

Eva M. Bitzer • Ulla Walter • Heidrun Lingner

Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hrsg.)

Kindergesundheit stärken

Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung

Eva M. Bitzer • Ulla Walter • Heidrun Lingner
Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hrsg.)

Kindergesundheit stärken

Vorschläge zur Optimierung von
Prävention und Versorgung

Mit 11 Abbildungen und 16 Tabellen

PD Dr. med. Eva M. Bitzer, MPH

Prof. Dr. phil. Ulla Walter

Dr. med. Heidrun Lingner, MPH

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Schwartz

Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Strasse 1

30625 Hannover

ISBN 978-3-540-88046-2 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Hinrich Küster

Projektmanagement: Gisela Zech, Meike Seeker

Lektorat: Bettina Arndt, Gorchheimertal

Satz und Reproduktion der Abbildungen: wiskom e.K., Friedrichshafen

Einbandgestaltung: deblik Berlin

SPIN: 12212170

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort

Alle Kinder und Jugendlichen verdienen die gleichen Chancen auf ein gesundes Aufwachsen. Die Beiträge in diesem Band zeigen das Spektrum der Kindergesundheit von der Geburt, ja sogar von der Phase der Schwangerschaft der Mutter an, bis ins Schulalter. Die Zusammenstellung der Beiträge macht auch deutlich, dass Kindergesundheit mehr ist als ein medizinisches Thema. Psychologische und sozialpädagogische Betreuung flankiert medizinische Versorgung ebenso wie Beratungs- und Hilfsangebote für die Eltern. Vor allem aber gilt: Gesundheit fängt mit Prävention an. Gesundheitsförderung und -vorsorge beginnt im direkten Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen mit Zuwendung, anregungsreicher Ansprache, gesunder Ernährung und viel Bewegung. Die Familie spielt dabei eine zentrale Rolle, aber auch die öffentlichen Räume wie Mehrgenerationenhäuser und Familienzentren, Kindertagesstätten und Schulen, Sportvereine und nicht zuletzt die Medien sind gefordert.

Wir dürfen kein Kind zurücklassen. Kinder entwickeln sich und lernen nicht erst in der Schule, sondern schon als Säuglinge und Kleinkinder. Der allererste Ort, an dem Kinder Liebe und Vertrauen erfahren, ist die Familie. Hier machen sie die Erfahrung: Du wirst geliebt, und zwar ohne Vorbedingungen. Wer hier Wertschätzung erlebt, wird stark. Zu dieser frühen Akzeptanz kommen weitere Faktoren wie Verhaltensmuster in Ernährung und Bewegung, die früh geprägt werden. Die meisten Familien meistern diese Aufgabe mit ganz großem Erfolg. Im besten Fall erweitern Kindertagesstätten, Freizeitangebote und Schulen den fördernden Rahmen, da dies insbesondere die prägenden Orte sind, wo Kinder andere Kinder und andere Erwachsene treffen. Wenn aber Familien überfordert sind, wenn Kinder vernachlässigt oder misshandelt werden, dann müssen wir früher und behertzer etwas tun.

Mit ihrer Neugierde, ihrem Wissensdrang und ihrer Energie sind Kinder ständig in Bewegung. So bringen sie Bewegung in das Leben von uns Erwachsenen; gleichzeitig ist Bewegung von der frühen Kindheit an ein Antrieb für Entwicklung. Kinder brauchen also ein Umfeld, das sie in Bewegung bringt. Kindertageseinrichtungen und die Kindertagespflege sind in Ergänzung zum Elternhaus besonders geeignet dafür. Gemeinsam mit anderen Kindern kommen Kinder nämlich besonders gern in Bewegung. Wir haben in Deutschland einen Ausbau der Kinderbetreuung für Kinder unter 3 Jahren in Gang gebracht. Dazu gehören auch Initiativen zur Verbesserung der Qualität in der Kinderbetreuung und in der Tagespflege.

In diesen Programmen hat das Thema Bewegung einen wichtigen Platz: Denn um die frühkindliche Entwicklung durch Bewegung, Spiel und Sport anregen zu können, müssen Erzieherinnen, Erzieher und Tageseltern gut qualifiziert sein.

Für das Thema gesunde Ernährung gilt das Gleiche. (Fast) alle Kinder mögen Schokolade, Eis und Pommes Frites. Das ist auch in Ordnung. Aber Genuss hat mit Maßhalten zu tun, zu viele Süßigkeiten sind ungesund, und frisches Obst und Gemüse schmecken mindestens so lecker wie ein Schokoriegel. Lange vor dem Bewusstsein für gesunde Ernährung bildet sich der Geschmack heraus, und dazu trägt neben dem Essen zu Hause auch das Essensangebot in Kita und Kindergarten bei. Übrigens auch die Art, wie man isst: am besten in gemeinsamer Runde, mit Zeit und Muße.

Besonders wichtig sind Gesundheitsvorsorge und –fürsorge für die Kinder, die in belastenden Lebensumständen aufwachsen. Eine Krankheit oder die verzögerte Entwicklung eines Kindes können Folge oder Anzeichen von Armut und sozialer Ausgrenzung, Vernachlässigung und Verwahrlosung sein. Eltern, die selbst krank oder aus anderen Gründen mit der Erziehungssituation überfordert sind, brauchen Hilfe – auch aus dem Gesundheitswesen. Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme können Familien in solchen Belastungssituationen rechtzeitig eine gute und passende Unterstützung anbieten. Das Bundesfamilienministerium hat dafür ein Programm gestartet, das mit Modellprojekten in allen Bundesländern und einem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen dazu beiträgt, gute Erfahrungen zusammenzutragen, auszuwerten und weiterzuentwickeln, so dass sie in die Regelversorgung übertragen werden können. Wir nehmen damit insbesondere die ersten 3 Lebensjahre von der vorgeburtlichen Entwicklung bis zur frühen Kindheit in den Blick.

Ein Leitmotiv für das Gelingen früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme heißt Vernetzung. Das Gesundheitswesen muss verbindlich mit der Kinder- und Jugendhilfe verzahnt werden, aber auch mit der Geburtshilfe und Pädiatrie, Hebammen, den Frauenunterstützungseinrichtungen, den Betreuungsangeboten für Kinder und den vielen anderen Einrichtungen, die Kontakt mit Familien und Kindern in schwierigen Lebenslagen haben. Dazu zählen auch Justiz und Polizei. Das erste Ziel ist es, Belastungen und Risiken so früh zu erkennen, dass Hilfe gut wirken kann. In einem solchen Netz früher Hilfen kommt den Ärztinnen und Ärzten eine ganz besondere Bedeutung zu. Denn in der Zeit rund um die Geburt und immer dann, wenn Kinder krank sind, gehen nahezu alle Eltern zum Arzt; auch diejenigen, die eine Familienberatung vielleicht nicht von sich aus aufsuchen würden. Das Vertrauen in die Medizin und zur Person der Ärztin oder des Arztes ist eine gute Grundlage, um Gefahren für das Wohl eines Kindes früh zu erkennen, Hilfen in die Wege zu leiten und, aus Sicht der Eltern, Hilfen auch anzunehmen.

