

Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an

**FRAU MUTTER KIND KARRIERE
MUTTER KIND KARRIERE FRAU
KIND KARRIERE FRAU MUTTER
KARRIERE **FRAU** MUTTER KIND
FRAU **MUTTER** KIND KARRIERE
MUTTER **KIND** KARRIERE FRAU
KIND **KARRIERE** FRAU MUTTER
KARRIERE FRAU MUTTER KIND
FRAU MUTTER KIND KARRIERE
MUTTER KIND KARRIERE FRAU
KIND KARRIERE FRAU MUTTER
KARRIERE FRAU MUTTER KIND
FRAU MUTTER KIND KARRIERE**

Herausgeber
Johannes Georg Gostomzyk

mit Beiträgen von
B. Eberlein-König, E. Fuchtmann, J.G. Gostomzyk, I. Knerr, E. Paschos,
P. von Quadt, M. Ruf, W. Schnappauf, S. Springer und A. Wagner-Link

Impressum

© Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2005
Landwehrstraße 60-62, 80336 München

Die LZG wird gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt,
Gesundheit und Verbraucherschutz

Herausgeber: Prof. Dr. med. Johannes Georg Gostomzyk, Augsburg

Redaktion: Dr. med. Martina Enke, Augsburg

Gestaltung und PrePress: Manfred Dilling, Eurasburg

Druck: MDV Maristen Druck & Verlag GmbH, Furth

ISBN 3-933725-15-1

Hinweis:

Die Personenbezeichnungen in dieser Schrift beziehen sich, wenn nicht ausdrücklich differenziert, gleichermaßen auf Frauen wie auf Männer. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde jedoch teilweise darauf verzichtet, in jedem Fall beide Geschlechter zu nennen.

Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an

Symposium zum Weltgesundheitstag 2005 in Bayern
Rosenheim, 3. Mai 2005

Herausgeber
Johannes Georg Gostomzyk

mit Beiträgen von
B. Eberlein-König, E. Fuchtmann, J.G. Gostomzyk,
I. Knerr, E. Paschos, P. von Quadt, M. Ruf,
W. Schnappauf, S. Springer und A. Wagner-Link

INHALT

Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an	9
Grußwort zum Weltgesundheitstag 2005 Staatsminister Dr. Werner Schnappauf Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz	
Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an	13
Prof. Dr. Johannes G. Gostomzyk 1. Vorsitzender der LZG	
Frau – Mutter – Kind – Karriere	21
Angelika Wagner-Link Institut für Mensch und Management, München	
Gesundheit und Allergie – eine Aufgabe für Mutter und Kind	49
PD Dr. Bernadette Eberlein-König, Prof. Dr. Heidrun Behrendt Zentrum für Allergie und Umwelt, Technische Universität München	
Gesundheit von Anfang an: Frühe Einflussfaktoren auf das Körpergewicht und den Gesundheitsstatus im Kindesalter	59
PD Dr. Ina Knerr, Kinder- und Jugendklinik des Universitätsklinikums Erlangen	

Mutter und Kind – Zahngesundheit von Anfang an	71
Dr. Ekaterini Paschos Poliklinik für Kieferorthopädie, Ludwig-Maximilians-Universität München	
Psychiatrische Erkrankungen im Kindesalter	85
Dr. Martin Ruf, Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Rosenheim	
Neurologische Erkrankungen im Kindesalter	97
Psychosoziale Belastung von Familien mit Kindern mit chronisch neurologischen Erkrankungen	
Dr. Stephan Springer, Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, München	
Gesundheitliche Belastung für Mutter und Kind durch chronische Krankheit. Pädagogik – Medizin – Selbsthilfe: Die konduktive Förderung	109
Peter von Quadt, Konduktives Förderzentrum, Rosenheim	
Gesundheitliche Prävention für Mutter und Kind	117
Plädoyer für Toleranz in Pädagogik und Medizin	
Prof. Dr. Engelbert Fuchtmann, Fachhochschule München	

GRUSSWORT

Grußwort zum Weltgesundheitstag 2005

Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an

Werner Schnappauf



Der Weltgesundheitstag steht im Jahr 2005 unter dem Motto „Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an!“. Damit gibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) diesem Thema ein besonderes Gewicht.

In den Industrienationen ist dank des medizinischen Fortschritts und der allgemein guten Lebensbedingungen die Mütter- und Säuglingssterblichkeit stetig gesunken. Sie ist beispielsweise in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Industrienationen überdurchschnittlich niedrig. Dies bedeutet aber nicht, dass es hierzulande an Handlungsfeldern mangelt, in denen Verbesserungen möglich wären.

Der diesjährige Weltgesundheitstag beschäftigt sich vor allem mit zwei Schwerpunktthemen, die mir als Minister für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz besonders am Herzen liegen:

Zigarette – nein Danke! Prävention des Rauchens in der Schwangerschaft und auch nach der Entbindung. Rauchen ist nach wie vor das größte vermeidbare Gesundheits- und Todesrisiko in unserer Gesellschaft. Leider rauchen in Deutschland etwa

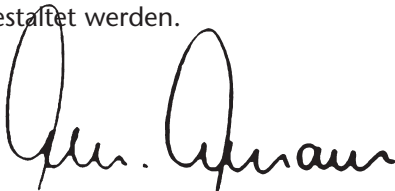
20 Prozent der Mütter und jedes zweite Kind wächst in einem Raucherhaushalt auf. Durch das unfreiwillige Mitrauchen wird die Gesundheit der Kinder massiv gefährdet und das ungeborene Leben bereits im Mutterleib geschädigt.

Nichtrauchen muss besonders in den Lebenswelten unserer Kinder, aber nicht nur dort, zur gesellschaftlichen Normalität werden. Dieses Ziel verfolge ich entschieden mit dem Aktionsplan „Tabakfreie Lebensumwelt“ im Rahmen der von mir gestarteten Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern.

Sicherheit von Anfang an – die Verhütung von Kinderunfällen. Jedes Jahr sterben mehr Kinder bei Unfällen als an Infektions- und Krebserkrankungen. Im Jahr 2002 starben 504 Kinder bei Unfällen und etwa 1,8 Millionen Kinder mussten nach Unfällen ärztlich behandelt werden. Damit zählen Unfälle zu den größten Gesundheitsgefahren für unsere Kinder.

Prävention im Verkehrsbereich zeigt, dass durch gezielte Aufklärung, rechtliche Regelung, Fahrzeugsicherheit und Verkehrserziehung, Unfälle erfolgreich vermieden werden können.

Ich wünsche mir, dass die Lebenswelten von Müttern und Kindern besonders in diesen Handlungsfeldern, aber auch in anderen ebenso wichtigen Bereichen so gesundheitsförderlich als möglich gestaltet werden.



Dr. Werner Schnappauf, MdL
Bayerischer Staatsminister für Umwelt, Gesundheit
und Verbraucherschutz

Weltgesundheitstag 2005

Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an

Johannes G. Gostomzyk



Das WHO-Thema für den Weltgesundheitstag 2005 lautet: „Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an“. Aus der globalen Perspektive nennt die WHO als besonders bedrückende Probleme:

1. die hohe perinatale Kinder- und Müttersterblichkeit,
2. Armut und Gesundheit, das heißt auch hohe Kindersterblichkeit und Entwicklungsstörungen durch Hunger und Infektionskrankheiten,
3. fehlende Bildungsmöglichkeiten: Die Alphabetisierung der Kinder ist dabei eine der wichtigsten Maßnahmen der Prävention von Infektionskrankheiten, von sexuellem Missbrauch und Gewalt sowie gegen Resignation und Perspektivlosigkeit.

Die entwickelten Industrieländer haben diese brutale Armut und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit weitgehend überwunden. Deutschland ist ein reiches Land. Seit über 100 Jahren haben wir eine gesetzlich geregelte Sozialversicherung zur Absicherung von Krankheit und Alter. Annähernd 50 Jahre lang galt die „soziale Marktwirtschaft“ (Müller-Amack, Ludwig Erhard) mit dem Slogan „Wohlstand für alle“ als ein in der Welt vorzeigbares Er-

folgsmodell. Die Vision, ständig steigender Wohlstand durch stetes ökonomisches Wachstum, ist aber offenbar nicht realisierbar. Im Gegenteil, seit einiger Zeit erleben viele Bürger Stagnation oder Absinken ihres Realeinkommens. Gleiches gilt im Sozialbereich und betrifft besonders häufig Frauen und Kinder. Die Bevölkerung ist nachhaltig verunsichert und in den Medien wird „depressive Verstimmung“ als Gesamtlage diagnostiziert.

Angesichts solcher Lebens- und Zukunftsängste erscheint es sinnvoll, das WGT-Anliegen „Gesundheit für Mutter und Kind“ in seiner für uns bedeutsamen aktuellen Perspektive zu diskutieren. Zur Charakterisierung der Mutter-Kind-Situation in unserer Gesellschaft, gleichsam als Hintergrund für die spezifischen und praxisorientierten Ausführungen der geladenen Referenten, werden eingangs vier Indikatoren genannt:

1. Warum haben wir so wenige Kinder? Unsere Geburtenrate liegt EU-weit an vorletzter Stelle. Sie ist wohl letztlich das Ergebnis der Integration der Frauen in den ökonomischen Produktionsprozess, ohne dass die Bedingungen der humanen Reproduktion, insbesondere die Situation der Familien, von Seiten der Politik und der Wirtschaft hinreichend beachtet wurden. Der Sozialforscher Meinhard Miegel analysiert in seinem 2003 erschienenen Buch „Die deformierte Gesellschaft“ die unter anderem hohen konsumptiven Ausgaben bei gleichzeitig viel zu geringen Zukunftsinvestitionen, etwa in Familie, Bildung und Ausbildung. Vor wenigen Tagen wurde er für seine Analysen mit dem Theodor-Heuss-Preis ausgezeichnet.
2. Trotz Kindermangel ist die Frage zu beantworten: fördern wir die vorhandenen Kinder ausreichend? Unter den Hauptschulabgängern wird der Anteil derjenigen, die nicht für eine berufliche Lehre ausreichend lesen, schreiben und rechnen können, auf

bis zu 20 Prozent geschätzt. Damit ist ein lebenslanges Armuts- und Gesundheitsrisiko programmiert und das Gefühl sozialer Überflüssigkeit. Albert Camus schrieb: „Ein Mensch, der keine Hoffnung hat und sich dessen bewusst wird, hat keine Zukunft mehr“.

3. Kinder sind das größte Armutsrisiko in unserer Gesellschaft. Besonders betroffen sind alleinerziehende Elternteile, in der Regel die Mütter und ihre Kinder. Zu diesem Ergebnis kommen seit Jahren die Sozialberichte der großen Sozialverbände und auch die Bundesregierung. Zudem wird festgestellt, die Schere zwischen reich und arm öffnet sich weiter. Entsprechend werden die Bildungs- und Lebenschancen in der heranwachsenden Generation verteilt. Staatlich organisierter Ausgleich wie Lehrmittelfreiheit wird zurückgefahren, Studiengebühren werden eingeführt.
4. Welches Menschenbild streben wir an? Die Ökonomisierung des Sozialen definiert Menschen als „Lasten“. Aus volkswirtschaftlicher Perspektive werden die „Jugendlast“, die „Altenlast“ und die „Behindertenlast“ definiert. Das gesellschaftliche Klima hat sich so verändert, dass wir uns nicht vehement von solcher Diktion distanzieren. Im Gegenteil, es besteht die Gefahr, dass der festgeschriebene demographische Wandel der nächsten 20 Jahre hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft die Diskriminierung zwischen Jung und Alt noch verschärft. Frank Schirmacher hat dies in seinem Bestseller „Das Methusalem-Komplott“ eindrucksvoll dargestellt. Nur in der Überwindung des „biologischen und sozialen Terrors der Altersangst“ sieht Schirmacher eine Chance für die Jugend.

Im Kontrast zu der angestoßenen Diskussion über die Menschenwürde im Alter hat der Tod von Johannes Paul II. demonstriert,

welche Kraft für die Gesellschaft, besonders auch für die Jugend, die „Last des Alters“ freisetzen kann. Wir sind plötzlich wachgerüttelt wie aus einem schlechten Traum und fragen nach tragfähigen Wertvorstellungen und Orientierungen für unser Zusammenleben.

Vor dem skizzierten Hintergrund widmet sich das Programm unseres Symposiums vier konkreten Aspekten der Gesundheit von Müttern und Kindern in unserer Gesellschaft:

1. Der Eröffnungsvortrag befasst sich mit den Rollen der Frau in unserer Gesellschaft. Welche Anforderungen werden gestellt, welche Leistungen erwartet, welche Gratifikationen gewährt und welche Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen und ihrer Kinder sind zu erkennen?

2. Eine ernsthafte Erkrankung des Kindes belastet immer auch die Mutter und selbstverständlich gilt das auch umgekehrt. Für derartige Erkrankungen, darauf werden die Fachreferenten eingehen, verfügt Bayern über Fachkliniken und Rehabilitationseinrichtungen mit hohem Standard, insbesondere auch die Region Rosenheim.

Aber wie verhalten wir uns in Grenzbereichen der Gesundheit? Wer definiert zum Beispiel den Befund „Übergewicht“ als behandlungsbedürftigen Zustand, allgemein und speziell im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung und damit als Krankheit? Wie nützlich ist überhaupt in dieser Grauzone die dichotome Einteilung in „gesund“ oder „krank“ angesichts der großen Anteile von Kindern, die mit Allergien, Übergewicht oder Karies belastet sind? Verlangt in unserer Gesellschaft Hilfe zur Gesundheit immer das Etikett „Kranksein“ als Voraussetzung? Es geht um Wahrung der Autonomie Betroffener durch Vermeidung verzichtbarer Medikalisierung.

3. Unser Krankheitspanorama wird ganz wesentlich von chronischen Krankheiten geprägt, das gilt auch für das Kindesalter. Welche Perspektiven für das eigene Selbstverständnis und das in der Gesellschaft bietet eine definitorische Unterscheidung von „bedingter Gesundheit“ und „chronischer Krankheit“ betroffenen Kindern und ihren Müttern? Ist es sinnvoll, dass jede Lernstörung des Kindes oder jede depressive Verstimmung der Mutter diese zu Patienten macht, damit geholfen werden kann? Die Patientenrolle gewährt Entlastungen, aber gleichzeitig isoliert sie gegenüber der Welt der offenbar Gesunden. Bei psychischen Störungen geht es auch um die Vermeidung von gesellschaftlicher Stigmatisierung.

Besonders eindrucksvoll kann die Problematik bei psychischen, psychiatrischen und neurologischen Störungen verdeutlicht werden. Neben der Medizin machen auch neue heilpädagogische Interventionen und organisierte kompetente Selbsthilfe Mut und vermitteln neue Sichtweisen.

