. Trimm-Dich-Kampagne)

eigene Darstellung in Anlehnung an [11], 2014, S. 73

Um Familien mit familiärer Gesundheitsförderung wirksam zu unterstützen, sollten Maßnahmen stets kontextuell eingebunden sein, möglichst koordiniert im Rahmen einer Dachkampagne. Das strategische Ziel ist ein übergreifendes Bündnis für Familien- und Kindergesundheit im Sinne des Advocacy-Ansatzes [10] ([Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen](#)), getragen von den einzelnen Familien, den Fachkräften und einer unterstützenden Politik, wenn sie als Teil der expliziten Gesundheitspolitik [12] ([Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#)) mit einer familienstützenden Gesamtpolitik (‚implizite Gesundheitspolitik‘) zusammenwirkt.

Medienempfehlung zur Vertiefung:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), editor. Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin; 2017.
- Fischer J, Geene R, editors. Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung: Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Weinheim; 2017.
- Geene R. Gesundheitsförderung und frühe Hilfe. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Köln; 2017 [accessed 2018 Mar 24]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Impuls-p

Literatur:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin; 2017.
- Geene R, Reese M. Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2016.
- Kolip P, Lademann J. Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa; 2012. p. 517–40.
- Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Berlin; 2016.
- Robert Koch Institut (RKI), editor. Gesundheit in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin; 2015.

References

1. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0)
2. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I039-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I039-3.0)
3. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0)
4. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0)
5. Paul M, Backes J. Frühe Hilfen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2017. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I020-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I020-1.0)
6. Gerlich MG, Schwarz FW, Walter U. Gesundheitsziele. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I062-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I062-3.0)
7. Geene R, Thyen U, Quilling E, Bacchetta B. Familiäre Gesundheitsförderung: Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung gelingender Übergänge. Präventiv Gesundheitsf. 2016;11(4):222–9. DOI:[10.1007/s11553-016-0560-3](https://doi.org/10.1007/s11553-016-0560-3)
8. Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian H. Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0)
9. Rönau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0)
10. Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0)

11. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. 3 edn. Bern: Huber; 2014. (Programmbereich Gesundheit).
12. Geene R, Köckler H, Trojan A. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I032-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I032-2.0)

Korrespondenz: Prof. Dr. rer. pol., MPH Raimund Geene, Berlin School of Public Health, Alice Salomon Platz 5, 12627 Berlin, Deutschland, E-mail: raimund.geene@ash-berlin.de

Zitierhinweis: Geene R. Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i129-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i129-1.0)

Copyright: © 2026 Raimund Geene

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>