Am Anfang der Kette zur Förderung der Kindergesundheit stehen allerdings schon die Schwangerenvorsorge, die Schwangerenberatung und die Angebote zur Geburtsvorbereitung. Die hohe Qualität in der Schwangerenvorsorge hat in den letzten Jahrzehnten dazu beigetragen, dass wir heute in Deutschland eine erfreulich niedrige Mutter- und Säuglingssterblichkeit haben. Risiken können früher erkannt und Komplikationen rechtzeitig behandelt werden. Die Überlebenschancen zu früh geborener Kinder sind deutlich größer geworden. Und auch in der Lebensphase der Familiengründung, Schwangerschaft und Geburt geht Gesundheit über die medizinische Versorgung hinaus. Die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie belegen eindrücklich, welche wichtige Weichen in dieser Zeit gestellt werden, nicht nur für die Gesundheit des Kindes, sondern auch für ein gelingendes Zusammenwachsen und Zusammenleben der Familie. Prävention in dieser Phase hat daher einen besonderen und anhaltenden Wert. Eine mütter- und kindgerechte Betreuung während der Schwangerschaft, die selbstverständlich den Vater einbezieht, umfasst frühzeitige Information und Aufklärung über die Entwicklung des Kindes, die Stärkung von Elternkompetenzen und die Förderung einer sicheren Bindung zwischen Vater, Mutter und Kindern.

Gesundheitsförderung und Prävention sind Aufgaben, bei denen die ganze Gesellschaft gefordert ist. Eine Politik, die Kinder und Familien in den Mittelpunkt ihres Handelns stellt, ist auch eine Politik für Kindergesundheit. Viele Aspekte aus der Medizin und darüber hinaus finden sich in den Beiträgen dieses Bandes. Der Bogen ist weit gespannt um zu zeigen, wie weit die Themen der Kindergesundheit reichen, damit aus starken, lebensfrohen Kindern später verantwortungsfähige, ausbalancierte Erwachsene werden.

Ursula von der Leyen

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Berlin, im November 2008

Vorwort

Kinder haben ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (UN-Charta der Kinderrechte). Die Stärkung der Kindergesundheit beginnt bereits vor der Schwangerschaft, bezieht die Schwangerschaft bis zur Entbindung ein und vollzieht sich nach der Geburt bis zum Schulalter des Kindes vor dem Hintergrund der in jedem Alter spezifischen Entwicklungen, Chancen und Risiken.

Kindergesundheit stärken: das heißt, Mütter vor und während der Schwangerschaft und Entbindung zu begleiten, Eltern in die Lage zu versetzen, die Entwicklung ihrer Kinder zu verstehen und diese zu unterstützen, und es heißt nicht zuletzt, Kinder adäquat und entsprechend ihres Entwicklungsstandes in ihrer Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu vermeiden und im Erkrankungsfall angemessen *medizinisch* zu versorgen.

Kindergesundheit stärken: daran maßgeblich beteiligt sind Mütter, Väter, Großeltern und Kinder, aber auch eine Vielzahl von Professionellen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen wie z.B. in Kindertagesstätte, Kindergarten und Schule, in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitssystems, in Institutionen der Kinder- und Jugendhilfen sowie gesellschaftliche und soziale Rahmenbedingungen.

Kindergesundheit stärken: das heißt konkret Reduktion von Säuglings- und Kindersterblichkeit, Sicherstellung einer angemessenen Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung, Vermittlung von Grundkenntnissen über körperliche und seelische Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen sowie zur Verhütung von Unfällen an Eltern, Kinder und mit der Betreuung von Kindern befasste Personen. Kindergesundheit stärken bedeutet auch Elternkompetenz zu stärken, das Setting Kindertagesstätte zu nutzen, soziale Benachteiligung und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern, beispielsweise durch systematische Früherkennung von Risikofaktoren, Krankheiten und Entwicklungsstörungen, zu minimieren.

Kinder gehören zur gesündesten Bevölkerungsgruppe; erkranken sie, liegt ein im Vergleich zu Erwachsenen deutlich abweichendes Krankheitspektrum vor. Eine gute medizinische Versorgung von Kindern hat nicht nur besonderen erkrankungsbezogenen fachlichen und wissenschaftlichen Anforderungen zu genügen. Berücksichtigt werden muss auch, dass Kinder sich in körperlicher und seelischer Entwicklung befinden. Von

daher ist eine gute medizinische Versorgung auch immer eine kind- und entwicklungsgerechte medizinische Versorgung.

Maßnahmen, um Kindergesundheit zu stärken, sollten zugleich auf der individuellen, wie der Meso- und der Makroebene von Gesundheitswesen und Gesellschaft ansetzen und sich nicht auf die Einrichtungen des Gesundheitssystems beschränken.

Was aber wissen wir im Einzelnen über sinnvolle und wissenschaftlich geprüfte Interventionen im Vorfeld der Schwangerschaft? Ist die Schwangerenvorsorgeuntersuchung gemäß der Mutterschaftsrichtlinien noch zeitgemäß? Welche Chancen und Risiken bietet die vorgeburtliche Diagnostik? Wie steht es um den Impfschutz? Was lässt sich zum Stand der Praxis und Wissenschaft von Prävention und Früherkennung bei Kindern sagen? Wie ist es um die Qualität der medizinischen Versorgung von häufigen Erkrankungen bei Kindern bestellt? Welche Handlungsoptionen eröffnen neue, eher auf Schutz- denn auf Risikofaktoren basierende Ansätze der Gesundheitsförderung bei Kindern? Wie können Akteure auf verschiedenen Ebenen besser zusammenarbeiten, um die Gesundheit von Kindern zu stärken?

Das vorliegende Buch bietet eine, wenn auch aufgrund der Komplexität des Themas nicht vollständige, Bestandserhebung des gegenwärtigen – durchaus in vielen Bereichen noch lückenhaften – Wissensstandes zu den verschiedenen Themen, bildet die Situation in Deutschland an Hand aktueller Versorgungsbeispiele ab und möchte konkrete Handlungsansätze zur Optimierung von Prävention und Versorgung aufzeigen.

Als zentraler Bezugsrahmen dient die Entwicklung des gesunden Kindes. In diesen Bezugsrahmen ordnen sich die einzelnen Beiträge ein. Angefangen von der sensuellen und kognitiven Entwicklung während der Schwangerschaft, über die medizinische und soziale Versorgung in der Schwangerschaft bildet der Beitrag zu Entbindungen – wo und wie kommen Kinder in Deutschland zur Welt? – den Abschluss des ersten inhaltlichen Schwerpunktes.

Weitere Schwerpunkte bilden ausgewählte Themen der Prävention, Früherkennung und Versorgung in den ersten Lebensjahren, bei Schulkindern und Jugendlichen. Das Spektrum erstreckt sich hier über U-Untersuchungen, Impfungen, Sprachentwicklungsstörungen, gesundheitsfördernde Ernährung und Bewegung sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Zahngesundheit, thematisiert psychische Störungen sowie problematische Aspekte der Nutzung von Computerspielen. Fokussiert werden zudem die in den jeweiligen Altersgruppen besonders relevanten Erkrankungen und die Nachsorge von an Krebs erkrankten Kindern und ihrer Familien.

Über alle Altersgruppen hinweg werden versorgungsepidemiologische Aspekte von Unfällen bei Kindern, der medikamentösen und akut-

stationären Versorgung aufgezeigt. Die von der Gmünder Ersatzkasse zur Verfügung gestellten administrativen Daten zu Arzneimittelverordnungen und zur akut-stationären Versorgung, die über einen Zeitraum von 18 Jahren auswertbar sind, liefern hier die Basis für detaillierte, aktuelle und bisher so nicht bekannte Informationen.

Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt bilden Beiträge zur sozial-pädiatrisch erwünschten besseren Vernetzung von Institutionen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sowie zu konkreten Entwicklungsimpulsen in Kindertagesstätten und Schulen.