4. In der gesundheitspolitischen Debatte gewinnt die Forderung an den Bürger nach gesundheitsorientiertem Verhalten, nach Prävention, an Anhängerschaft und Intensität. Gesundheitliche Prävention bedeutet in den entwickelten Ländern in erster Linie die Anpassung des Menschen an die von Kultur und Technik bestimmten Lebensbedingungen. Der Philosoph Hans Jonas („Das Prinzip Verantwortung“) hat auf die durch technische Entwicklungen wachsende Verantwortung des Menschen für seine eigene Zukunft aufmerksam gemacht und der Theologe Romano Guadini meinte: „Ein Schritt in der Technik erfordert drei Schritte in der Ethik“.

Wir verändern unsere Umwelt mit steigendem Tempo und zwingen uns damit ständig selbst zu neuen Verhaltensweisen, auch in der Prävention. Demgegenüber brauchen Kinder und ihre Mütter für eine gesunde Entwicklung des Kindes und ih-

rer Beziehung zueinander, damit Grundvertrauen und daraus Selbstvertrauen erwachsen kann, zunächst gleichsam einem „Naturschutzbereich“. In diesem Bereich sollten auch professionelle Interventionen mit präventiver Zielsetzung in besonderem Maße von Empathie und Respekt getragen sein.

Die LZG hofft, dass von diesem Symposium Informationen zum Thema und Impulse für praktisches Handeln für ganz Bayern ausgehen. Manche behaupten, Wissen ist die beste Medizin. Wer das für eine Übertreibung hält, muss zumindest zugeben, eine gute Medizin ist Wissen mit Sicherheit.

Unserem Symposium wünsche ich einen guten Verlauf.

Prof. Dr. med. Johannes G. Gostomzyk
Vorsitzender der LZG

Frau – Mutter – Kind – Karriere

Angelika Wagner-Link



1. Frau – Kind – Karriere in Deutschland und in anderen europäischen Ländern Die „drei K“ der Frau

Bis in die Siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts galt als genuine Berufung für Frauen Kinder, Küche und Kirche (die 3 K). Im aktuellen Frauenmodell zeichnet sich ein Wandel ab, die drei K mutieren in allerlei Richtungen, ohne sich jedoch strikt festlegen zu wollen: von nur zwei K wie Kind plus Karriere zu Kind-Karriere-Knick oder gar Karrierefrau-Kind-Krankheit? Welche K-Kombinationen sind für welche Frau gültig? Welche K können in den verschiedenen Lebensmodellen vereint werden? Welche Konstellationen werden von der Gesellschaft akzeptiert?

Sicher, wir alle kennen das Szenario des einsamen Schlüsselkindes, das sich von Fastfood ernährt und den Nachmittag vor dem Fernseher verbringt. Aber sind das wirklich Kinder von Karrieremüttern? Wie viele Karrieremütter gibt es in Deutschland überhaupt, und sind diese – wie es immer wieder in den Medien betont wird – dauergestresst und gehetzt, erleiden Stressfolgeerkrankungen?

Oder aber kann man auch Kind mit Karriere vereinbaren und die ganze Familie bleibt dabei gesund?

Die meisten Mütter wollen arbeiten

Das Ausbildungsniveau der Frauen wird immer besser. Neun von zehn Müttern wollen auf ihren Beruf dementsprechend nicht verzichten.

Frauen haben im Beruf Erfolgserlebnisse, bekommen positives Feedback und werden für ihre Tätigkeit entlohnt, all das generiert Zufriedenheit. Die Gleichstellung von Frauen ist seit der Gründung der Europäischen Union eines der Gemeinschaftsziele. Jedoch ist die im 19. Jahrhundert entstandene geschlechtliche Arbeitsteilung mit der Bestimmung des Mannes für außen und der Frau für innen bis heute gesellschaftlich wirksam. Die Arbeitsorganisation in öffentlichen wie privaten Betrieben orientiert sich immer noch am Familienvatermodell mit dem Vater als Haupternährer der Familie und der Mutter als der Verantwortlichen für Kinder, Haushalt und alle sonstigen sozialen Pflichten der Familie.

Die Konflikte, die aus der unzureichenden Anpassung der Arbeitsorganisation an das sich verändernde gesellschaftliche Umfeld entstehen, werden vorwiegend den Frauen aufgebürdet. Von ihnen wird erwartet, dass sie zwischen Beruf und Familie wählen und individuell Erwerbsarbeit und Familienarbeit in Einklang bringen.

Die gesellschaftliche Realität ist aber längst eine andere. 59 Prozent der erwerbstätigen Frauen in Deutschland, sowohl Familienfrauen als auch Alleinerziehende und Frauen in Ein- oder Mehrpersonenhaushalten, erwirtschaften mehr als die Hälfte des Einkommens des Haushalts, in dem sie leben. Die Erwerbstätigenquote der Frauen im erwerbsfähigen Alter beträgt in München 61 Prozent.

Kind und Karriere – die Situation in Deutschland

In Führungspositionen sind Frauen nach wie vor unterrepräsentiert, obwohl ihr Qualifikationsniveau stark gestiegen ist. Über 50 Prozent der Erwerbstätigen sind Frauen, davon aber nur ca. fünf Prozent in Führungspositionen. Die geringen Aufstiegschancen liegen unter anderem auch an den häufig nicht kontinuierlichen Erwerbsbiographien von Frauen im Zusammenhang mit der Familiengründung. Immer mehr Frauen streben mittlerweile bei gleichem Qualifikationsniveau nach Führungspositionen, möchten aber zugleich ihre Familienpläne realisieren. Die Entwicklung in Richtung Gleichstellung von Frauen und Männern wird u.a. auch durch die EU-Verordnung des „Gender-Mainstreaming“ gefordert.

In einer Gesellschaft, die sich immer mehr in Richtung Effizienz, Funktionieren und Perfektion bewegt, werden Kinder oft als Störfall wahrgenommen. Die deutsche Soziologin Elisabeth Beck-Gernsheim beschreibt das treffend: „Kinderhaben heute bedeutet, vor allem für Frauen, Verzicht auf genau das, was das Leitbild der Moderne ausmacht: die aktive Lebensplanung, die die eigene Person in den Mittelpunkt stellt und deren Gebote Mobilität, Unabhängigkeit, Selbstständigkeit heißen“.

Frauen sind in Deutschland nach wie vor mit der Fragestellung Kind oder Karriere konfrontiert. Je höher die Position eines Mannes ist, desto mehr Kinder hat er, bei Frauen ist das genau umgekehrt. So haben Karriere-Männer durchschnittlich 1,9 Kinder, Karriere-Frauen durchschnittlich nur 0,8. Während Kind und Karriere für Frauen also unvereinbar erscheinen, gilt für Männer genau das Gegenteil, wie in einer Studie mit über 860 berufstätigen Frauen und Männern belegt werden konnte: Verheiratete Männer und Männer mit Kindern haben eindeutig einen Karrierevorteil (Friedman & Greenhaus, 2000).

Weibliche Manager sind eher alleinstehend und haben, wenn sie in einer Partnerschaft leben, deutlich weniger private und soziale Unterstützung durch den Partner als umgekehrt (Frankenhaeuser, 1998). Dementsprechend fühlen sich insbesondere verheiratete weibliche Führungskräfte mit kleinen Kindern deutlich mehr belastet als männliche in der gleichen (es ist eben nicht die gleiche) Situation. Das heißt, auch sie verbringen mehr Zeit am Arbeitsplatz, denn Karriere korreliert mit Arbeitszeit.

Unternehmerinnen wiederum können Beruf und Familie besser als eine Angestellte koordinieren. Für Angestellte – gerade in hochdotierten Positionen – herrscht Präsenzzwang am Arbeitsplatz, während eine Unternehmerin viel Zeit selbstbestimmt planen und außerdem viel von zu Hause aus arbeiten kann. Dass die Kinder dabei zu kurz kommen, haben keine Untersuchungen ergeben. Die klassische, erfolgreiche Unternehmerin im Gegensatz zur Angestellten hat zwei Kinder. Also ist eine hohe Position mit Kindern durchaus vereinbar, wenn die Frau sich selbst managen kann. Trotz Doppelbelastung arbeiteten die meisten Unternehmerinnen zeitlich mehr als ihre angestellten Kolleginnen.

Das Schlagwort Work-Life-Balance ist hochaktuell. Viele Familien fühlen sich dabei jedoch alles andere als in „Balance“.

Obwohl mittlerweile jeder Personalchef mit solchen Begriffen vertraut ist, werden interessante Teilzeitstellen vielfach wieder rarer und Frauen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie einfordern, wird mangelndes berufliches Engagement vorgeworfen.

Teilzeit

Um Berufstätigkeit und Kinder zu kombinieren, entscheiden sich Frauen häufig für einen Teilzeitjob, was wiederum ein deutliches

Karrierehemmnis bedeutet. 35 Prozent der berufstätigen Mütter arbeiten inzwischen auf einer Teilzeitstelle. Bei den Vätern sind es nur drei Prozent. Nach der repräsentativen Befragung „Mikrozensus 2002“ des Statistischen Bundesamtes sind die Gründe für Teilzeit unterschiedlich. 77 Prozent der Frauen gaben persönliche und familiäre Verpflichtungen an.

Frauen, die in Erziehungsurlaub gehen oder wegen der Kinder nur in Teilzeit arbeiten, erleben einen Karriereknick. Sie verlieren leicht den Anschluss oder sind von wichtigen Informationen abgeschnitten. Da sie nicht ständig präsent sein können, werden ihnen auch keine wichtigen Positionen anvertraut.

Während sich heute z.B. männliche und weibliche Studierende der Medizin nach Anzahl, Studiendauer und Studienleistungen kaum voneinander unterscheiden, zeigen sich in der Berufstätigkeit nach wie vor beträchtliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Berufsbiographien von Ärztinnen verlaufen häufiger diskontinuierlich und führen seltener in hohe und höchste Positionen als die ihrer männlichen Kollegen.

Haben sich Frauen zu Führungspositionen hochgearbeitet, dann verdienen sie immer noch signifikant weniger als ihre männlichen Kollegen. Laut eines Berichtes der Bundesregierung anlässlich der Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking erhielt die Hälfte der weiblichen Führungskräfte weniger als 90.000 Mark Jahresgehalt; nur etwa ein Drittel der männlichen Führungskräfte blieb unter dieser Marke. Oft werden sie auch von der Vorstandsebene weniger wertgeschätzt als Männer in den gleichen Positionen. Nicht zuletzt deshalb wird oft das traditionelle Familienmodell mit dem Mann als Hauptverdiener gewählt.

Weniger Kinder

Beklagt wird neuerdings in den Medien die mit dem zunehmenden Bildungsniveau der Frauen abnehmende Geburtenrate. 15 Prozent der jungen Frauen und gar 25 Prozent der Männer wollen keine Kinder. Akademikerinnen bekommen immer weniger Kinder und wenn, dann viel später als alle Generationen vor ihnen. Die Familienlinien von Karrierefrauen, die aus beruflichen Gründen erst spät Kinder bekommen, sterben mit einer recht hohen Wahrscheinlichkeit aus, behaupten diverse Soziologen. Durchsetzen werden sich dagegen Nachkommen von Frauen aus der unteren Mittelschicht, die ihre ersten Kinder bereits in ihren Zwanzigern zur Welt bringen.

Als Gründe für diesen Kindermangel werden wahlweise die durch die in der Industrialisierung entstandene Teilung von Arbeits- und Familienwelt verursachte defizitäre Vereinbarkeit von beruflichem und familiärem Engagement in Deutschland genannt, männliche, familienfeindliche Arbeitswelten, hoher zeitlicher Aufwand für Karriere, ungünstige Rahmenbedingungen, aber auch eine mögliche Reaktanz gegen den Mutter-Mythos in der Gesellschaft sowie die zunehmende Bindungsunfähigkeit und Angst vor Verantwortung. Historisch gesehen ist es keineswegs die Norm, dass die Mutter sich vollzeitlich um die Kinder kümmert und die Alleinverantwortung für die Erziehung übernimmt. Für Frauen der gehobenen Schichten im 17. und 18. Jahrhundert war es selbstverständlich, ihre Säuglinge den Ammen zu überlassen und später Kindermädchen und Erzieherinnen.

Stammten sie dagegen aus dem Kleinbürgertum, waren sie Bäuerinnen oder Handwerkerfrauen, dann halfen sie dem Ehemann im Betrieb oder nahmen Heimarbeit an, weil das Geld meist knapp war. Arbeiterinnen hatten durchschnittlich sieben bis zehn Kinder.

Bei ihrer täglichen Arbeit von durchschnittlich 18 Stunden hatten sie ihre kleinen Kinder dabei.

Erst als Mitte des 20. Jahrhunderts immer mehr Frauen eine Beschäftigung im Produktionsbereich oder in Dienstleistungsberufen fanden und nicht mehr nur Haushälterin, Dienstmädchen oder Erzieherin werden wollten, wurde Erziehung mehr und mehr zur alleinigen Aufgabe der Mutter.

Zu diesem Zeitpunkt erschien eine Fülle von psychologischer Literatur, die sich auf die Erkenntnisse der Psychoanalyse berief und im Interesse des Kindes möglichst viel Mutternähe forderte. Für das gesunde Gedeihen des Kindes sei eine einzige, feste Bezugsperson nötig, und diese müsse unbedingt die Mutter sein. Alles andere sei schädlich. Damit hatte die Stunde der mütterlichen Schuldgefühle geschlagen (vgl. Fuchtmann, 1988).

Inzwischen hat sich zwar auch in der psychologischen Literatur der Wind gedreht. Die ausschließliche und enge Mutter-Kind-Beziehung wird heute als problematisch bewertet, zumal die Durchschnittsmutter nur ein bis zwei Kinder hat.

Ein Wechsel der Bezugspersonen, unter ansonsten stabilen Bedingungen, gilt nun in mancherlei Hinsicht als förderlich. Die Schuldgefühle der erwerbstätigen Mütter schwinden langsam, wie der zunehmend unkompliziertere Umgang der jüngeren Mütter mit familienexternen Betreuungsmöglichkeiten zeigt.

Internationaler Vergleich

Interessanterweise ist die Situation z.B. in Spanien, Frankreich, England und in skandinavischen Ländern ganz anders. In Frankreich nimmt die Geburtenrate zu, gleichzeitig arbeiten dort fast

alle Mütter, der Bildungsstand der Frauen ist hoch. Die Kinderbetreuung in Frankreich und Spanien ist sehr professionell. Im Jahr 2004 lag die französische Geburtenrate bei 1,9, während sie in Deutschland bei 1,3 blieb. Im Land der 35-Stunden-Woche, das wie Deutschland an hoher Arbeitslosigkeit, Reformangst und chronischem Haushaltsdefizit krankt, lässt sich die Gebärfreudigkeit nicht auf religiöse Überzeugungen oder heile Familienstrukturen zurückführen. Die wichtigste Neuerung ist ab dem 1. Januar 2004 eine Geburtenprämie von 800 Euro, die drei Monate vor der Niederkunft ausbezahlt wird.

