



Abb. 1: Ulaanbaatar im Schnee im Oktober 2015 – Blick von Chingeltei auf das Stadtzentrum

Einleitung

Der Projektauftrag

Das Projekt entstand auf Initiative von Dr. Ulambayar Badarch, Arzt für Allgemeinmedizin und Master of Public Health, Leiter der Abteilung für Öffentliche Gesundheit eines Städtischen Gesundheitszentrums in einem der neun Distrikte Ulaanbaatars¹.

Ulaanbaatar hat 1,4 Millionen Einwohner.² Der Distrikt, um den es im Folgenden gehen wird, der sogenannte Chin-

1 Die Kontakte zum Gesundheitszentrum Chingeltei entstanden im Jahr 2009 im Zusammenhang mit früheren Familienbildungsprojekten der Projektleiterin in Ulaanbaatar (siehe Vorwort).

2 Alle Angaben aus dem Statistical Handbook 1992–2012 Chingeltei (2013: 36ff); die Angaben über die Kindeswohlgefährdung beruhen auf einer persönlichen Mitteilung des Kooperationspartners und beziehen sich auf konkrete Vorfälle, bei denen Säuglinge zu Tode gekommen waren.

Vgl. auch die umfassende Zusammenstellung von UNICEF und dem Nationalen Statistikbüro der Mongolei, 2014 sowie die Daten



Abb. 2: Chingeltei-Distrikt in Ulaanbaatar

geltei, ist ein flächenmäßig relativ kleiner, jedoch einwohnermäßig stetig wachsender Stadtteil (2013: rd. 151.000 Einwohner). Er beginnt im Zentrum und zieht sich bis zum Stadtrand hin (Abb. 2). Die zentrumsnahen Quartiere sind teilweise gefragte Geschäfts-, Bank-, Botschafts-, Museums- und Wohnviertel, aber 82 % seiner Einwohner leben stadtauswärts im sogenannten Ger- oder Jurtenviertel in traditionellen Rundfilzzelten – Jurten – oder selbstgebauten Häusern, die die winterlichen Extremtemperaturen von -30 Grad und mehr (Ulaanbaatar ist die kälteste Hauptstadt der Welt) selten länger als eine Saison unbeschadet überstehen. Pro Jahr werden in Chingeltei mit ständig steigender Tendenz etwa 4.700 Kinder geboren, die Zahl der Ehescheidungen nimmt in den letzten Jahren ebenso zu wie die Zahl der Eheschließungen abnimmt; Infektionskrankheiten bei Kindern – insbesondere Mumps, virale Hepatitis und Masern – treten wieder gehäuft auf, nachdem sie praktisch besiegt worden waren, und es sind eine relativ hohe Neugeborenensterblichkeit (höher als

in United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) 2017–2021, Mongolia Draft (2016).

in den Jahren zuvor) und vermehrt Fälle von Kindeswohlgefährdung zu beklagen.

Ulambayar Badarch regte deshalb an, in Chingeltei ein präventives Elternprogramm einzuführen, um die elterlichen Kompetenzen der dort lebenden jungen Mütter und Väter zu stärken. Dahinter stand das zentrale Postulat, dass sich die gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Babys nur im Rahmen einer geglückten Beziehung zwischen Mutter/Vater/Pflegeperson und Kind vollziehen kann; medizinisch präventive Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Vitamingaben sind unerlässlich, aber Gesundheit meint (ganz im Sinn der klassischen Definition im Sinn der WHO)³ mehr als nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen – psychische und soziale Einflussgrößen sind ebenso bedeutsam.⁴

Dieser „Paradigmenwechsel“ vom klassischen biomedizinischen Modell zu einer biopsychosozialen und vom Ansatz her gemeinwesen-orientierten Strategie⁵ erschien ihm infolge des oben beschriebenen radikalen gesellschaftlichen Wandels notwendig, weil die traditionellen präventiven Maßnahmen offenbar nicht mehr ausreichend griffen, um der nachwachsenden Generation ein gesundes, beschütztes und geborgenes Aufwachsen zu gewährleisten.

In der Folge gelang es, Prof. Manfred Cierpka von der Heidelberger Universitätsklinik, der in Deutschland seit Jahren im Zusammenhang mit sog. Frühen Hilfen psychosoziale Präventionskonzepte entwickelt und in die Praxis umgesetzt hat, für das Projekt zu gewinnen, und das deutsche

3 WHO (1948).

4 Der Begriff psychosozial steht hier im Zusammenhang mit primärer Prävention für Vorbeugung gegen die Auswirkungen psychischer und sozialer Belastungen – Distress im Sinne Selyes (1976) –, die in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt sind und deren negative Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes abgewendet werden sollen.

5 Gemeinwesenorientierung und primäre Prävention sind in der Mongolei seit den Zeiten der sozialistischen Volksrepublik vertraute Konzepte (vgl. S. Seite 57).

Bundesministerium für Gesundheit war bereit, die finanzielle Förderung zu übernehmen.

Ein erster Schritt zur Verbesserung der Lage, so wurde schließlich entschieden, sollte deshalb darin bestehen, beispielhaft in ausgewählten Bezirken des Distrikts das deutsche, von Prof. Cierpka und seinem Team an der Universität Heidelberg entwickelte Präventionsprogramm *Das Baby verstehen* bzw. *Keiner fällt durchs Netz* für junge Familien einzuführen.

Hierfür sollten in einer explorativen Studie die Bedingungen für den Transfer sowie die Akzeptanz des Programms bei der Zielgruppe untersucht werden.

Bevor im Folgenden über die Einzelheiten dieses Transfers berichtet wird, soll zunächst die aktuelle Situation in der Mongolei unter politischer, wirtschaftlicher und sozialer Perspektive, soweit diese für die Durchführung des Projekts eine Rolle gespielt hat, diskutiert werden.