Zum Abschluss des Buches setzen sich mehrere Beiträge mit der Relevanz von „*Sozialem Netzwerk und Kompetenzen*“ und Möglichkeiten ihrer Förderung auseinander. Dabei wird zunächst auf problematische soziale Problemlagen und ihre Auswirkungen auf Kinder und deren Gesundheit eingegangen. Drei weitere Beiträge widmen sich konkreten Möglichkeiten, die Familie bzw. Eltern so in ihren Kompetenzen zu stärken, dass sie in der Lage sind, ihre Kinder zu eigenständigen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu erziehen („Kinder stark zumachen“).

Die vielen Beiträge der Autor(inn)en zeigen: es muss viel getan werden und es kann viel getan werden! Die Herausgeber(innen) danken allen Autor(inn)en, die mit großem Engagement und sehr konstruktiv an der Entstehung dieses Buches mitgeholfen haben. Wir danken insbesondere der Gmünder Ersatzkasse und ihrem Vorstandsvorsitzenden Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker für das nachhaltige Interesse und Engagement für das Thema „Kindergesundheit“, das Bereitstellen der pseudonymisierten GEK-Datenbestände für Analysen und Veröffentlichung und die logistische und ideelle Unterstützung, die dieses Buch ermöglicht haben.

Wir hoffen, dass dieses Buches bei den vielen Akteuren unseres Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens neues Interesse, neue Ideen und Handlungsbereitschaft weckt, unsere Kinder noch besser und nachhaltiger zu stärken.

Hannover, im November 2008

**E. M. Bitzer
U. Walter
H. Lingner
F.-W. Schwartz**

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einführung | 1 |
| 1 Die Entwicklung des gesunden Kindes | 2 |
| <i>Manfred Cierpka und Inge Seiffge-Krenke, Heidelberg und Mainz</i> | |
| 2 Sensuelle und kognitive Entwicklung – Erste Ansätze zu möglicher Förderung | 19 |
| <i>Birgit Arabin, Witten</i> | |
| Schwangerschaft und Entbindung | 29 |
| 3 Gesunde Ernährung der Mutter – Ernährungsprävention für die Gesundheit des Kindes von Anfang an | 30 |
| <i>Erika Sievers, Düsseldorf</i> | |
| 4 Gesetzliche Schwangerenvorsorge – Lässt sich das Erfolgskonzept der Schwangerenvorsorge in Deutschland weiter optimieren? | 36 |
| <i>Maren Goeckenjan und Klaus Vetter, Heidelberg und Berlin</i> | |
| 5 Pränatale Diagnostik | 45 |
| <i>Ulrich Gembruch, Bonn</i> | |
| 6 Familienhebammen in sozial benachteiligten Familien | 51 |
| <i>Catrin Halves und Angela Nieting, Osnabrück und Garmisch-Partenkirchen</i> | |
| 7 Entbindungsort und Entbindungsmodus | 58 |
| <i>Petra Kolip, Barbara Baumgärtner und Oda von Rahden, Bremen</i> | |
| Erste Lebensjahre | 67 |
| 8 Impfprophylaxe | 68 |
| <i>Ulrich Heining, Basel</i> | |
| 9 Plötzlicher Säuglingstod – Ein Beispiel für erfolgreiche Prävention | 78 |
| <i>Silke Kramer, Hannover</i> | |
| 10 Shaken-Baby-Syndrom – Prävention, aber wie? | 85 |
| <i>Silke Kramer, Hannover</i> | |

| | | |
|--|---|------------|
| 11 | Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Kleinkind | 91 |
| | <i>Hans-Michael Straßburg, Würzburg</i> | |
| 12 | Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern | 100 |
| | <i>Martin Ptok, Hannover</i> | |
| 13 | Infektionskrankheiten | 108 |
| | <i>Ulrich Baumann, Hannover</i> | |
| 14 | Asthma und Allergien | 114 |
| | <i>Jens-Oliver Steiß und Hermann Lindemann, Gießen</i> | |
| 15 | Stoffwechselkrankheiten am Beispiel Typ 1 Diabetes – Interdisziplinäre Vorbereitung auf ein besonderes Leben | 122 |
| | <i>Karin Lange und Thomas Danne, Hannover</i> | |
| 16 | Familienorientierte Rehabilitation von Kindern mit Krebserkrankung .. | 132 |
| | <i>Uwe Steffens und Ankatrin Laß-Lentzsch, Wenningstedt/Sylt</i> | |
| Schulkinder und Jugendliche | | 139 |
| 17 | Impfungen | 140 |
| | <i>Rüdiger von Kries, Simon Rückinger und Helen Kalies, München</i> | |
| 18 | Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Schulkind | 148 |
| | <i>Hans-Michael Straßburg, Würzburg</i> | |
| 19 | Zahngesundheit | 154 |
| | <i>Klaus Pieper und Anahita Jablonski-Momeni, Marburg</i> | |
| 20 | Ernährung | 160 |
| | <i>Mathilde Kersting, Dortmund</i> | |
| 21 | Bewegung | 170 |
| | <i>Markus Röbl und Vicky Henze, Göttingen</i> | |
| 22 | Rauch und Rauchen – Passive Rauchexposition und aktiver Tabakkonsum von Mädchen und Jungen | 178 |
| | <i>Richard Lux und Ulla Walter, Hannover</i> | |
| 23 | Psychische Gesundheit – Essstörungen, internalisierende, externalisierende Verhaltens- und Lernstörungen | 186 |
| | <i>Bernd Röhrle und Hanna Christiansen, Marburg</i> | |
| 24 | Problematische Nutzungsaspekte von Computerspielen | 201 |
| | <i>Thomas Mößle, Florian Rehbein, Matthias Kleimann und Christian Pfeiffer, Hannover</i> | |

| | |
|---|-----|
| (Versorgungs-)Epidemiologie | 209 |
| 25 Unfälle im Kindesalter | 210 |
| <i>Manfred Wildner, Annette Heißenhuber und Joseph Kuhn, München</i> | |
| 26 Probleme der medikamentösen Versorgung bei Kindern – Bessere Evidenz und mehr Sicherheit erforderlich | 220 |
| <i>Gerd Glaeske und Katrin Janhsen, Bremen</i> | |
| 27 Kinder im Krankenhaus – Epidemiologie und Versorgungsrealität | 232 |
| <i>Eva M. Bitzer, Thomas Grobe, Hans Dörning und Friedrich-Wilhelm Schwartz, Hannover</i> | |
| Institutionen – Vernetzung und Entwicklungsimpulse | 245 |
| 28 Institutionelle Zusammenarbeit – Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe | 246 |
| <i>Hermann Josef Kahl, Düsseldorf</i> | |
| 29 Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung | 252 |
| <i>Thomas Kliche, Jürgen Töppich und Uwe Koch-Gromus, Hamburg und Köln</i> | |
| 30 Entwicklungsimpulse für das Setting Schule | 260 |
| <i>Irmtraut Windel, Hannover</i> | |
| Soziales Netzwerk und Kompetenzen | 267 |
| 31 Migration und soziale Benachteiligung – Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung | 268 |
| <i>Liane Schenk und Oliver Razum, Berlin und Bielefeld</i> | |
| 32 Kinder kranker Eltern – Hilfebedarf und Hilfemöglichkeiten bei Kindern als Angehörigen | 275 |
| <i>Jörg Maywald, Berlin</i> | |
| 33 Familie als soziales Netz | 284 |
| <i>Karin Jurczyk, München</i> | |
| 34 Kinder stark machen – Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen | 292 |
| <i>Elisabeth Pott, Gisela Marsen-Storz und Frank Lehmann, Köln</i> | |

| | |
|---|------------|
| 35 Elternkompetenzen fördern – Wege zur Prävention kindlicher und familiärer Fehlentwicklungen | 303 |
| <i>Klaus A. Schneewind, München</i> | |
| 36 Elternbriefe der GEK – 10 Jahre informierende Unterstützung | 311 |
| <i>Heidrun Lingner, Hannover</i> | |
| Perspektiven und Potenziale | 319 |
| 37 Perspektiven und Potenziale | 320 |
| <i>Eva M. Bitzer, Ulla Walter und Friedrich-Wilhelm Schwartz, Hannover</i> | |
| Abkürzungsverzeichnis | 329 |
| Sachverzeichnis | 333 |