Die Unterstützung beginnt bereits mit der Säuglingsbeihilfe, die unabhängig vom Einkommen ab dem dritten Schwangerschaftsmonat und bis drei Monate nach der Geburt gezahlt wird. Kindergeld erhalten Familien ebenfalls unabhängig von ihrem Einkommen ab der Geburt des zweiten Kindes. Es steigt bei folgenden Kindern und mit zunehmendem Alter. Weitere Leistungen sind bei Berufstätigkeit beider Eltern Steuererleichterungen für Tagesmütter oder Betreuung daheim. Auch das dreijährige Erziehungsgeld (500 Euro pro Monat) bei Unterbrechung der Berufstätigkeit gibt es schon, aber bislang erst ab dem zweiten Kind. Insgesamt belaufen sich die direkten und indirekten Familienleistungen in Frankreich auf 4,5 Prozent des Sozialprodukts. Das ist europäische Spitze.

Kindererziehung außer Haus hat in Frankreich Tradition und Karrierefrauen sehen sich schon deswegen nicht dem Vorwurf ausgesetzt, Rabenmütter zu sein. Zudem wird das Aufziehen von Kindern vom Staat konsequent unterstützt.

Nach wie vor gilt das französische Modell in Europa bei weitem als das frauenfreundlichste. Neben Ganztagschulen wird dort auch das Netz von öffentlichen Krippen ständig ausgebaut. Ab dem Alter von zwei/drei Jahren gehen Kinder in die kostenlose öffent-

liche Vorschule, 98 Prozent der französischen Kinder besuchen die äußerst professionellen école maternelle, die keineswegs dem Klischee der Verwahranstalt für Kinder entspricht.

Parallel fördert der Staat die Anstellung von Tagesmüttern über steuerliche Anreize. Eine durchaus von Erfolg gekrönte Politik. Waren 1970 nur 60 Prozent der Französinen von 25 bis 45 Jahren berufstätig, sind es nun 80 Prozent.

In England und in Frankreich ist es üblich, sich in der Säuglingsphase professionelle Hilfe wie Nannies und Haushälterinnen zu holen. Wer in Deutschland legal professionellen Beistand engagieren will, muss lange suchen. Fast nur soziale Dienste bieten sich als „Familienhilfe“ an. Und natürlich spielt es auch eine Rolle, dass Kinderfrauen – anders als etwa in Frankreich, Belgien und Schweden – in Deutschland nicht von der Steuer abgesetzt werden können. Statt dessen belohnt es das deutsche Steuerrecht, wenn verheiratete Mütter zu Hause bleiben.

Nur rund fünf Prozent der Mütter kehren hierzulande nach dem dreimonatigen Mutterschutz auf ihre volle Stelle zurück – in Frankreich sind es 70 Prozent. Nicht, was ihren Anteil an den Erwerbstätigen betrifft, wohl aber bei der Arbeitszeit belegen die deutschen Frauen im Europa-Vergleich einen der unteren Plätze.

Eine vergleichbare Situation wie in Frankreich findet sich in Spanien. Wer dort als Mutter nicht arbeitet, ist schlecht angesehen. Nur 15 Prozent der weiblichen Führungskräfte in Spanien würden wegen Kindern auf ihren Beruf verzichten. Dabei hilft natürlich auch eine sehr professionelle Betreuung in Spanien. Diese ist zwar für Kinder unter drei Jahren privat und mit rund 350 Euro im Monat nicht gerade billig, aber sie nimmt auch mehr Verantwortung ab als öffentliche deutsche Einrichtungen. Die meist von 8 bis 20 Uhr

geöffneten Horte akzeptieren nicht nur Kinder ab einem Monat, sondern verfügen neben universitär ausgebildeten Pädagogen auch über Ärzte und Psychologen, die regelmäßig mit den Eltern kommunizieren. Kinder gehen in Spanien zudem ab drei Jahren in die kostenlose, öffentliche Vorschule. Von 9.30 bis 16.30 Uhr sind sie damit inklusive Mittagessen versorgt. Das kommt auch den Kindern zugute, die nämlich schon mit vier Jahren Englisch lernen und mit fünf Jahren etwas schreiben und lesen können. In den Sommerferien organisieren die Schulen Reisen für die Kinder.

Im intereuropäischen Vergleich ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Deutschland nur ungenügend gewährleistet. Trotz eines hohen Ressourcenaufwandes für die Familienpolitik schneidet Deutschland sowohl bei der Geburtenrate als auch bei der Erwerbstätigkeit von Frauen, insbesondere von jungen Müttern, unbefriedigend ab.

2. Auswirkung von Berufstätigkeit und Karriere auf die Gesundheit der Mütter

Eine Mutter gehört zu ihrem Kind. Dieser Kernsatz aus den Pädagogikbüchern der 50er Jahre hält sich hartnäckig in westdeutschen Köpfen. Den Frauen, die danach leben, beschert er Frustration, das Kind wird zum Sinn und Zweck des Lebens der Mutter! Denen, die es nicht tun, beschert er Schuldgefühle. Natürlich gibt es die Studien, die belegen, dass Kinder in den ersten Lebensjahren konstante Bezugspersonen haben sollten, aber das muss nicht immer nur die Mutter sein.

Stress durch Doppelbelastung

Nach wie vor müssen Frauen mehr leisten als Männer, um Karriere zu machen. Zudem übernehmen sie mehr Hausarbeit und

die Betreuung der Kinder. Frauen erleben zahlreichen Studien zufolge an ihrem „Feierabend“ zudem oft mehr Stress als in der Arbeit und deutlich mehr Stress als ihre Partner. Kompetente Kollegin, perfekte Ehefrau und Übermutter – die Anforderungen, die an Frauen zwischen 30 und 40 gestellt werden, sind hoch. Und häufig sind die Ansprüche, die diese an sich selbst stellen, noch viel höher. Belegt ist z.B., dass Doppelbelastung auf der einen Seite als Stress erlebt wird – und Stress kann krank machen –, dass aber andererseits berufstätige Mütter oft zufriedener sind als Hausfrauenmütter – besonders, wenn der Partner sie unterstützt. Ob aus der Berufstätigkeit stressbedingte Erkrankungen wie reduzierte Immunaktivität, Herz- und Kreislaufprobleme, Schlafstörungen, Befindlichkeitsstörungen u.a.m. bei den Müttern entstehen, hängt einerseits von den Rahmenbedingungen, z.B. einer zuverlässigen Kinderbetreuung, ab, andererseits, von der emotionalen und aktiven Unterstützung durch Sozialpartner, aber eben auch von der Mutter und ihren Anforderungen an sich selbst. Frauen neigen bei Stress eher zu ängstlich-überkontrolliertem resignativem Verhalten. Zur Belastung werden die Anforderungen erst, wenn sich die Frau langfristig überfordert fühlt.

Interessanterweise wird das Gros der Frauen durch die Doppelbelastung von Kind und Beruf gesundheitlich nicht beeinträchtigt, sondern empfindet den Beruf als Bereicherung! So korreliert bei Mittelklasse-Müttern kleiner Kinder entsprechend zahlreicher Studien Berufstätigkeit wider allen Erwartungen und Warnhinweisen mit körperlicher Gesundheit! Vor allem Müttern, die sich auf die Hilfe des Partners verlassen können, gelingt es gut, Beruf und Kind zu verbinden.

Rollenvielfalt ist gesund

Aktuelle psychologische Studien, die dem schwierigen Balanceakt zwischen Arbeit und Privatleben viel Positives abgewinnen, sehen in Beruf und Familie keineswegs unvereinbare Gegensätze, sondern zeigen, dass sich beide Bereiche gegenseitig befruchten und unterstützen können. Warum führt der Doppelstress in Familie und Beruf nicht, wie erwartet, zu Überlastung, sondern – im Gegenteil – zu einer seelischen Entlastung? Barnett und Hyde kommen in einer Übersicht über die vorliegenden Studien zu dem Schluss: Je mehr Rollen man ausübt, desto geschützter ist man, wenn es in einem Bereich mal nicht so gut läuft. Misserfolge, Ärger und Stress können besser verkraftet werden, wenn man sich aus einem anderen Lebensbereich Kraft und Mut holen kann. Viele Rollen zu haben bedeutet auch, ein hohes Maß an sozialer Unterstützung zu genießen. „Multiple Rollen sind grundsätzlich vorteilhaft für Männer wie für Frauen.“ Wer sich im Beruf und für die Familie gleichermaßen engagiert, ist gesünder, psychisch stabiler und zufriedener mit seinem Leben. Berufstätige Frauen schlafen obendrein besser (Allensbach Institut).

Die Lebensbereiche Arbeit und Familie können sich jedoch nur dann gegenseitig befruchten, wenn die Berufstätigen grundsätzlich einverstanden und zufrieden mit ihrer Tätigkeit sind. So sind Menschen, die in ihrem Beruf autonom arbeiten können (über ihre Arbeitszeit frei verfügen und selbstständig Entscheidungen treffen können), auch zufriedener Familienmenschen. Wer seiner beruflichen Tätigkeit hingegen wenig abgewinnen kann, mehr Stress als Spaß am Arbeitsplatz erlebt, dessen Privatleben profitiert wenig von der Berufstätigkeit.

Auch die Zahl der Arbeitsstunden spielt eine wichtige Rolle. Berufstätige, die mehr als 45 Stunden pro Woche arbeiten, erleben mehr

Konflikte zwischen Arbeit und Familienleben. Wer nur 20 Stunden oder weniger pro Woche berufstätig ist, erlebt keinen Synergieeffekt zwischen den beiden Lebensbereichen. Die Stundenzahl ist möglicherweise eine Erklärung dafür, dass Mütter, die nur wenige Stunden in der Woche berufstätig sind, sich oft am meisten belastet fühlen.

Depression

13,5 Prozent der Frauen erkranken jährlich in Deutschland an einer Depressionen, doppelt so viele wie Männer.

Welche Frauen sind das? Frauen, die ihre Berufstätigkeit reduzierten, berichten über eine Zunahme an depressiven Verstimmungen. Besonders Frauen, die unfreiwillig aus dem Beruf ausscheiden, werden oft unzufrieden. Das Risiko einer Depression steigt (Fthenakis 2002). Interessanterweise treten Depressionen auch gehäuft bei Hausfrauen auf, nicht aber bei Karrieremüttern. Offensichtlich bedeutet auch das Erleben von Entwertung, Erniedrigung und Verlust in engen Beziehungen ein hohes Risiko für Depression.

Auch psychosoziale Belastungsfaktoren wie Trennung und andere belastende Lebensereignisse führen zu Überforderung der Mütter und häufig zu Depressionen.

Besonders häufig sind Depressionen bei jungen Unterschichtmüttern und bei Alleinerziehenden. Unzweifelhaft stellt Armut und Arbeitslosigkeit ein hohe Depressionsgefährdung dar. Jede fünfte alleinerziehende Mutter ist wegen Depressionen in Behandlung, berufstätige alleinerziehende Frauen arbeiten durchschnittlich 77 Wochenstunden, da kann kaum ein Karrieremann mithalten.

3. Auswirkung von Berufstätigkeit und Karriere der Mutter auf die Gesundheit der Kinder

Zu der Frage, ob es für Kinder gesund ist, dass die Mutter arbeitet oder gar Karriere macht, gibt es in Deutschland viele, meist emotional begründete Meinungen und Vorurteile, die wiederum bei vielen berufstätigen Müttern zu Schuldgefühlen führen.

Vergleichende Studien von Karrieremüttern, berufstätigen Müttern, Familienfrauen und Kindergesundheit in der BRD existieren nicht! Ist das eine Forschungslücke oder besteht kein Interesse? Möglicherweise liegt das auch daran, dass Forschungsgelder nach wie vor nur selten von Frauen oder gar Müttern vergeben werden.

Man kann aber aus Studien zur Frauengesundheit und solchen zur Kindergesundheit einige Schlussfolgerungen ziehen. Eine gesunde und zufriedene Mutter ist sicher besser für das Kind als eine kranke und unzufriedene.

Die Gesundheit der Kinder ist auch abhängig vom Status der Mutter, der Eltern

Aktuelle empirische Befunde konstatieren heute eine zunehmende Bedeutung sowohl chronischer Krankheiten und psychosomatischer Beschwerden als auch psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Gesundheitswissen und Lebensstil hängen primär vom Bildungsstand der Eltern ab, demnach sind Kinder von Karrierefrauen hier sicher nicht im Nachteil. Eine Karrierefrau kann obendrein organisieren, hat einen hohen Bildungsstand und meist ausreichende finanzielle Mittel. Aktuelle Forschungen belegen, dass eine gute Eltern-Kind-Bindung auch bestehen bleiben kann, wenn das Kind

schon früh in einer Kindertagesstätte oder von einer Tagesmutter betreut wird.

Nachgewiesen ist auch, dass die Gesundheit der Kinder um so schlechter ist, je niedriger der sozialökonomische Status der Eltern ist. Das betrifft besonders alleinerziehende Mütter: 20 Prozent der Armen sind alleinerziehende Mütter. Betrachtet man heute die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken für das Jugendalter, so zeigt sich zwar, dass zahlreiche gesundheitliche Gefährdungen durch Krankheiten in den letzten Jahren zurückgegangen sind. Dieser quantitativen Abnahme steht jedoch eine qualitative Veränderung des Krankheitsspektrums gegenüber. Aktuelle empirische Befunde konstatieren heute eine zunehmende Bedeutung sowohl chronischer Krankheiten und psychosomatischer Beschwerden als auch psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Repräsentative Studien kommen zu dem Ergebnis, dass im Durchschnitt etwa 10 - 12 Prozent der Kinder im Grundschulalter an psychischen Störungen in Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und in sonstigen Entwicklungsbereichen leiden. Im Jugendalter muss mit einer noch höheren Quote von etwa 15 - 20 Prozent gerechnet werden (Remschmidt 1990).

Zu den beherrschenden „Zivilisationskrankheiten“ gehören auch Süchte, gekennzeichnet durch psychische und physische Abhängigkeit von einer Substanz und den Verlust der Konsumkontrolle. Schon in der Gruppe der 12- bis 13-Jährigen trinkt jeder vierte gelegentlich oder regelmäßig Wein und Bier, jeder zehnte Schnaps oder Weinbrand. 16 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen rauchen regelmäßig Zigaretten, 6 Prozent hatten schon Kontakt mit harten Drogen, 3,8 Prozent mit Schnüffelstoffen, 2,6 Prozent mit Haschisch und Marihuana (Engel/Hurrelmann 1989). Als im engeren Sinne alkoholabhängig müssen im Jugendalter bei den 15- bis 20-Jährigen etwa 3% eingestuft werden.

Doch sind davon speziell Kinder von Karrieremüttern bzw. berufstätigen Müttern betroffen?

Nein, keineswegs. Es sind die unteren sozialen Schichten aufgrund einer Kumulation von sozialen und gesundheitlichen Problemen und einem schlechteren Zugang zu Gesundheitsressourcen, die stärker gesundheitlich belastet sind. Noch immer, trotz grundlegender Verbesserungen des Gesundheitswesens, der sozialen Sicherung und des Ausgleichs sozialer Benachteiligung, bestehen erhebliche Unterschiede in der Gesundheit und den Entwicklungschancen der Kinder, bedingt durch soziale und ökonomische Faktoren.