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. Birgit Arabin
Clara Angela Foundation
Forschungs- und Entwicklungszentrum
Alfred-Herrhausen-Straße 44
58455 Witten

PD Dr. med. Ulrich Baumann
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Neonatologie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

**Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin
Barbara Baumgärtner**
Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Grazer Straße 4
28359 Bremen

**PD Dr. med. Eva Maria Bitzer,
M.P.H.**
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Dipl.-Psych. Hanna Christiansen
Philipps-Universität Marburg
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstraße 18
35037 Marburg

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka
Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie
Bergheimer Straße 54
69115 Heidelberg

Prof. Dr. med. Thomas Danne
Kinderkrankenhaus auf der Bult
Abteilung Diabetologie, Endokrinologie
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover

Dipl.-Soz. Wiss. Hans Dörning
ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung e.V.
Lavesstraße 80
30159 Hannover

Prof. Dr. med. Ulrich Gembruch
Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde am Universitätsklinikum Bonn
Klinik für Geburtshilfe und Pränatale Medizin
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Parkallee 39
28209 Bremen

Dr. med. Maren Goeckenjan
Universitätsklinikum Heidelberg
Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen
Voßstraße 9
69115 Heidelberg

Dr. med. Thomas G. Grobe, M.P.H.
ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung e.V.
Lavesstraße 80
30159 Hannover

Dr. med. Catrin Halves
Universität Osnabrück
Fachbereich 8 Humanwissenschaften
Gesundheitswissenschaften
Forschungsschwerpunkt Maternal Health
Albrechtstraße 28
49076 Osnabrück

Prof. Dr. med. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Postfach
4005 Basel, Schweiz

Dipl.-Biol. Annette Heißenhuber, M.P.H.
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Sachgebiet Gesundheitsberichterstattung, -förderung, Prävention, Sozialmedizin
Veterinärstraße 2
85762 Oberschleißheim

Dr. disc. pol. Vicky Henze
ASC Göttingen von 1846 e.V.
Danziger Straße 21
37085 Göttingen

Dr. med. dent.
Anahita Jablonski-Momeni
Philipps-Universität Marburg
Abteilung Kinderzahnheilkunde
Georg-Voigt-Straße 3
35039 Marburg

Dr. rer. nat. Katrin Janhsen
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitsgruppe „Arzneimittelanwendungsforschung“
Parkallee 39
28209 Bremen

Dr. phil. Karin Jurczyk
Deutsches Jugendinstitut München e.V.
Abteilung Familie und Familienpolitik
Nockherstraße 2
81541 München

Dr. med. Hermann Josef Kahl
BVKJ - Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Ausschuss Prävention und Frühtherapie
Uhlandstraße 43
40237 Düsseldorf

Dr. biol. Helen Kalies
Ludwig-Maximilians-Universität
München
Institut für Soziale Pädiatrie und
Jugendmedizin
Abteilung für Epidemiologie im
Kindes- u. Jugendalter
Heiglhofstraße 63
81377 München

PD Dr. troph. Mathilde Kersting
Forschungsinstitut für Kinder-
ernährung Dortmund (FKE)
Rheinische Friedrich-Wilhelms-
Universität Bonn
Heinstück 11
44225 Dortmund

**Dipl.-Med. Wiss.
Matthias Kleimann**
Kriminologisches Forschungsinsti-
tut Niedersachsen e.V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover

**Dipl.-Psych. Dipl.-Pol.
Thomas Kliche**
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizi-
nische Psychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

**Prof. Dr. med. Dr. phil.
Uwe Koch-Gromus**
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für klini-
sche Psychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. phil. Petra Kolip
Universität Bremen
Institut für Public Health und Pfler-
geforschung
Grazer Straße 4
28359 Bremen

Silke Kramer, M.P.H.
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozial-
medizin und Gesundheitssystem-
forschung
Prävention und Rehabilitation in
der System- und Versorgungsfor-
schung - Stiftungslehrstuhl
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Prof. Dr. med. Rüdiger von Kries
Ludwig-Maximilians-Universität
München
Institut für Soziale Pädiatrie und
Jugendmedizin
Abteilung für Epidemiologie im
Kindes- u. Jugendalter
Heiglhofstraße 63
81377 München

Dr. P.H. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesund-
heit und Lebensmittelsicherheit
Sachgebiet Gesundheitsbericht-
erstattung, -förderung, Prävention,
Sozialmedizin
Veterinärstraße 2
85762 Oberschleißheim

**Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.
Karin Lange**
Medizinische Hochschule Hannover
Medizinische Psychologie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Ankatrin Laß-Lentzsch

AWO vita SyltKlinik
Osetal 7
25996 Wenningstedt-Braderup

Dr. med. Frank Lehmann

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Prof. Dr. med.

Hermann Lindemann

Zentrum für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin der Justus-Liebig-
Universität Gießen
Pädiatrische Pneumologie und
Allergologie
Feulgenstraße 12
35385 Gießen

Dr. med. Heidrun Lingner, M.P.H.

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinmedizin
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Dr. med. Richard Lux, M.P.H.

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozial-
medizin und Gesundheitssystem-
forschung
Prävention und Rehabilitation in
der System- und Versorgungs-
forschung - Stiftungslehrstuhl
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Gisela Marsen-Storz

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Dr. phil. Jörg Maywald

Deutsche Liga für das Kind in
Familie und Gesellschaft
Charlottenstraße 65
10117 Berlin

Dr. phil. Thomas Mößle

Kriminologisches Forschungs-
institut Niedersachsen e.V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover

Angela Nieting

Deutscher Hebammenverband e.V.
Hözlweg 17
82467 Garmisch-Partenkirchen

Prof. Dr. jur. Christian Pfeiffer

Kriminologisches Forschungs-
institut Niedersachsen e.V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover

Prof. Dr. med. dent. Klaus Pieper

Philipps-Universität Marburg
Abteilung Kinderzahnheilkunde
Georg-Voigt-Straße 3
35039 Marburg

Prof. Dr. med. Elisabeth Pott

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Prof. Dr. Dr. h.c. Martin Ptok

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Phoniatrie und
Pädaudiologie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Dipl.-Psych. Oda von Rahden

Universität Bremen
Institut für Public Health und
Pflegeforschung
Grazer Straße 4
28359 Bremen

Prof. Dr. med. Oliver Razum, M.Sc.

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissen-
schaften
School of Public Health -
WHO Collaborating Center
AG 3 – Epidemiologie &
International Public Health
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Dipl.-Psych. Florian Rehbein

Kriminologisches Forschungs-
institut Niedersachsen e.V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover

Dr. med. Markus Röbl

Georg-August-Universität Göttingen
Pädiatrie II mit Schwerpunkt
Neuropädiatrie
Stoffwechsel, Endokrinologie, SPZ
Robert-Koch-Straße 40
37099 Göttingen

Prof. Dr. rer. soc. Bernd Röhrle

Philipps-Universität Marburg
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstraße 18
35037 Marburg

Dr. med. Simon Rückinger

Ludwig-Maximilians-Universität
München
Institut für Soziale Pädiatrie und
Jugendmedizin
Abteilung für Epidemiologie im
Kindes- u. Jugendalter
Heiglhofstraße 63
81377 München

Dr. phil. Liane Schenk

Charité-Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie
Thielallee 47
14195 Berlin

Prof. Dr. Klaus A. Schneewind

Ludwig-Maximilians-Universität
München
Department Psychologie
Leopoldstraße 13
80802 München

Prof. Dr. med.**Friedrich-Wilhelm Schwartz**

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozial-
medizin und Gesundheitssystem-
forschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Prof. Dr. med. Inge Seiffge-Krenke

Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Entwicklungs- und Pädagogische
Psychologie
Staudinger Weg 9
55099 Mainz

PD Dr. med. Erika Sievers, M.P.H.

Akademie für öffentliches
Gesundheitswesen
Referat Sozialpädiatrie, Kinder-
und Jugendgesundheitsdienst
Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf

Dr. med. Uwe Steffens

AWO vita SyltKlinik
Osetal 7
25996 Wenningstedt-Braderup

PD Dr. med. Jens-Oliver Steiß

Zentrum für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin der Justus-Liebig-
Universität Gießen
Pädiatrische Pneumologie und
Allergologie
Feulgenstraße 12
35385 Gießen

Prof. Dr. med.

Hans-Michael Straßburg
Universitäts-Kinderklinik
SPZ „Frühdiagnosezentrum“
Josef-Schneider-Straße 2
97080 Würzburg

Dipl.-Soz. Jürgen Töppich

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Referat Wissenschaftliche Unter-
suchungen und Qualitätssicherung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Prof. Dr. med. Klaus Vetter

Vivantes Klinikum Neukölln
Klinik für Geburtsmedizin
Kormoranweg 45
12351 Berlin

Prof. Dr. phil. Ulla Walter

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozial-
medizin und Gesundheitssystem-
forschung
Prävention und Rehabilitation in
der System- und Versorgungs-
forschung - Stiftungslehrstuhl
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Prof. Dr. med. Manfred Wildner

Bayerisches Landesamt für Gesund-
heit und Lebensmittelsicherheit
Abteilung Gesundheit und
Ernährung
Veterinärstraße 2
85762 Oberschleißheim

Irmtraut Windel, M.P.H.

Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Einführung

- 1 Die Entwicklung des gesunden Kindes
– 2
- 2 Sensuelle u. kognitive Entwicklung –
Erste Ansätze zu möglicher Förderung
– 19

1 Die Entwicklung des gesunden Kindes

Manfred Cierpka und Inge Seiffge-Krenke, Heidelberg und Mainz

1.1 Die gesunde Entwicklung

Kinder und Jugendliche sind eine vergleichsweise gesunde Altersgruppe. Ihre Gesundheitsgefährdungen ergeben sich vor allem aus der Einbettung ihrer Entwicklung und Gesundheitsfürsorge in den familiären Kontext und damit ihrer Abhängigkeit von ihrer Familie, eine entwicklungsangemessene Förderung und emotionale Zuwendung zu erhalten. Altersspezifische Gefährdungen stellen zusätzlich die kognitive Unreife (bei kleineren Kindern) und die Verführung zu gesundheitsriskantem Verhalten (bei Jugendlichen) dar.

1.1.1 Entwicklungsaufgaben und Phasen erhöhter Vulnerabilität

Die gesunde Entwicklung des Kindes verläuft in Phasen und lässt sich durch unterschiedliche Entwicklungsaufgaben markieren, die normative Erwartungen der Gesellschaft enthalten in Bezug auf den jeweiligen Entwicklungsstand (z. B. Kindergartenbesuch, Schulreife, Eintreten der Pubertät u. Ä.). Nur sehr wenige Entwicklungsprozesse sind reifungsabhängig, die meisten werden schon sehr früh durch Lernen und Erfahrung modifiziert und zeigen eine enorme Plastizität und Variationsbreite. Entwicklungsaufgaben sind miteinander vernetzt, d.h. die Entwicklungsaufgaben des Jugendalters bauen auf Entwicklungsaufgaben der Kindheit auf. In der Regel gelingt es den meisten Kindern und Jugendlichen, die phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, ohne manifeste Probleme oder psychische Auffälligkeiten zu entwickeln.

Aus epochaler Perspektive ist eine Verschiebung von biomedizinischen zu primär psychosozialen Ursachen für Gesundheitsprobleme eingetreten; Risikoverhaltensweisen stellen die Hauptursache für Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen dar (Gondoli, 1999).

Für viele Verhaltensweisen, die potenziell gesundheitsschädlich sind, wie etwa Alkoholkonsum, Rauchen u. Ä., ist die Adoleszenz ein »window of vulnerability«.

In diesem Altersabschnitt entstehen Risikoverhaltensweisen, deren Folgen oft erst in späteren Abschnitten des Lebens ersichtlich werden. Empirische Studien belegen, dass die Einflüsse von Gleichaltrigen auf die Praktizierung bestimmter Risikoverhaltensweisen relativ groß sind, dass aber erst das synergische Zusammenwirken von elterlichem Modell und Peermodell gesundheitsschädigende Verhaltensweisen fest verankert (Taylor, 2007). Verhaltensweisen, die gesundheitliche Gefährdung mit sich bringen, können Ausdruck von Autonomiebestrebungen sein. Untersuchungen über Belastungsreaktionen besonders in der frühen Kindheit zeigen sich durch den Ausdruck negativer Emotionen, Rückzug, sowie Störungen im Schlaf- und Essverhalten (Gunnar, 1987). Ältere Kinder lernen schnell, dass manche Ereignisse unausweichlich stressbeladene Folgen haben, d.h. sie sind zu antizipierendem Coping in der Lage und vermeiden stressauslösende Situationen. Die Bewältigungsforschung belegt eine kompetente Bewältigung von Alltagsstressoren durch die Mehrzahl der Jugendlichen (Seiffge-Krenke, 2006).

1.1.2 Entwicklung im Familienkontext

Die individuelle psychische und körperliche Entwicklung vollzieht sich in den Beziehungen mit den relevanten Bezugspersonen, hauptsächlich im familiären Kontext. Die Fähigkeiten der Eltern, die Beziehung resonant und altersadäquat zu gestalten und eine gute Bindung herzustellen, tragen wesentlich zur Entwicklung einer psychisch stabilen Struktur des Kindes bei. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich in den letzten Jahren Veränderungen in den Familienformen ergeben, bei denen die Schrumpfung der Kernfamilie, eine größere Zahl von Einelternfamilien, die häufigere Berufstätigkeit der Mütter, die größere Mobilität der Eltern und zunehmende Arbeitslosigkeit der Eltern Belastungsfaktoren darstellen, die sich auch auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken. Individuelle und familiäre Bewältigungsressourcen sind damit auf eine harte Probe gestellt, und weitere soziale Unterstützungssysteme häufig notwendig.

Durch diese zusätzlichen Belastungen können die normativen Familienentwicklungsaufgaben zu einer besonderen Herausforderung werden. Besonders die frühen Phasen der Familienentwicklung, die Erst-Elternschaften, und die Anforderungen nach der Geburt eines Kindes erfordern eine Reorganisation bisheriger Ziele, Verhaltensweisen und Wertorientierungen. Dennoch wird heute nach wie vor eine Schwellensituation als Entwicklungschance gesehen. Dabei ist die Qualität der Partnerschaft der wichtigste Prädiktor für die Anpassungsprozesse während des Übergangs zur Elternschaft. Das Absinken der ehelichen Zufriedenheit nach der Geburt des ersten Kindes ist ein in vielen Studien gefundenes Ergebnis.