Faktoren sozialer Benachteiligung sind:

Äußere Lebensumstände:

Niedriger Sozialstatus, Armut
Unvollständigkeit/Instabilität der Familie
Schlechte Wohnverhältnisse
Minderheitenstatus, Ausgrenzung
Eingeschränkte Bildungschancen

Soziale Interaktion:

Unerwünschtheit des Kindes, Vernachlässigung
Wenig oder einseitige Anregung
Psychische Erkrankung der Bezugsperson(en)
Gewalt in der Familie
Überforderung des Kindes

Nicht Karrieremütter, sondern eher sozial schwache Mütter sind also in unserer Gesellschaft ein Gesundheitsrisiko für Kinder und für sich selbst. Je ärmer Menschen sind, desto größer ist die Gefahr, gesundheitliche Probleme zu bekommen: das Erkrankungsrisiko variiert entlang eines Armutsgradienten. Nachgewiesen werden konnte eindeutig ein linearer Zusammenhang zwischen dem Grad

der sozialen Privilegiertheit und Gesundheit; aber auch für das Vorkommen protektiver Faktoren gilt dieser Zusammenhang entlang der sozialen Schichtung. Je höher die Position in der Privilegierstruktur einer Gesellschaft, desto besser ist die Gesundheit der Kinder.

Gesundheit von Anfang an: wie viel Mutter braucht ein Kind?

Ganz sicher brauchen Kinder, insbesondere in den ersten Lebensjahren, konstante bindungsfähige Bezugspersonen. Schützende Faktoren sind außerdem die sozialen Netzwerke. Ein gutes soziales Netzwerk verbessert die Interaktion zwischen Mutter und Kind und die somatische Gesundheit. Stützende Faktoren und damit Schutzfaktoren für Gesundheit von Mutter und Kind sind das soziale Netzwerk, an erster Stelle der Partner und Vater, aber auch die Großeltern und Nachbarn, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie ausreichende Kindertagesstätten, Betriebskindergärten, mit dem Berufsleben kompatible Öffnungszeiten, flexible Arbeitszeiten aber auch (finanzielle) Anerkennung der Erziehungsarbeit. So kann der Spagat zwischen Karriere und Familie zur Balance werden.

Die Risiken für Kinder von Alleinerziehenden wurden kürzlich in einer epidemiologischen Studie aus Schweden aufgezeigt (Weitoft et al. 2003): Danach haben diese Kinder im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, Sucht oder Suizid. Eine Studie von Wallerstein et al. (2000) stellte fest, dass Kinder von Alleinerziehenden eine erhöhte Scheu vor Partnerschaften haben und diese häufiger scheitern.

Mit der Vereinbarkeit von Beruf und Mutterschaft beziehungsweise den Konflikten, die sich aus psychoanalytischer Sicht daraus ergeben können, befasste sich die Psychoanalytikerin Herta Harsch. Sie warf die Frage auf, wie viel mütterliche Abwesenheit für ein Kind

unter drei Jahren zumutbar sei. Ein Drittel der Mütter von Kleinkindern sind in Deutschland zumindest Teilzeit-berufstätig. Ist keine adäquate Ersatzbetreuung gegeben, könne diese Erfahrung für das Kind traumatisch sein. Wichtig sei eine qualitativ hochwertige Betreuung, dann stelle eine frühe Tagesbetreuung prinzipiell kein Risiko für die Mutter-Kind-Bindung dar.

Entscheidend sei aber vor allem, dass die „Triangulierung“ zwischen Mutter, Kind und Betreuungsperson gelingt. Triangulierung bezeichnet in der Psychoanalyse die innere Bereitschaft/Fähigkeit einer Person, in einer Dreierkonstellation einen Dritten zuzulassen. Auch neue US-Studien belegen, dass eine frühe temporäre Trennung des Kindes von der berufstätigen Mutter (untersucht wurden in der NICHD Studie über 1.300 Familien zu verschiedenen Zeitpunkten: mit 6, 15, 24, 36 Monaten) nicht die Wahrscheinlichkeit einer unsicheren Bindung zwischen Mutter und Kind erhöht. Unsichere Bindung wiederum wird als Risikofaktor für Entwicklungsnachteile der Kinder vermutet. Nach der derzeitigen Datenlage kann die Berufstätigkeit der Mütter nicht als Risikofaktor für eine unsichere Bindung angesehen werden. Eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind wird nicht durch Fremdbetreuung gestört. Nur wenn die Mutter-Kind-Beziehung von Haus aus wenig feinfühlig ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer unsicheren Bindung weiter durch schlechte, häufig wechselnde Fremdbetreuungstunden.

„Karrierefamilien“ können natürlich auch zu Vernachlässigung und Bindungslosigkeit der Kinder führen, zur Wohlstandsverwahrlosung der Kinder durch wechselndes Betreuungspersonal, quantitativ und qualitativ zu wenig gemeinsame Zeit, Abschieben der Kinder, Kompensation der kindlichen Bedürfnisse durch ein Übermaß an Konsumgütern.

Zufriedene bindungsfähige Mütter haben zufriedene Kinder. Da Qualität nicht gleich Quantität ist, geht es offensichtlich primär um die Gestaltung und Organisation der Familienzeit.

Rolle der Väter für die Gesundheit der Kinder (und der Eltern)

Verbesserungswürdig ist das familiäre Engagement deutscher Väter. Mütter übernehmen bei uns ca. 34 Stunden wöchentlich Haus- und Familienarbeit, Väter nur 18 Stunden. Eine mögliche Erklärung liefert Menander:

*Die Mutter liebt die Kinder mehr als der Vater,
denn sie weiß, dass es ihre Kinder sind.*

Der Vater glaubt es nur.

Vor der Geburt des ersten Kindes sehen sich noch 67 Prozent der werdenden Väter in der Rolle des sozialen Vaters und nur 33 Prozent in der des Brotverdieners.

Der Vater ist in vielen Familien abwesend beziehungsweise zieht sich auf die Rolle des Ernährers zurück. Befragt zur Aussage „Für Männer ist das Familienleben schon wichtig, aber eigentlich zählt für sie der Beruf oder die Karriere weit mehr“ reagieren bei den 20- bis 24-jährigen Männern immerhin schon 61 Prozent mit einem „Stimmt nicht“, während es bei den 45- bis 49-jährigen erst 34 Prozent sind. Und über 90 Prozent der jüngeren Männer (20 bis 39 Jahre) sind der Ansicht, es sei bereichernd, sich mit Kindern zu beschäftigen. Das ist nicht ganz ohne Auswirkung im Alltag geblieben. So gibt es neuerdings Männer, die gleich nach der Geburt die Betreuung des Säuglings übernehmen, weil ihre Partnerin gerade einen Karriereschritt machen kann oder eine Ausbildung fortsetzen will. „Man kann davon ausgehen, dass rund 17 Prozent der Väter einen substanziellen Beitrag zur Familienarbeit leisten; einen gleichwertigen Anteil erbringen aber höchstens zwischen zwei und drei Prozent“ (Fthenakis, 2001).

Die meisten Männer jedoch bleiben selbst im Idealfall höchstens „Assistenten“ der Mütter und übernehmen in der Familie nur die genau umrissenen Aufgaben, die ihnen übertragen wurden.

Väter spielen aber für die Entwicklung von Kindern eine wesentliche Rolle, gerade weil sie anders als die Mutter mit ihnen umgehen. Durch eine emotionale Bindung zu ihrem Kind bestimmen sie maßgeblich das Selbstwertgefühl der Kinder, unterstützen die Autonomie, fördern Motorik und Spielverhalten. Die Bedeutung des Vaters für die kindliche Entwicklung wurde lange unterschätzt. Raufen und Toben, sich für Handwerkliches und Technik begeistern, Klettern und körperliche Grenzen austesten. Am Vorbild des Vaters lernen Söhne, dass zu Männlichkeit nicht nur Starksein gehört, sondern dass auch Männer durchaus nicht immer überlegen, erfolgreich und ohne Angst sind. Wenn der Vater durch den Beruf nur selten in der Familie präsent ist, können bei den Söhnen überhöhte männliche Idealbilder wirksam werden, die nicht durch Männer in ihrem Alltag, mit denen sie die ganze Bandbreite menschlicher Gefühle und Verhaltensweisen erleben können, korrigiert werden. Wichtig sind auch für Mädchen Männer. Sie werden selbstbewusster, wenn sie von ihren Vätern ernst genommen und unterstützt werden. Einen partnerschaftlichen Umgang, in dem Frauen und Männer einander mit Wertschätzung und Respekt begegnen, können Jungen und Mädchen nur dann erleben, wenn es in ihrem Alltag auch Männer und Frauen gibt. In Industrie und Verwaltung wird heute darauf geachtet, dass gemäß dem Diversity-Prinzip, also der gleichberechtigten Verschiedenartigkeit, sowohl weibliche als auch männliche Denk- und Lebensweisen ausreichend repräsentiert sind.

Auch Männer profitieren von einem erweiterten Rollenrepertoire. Wer sowohl Berufstätiger als auch Vater und Partner ist, fühlt sich seelisch und körperlich wohler und ist gesünder, wie einschlägige

Studien zeigen. Die Partnerschaft profitiert ebenfalls, je mehr sich Väter um ihre Kinder kümmern. Die Partner interessieren sich mehr für die Berufssphäre des anderen, können sich besser austauschen, haben mehr Verständnis füreinander. Denn wenn die Frau nach der Geburt für längere Zeit zu Hause bleibt, wird die Kluft zwischen ihrer Welt und der Welt des Mannes größer.

Was macht eine außergewöhnlich gesunde Familie aus?

Skyner und Cleese (1994) beschreiben gesundheitsförderliche Familienstrukturen für Kinder und die dazu notwendigen Einstellungen der Eltern. Demnach können Eltern durch ihre positiven Einstellungen zum Leben und zu anderen Menschen den Eindruck vermitteln, das Leben zu lieben. Sie zeichnen sich durch die Bereitschaft aus, andere Menschen so anzunehmen, wie sie sind und gehen meist herzlich auf andere zu. Ihr Leben ist von einer „philosophy of plenty“ geprägt, einer Philosophie des emotionalen Reichtums.

Sie geben einander Raum, sind dabei aber trotzdem an den Gefühlen und Gedanken der anderen Familienmitglieder interessiert. Die Kommunikation in gesunden Familien ist offen, ehrlich und direkt. Im Umgang miteinander ist von Humor und Lebendigkeit geprägt, aber auch von ernsthaften Auseinandersetzungen. Sehr gesunde Familien haben obendrein die Fähigkeit, Veränderungen zu ertragen.

Damit ein Kind unter gesunden Verhältnissen aufwächst, sind also eine Vielzahl an Faktoren bedeutend. Es geht eben um sehr viel mehr als nur die Anwesenheit der Mutter beim Heranwachsen des Kindes.

Zusammenfassend kann man es auf einen Nenner bringen: Weder eine berufstätige Mutter noch eine Karrieremutter ist entgegen vielen Warnhinweisen und Befürchtungen für sich oder für ihr Kind per se ein Gesundheitsrisiko!

4. Zum Schluss einige Denkansätze zur Verbesserung der Situation

Bessere Kinderbetreuung – bessere Gesundheit von Mutter und Kind

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern liegt in Deutschland der private Dienstleistungssektor für professionelle Kinderbetreuung brach.

Laut einer DAK-Studie wünschen sich rund die Hälfte aller berufstätigen Mütter längere Öffnungszeiten in Kindergärten und -tagesstätten. Dieser Wunsch rangiert noch vor der Forderung nach flexiblen Arbeitszeiten.

Work-Life-Balance mit Unterstützung des Arbeitgebers

Ein wichtiges Ziel betrieblicher Gleichstellungspolitik ist die Elternschaft in die Arbeitsorganisation, Arbeitszeitmodelle und Karriere-muster zu integrieren.

Kinder müssen während der Arbeitszeit betreut werden. Mit zunehmendem Wegfall von familiären Betreuungsmöglichkeiten sind Eltern vermehrt auf außerfamiliäre und betriebsinterne Angebote angewiesen.

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie Betriebe die Eltern unterstützen können.

Betriebliche Kinderbetreuung: Betriebseigene Kindergärten sind keine Besonderheit mehr – zumindest in großen Firmen. Kleinere Betriebe und mittelständische Unternehmen, die in einem Interessenverbund auftreten, können neue Kinderkrippen und Betreuungsmöglichkeiten gemeinsam ins Leben rufen.

Babysitterdienste/Familienservice: Berufstätige Mütter geraten leicht in Stress, wenn kurzfristige Termine verschoben werden oder Überstunden anfallen. Wer einen Betrieb als Netzwerk versteht, wird erkennen, dass unterschiedliche menschliche Bedürfnisse und Potentiale leicht zu integrieren sind. In einigen Firmen können RentnerInnen die Beschäftigten in beruflichen und privaten Belangen unterstützen. So kann die Rentnerin das Kind der berufstätigen Mutter kurzfristig vom Kindergarten abholen, wenn die Besprechung länger dauert. Um zu garantieren, dass Mütter und Väter hier dem Arbeitgeber trotz Kind zur Verfügung stehen können, engagieren immer mehr Unternehmen den Dienstleister „Familienservice“. Er koordiniert beispielsweise die Vermittlung von Kinderbetreuungsplätzen für Notfälle oder sucht auf Hotline-Anfrage eine „Notmutter“ für die abendlichen Termine.

Flexible Arbeitswelt: Sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer ist es von Nutzen, dass der gegenseitige Kontakt während der Elternzeit nicht abreißt. Telearbeit, Weiterbildung im Elternurlaub sowie Modelle, die eine ausgewogenere Verteilung des Elternurlaubs zwischen beiden Elternteilen vorsehen, sind für beide Seiten vorteilhafter als eine vollständige langfristige Freistellung eines Elternteils.

Flexible Arbeitszeiten: Betriebe sind gefordert, Arbeitszeiten in ihrer Dauer und Länge nach den Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Kindern unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Betriebs flexibel zu handhaben. So sollte es selbstverständlich sein,

dass ein Elternteil am Vormittag während der Arbeitszeit mit seinem kranken Kind den Arzt besucht und die Arbeitszeit zu einem anderen Zeitpunkt wieder nachholt.

Verbesserung der flexiblen Arbeitszeitmodelle (Teilzeitmodelle): Die Teilzeitregelung wurde in den letzten Jahren immer weiter verfeinert und stellt jetzt eines der wenigen Angebote in Deutschland dar, wo man auf Basis eines Teilzeitprogramms genau dieselben Karrierechancen hat wie eine vollzeitig Arbeitende.

Frauen als Führungskräfte / Betriebliche Gleichstellung von Frauen: Viele Firmen wissen um die Fähigkeiten und das Potential ihrer weiblichen Arbeitnehmerinnen und sehen in der betrieblichen Gleichstellung ein wichtiges Ziel in ihrem Unternehmen. Doch ist dieses Ziel nicht erreicht, wenn fast alle Frauen in höheren Positionen keine Kinder haben, während die Männer in vergleichbaren Positionen in der Regel Väter sind, und wenn ein größerer Anteil der männlichen Führungskräfte dies nur durch nicht berufstätige Frauen absichern kann.