Familien mit Schulkindern sind in besonderer Weise gefordert, die rasch voranschreitende kognitive, soziale und körperliche Entwicklung ihrer Kinder zu begleiten und ihnen besonders in der Adoleszenz Autonomie einzuräumen. Zunehmende Streitraten in der frühen und mittleren Adoleszenz kündigen eine allmähliche Verschiebung der familiären Machtverhältnisse an. Hinzu kommt, dass Jugendliche insbesondere in der Frühadoleszenz unter dem adoleszenten Egozentrismus leiden, einer extremen Selbstbezogenheit, die ihnen die Einfühlung in andere erschwert und ihre Reaktionen für Außenstehende schwer einschätzbar und beängstigend macht. Nachdem zahlreiche Studien zum Bindungsverhalten der Mutter und ihrem Einfluss auf die kindliche Entwicklung vorliegen, bestätigen neuere entwicklungspsychologische Studien die Bedeutung von Vätern für eine gesunde Entwicklung des Kindes (Lamb, 2004; Seiffge-Krenke, 2002).

Die Güte der Beziehung zwischen den Eltern hat einen indirekten Effekt auf das Wohlbefinden des Kindes bzw. Jugendlichen (Seiffge-Krenke, 2008). Ein Gesundheitsrisiko besonderer Art ist die familiäre Gewalt, worunter neben physischer Gewalt und sexuellem Missbrauch auch psychische Gewalt (wie z. B. autoritärer Zwang, Vernachlässigung, Beschimpfung) nicht nur gegenüber Kindern und Jugendlichen, sondern auch zwischen Paaren zu zählen ist.

1.1.3 Frühe Kompetenzen

Normal ausgetragene und gesunde Neugeborene bringen eine Reihe erstaunlicher Kompetenzen mit (Largo, 2007; Dornes, 1999). Ansonsten ist das Lernen aber noch reduziert, die Reizschwelle zur Aufnahme neuer Stimuli erhöht. Es bedarf sehr vieler Wiederholungen, um das Gelernte auch zu behalten. Im Unterschied zu den übrigen Lernprozessen folgt allerdings die Entwicklung der Motorik einem relativ starren Muster und ist wenig durch Lernen oder Übung veränderbar. Einige Reflexe (z. B. der Schreitreflex) zeigen, dass das Baby bereits bei der Geburt über die Fähigkeit zu komplexen koordinierten Bewegungen verfügt. Das Laufen lernen ist jedoch ein komplizierter Entwicklungsvorgang, der mit etwa 1,5 Jahren abgeschlossen ist. Obwohl die Entwicklungsfolge bei den meisten Kindern in etwa diesem Muster folgt, gibt es individuelle Variationen, in welchem Monat/Jahr etwa das Sitzen, Krabbeln, freie Stehen, freie Gehen, Treppen steigen etc. erworben wird. Die weitere motorische Entwicklung bezieht sich vor allen Dingen auf die Weiterentwicklung des Laufens sowie die feinmotorische Entwicklung. Jungen zeigen in der Grobmotorik eine etwas schnellere Entwicklungsgeschwindigkeit, während Mädchen in der feinmotorischen Entwicklung besser sind.

Während Größen-, Farb- und Formdiskriminationen sowie Tiefenwahrnehmung teilweise angeboren sind, aber dann schon früh durch Lernen modifiziert werden, ist die Bewegungswahrnehmung ein komplizierter Verrechnungsprozess, der erst in der mittleren Kindheit abgeschlossen ist.

Die große Zahl von Verkehrsunfällen bei Kindern bis zum Alter von 9 Jahren (s. S. 9) zeigt auf dramatische Weise, dass die komplizierten Bewegungswahrnehmungsprozesse erst relativ spät sicher beherrscht werden.

Die optimale Sehschärfe des Babys entspricht in etwa dem Abstand der Gesichter von Mutter und Kind beim Stillen. Das Baby beruhigt sich, wenn es aufgenommen wird. Der bevorzugte Frequenzbereich für das Hören liegt in der Höhe der menschlichen Stimme bzw. etwas darüber. Der Säugling reagiert ab dem 2./3. Monat auf das Gesicht mit einem Lächeln. Etwa ab 6 Monaten sind Gedächtnisprozesse nachweisbar (Fremdeln, Erinnerungen an schmerzhaftes Prozeduren beim Arzt). In der 2. Hälfte des 1. Lebensjahres können Personen nach einer Trennung von Tagen oder Wochen wiedererkannt werden; im 2. Lebensjahr kann sich die Latenzzeit schon auf mehrere Monate beziehen. Emotionale Faktoren spielen eine große Rolle beim Einprägen und Wiederfinden von Gedächtnisinhalten. Bildgebende Verfahren haben gezeigt, dass traumatische Erfahrungen zu Läsionen im Gehirn führen, so dass die Gedächtnisprozesse nachhaltig beeinträchtigt sind.

1.1.4 Bindungsentwicklung

Soziale Beziehungen sind von Anfang an für Kinder lebensnotwendig.

Definition

Unter Bindung versteht man ein langandauerndes affektives Band zu bestimmten Personen, die nicht ohne Weiteres auswechselbar sind und deren körperliche oder psychische Nähe und Unterstützung gesucht wird, wenn z. B. Furcht, Trauer, Verunsicherung, Krankheit, Fremdheit in einem Ausmaße erlebt werden, das nicht mehr selbständig regulierbar ist.

Untersuchungen über Hospitalismus an Heimkindern, die bereits seit Mitte der 1940er Jahre des vergangenen Jahrhunderts durchgeführt wurden, zeigen starke Retardierungen, die besonders drastisch sind, wenn der Ent-

zug von festen Bezugspersonen länger als 5 Monate anhält. Diese Kinder entwickeln sich trotz adäquater Ernährung und Hygiene nicht weiter; sie magern ab, werden völlig apathisch, zeigen eine verminderte Reaktionsbereitschaft. Auffällig sind der Rückstand in der sprachlichen und motorischen Entwicklung sowie eine starke Anfälligkeit für Infektionen. Diese Befunde wurden noch in den letzten Jahren an Waisenhauskindern und vernachlässigten Kindern bestätigt (Zeanah et al., 2005). Sehr kleine Kinder können nach Trennung und Verlust von wichtigen Bezugspersonen in der Familie mit tiefgreifenden seelischen Störungen reagieren. Gelingt die Beziehungsaufnahme zwischen Mutter, Vater und Kind nicht oder wird sie während der ersten Lebenszeit gestört, entwickelt das Kind psychosomatische Symptome, die ebenso Ausdruck seelischer Beeinträchtigungen sind. Am häufigsten leiden die Kinder unter Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen. Diese Symptome, die mehrere Funktionsbereiche gleichzeitig betreffen können, fasst man unter dem Begriff der Regulationsstörungen im Säuglingsalter zusammen (Papoušek et al., 2004). Die sog. Bindungsstörungen treten allerdings nur bei einem kleinen Teil von kleinen Kindern als Folge eines Krankenhausaufenthaltes oder der Heimunterbringung auf. Betroffen sind vor allen Dingen Kleinkinder im Alter von 7 Monaten bis 4 Jahren, die keine alternativen Betreuungsangebote haben und möglicherweise schon vorher durch Stressoren stark belastet gewesen sind.