Keine Schuldgefühle und Abbau der irrationalen Perfektionsansprüche der Mütter

Was ist eine gute Mutter? Die meisten beantworten diese Frage so: Ausgeglichen und glücklich – das überträgt sich aufs Kind. Die berufstätige Mutter scheitert heute vorzugsweise an den eigenen hohen Ansprüchen: Sie fühlt sich mal unzulänglich im Job, mal unzulänglich oder unterfordert zu Hause. Sie fühlt sich schuldig, wenn sie Ihr Kind „alleine“ lässt, um zu arbeiten, und sie fühlt sich schuldig, wenn sie Ihre Arbeit vernachlässigt, um sich dem Kind zu widmen.

Sind es nur die berufstätigen Mütter, die ihre Kinder alleine lassen? Ist es nicht vielmehr so, dass arbeitende Hausfrauen auch ihre Kinder „nebenher laufen lassen“, wenn sie kochen, putzen, bügeln etc.? Es ist nicht möglich, sich mit 100 Prozent Aufmerksamkeit um ein Kind zu kümmern. Es ist nicht nur unmöglich, sondern auch unnötig. Denn Kinder wollen mit jedem Tag ihrer Entwicklung selbständiger werden und daran dürfen übereifrige Mütter sie nicht hindern.

An verblendeter Mutterliebe sind mehr Menschen zugrunde gegangen als an der gefährlichsten Krankheit

Leixner

Das Bild von der allseits sich sorgenden, unersetzlichen Mutter hat sich tief in unsere Köpfe gegraben und wird in Deutschland von den Medien suggeriert. Frauen setzen sich oft sehr hohe Ziele. Alles soll perfekt funktionieren. Wer sich von vornherein unerfüllbare Maßstäbe setzt, muss sich nicht wundern, wenn er Schuldgefühle hat, weil er diese nicht erreicht.

Stärkere Einbeziehung der Väter in die Kindererziehung

Stehen vor der Geburt beide Elternteile noch im Berufsleben, bricht diese über den Beruf definierte Gleichberechtigung zwischen den Partnern nach der Geburt eines Kindes oft zusammen. Der nicht oder nur Teilzeit-berufstätige Elternteil verdient kein oder wenig Geld – und zögert, Unterstützung in Hausarbeit und Kindererziehung vom Partner zu fordern, da dieser ja sein Soll bereits erfüllt hat. Hier ist Umdenken erforderlich: Kindererziehung und Hausarbeit sind Aufgaben, in denen beide Elternteile sich einbringen müssen – egal wer berufstätig ist. Nur so kann das Unternehmen Familie funktionieren.

Literatur

Badura B. et al. (2004): Fehlzeitenreport 2003, Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Springer, Berlin.

Bühning P. (2004): Psychoanalyse und Familie: Andere Lebensformen – andere Innenwelten. In: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe Januar. Köln.

Fthenakis E., Minsel B. (2002): Die Rolle des Vaters in der Familie. Hrsg: Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend. Schriftenreihe des BMFSJ, Band 213. Stuttgart, Berlin, Köln.

Fuchtmann, E. (1988): Sexualität und Identität. Freiburg.

Greenhaus J., Friedman S.(2000): Work and Family – Allies or Enemies? Oxford.

Köchli, Y.(2002): Mütter können nicht gewinnen. In: Die Weltwoche, 22/02. Zürich.

Skynner R., Cleese J. (1994): Life and how to survive it. Mandarin. London.

Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (2001): Work-Life-Balance – neue Aufgaben für eine zukunftsorientierte Personalpolitik. Bamberg.

Wagner-Link A. (2000): Frauen zeigen Profil. Renningen.

Wagner-Link A. (1999): Weibliche Arbeitsformen und weiblicher Führungsstil. Denken und arbeiten Frauen anders? In: Ursula Männle (Hrsg.), Die gestaltende Rolle der Frau im 21. Jahrhundert. München.

Angelika Wagner-Link

Vorsitzende des Berufsverbandes deutscher Psychologinnen
und Psychologen (BDP), Landesgruppe Bayern

Institut für Mensch und Management

Zehentbauernstraße 39

81539 München

Tel. (0 89) 66 67 98

E-Mail: awali@t-online.de

Gesundheit und Allergie – eine Aufgabe für Mutter und Kind

Bernadette Eberlein-König
Heidrun Behrendt



Allergische Erkrankungen wie Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Bei Kindern (5- bis 6-Jährige) beträgt derzeit die Häufigkeit von Bronchialasthma 2-5%, Heuschnupfen 1-7% (bei 9- bis 10-jährigen Kindern ca. 10%) und atopischem Ekzem (Neurodermitis) 6-9%. Die Neurodermitis beginnt bei 60% der Betroffenen bereits im ersten Lebensjahr. In einem Drittel der Fälle klingt die Erkrankung in der Kindheit oder im Erwachsenenalter ab, während sie zu einem Drittel bleibt und zu einem weiteren Drittel im Erwachsenenalter neu auftritt. Die Ursache des Anstiegs ist bisher nicht genau bekannt. Diskutiert werden der Verlust des „natürlichen Lebens“, verringerte Immunstimulation, weniger infektiöse Erkrankungen, weniger parasitäre Erkrankungen, ein stärker schützender Effekt von Infektionen im Vergleich zu Impfungen, der Einfluss von Endotoxinen, die Darmflora und psychohygienische Aspekte (so genannte Hygiene-Hypothese).

Verlauf des atopischen Ekzems

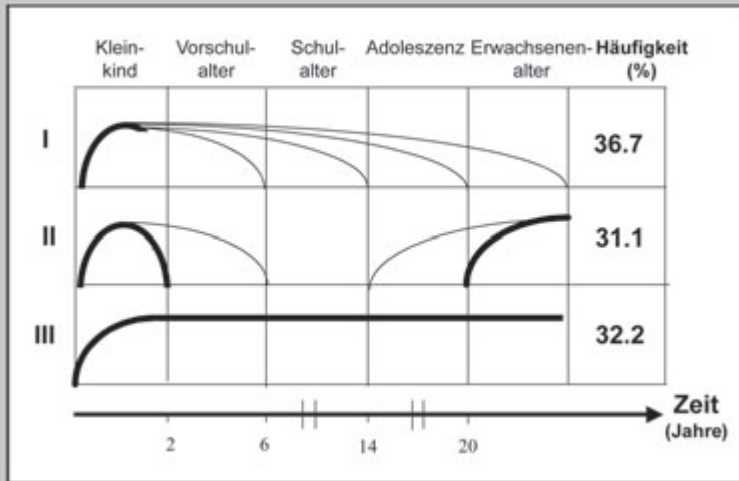


Abb. 1

Ursachen und Allergiediagnostik des atopischen Ekzems (Neurodermitis)

Die Ursachen des atopischen Ekzems sind vielfältig und umfassen genetische Faktoren und Umweltfaktoren. Kennzeichen dieser Hauterkrankung ist neben einer immunologischen Störung eine Hautbarrierestörung. Daher können Irritantien wie bestimmte Kleidung (Wolle), Seifen, Fettlösungsmittel und Rauch das Krankheitsbild verschlimmern. Durch die Verringerung antimikrobieller Peptide kommt es häufig zur Besiedelung mit dem Keim *Staphylococcus aureus*, der zur Entzündungsreaktion beiträgt.

Um Auslöser des atopischen Ekzems herauszufinden, ist eine ausführliche Allergiediagnostik erforderlich. Sie umfasst die Erhebung der Krankengeschichte der Familien sowie die eige-

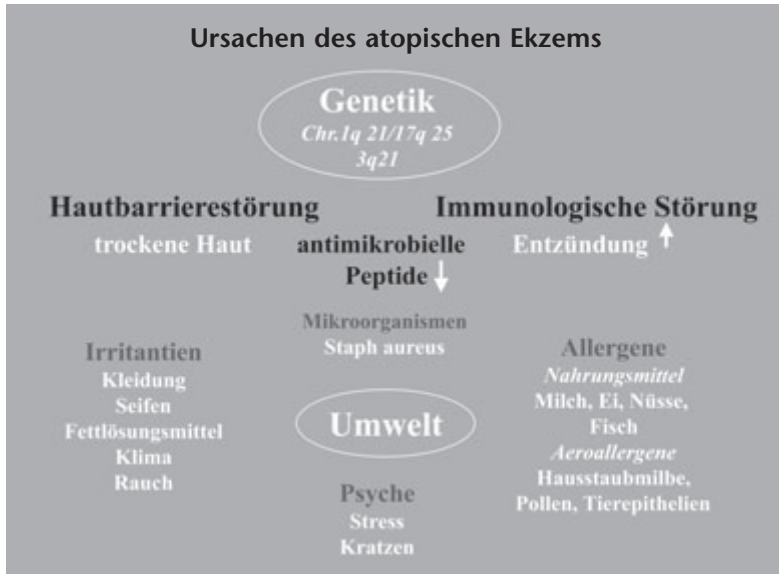


Abb. 2

ne Krankengeschichte (Beschwerdeorgan, Art der Beschwerden, zeitliche und örtliche Zuordnung). Durch den Pricktest mit Aeroallergenen und Nahrungsmitteln sowie durch den Nachweis spezifischer IgE-Antikörper im RAST können Hinweise auf auslösende Allergene gefunden werden. Der Atopie-Patch-Test dient dem Nachweis ekzematöser Hautveränderungen durch Aeroallergene. Suchdiäten, die bei Kindern hauptsächlich die Provokation mit Cerealien und Gemüse, Kuhmilch und Molkereiprodukten sowie Ei umfassen, dienen dem Nachweis von Nahrungsmitteln als Auslöser des atopischen Ekzems.

Prävention des atopischen Ekzems

Bei der Prävention des atopischen Ekzems unterscheidet man die Primärprävention (Absenkung der Häufigkeit in der

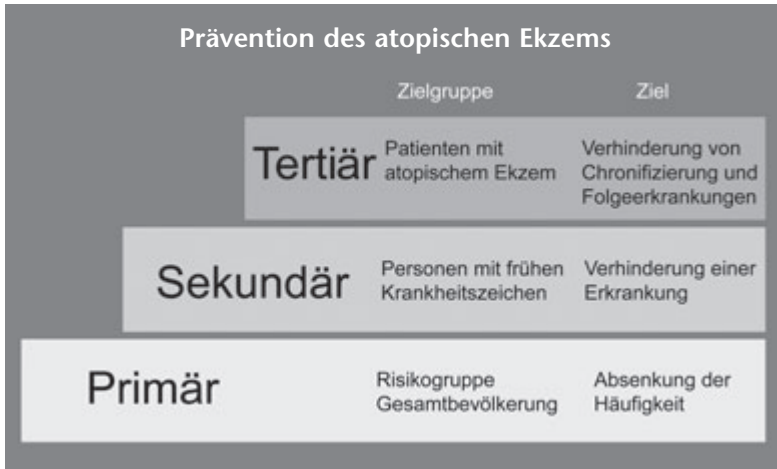


Abb. 3

Gesamtbevölkerung), die Sekundärprävention (Verhinderung einer Erkrankung bei Personen mit frühen Krankheitszeichen) und die Tertiärprävention (Verhinderung von Chronifizierung und Folgeerkrankungen bei Patienten mit atopischem Ekzem).

Bei Kindern mit familiärer Vorbelastung (mindestens ein Elternteil und/oder ein Geschwisterkind haben Asthma, Heuschnupfen oder Neurodermitis) soll nach den Leitlinien des Aktionsbündnisses Allergieprävention folgendes zur Vorbeugung der allergischen Erkrankungen beachtet werden:

Ausschließliches Stillen in den ersten vier Monaten, wenn nicht möglich hypoallergene Säuglingsnahrung. Bei Risikokindern kann allerdings auch die Meidung potenter Nahrungsmittelallergene während der Stillzeit einen präventiven Effekt auf das atopische Ekzem haben. Für den Effekt diätetischer Restriktionen während der Schwangerschaft gibt es keine Belege. Beikost sollte nicht vor Ende des vierten Lebensmonats eingeführt werden. Für die Einführung

Einführung von Beikost

Lebensmittel-Gruppen:		6 Monate	7 Mon.	8-9 Mon.	10-12 Mon.	1-3 Jahre	3-5 Jahre
1. Gemüse		Kartoffeln, Brokkoli, Blumenkohl, Zucchini	Spinat, Mangold, Spargel	Auberginen, Frühkarotte	grüne Bohnen, Steckrübe, Gurke, Blattsalat	Erbsen, rote Linsen	Kohlgemüse
2. Obst		reife Birne, Banane	süßer Apfel	Wasser- und Honigmelone	Aprikose, Pfirsich	Mango, Papaya	grüne Trauben
3. Fleisch				Rind, Kalb, Lamm, Geflügel	Wild		
4. Fisch						Soß- und Salzwasserfisch	
5. Getreide							
6. Eiprodukte							
Lebensalter		6 Monate	7 Mon.	8-9 Mon.	10-12 Mon.	1-3 Jahre	3-5 Jahre

Abb. 4

der Beikost gibt es eine empfohlene Reihenfolge. Die Exposition gegenüber Tabakrauch sollte vermieden werden, vor allem in der Schwangerschaft sollte weder aktiv noch passiv geraucht werden. Bestimmte Fell tragende Haustiere (Katze, Meerschweinchen, Kaninchen) sollten nicht angeschafft werden, die Haltung eines Hundes ist allerdings nicht mit einem erhöhten Allergierisiko verbunden. Ein schimmelpilzförderndes Innenraumklima ist zu vermeiden. Schutzimpfungen sind regelmäßig durchzuführen.

Therapie des atopischen Ekzems

Allergenkarenz

In Abhängigkeit von den durch Anamnese, Hauttest, Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper und gegebenenfalls Provokationstests herausgefundenen Auslösern des atopischen Ekzems steht

die Allergenkenz an erster Stelle. So wird zum Beispiel bei einer Hausstaubmilbenallergie die Verwendung milbendichter Bettüberzüge, bei einer Tierallergie die Abschaffung des Tieres oder bei einer Nahrungsmittelallergie eine entsprechende Diät empfohlen.

Neurodermitisschulung

Ziele einer Neurodermitisschulung umfassen die Förderung der Mitarbeit des Patienten (Therapiemotivation), eine Verbesserung der Krankheitsakzeptanz und damit der Compliance, eine Verbesserung der Körperwahrnehmung, die Vermittlung aktueller Erkenntnisse über die Erkrankung, eine Verstärkung von Autonomie und Eigenverantwortung sowie das Erlernen von Mechanismen der Selbstkontrolle. Untersuchungen zeigten, dass Patienten, die selbst oder deren Eltern an einer Neurodermitisschulung teilgenommen hatten, eine deutliche Verbesserung ihres Ekzems erfuhren im Vergleich zu Patienten, die nicht geschult wurden.

Rehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen, zum Beispiel im Hochgebirge, führen nach einem mehrwöchigen Aufenthalt nachweislich zu einer Besserung des Hautzustandes während der Rehabilitation und zu signifikant weniger Krankheitsschüben, Arztbesuchen und Schulausfällen nach der Rehabilitation.

Spezifische Immuntherapie

Studien, bei denen die spezifische Immuntherapie bei Vorliegen eines atopischen Ekzems durchgeführt wurden, zeigten überwiegend positive Therapieeffekte. Hier sind aber noch weiterreichende Studien notwendig.

Basis- und Pharmakotherapie

Zur Behandlung der Hautbarrierestörung ist eine Basispflege

essentiell (regelmäßig mindestens zwei mal täglich Anwendung einer Basiscreme, zusätzlich Anwendung von Ölbädern). Je entzündlicher das Hautbild ist, desto weniger fett sollte die Grundlage sein. Fettfeuchte Verbände führen zu einer besseren Hydratation, zu einer besseren Permeation des Wirkstoffes und wirken juckreizstillend.

In der Stufentherapie des atopischen Ekzems können dann antientzündliche nichtsteroidale Cremes (Zink, Leukichthyol, Gerbstoffe, Polidocanol, Antiseptika, Bufexamac) eingesetzt werden. Farbstoffe (z.B. Gentianaviolett), Antiseptika (z.B. Triclosan), topische Antibiotika (z.B. Fucidinsäure), Antimykotika (Kopf und Hals), systemische Antibiotika (z.B. Cephalosporine, Flucloxacillin) oder silberbeschichtete Textilien wirken antibakteriell. Die Silberionen hemmen das katalytische Zentrum zahlreicher bakterieller Enzyme, so dass die „Silberwäsche“ nachweislich die Ekzemschwere reduziert.

Zur Behandlung des atopischen Ekzems gibt es Leitlinien zur Behandlung mit topischen Glukokortikoiden. Als schwach wirksam wird Hydrocortisonacetat 1% eingestuft. Falls dieses Präparat nicht ausreichend wirksam ist, können die neuen, nebenwirkungsarmen Kortikoide wie Hydrocortisonbutyrat 0,1%, Methylprednisolonaceponat und Prednicarbat 0,25% sowie das stark wirksame Mometasonfuroat 0,1% eingesetzt werden. Die neuen entzündungshemmenden topischen Immunmodulatoren wie Tacrolimus und Pimecrolimus führen nicht zu den bei Glukokortikoiden auftretenden Nebenwirkungen der Atrophie. Tacrolimus ist zur Behandlung des mittelschweren bis schweren atopischen Ekzems für Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren zugelassen, die nicht ausreichend auf die herkömmliche Therapie angesprochen haben. Pimecrolimus ist zur Behandlung des leichten bis mittelschweren atopischen Ekzems für Patienten ab zwei Jahren zugelassen zur

Kurzzeittherapie und intermittierenden Langzeittherapie, um das Auftreten von akuten Schüben zu verhindern.

Zur Behandlung des Juckreizes stehen zur systemischen Therapie Antihistaminika zur Verfügung wie zum Beispiel Fexofenadin oder Loratadin morgens und Dimetinden oder Hydroxyzin abends. Darüber hinaus konnte in der ETAC (Early Treatment of the Atopic Child)-Studie gezeigt werden, dass durch die Einnahme von Cetirizin die Häufigkeit von Asthma bei Patienten mit Graspollen oder Hausstaubmilbensenibilisierung reduziert werden konnte sowie eine Einsparung von Glukokortikosteroiden bei Kinder mit schwerem atopischem Ekzem möglich war.

Eine Phototherapie mit UVA-1 Strahlung kommt aufgrund eines möglichen Risikos der Entwicklung von Hautkrebs nur im Erwachsenenalter zur Anwendung.

Nur in Ausnahmefällen ist bei Vorliegen eines sonst nicht behandelbaren atopischen Ekzems eine systemische immunsuppressive Therapie angezeigt.

Priv.-Doz. Dr. Bernadette Eberlein-König
Prof. Dr. Heidrun Behrendt
Zentrum Allergie und Umwelt
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am
Biederstein
Technische Universität München
Biedersteiner Straße 29
80802 München
E-Mail: Bernadette.Eberlein-Koenig@lrz.tu-muenchen.de

Gesundheit von Anfang an: Frühe Einflussfaktoren auf das Körpergewicht und den Gesundheitsstatus im Kindesalter

I. Knerr, C. Weigel, W. Rascher



In den Industrienationen stellen Übergewichtigkeit und Adipositas und das damit verbundene Risiko für Folgeerkrankungen (Morbidität) und eine erhöhte Sterblichkeit (Mortalität) ein erhebliches sozialmedizinisches Problem dar. Der Körper-Masse-Index („Body mass index“, BMI) ist nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen ein wichtiger klinischer Parameter, der für die Definition von Normalgewicht, Übergewicht bzw. Adipositas sowie auch für Untergewicht herangezogen wird (1,2). Bei einem BMI oberhalb der 90. Perzentile jeweils für Alter und Geschlecht spricht man von kindlichem Übergewicht bzw. oberhalb der 97. Perzentile von Adipositas, bei einem BMI unterhalb der 3. Perzentile liegt Untergewicht bzw. Dystrophie vor. In großen Untersuchungen im deutschsprachigen Raum (3-5) und in anderen Industrienationen (6-9) wurden epidemiologische Daten zur Häufigkeit (Inzidenz und Prävalenz) von Übergewicht und Adipositas in verschiedenen Altersgruppen erhoben, wobei sich in den letzten Jahren eine zunehmende Prävalenz für Adipositas und Übergewicht im Kindes- und Jugendalter fand (10,11). Es ist derzeit davon auszugehen, dass in Deutschland rund 10 bis 20% aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig bzw. adipös sind (12) und auch der Anteil der sehr dicken Kinder weiter zunimmt.

Ursachen für Abweichungen vom Normalgewicht

Die Pathogenese der Adipositas ist multifaktoriell und umfasst Umweltfaktoren und eine genetische Disposition, wobei hier eine komplexe Interaktion vorliegt. Bei der Ausprägung der Adipositas stellt die hyperkalorische Ernährung in Verbindung mit einem bewegungsarmen, konsumorientierten Lebensstil (inaktives Freizeitverhalten, Fernsehen, Konsum von Fast Food, Süßgetränken) einen maßgeblichen Faktor dar. Für die Entstehung von Übergewichtigkeit wird eine genetische Veranlagung diskutiert, die durch Umweltfaktoren und erlernte Verhaltensweisen, z.B. bezüglich des Ess- und Bewegungsverhaltens, zur Ausprägung kommt. Auch soziale Faktoren und die ethnische Zugehörigkeit der Herkunftsfamilie spielen eine wichtige Rolle (10,13,14).

Nur in sehr wenigen Fällen liegt eine sekundäre oder eine syndromale Adipositas vor, die durch hormonelle Erkrankungen wie eine unbehandelte Schilddrüsenunterfunktion oder eine Nebennierenrindenüberfunktion bedingt sein kann bzw. im Rahmen von komplexen genetischen Störungen beobachtet wird. Derzeit sind über 430 Gene und chromosomale Marker bekannt, die beim Menschen mit einem adipösen Phänotyp assoziiert sein können (15).

Darüber hinaus spielen vorgeburtliche und frühkindliche Faktoren für die spätere Gewichtsregulierung eine wesentliche Rolle. Vor Jahren stellte der Epidemiologe David Barker die Hypothese auf, dass bereits während der Schwangerschaft die hormonellen Grundlagen des Kindes für eine spätere Übergewichtigkeit oder Adipositas im Sinne eines „fetal programming“ gelegt werden (16), wobei nun davon ausgegangen wird, dass sowohl Übergewicht also auch Untergewicht und eine rasche Überfütterung gleichermaßen Risikofaktoren für eine spätere Adipositas darstellen (13). In ergänzenden Studien konnte gezeigt werden, dass das Risiko, als Erwachsener

eine vermehrte Körperfettmasse aufzuweisen, deutlich höher ist, wenn das Übergewicht bereits seit der frühen Kindheit besteht (17,18). Andere Studien liefern zudem Hinweise darauf, dass insbesondere diejenigen, die in der Kindheit untergewichtig sind und im Erwachsenenalter übergewichtig werden, ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen (13,19), insbesondere wenn sie ein beschleunigtes Aufholwachstum („catch-up growth“) zeigen (20). Eine Überfütterung mit rapider Gewichtszunahme in den ersten Lebensmonaten kann sogar unabhängig vom Geburtsgewicht als Risikofaktor für eine spätere Übergewichtigkeit gelten (21). Bezüglich der frühkindlichen Ernährung zeigen weitere epidemiologische Untersuchungen, dass früher gestillte Kinder ein um 20-35% geringeres Risiko für eine spätere Adipositas haben, Stillen kann demnach als Schutzfaktor gelten (22).

Somit haben vorgeburtliche und frühkindliche Einflüsse wie eine intrauterine Wachstumsverzögerung, ein erhöhtes Geburtsgewicht oder eine frühe Überernährung Auswirkungen auf die komplexen Regulationsmechanismen des Körpergewichts und des Appetitverhaltens, auf die Körperfettverteilung und die Ausprägung möglicher Folgeerkrankungen. Ungünstige Faktoren wie ein geringe körperliche Aktivität bereits im Kindesalter (zum Beispiel durch zu wenig Sportunterricht an den Schulen, ungezügelter Konsum von Fernsehen und neuen Medien, wenig körperliche Bewegung bei Sport und Spiel in der Freizeit) in Verbindung mit einer hochkalorischen Ernährung („zu viel, zu fett, zu süß“) führen schließlich dazu, dass die Regulierung eines normalen Körpergewichts nicht mehr möglich ist und das Kind übergewichtig wird.

Folgen von Übergewicht und Adipositas

Von einem metabolischen Syndrom („tödliches Quartett“, „Syndrom X“) spricht man bei dem Vorliegen von Adipositas, arteri-

ellem Bluthochdruck, Erhöhung der Blutfettwerte sowie Insulinresistenz bzw. Diabetes mellitus Typ 2. Dabei können auch weitere Störungen vorliegen, so eine Gichtkrankung, Leberverfettung oder Nierenbeteiligung (Abbildung 1).



Abb. 1: Folgen der Adipositas

Die Folgen dieses Krankheitskomplexes in Form einer erhöhten Morbidität und Mortalität sind für das Erwachsenenalter gut belegt, das Ausmaß der Komorbidität bei adipösen Kindern und Jugendlichen ist hingegen erst in Ansätzen bekannt (23). Eine multizentrische Studie, in der die Daten von 3.837 Kindern und Jugendlichen im Alter von zwei bis 20 Jahren aus 175 ambulanten oder

stationären Behandlungseinrichtungen für Adipositas ausgewertet wurden, ergab, dass 23% der Kinder und Jugendlichen bereits einen erhöhten Blutdruck, 29% eine Fettstoffwechselstörung und 6% der Kinder und Jugendlichen eine gestörte Glukosetoleranz aufwiesen (23). Besonders die stammbetonte Adipositas mit einem höheren Anteil an viszeralem Fettgewebe im Bauchraum begünstigt eine adipositasvermittelte Insulinresistenz. Zahlreiche Botenstoffe und Stoffwechselprodukte aus dem Fettgewebe sind hierfür verantwortlich, zum Beispiel ein Anstieg der freien Fettsäuren, des Leptins und des Tumor-Nekrose-Faktors alpha, die eine wichtige Rolle bei der Entstehung eines metabolischen Syndroms spielen.

Der Typ 2 Diabetes mellitus ist eine polygenetische Erkrankung, an dessen Manifestation zahlreiche äußerliche und beeinflussbare Faktoren beteiligt sind, besonders die Fettleibigkeit und eine zu geringe körperliche Aktivität. Gesellschaftlich ist das gehäufte Auftreten von Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 in aufeinanderfolgenden Generationen zu befürchten, wie verschiedene Studien zeigen (11). Daher ist es vordringlich, den so genannten Zivilisationskrankheiten durch präventive Maßnahmen frühzeitig zu begegnen und im Rahmen eines Setting-Ansatzes die Familie und das weitere Umfeld miteinzubeziehen.

Gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche

Die richtige Ernährung ist Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden, das heißt für die optimale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes und die Leistungsfähigkeit (24). Zwischen den ernährungsphysiologischen Bedürfnissen bei Kindern und Erwachsenen gibt es jedoch grundlegende Unterschiede. Während die Ernährung des Erwachsenen überwiegend verbrauchte Kalorien und Nährstoffe ersetzt, muss das Kind zusätzlich seinen Bedarf entsprechend seiner Entwicklungsphase decken (25).

Die Lebensmittelauswahl sollte im Sinne einer „Optimierten Mischkost“ erfolgen. Die Ernährung sollte reichlich pflanzliche Nahrungsmittel umfassen, wenig tierische Lebensmittel und sparsam fett- und zuckerreiche Produkte, veranschaulicht als sog. Ernährungspyramide bzw. als Ampelsystem („rot, gelb, grün“ für ungeeignet, bedingt geeignet, geeignet). Empfohlen werden Lebensmittel mit hoher Nährstoffdichte bei geringer Energiedichte, das heißt mit einem hohen Gehalt an Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen wie Getreide- bzw. Vollkornprodukte, Kartoffeln, Reis, Gemüse, Obst, magere Milchprodukte, fettarmes Fleisch und fettarm zubereiteter Fisch. Ein weiterer Vorteil von Getreideprodukten und weiteren pflanzlichen Nahrungsmitteln ist der hohe Anteil an Ballaststoffen, denn ballaststoffreiche Ernährung führt zu einem aktiveren Kauverhalten und fördert die Verdauung. Einen wichtigen Einfluss auf die Energiebilanz haben auch die Getränke. Sie sollten keine leeren Kalorien liefern. Daher sind zum Beispiel Mineralwasser, ungesüßte Teesorten und Saftschorlen geeignet. Neben der realistischen Bemessung einer Portionsgröße, zum Beispiel als Kinderteller, wird auch ein geregelter Mahlzeitenrhythmus im Tagesablauf empfohlen, um ein unkontrolliertes Essen bzw. Heißhunger zwischendurch sowie am Abend zu verhindern. Es gilt, wieder zwischen Hunger oder echtem Bedürfnis einerseits und Konsumverhalten bzw. Verführung zum Essen z.B. durch Werbung, Naschereien oder Fast Food-Angebote andererseits zu unterscheiden.

Kindliche Adipositas - eine gesellschaftliche Herausforderung

Epidemiologische Untersuchungen zeigen eine stetige Zunahme von Körperfett und Adipositas bei Kindern in westlichen Industrienationen, wobei die Übergewichtigkeit meist im Erwachsenenalter bestehen bleibt (3,5,10,26-28).

Dies lässt den Schluss zu, dass die bislang durchgeführten Maßnahmen zur Prävention nicht ausreichen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, und dass eine frühe Gesundheitserziehung bezüglich der Themen Bewegung und Sport sowie gesunde Ernährung notwendig ist, zum Beispiel bereits ab dem Kindergartenalter. Dies ist um so dringlicher, als die Prävalenz kindlicher Übergewichtigkeit und Adipositas bei älteren Kindern und im Jugendalter stetig steigt und in Deutschland je nach Alter bei etwa 14-25% eines Jahrgangs liegt (12).