Untersuchungen belegen die starken Auswirkungen mütterlicher Depression auf die Kindesentwicklung. So führen depressive Symptome bei Müttern zu reduzierter Stimulation des Kindes, zu geringerer Ansprechbarkeit, zu reduzierter Fähigkeit, das Baby in seiner Affektregulation zu unterstützen und zu weniger positivem Affektausdruck.

Nur von einer sicheren Basis aus wird das Kleinkind anfangen, die Umwelt zu explorieren (Waters & Cummings, 2000). Dies erklärt die teilweise enormen Einbußen in der kognitiven Entwicklung, die man bei Kindern von depressiven Müttern gefunden hat. Durch frühe Bindungserfahrungen kommt es zur Entwicklung und gedächtnismäßigen Fixierungen von sog. inneren Arbeitsmodellen, die das weitere Verhalten leiten (Keppeler et al., 2002). Das Bindungsverhalten der Kinder ist eng verzahnt mit der mütterlichen Feinfühligkeit, d.h. der Fähigkeit, die Signale des Babys wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen zu reagieren. In der Regel haben feinfühligere Mütter auch reagiblere Babys und reagiblere Babys ziehen wiederum die Aufmerksamkeit ihrer Mütter auf sich, so dass die Lernprozesse intensiver und schneller erfolgen können. Babys mit Geburtskomplikationen oder einem schwierigen Persönlichkeitstempelament sind weniger reagibel und machen es ihren Betreuern schwerer, sie zu interpretieren und angemessen auf sie zu reagieren.

Mehrere Längsschnittstudien zeigen eine bemerkenswerte Stabilität und transgenerationale Weitergabe von Bindungsmustern (Cassidy &

Shaver, 1999). Auch gibt es hohe Konkordanzen zwischen der Bindung von Kindern und der Bindung ihrer Eltern. Obwohl die inneren Arbeitsmodelle handlungsleitend sind und die weiteren sozialen Interaktionen eines Kindes oder Jugendlichen bestimmen, ist der Bindungstypus auch modifizierbar: Kinder und Jugendliche, die sehr vielen Stressbelastungen ausgesetzt waren, wechselten im Laufe der Jahre von einer sicheren zu einer unsicheren Bindungsqualität. Die Bindungsqualität ist aber auch durch therapeutische Interventionen veränderbar (Fonagy, 2003).

1.1.5 Die weitere soziale Entwicklung

Das Interesse von Babys an Gleichaltrigen beginnt früh; fremde Babys werden beim Spielen der Mutter oder anderen Personen vorgezogen (Largo, 2007). Die ersten Kontakte sind sehr stark körperbezogen. Die zunehmende Fähigkeit des Kindes, sich in andere hineinzusetzen, deren Aktionen, Verhalten und Gefühle zu antizipieren, verstärkt das Interesse an anderen Gleichaltrigen. Die Entwicklung der Freundschaftsbeziehungen zeigt einen typischen Phasenverlauf, der auch diagnostisch wichtig ist. Im Kindergartenalter spielt räumliche Nähe eine große Rolle, im Grundschulalter ist die einseitige Hilfestellung und Kooperation, stets orientiert am eigenen Vorteil, ein wichtiges Kriterium, und erst im Jugendalter nähern sich die Freundschaftskriterien (Reziprozität, Intimität) den Kriterien für Freundschaften im Erwachsenenalter an.

Freundschaftsbeziehungen haben **protektive Funktionen**.

Unterstützung durch Freunde steht in direkter Beziehung zum Wohlbefinden und puffert die Effekte von Stress ab (Seiffge-Krenke & Beyers, 2007). Im Jugendalter erklärt das Bedürfnis nach Konformität die starke Verführung zu risikoreichem Verhalten in Freundesgruppen. Dieser Effekt bleibt jedoch auf die Adoleszenz beschränkt und verliert sich beim Übergang ins Erwachsenenalter.

Ähnlich wie bei Freundschaftsbeziehungen unterscheidet man bei der Beschreibung von heterosexuellen Beziehungen verschiedene Stadien (Seiffge-Krenke, 2003). In der frühen Adoleszenz, zwischen 12 und 14 Jahren, geht es zunächst darum, die beiden getrennten Welten Jungen- und Mädchengruppen zusammenzubringen. In der Folge wird der erste Freund/die erste Freundin als Aufwertung des Status in der Gleichaltrigengruppe benutzt. Diese frühen romantischen Beziehungen sind oberflächlich, kurzzeitig, aber dennoch recht aufregend. Allmählich dauern

romantische Beziehungen länger, beginnen emotional und sexuell erfüllend zu sein, haben oft aber etwas Idealistisches. Etwa ab dem Alter von 18 Jahren wird der romantische Partner zum wichtigsten Unterstützungspartner, und ersetzt nach und nach Eltern bzw. die besten Freunde.

1.1.6 Fähigkeiten zur Emotionsregulierung und Umgang mit Aggression

Entwicklungspsychologische Verlaufsanalysen zeigen, dass starke körperliche Aggression nur für das Vorschul- und Grundschulalter gilt. Generell finden wir höhere Werte von Jungen im Vergleich zu Mädchen. Verbale Aggression wie Schimpfnamen und Auslachen ersetzen immer stärker die direkte körperliche Aggression. Wir müssen zwischen gutartiger Aggression und destruktiver Aggression unterscheiden. Gutartige Aggression beschleunigt die Loslösung und Individuation und beginnt mit dem Neinsagen des Kleinkindes ca. mit 1,6 Jahren. Zu den antisozialen destruktiven Formen von Aggression zählt das Bullying (Seiffge-Krenke, 2005), das eine dauerhafte sadistische Täter-Opfer-Beziehung beinhaltet, bei der ein starkes Machtgefälle herrscht, wobei die Gewalt der Stärkeren von dem Unterlegenen nicht provoziert wurde. Entwicklungspsychologische Befunde zeigen enge Zusammenhänge zwischen Bindung und Affektregulation.

Die Fähigkeit zur Emotionsregulierung entwickelt sich von der Kindheit zum Jugendalter (Eisenberg et al., 2000). Bei Kindern und Jugendlichen, die wir als dissozial bezeichnen, ist die angemessene Emotionsregulierung und Kontrolle aggressiver Impulse nicht gelernt worden. Sie haben des Weiteren Schwierigkeiten, Emotionen bei anderen Personen richtig zu entschlüsseln bzw. sich in diese einzufühlen.

1.1.7 Körperkonzept und Pubertät

In der späten Kindheit besteht in der Regel eine einigermaßen stabile und integrierte Vorstellung vom eigenen Körper als selbstständiges Ganzes, wozu auch das Gefühl einer eindeutigen Geschlechtszugehörigkeit zählt. Das Körper selbstbild, das 12- bis 14-Jährige haben, ist deutlich realistischer als das 9- bis 11-Jähriger und männliche Kinder und Jugendliche sind mit ihrem Aussehen zufriedener als weibliche. Die größere Unzufriedenheit mit dem Körper bei Mädchen, ihr starkes Bedürfnis nach Veränderung des Körpers und die große Bedeutung, die das Körpergewicht hat sind Veränderungen, die in der späten Kindheit beginnen und die Adoleszenz bestimmen; sie sind in engem Zusammenhang zu sehen mit Essstörungen wie Bulimie und Anorexie.