Auch der soziale Status der Familien ist für das Gesundheitsverhalten und das Risiko von Übergewicht ein wichtiger Einflussfaktor. Studien zeigen, dass das Risiko für nichtdeutsche Kinder, an Übergewicht bzw. Adipositas zu leiden, signifikant höher ist als bei deutschen Kindern (10,14,29).

Für die spätere Entwicklung von Übergewicht sind bereits frühkindlich zwei Risikogruppen zu definieren, zu leichte Neugeborene und zu schwere Neugeborene, während ein normales Geburtsgewicht am günstigsten ist (13,16, 30). Risikofaktoren für ein krankhaftes kindliches Geburtsgewicht können Rauchen, Bluthochdruck oder aber Diabetes mellitus bei der schwangeren Mutter sein.

Es ist daher dringend geboten, bereits frühzeitig denjenigen Stressfaktoren entgegenzuwirken, die in besonders kritischen Entwicklungsperioden des Kindes einen anhaltend ungünstigen Effekt und Folgeerkrankungen hervorrufen können (31). Um dem Problem der Adipositas und der damit assoziierten vorzeitigen Morbidität und Mortalität z.B. durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus Typ 2 in den Industrienationen erfolgreich entgegenzuwirken, ist bereits die frühzeitige Identifikation von weiteren frühkindlichen Risikofaktoren und von Prädiktoren späterer Adipositas dringlich.

Der individuelle sowie gesamtgesellschaftlich negative Trend der Entwicklung kindlicher Übergewichtigkeit bedarf zudem intensiver präventiver familienorientierter Maßnahmen unter Berücksichtigung des soziokulturellen Umfelds („setting“), um dem ungesunden Lebensstil entgegenzuwirken, wobei allerdings für die Prävention bislang kaum auf evaluierte Programme zurückgegriffen werden kann (32). Dabei sind neben individuellen Faktoren auch öffentliche Gegebenheiten zu berücksichtigen, zum Beispiel Radwege, Schwimmbäder, Spielplätze. Es müssen daher verstärkt öffentliche Einrichtungen sowie Kindergärten und Schulen, aber auch die Medien und die Lebensmittelindustrie eingebunden werden und durch eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit ein aktiveres, gesünderes Freizeitverhalten gefördert werden mit dem Ziel einer regelmäßigen körperlichen Aktivität und einer an den jeweiligen Bedarf angepassten gesunden Ernährung von Anfang an.

Danksagung

Wir danken dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz für die Unterstützung unserer Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“.

Literatur

1. Bellizzi MC, Dietz WH. Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 173S-175S.
2. Krohmeier-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, von Hippel A, Jaeger U, Johnson D, Korte W, Menner K, Müller G, Müller JM, Niemann-Pilatus A, Remer T, Schaefer F, Wittchen H-U, Zabransky S, Zellner K, Ziegler A, Hebebrand J. Percentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 2001; 149: 807-818.
3. Kromeyer-Hauschild K, Zellner K, Jaeger U, Hoyer H. Prevalence of overweight and obesity among school children in Jena (Germany). *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 1143-1150.
4. Zabransky S, Weinand C, Schmidgen A, Schafmeister C, Muller S, Hollinger-Philipp R, Danker-Hopfe H. Saarland Growth Study: Perzentilenkurven für Größe, Gewicht und Body-Mass-Index (BMI) für Jungen und Mädchen von 4-18 Jahren. *Wien Med Wochenschr* 2000; 150: 145-152.
5. von Kries R. Adipositas bei Kindern in Bayern – Erfahrungen aus den Schuleingangsstudien. *Gesundheitswesen* 2004; 66 (Sonderheft 1): S80-S85.
6. Chinn S, Rona RJ. Trends in weight-for-height and triceps skinfold thickness for English and Scottish children, 1972-1982 and 1982-1990. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1994; 8: 90-106.
7. Chinn S, Rona RJ. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974-94. *BMJ* 2001; 322: 24-26.
8. DiPietro L, Mossberg HO, Stunkard AJ. A 40-year history of overweight children in Stockholm: life-time overweight, morbidity, and mortality. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18: 585-590.
9. Melnik TA, Rhoades SJ, Wales KR, Cowell C, Wolfe WS. Overweight school children in New York City: prevalence estimates and characteristics. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22: 7-13.
10. Knerr I, Topf HG, Hablawetz B, Stöhr W, Dötsch J, Rascher W, Lederer P. Frühe Einflussfaktoren auf das Körpergewicht und die Prävalenz von Übergewicht zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bei 4610 Kindern im Raum Erlangen/Nordbayern. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 183-188.
11. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-482.

12. Wabitsch M. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd* 2004; 152: 832-833.
13. Miller J, Rosenbloom A, Silverstein J. Childhood obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:4211-4218.
14. Erb J, Winkler G. Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschr Kinderheilkd* 2004; 152: 292-298.
15. Snyder EE, Walts B, Perusse L, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Rankinen T, Bouchard C. The human obesity gene map, the 2003 update. *Obes Res* 2004; 12: 369-439.
16. Barker DJ. Intrauterine programming of adult disease. *Mol Med Today* 1995; 1: 418-423.
17. Kotani K, Nishida M, Yamashita S, Funahashi T, Fujioka S, Tokunaga K, Ishikawa K, Tarui S, Matsuzawa Y. Two decades of annual medical examinations in Japanese obese children: do obese children grow into obese adults? *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21: 912-921.
18. Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med* 1993; 22: 167-177.
19. Wright CM, L Parker, Lamont D, Craft AW. Implications of childhood obesity for adult health: findings from thousand families cohort study. *BMJ* 2001; 323: 1280-1284.
20. Law CM, Shiell AW, Newsome CA, Syddall HE, Shinebourne EA, Fayers PM, Martyn CN, de Swiet M. Fetal, infant, and childhood growth and adult blood pressure. *Circulation* 2002; 105: 1088-1092.
21. Stettler N, Zemel BS, Kumanyika S, Stallings VA. Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. *Pediatrics* 2002; 109: 194-199.
22. Oberle D, Toschke AM, von Kries R, Koletzko B. Metabolische Prägung durch frühkindliche Ernährung: Schützt Stillen gegen Adipositas? *Monatsschr Kinderheilkd* 2003; 151 (Suppl. 1): S58-S64.
23. Reinehr T, Wabitsch M, Andler W, Beyer P, Böttner A, Chen-Stute A, Fromme C, Hampel O, Keller KM, Kilian U, Kolbe H, Lob-Corzilius T, Marg W, Mayer H, Mohnike K, Oepen J, Povel C, Richter B, Riedinger N, Schauerte G, Schmahlfeldt G, Siegfried W, Smuda P, Stachow R, van Egmond-Fröhlich A, Weiten J, Wiegand S, Witte S, Zindel V, Holl RW. APV Study Group: Medical care of obese children and adolescents. APV: a standardised multicentre documentation

- derived to study initial presentation and cardiovascular risk factors in patients transferred to specialised treatment institutions. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 308-312.
24. Leitzmann C. Wechselwirkungen zwischen menschlichen Bedürfnissen und der Umwelt am Beispiel der Ernährung. *Umwelt und Gesundheitserziehung* 1988; 56-68.
 25. Kersting M, Schöch G. *Ernährungsberatung für Kinder und Familien*. Gustav Fischer Verlag Jena; 1996.
 26. Harlan WR, Landis JR, Flegal KM, Davis CS, Miller ME. Secular trends in body mass in the United States, 1960-1980. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 1065-1074.
 27. Hill JO, Trowbridge F. Childhood obesity: future directions and research priorities. *Pediatrics* 1998; 101: 570-574.
 28. Shear CL, Freedman DS, Burke GL, Harsha DW, Webber LS, Berenson GS. Secular trends of obesity in early life: the Bogalusa Heart Study. *Am J Public Health* 1988; 78: 75-77.
 29. Bauer C, Rosemeier A. Ballast fürs Leben – Übergewicht und Adipositas bei Karlsruher Vorschulkindern. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 246-250.
 30. Rogers I, EURO-BLCS Study Group. The influence of birthweight and intrauterine environment on adiposity and fat distribution in later life. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 755-777.
 31. Plagemann A. Fetale Programmierung und Funktionelle Teratologie. In: Zabransky S (Hrsg). *SGA-Syndrom*. Jonas Verlag Marburg; 2003: 49-59.
 32. Pigeot I, Bosche H, Pohlabeln H. Programs for primary prevention of obesity and overweight in childhood. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004; 47: 256-265.

PD Dr. Ina Knerr

Kinder- und Jugendklinik des Universitätsklinikums

Friedrich Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Loschgestraße 15

91054 Erlangen

Tel. (0 91 31) 85-3 31 18

Fax (0 91 31) 85-3 31 13

E-Mail: ina.knerr@kinder.imed.uni-erlangen.de

Mutter und Kind – Zahngesundheit von Anfang an

Ekaterini Paschos

Die Zahngesundheit spielt für Mutter und Kind von Anfang an eine bedeutende, nicht zu unterschätzende Rolle. Die immer noch anzutreffende Aussage „Jedes Kind kostet einen Zahn“ entspricht ebenso wenig der Realität wie die fälschliche Interpretation, dass während der Schwangerschaft eine zahnärztliche Behandlung nicht möglich sei.



Zahngesundheit der werdenden Mutter

Eine gesunde Mutter wird bei ausgewogener vernünftiger Ernährung und Beachtung der Grundregeln für die Mundhygiene nicht Gefahr laufen, unerwünschte Zahnschäden zu bekommen. Ein erhöhter Zuckerkonsum und ein vorhandener Brechreiz während der Schwangerschaft können allerdings kariöse Läsionen und auch Erosionen verursachen. Bei den Erosionen handelt es sich um eine mechanische Abnutzung von durch Säureeinwirkung erweichte Zahnhartsubstanz. Die auf die Zähne wirkende Magensäure kann solch eine Erweichung verursachen und somit eine starke Abnutzung der Zähne herbeiführen.

Während der Schwangerschaft kommt es zu Veränderungen des Hormonhaushaltes. Dies betrifft insbesondere einen um mehr als

hundertfachen Anstieg des Östrogenspiegels und eine etwa um das 10.000-fache höhere Progesteronkonzentration. Zu Beginn der Schwangerschaft besteht eine Relation Östrogen zu Progesteron von 100:1, die am Ende der Schwangerschaft sich zu einer Relation von etwa 1:1 hin verändert.

Östrogen und Progesteron haben zusätzlich zu ihrer Hauptaufgabe, nämlich der Aufrechterhaltung der Schwangerschaft, Auswirkungen auf das Gefäßsystem, den Stoffwechsel und die Energiefreisetzung sowie auf das Immunsystem. Diese Auswirkungen können auch im Bereich des Mundes zu Veränderungen am Zahnfleisch (Gingiva) führen. Die Progesteronwirkung geht mit einer erhöhten Blutzirkulation und erhöhter Gefäßpermeabilität einher, womit eine Rötung und eine starke Blutungsbereitschaft erklärbar wird. Durch Östrogen kommt es zu einer Stimulation der Fibroblastenaktivität, die eine Schwellung bzw. Ödembildung zur Folge haben kann.

Diese so genannte Schwangerschaftsgingivitis hat ihre stärkste Ausprägung im Frontzahnbereich und besitzt charakteristische Erscheinungsmerkmale, die im zweiten Schwangerschaftsmonat auftreten können und bis zum achten Monat andauern. Zu beobachten sind Rötung und Verdickung der marginalen Gingiva sowie hyperplastische Interdentalspapillen mit Bildung von Pseudotaschen aufgrund der ödematösen Zahnfleischwucherung.

Die hormonellen Veränderungen während der Schwangerschaft führen aber nicht zu einer Gingivitis (Zahnfleischerkrankung) und auch nicht zu einer beginnenden Parodontalerkrankung (Zahnbettterkrankung), wenn das marginale Parodont plaquefrei (frei von Zahnbelag) bleibt. Liegt jedoch eine hohe Plaqueakkumulation bei schlechter Mundhygiene vor, potenziert der erhöhte Östrogen- und Progesteronspiegel plaquebedingte Entzündungsprozesse.

Progesteron senkt nämlich die IL-6 (Signalstoff des Immunsystems) Produktion der Gingiva-Fibroblasten (Bindegewebszellen) und verursacht dadurch eine geringere Widerstandskraft gegen Entzündungen. Zusätzlich kommt es durch die hormonellen Veränderungen zu einer erhöhten Produktion von Prostaglandin E-2 der Gingiva, was eine erhöhte gingivale Entzündungsreaktion begünstigt.

Erkrankungen im Mundorgan im Sinne einer Parodontalerkrankung stellen ein Risiko für das ungeborene Kind dar.

Immer mehr wissenschaftliche Arbeiten weisen auf einen Zusammenhang zwischen Zahnfleischerkrankungen und Frühgeburten bzw. zu geringem Geburtsgewicht hin. Ein sechs- bis siebenfach höheres Risiko zu einer Frühgeburt mit Untergewicht des Säuglings konnte bei bestehender Parodontalerkrankung gefunden werden. Es ist allerdings noch nicht definitiv geklärt, in welchem Umfang die Parodontitis einen direkten Risikofaktor für die Frühgeburt darstellt bzw. ob es sich um eine indirekte Wechselwirkung handelt. Es wird angenommen, dass lokal produzierte Entzündungsmediatoren (Prostaglandine, Zytokine) über den Blutweg in den Uterus gelangen und dort Kontraktionen verursachen.

Die Aufgabe des Zahnarztes ist es, mittels Aufklärung zur Mundhygiene zu motivieren und über die professionelle Mundhygiene wesentlich zur Mundgesundheit während der Schwangerschaft beizutragen.

Bei Kinderwunsch ist es ratsam, auch den Zahnarzt aufzusuchen, um eventuell vorliegende kariöse Läsionen oder insuffiziente Füllungen schon vor der Schwangerschaft zu versorgen.

Während der Schwangerschaft können umfangreiche zahnärztliche Behandlungen nicht stattfinden. Langzeitprovisorien sollten in diesem Fall bis nach der Gravidität ihren Einsatz finden.

Prävention der Karies bei Kindern

Schon von Beginn an ist das Wissen der Eltern über die Entstehung der Karies ausschlaggebend, um diese Erkrankung an den Zähnen ihrer Kinder zu vermeiden. Die anerkannte Tatsache, dass Zahnkaries als multifaktorielle Erkrankung auf der Basis einer Infektion angesehen werden muss, scheint aber leider noch nicht ausreichend bekannt zu sein.