So schildern Kostanski & Gullone 1999, dass bereits Kinder zwischen 7 und 11 Jahren gute Kenntnisse über Diät haben und 20% bereits manchmal eine Diät durchführen. Die stark verzerrte Wahrnehmung des Körpergewichts und die stärker erlebte Körperentfremdung sind wesentliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens weiblicher Jugendlicher (Kolip, 1995). Studien an frühreifen weiblichen Jugendlichen haben darüber hinaus belegt, dass deren Körperkonzept noch negativer ist als das spätreifer oder zeitgerecht reifender Mädchen. Im Gegensatz dazu verarbeiten männliche Jugendliche Frühreife ausgesprochen positiv und nehmen sich als erwachsener und attraktiver wahr.

1.1.8 Gesundheitszustand und Wohlbefinden

Auf der Basis der Inanspruchnahmeraten von medizinischen, psychologischen und psychiatrischen Diensten imponieren Kinder und Jugendliche als eine vergleichsweise gesunde, d.h. unauffällige Gruppe. Waren noch bis 1900 90% aller Todesfälle im Kindes- und Jugendalter durch Infektionen bedingt, so sterben heute nur noch rund 1% der Kinder und Jugendlichen an infektiösen Krankheiten. Die Haupttodesursachen in der Kindheit und Adoleszenz sind gegenwärtig nicht Krankheiten, sondern Tod durch Verletzungen infolge von Gewalteinwirkungen. Im internationalen Vergleich stehen Unfälle, vor allem Kraftfahrzeugunfälle, an erster Stelle der Todesursachen (Statistisches Bundesamt, 2006). Autounfälle sind insbesondere bei männlichen Kindern bis zum Alter von ca. 9 Jahren sehr häufig, danach nehmen sie, u.a. bedingt durch die besseren kognitiven Einschätzungen der Geschwindigkeit von Fahrzeugen, ab. Maßnahmen zur Prävention von Unfällen sind deshalb angezeigt, um die Sicherheit und den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu erhöhen. Eine andere Möglichkeit zur Gesundheitsförderung von Kindern sind Maßnahmen, die ihnen eine angemessene und altersadäquate Reifung und Entwicklung erlaubt. Dies sind Maßnahmen der psychosozialen Prävention, um die Persönlichkeit des Kindes zu stärken und die Familie, in der das Kind aufwächst, zu unterstützen.

1.2 Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch psychosoziale Prävention

1.2.1 Belastete Familien und Langzeitfolgen

Leider sind immer noch viele Familien in Deutschland nicht in der Lage, ihren Kindern eine angemessen gute Kindheit zu gewährleisten (BmFS-

FJ -Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998). Studien belegen, dass ca. jedes fünfte Kind erheblichen psychosozialen Belastungen, wie schwierigste soziale Umgebung, schwere Erkrankungen in der Familie, psychisch kranke Eltern oder Verlustsituationen (Trennung, Tod) ausgesetzt ist. Diese Stressoren wirken sich umso dramatischer aus, je weniger Schutzfaktoren (z. B. eine dauerhafte Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson) für das Kind vorhanden sind (Egle & Hardt, 2004). Eine zentrale Rolle für das Ausmaß des Stresserlebens scheint die Eltern-Kind-Beziehung und insbesondere die Bindungsqualität der Kinder zu ihren Bezugspersonen zu spielen (Papoušek et al., 2004). Ein nicht adäquat erwidertes Bindungsbedürfnis kann neben verhaltensbezogenen Konsequenzen auch zu psychobiologischen Folgen führen und dabei die individuelle Ausreifung des Stressverarbeitungssystems beeinträchtigen. Die experimentellen Untersuchungen belegen eine enge Verknüpfung zwischen frühen Bindungsstörungen einerseits und endokrinen Reaktionen auf Stressverarbeitungssystem und körperliches Wachstum andererseits (Meaney, 2001 & 2004). In den vorhandenen Langzeituntersuchungen zeigte sich, dass den frühkindlichen Bindungsbeziehungen eine hohe Bedeutung für den weiteren Entwicklungsverlauf der Kinder zukommt (Dornes, 1999; Grossmann, 2000; Egle & Cierpka, 2006).

Bei den betroffenen Eltern und Familien führen diese Stressfaktoren häufig dazu, dass sie mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert sind. Die mangelnde Erziehungskompetenz erhöht ihrerseits wiederum das Konfliktpotenzial in der Familie mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die Kinder. Den Zusammenhang zwischen der Qualität der frühen Mutter-Kind-Interaktion und späteren Verhaltensproblemen bei Kindern zeigt die Mannheimer Risikokinderstudie. Der deutliche Einfluss psychosozialer Risiken (niedriges Bildungsniveau, Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen, chronische familiäre Schwierigkeiten, psychische Auffälligkeiten der Eltern) wird entscheidend über das Erziehungsverhalten moderiert, das seinerseits durch Verhaltensprobleme des Säuglings negativ beeinflusst wird (Esser et al., 1995; Laucht et al., 2000).

1.2.3 Definitionen in der psychosozialen Prävention

Kindheit ist also ein kostbares Gut und unbedingt im Sinne der Prävention zu schützen. Psychosoziale Präventionsmaßnahmen verfolgen 2 Ziele: zum einen soll die psychosoziale Gesundheit der Kinder gefördert werden und zum anderen soll die Entwicklung von psychologischen Problemen verhindert werden. Das »Committee on Prevention of Mental Disorders« des Nationalen Instituts für Medizin der USA schlug vor, die präventiven

Interventionen für psychische Störungen und Familienprobleme in 3 Kategorien einzuteilen (Munoz et al., 1996).

- Die **primäre Prävention** für alle Gruppen in einer Bevölkerung bezeichnet man als universelle präventive Intervention. Entscheidend ist, dass sie unabhängig von evt. vorhandenen Risikofaktoren eingesetzt wird. Beispiele für universelle primäre Prävention aus dem Gesundheitsbereich sind die zeitlich genau terminierten und inhaltlich vorgegebenen Untersuchungen der Kinder beim Kinderarzt. Im psychosozialen Bereich sind die Ehevorbereitungskurse für Paare oder die Elternschulen in den Familienbildungsstätten anzuführen.
- Mit einer **selektiven präventiven Intervention** werden Subpopulationen wie z. B. Alleinerziehende, Verwitwete oder Scheidungskinder gefördert. Diese Maßnahmen zielen auf Individuen oder Bevölkerungsgruppen, die auf Grund verschiedener Faktoren im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Störungen haben oder schon erste Symptome aufweisen.
- **Indizierte präventive Interventionen** zielen auf Personen, die bereits Symptome einer Störung aufweisen, aber noch nicht die Kriterien für eine Diagnose erfüllen. Mit indikativer Prävention meint man z. B. die Förderung von Kindern, die eine hyperkinetische Störung oder eine Lese-Rechtschreibstörung entwickeln könnten.

Für die Implementierung von Interventionen bieten sich die Zeitfenster an, in denen die Entwicklung von Individuum und Familie besonders effektiv gefördert werden kann. Die Schwellensituation am Übergang von der Partnerschaft zur Elternschaft ist eine sensible und kritische Situation, dann sollten Maßnahmen zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion in den ersten 3 Lebensjahren hinzukommen. Im Kindergartenalter und dann im Schulalter kann kindzentriert und über Förderung der Erziehungskompetenzen familienzentriert gearbeitet werden.

1.2.3 Familienzentrierte Präventionskonzepte

In der frühkindlichen psychosozialen Prävention steht die Entwicklungsförderung der Kinder im Mittelpunkt. Die familienzentrierte Prävention geht von der Annahme aus, dass Veränderungen bei beiden Eltern und den Familien entsprechend zu Veränderungen bei den Kindern führen. In den ersten 3 Lebensjahren kann die Bindung des Kindes zur primären Bezugsperson (meist der Mutter) gefördert werden, indem Eltern lernen