Etwa 75% der Kinder werden schon im Alter zwischen 19 und 28 Monaten mit den für die Karies verantwortlichen Bakterien „infiziert“. Das Risiko der Entstehung einer Karies wächst mit der Anzahl dieser übertragenen Bakterien. Die Anzahl der für die Kariesübertragung verantwortlichen Bakterien hängt dabei vom Grad des Befalles der Mundhöhle der Bezugspersonen (hauptsächlich der Mutter) und der Häufigkeit des Speichelkontaktes nach Durchbruch der Zähne bei den Kindern ab. Die Auswirkung einer frühen Kariesinfektion spiegelt sich meist in der hohen Anzahl der kariösen Zähne des Kindes wider.

Eine Aufklärung der Eltern (insbesondere der Mutter) und der Bezugspersonen sollte bereits zum Zeitpunkt der Schwangerschaft erfolgen. Übertragungswege sind zum Beispiel das Ablecken eines Speiselöffels zur Temperaturüberprüfung der Babynahrung oder des Schnullers, wenn dieser heruntergefallen ist.

Wichtige präventive Maßnahmen beziehen sich darauf, das Niveau der Infektion im Mund der Mutter zu reduzieren: durch eine rechtzeitige Sanierung kariöser Läsionen ebenso wie durch die wieder-

holte Motivation zur Mundhygiene. Diese Vorkehrungen werden unter dem Begriff Primär-Primär-Prophylaxe in der Fachliteratur zusammengefasst.

Trotz der Verbesserung der Zahngesundheit in der Gesamtpopulation kommt es immer noch zu oft zu einer frühkindlichen Karies, wobei meist mangelnde Aufklärung der Eltern nachzuweisen ist. Dies betrifft nicht nur die schon beschriebene Primär-Primär Prophylaxe. Zur Vermeidung der Entstehung von frühkindlicher Karies ist nämlich vor allem auch auf die Ernährung, die Mundhygiene und die Fluoridierung zusätzlich zu achten. Diese drei Parameter zusammen mit der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung bilden die Säulen der Prophylaxe.

Bei der immer noch anzutreffenden so genannten Fläschchenkaries handelt es sich um eine Form der frühkindlichen Karies, die auf der Basis einer Fehlernährung entsteht. Eine exzessive Trinkflaschenverwendung über das erste Lebensjahr hinaus in Verbindung mit gezuckerten und/oder säurehaltigen Getränken aus Saugflaschen oder Schnabeltassen spielt hier ursächlich eine Rolle. Die „Nuckelflasche“ stellt definitiv ein Risiko dar, vor allem wenn sie mit kariogenem Inhalt ständig zur Verfügung steht. Ein neuer Trend scheint sich dahingehend etabliert zu haben, dass weniger gezuckerte Getränke und vermehrt säurehaltige Säfte den Kindern gegeben werden. Dass diese Getränke die Zähne auch schädigen, ist meistens nicht bekannt.



Frühkindliche Karies bei einem noch nicht vollständigen Milchgebiss

Um ein ständiges Nuckeln an den Saugflaschen zu vermeiden, sollten leichte, griffgünstige Plastikflaschen vermieden werden, da diese ständig ab einem gewissen Alter mitgetragen werden können. Zur Abgewöhnung der Saugflasche kann eine Schnabeltasse hilfreich sein. Diese darf aber dann auch nicht zum exzessiven Gebrauch verleiten, was wesentlich vom Inhalt abhängig ist.

Bezüglich der Fluoridierung als prophylaktische Maßnahme konnte in den letzten Jahren festgestellt werden, dass die häufige Anwendung niedrig dosierter und lokal wirkender Fluoridpräparate (fluoridierte Zahnpasta und Speisesalz) für die Prophylaxe effektiver ist als die seltene Anwendung hoch dosierter systemisch wirkender Produkte.

Die Empfehlungen der zahnmedizinischen Fachgesellschaften haben sich entsprechend angepasst. Empfohlen wird die lokale Fluoridierung mittels fluoridierter Zahnpasta ab dem Durchbruch des ersten Zahnes. Dabei kann nach dem hier aufgeführten Schema vorgegangen werden:

Alter	Fluoridgehalt (%)	Häufigkeit	Menge
6 Monate – 2 Jahre	≤ 0,05	1 x tägl.	„Hauch“
2 – 6 Jahre	≤ 0,05	2 x tägl.	≤ erbsengroß
> 6 Jahre	0,1 - 0,15	2 – 3 x tägl.	1/3 – 1/2 Bürstenkopflänge

Die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz bei der Zubereitung von Mahlzeiten wird zusätzlich zur täglichen Zahnreinigung mit fluoridierter Zahnpasta empfohlen.

Wird keine fluoridierte Zahnpasta und auch kein fluoridiertes Speisesalz verwendet, kann eine Supplementierung mittels Fluor-

Alter	Fluoridkonzentration im Trinkwasser (mg/l)		
	< 0,3	0,3 – 0,7	>0,7
0-6 Monate	-	-	-
6-12 Monate	0,25	-	-
1-3 Jahre	0,25	-	-
3-6 Jahre	0,50	0,25	-
> 6 Jahre	1,0	0,5	-

ridtablettten abhängig von der jeweiligen Fluoridkonzentration im Trinkwasser erfolgen.

Zu beachten ist an diesem Schema, dass eine Fluoridierung vor Zahndurchbruch aus zahnärztlicher Sicht nicht nötig ist. Aufgrund der oft noch von den Kinderärzten verschriebenen Kombinationspräparate ist die Erhebung einer Fluoridanamnese unerlässlich, um eine Überdosierung zu vermeiden.

Die Mundhygiene bildet auch weiterhin einen wesentlichen Baustein der Prophylaxe von Zahnerkrankungen. Diese sollte schon im Kleinkindesalter in Form der Reinigung der Kieferkämme nach dem Stillen bei noch nicht durchgebrochenen Zähnen mit einem Mullläppchen oder einem Mikrofaserfingerling in Form eines Rituals etabliert werden. Dieses Vorgehen dient lediglich der Gewohnheitsbildung. Ab dem Durchbruch des ersten Zahnes sollte dieser bewusst von den Eltern unter Verwendung einer kleinen Menge an Kinderzahnpaste gereinigt werden. Nach Durchbruch aller Milchzähne sollte dieses Ritual zweimal täglich wiederholt werden. Erst

ab dem sechsten Lebensjahr ist die Anwendung einer Erwachsenenzahnpasta mit höherem Fluoridgehalt gefordert. Nachputzen durch die Eltern ist meist bis in das Grundschulalter hinein unbedingt erforderlich, da die Feinmotorik der Kinder noch nicht vollständig für eine effektive Mundhygiene entwickelt ist.



Etablierung der Mundhygiene

Kieferorthopädische Prophylaxe

Nur etwa 50% aller Anomalien der Kiefer- und Zahnstellung sind angeboren oder vererbt. In 10% der Fälle ist die Ursache nicht eindeutig zuzuordnen. Dagegen sind 40% der Anomalien erworben, das heißt sie sind durch Fehlverhalten (schädliche Gewohnheiten) entstanden und können durch Aufklärung und Verhaltensänderung beeinflusst werden.

Der Saugreflex darf nicht künstlich verlängert werden, da der dadurch ständig erzeugte Unterdruck im Mundraum die Entwicklung der Kiefer und des Alveolarknochens verzögert und verändert. Auch der Zahndurchbruch wird behindert. Ein offener Biss entsteht.



Offener Biss und inkompetenter Lippen-
schluss mit damit einhergehender
Mundatmung

Zusätzlich stört und beeinflusst jeder Fremdkörper zwischen den Zähnen das myofunktionelle Gleichgewicht. Fehlfunktionen wie das viszerale (infantile) Schluckmuster und die Mundatmung können sich sekundär etablieren.

Die Auswirkung auf die Zahn- und Kieferstellung ist abhängig von der Intensität, der Dauer und dem Alter des Kindes.

Beim Lutschen am Daumen ist die unerwünschte Wirkung auf den Alveolarfortsatz im Oberkiefer deutlich größer als beim Schnuller. Es kommt zu einer wesentlichen Verformung des Alveolarknochens. Zusätzlich wird durch die auf das Kinn aufliegende Faust das physiologische Wachstum des Unterkiefers behindert. Ab einem gewissen Alter können Veränderungen an den Fingern Anzeichen für eine Lutschgewohnheit geben.

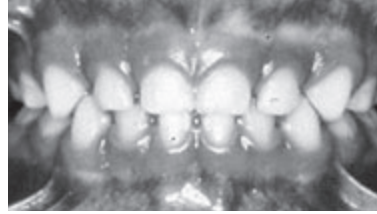
Verformung des Alveolarfortsatzes durch das Dauernlutschen



Bekannt ist auch, dass das Lutschen am Schnuller früher als das Dauernlutschen aufgegeben wird. Ab einem gewissen Alter kann dann nur nach Einsicht des Kindes und mit Hilfe einer Apparatur die Abgewöhnung erfolgen.

Zur Vermeidung der Entstehung von Zahnfehlstellungen und Kieferdeformitäten sollte auf eine wechselnde Haltung beim Stillen oder beim Geben des Fläschchens sowie auf die Schlaflage geachtet werden. Der Schnuller ist (beim Bedürfnis, den Saugreflex zu stillen) dem Daumen in den ersten Lebensmonaten vorzuziehen. Dabei sollte der Schnuller nach dem Einschlafen aus dem Mund gezogen werden. Einem kleinen anatomisch geformten Schnuller ist dabei der Vorzug zu geben. Dieser sollte aber nicht an der Kleidung befestigt werden und damit ständig griffbereit sein.

Ab dem Beginn der Zahneruption sollte der Schnuller abgewöhnt werden, spätestens aber nach dem dritten Lebensjahr, da bis zu diesem Alter noch die Aussicht auf eine Spontankorrektur und damit eine Selbstregulierung besteht. Das gilt allerdings nicht, wenn der Tonus der perioralen Muskulatur und auch der Zunge die geschaffene Deformität unterhält. In diesem Fall müssen kieferorthopädische Maßnahmen herangezogen werden.



Selbstregulierung eines offenen Bisses nach Absetzen des Schnullers

Aus diesen hier aufgeführten Gründen ist uneingeschränkt eine fachlich fundierte Aufklärung bei Kinderwunsch, während der Schwangerschaftszeit und natürlich nach der Geburt fortlaufend zu empfehlen, und zwar über die gesamte Entwicklungs- und Nutzungsperiode von Milch- und bleibendem Gebiss.

Hier sollten die beteiligten Fachdisziplinen Gynäkologie, Pädiatrie, Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie in ständigem Dialog den Eltern beratend zur Seite stehen.

Gezielt ausgerichtete Ernährungslenkung, individuell abgestimmte Fluoridierungsmaßnahmen, systematische Mundhygiene, sobald der erste Zahn in der Mundhöhle erscheint, sowie Vermeidung von Habits tragen nachweislich dazu bei, dass langfristig ein gesundes Gebiss entsteht und erhalten bleibt.

Literatur bei der Autorin

Dr. med. dent. Ekaterini Paschos
Poliklinik für Kieferorthopädie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Goethestraße 70
80336 München
E-Mail: kpaschos@dent.med.uni-muenchen.de

Psychiatrische Erkrankungen im Kindesalter

Martin Ruf



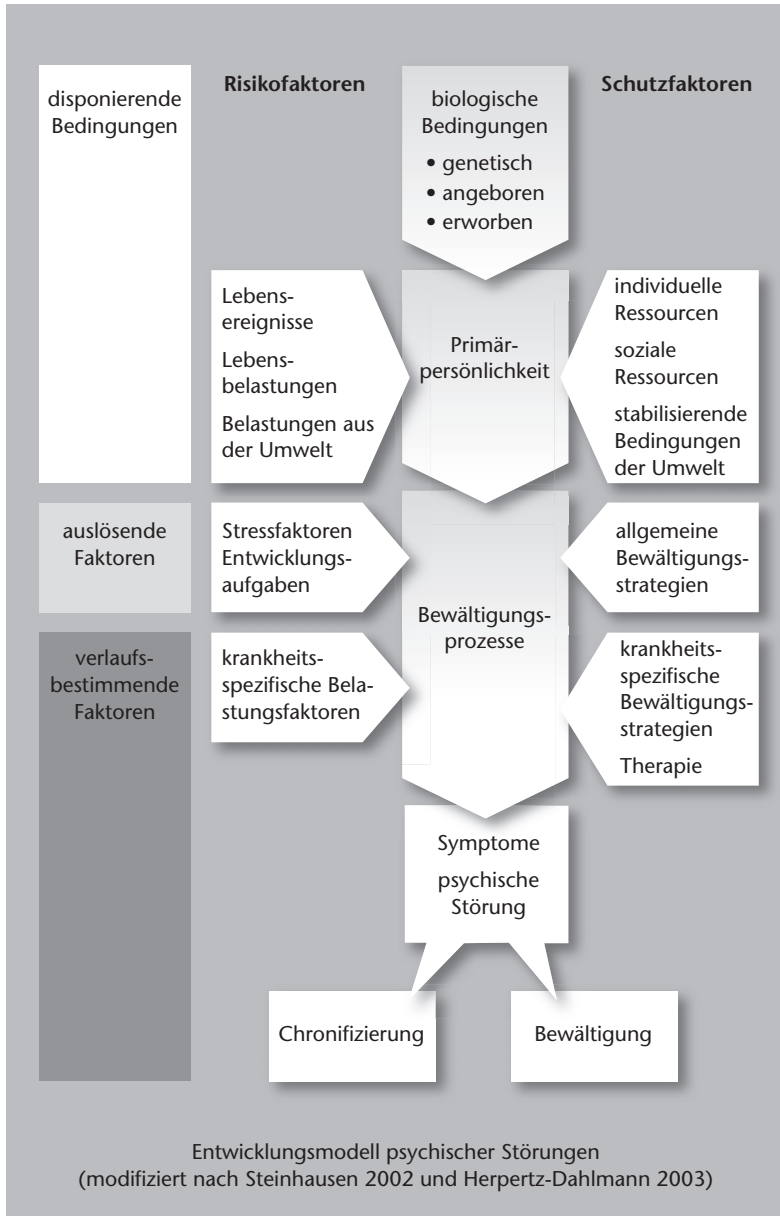
Die Lebensphasen von Kindheit und Jugend sind die Abschnitte der menschlichen Entwicklung mit der ausgeprägtesten Dynamik. Dieser rasante Entwicklungsprozess konstituiert sich auf den Ebenen biologischer, psychologischer und sozialer Einflüsse, die sowohl aufs engste miteinander verbunden sind, wie sich auch ständig wechselseitig beeinflussen (biopsychosoziales Entwicklungsmodell). Mögliche Risiken für eine gesunde Entwicklung von Kindern liegen im Wechselspiel von biologischen Faktoren, kognitiver Differenzierung und sozioemotionalen Bedingungen. Entwicklungshemmenden Einflüssen stehen auf der anderen Seite protektive Faktoren entgegen, die die Entstehung einer Erkrankung verzögern, abschwächen oder gar verhindern können.

Risiken wie auch Schutzfaktoren liegen einerseits auf Seiten des Individuums in angeborenen, genetischen wie auch während der Schwangerschaft erworbenen Faktoren. Auswirkungen auf die Entwicklung haben etwa die Intelligenz und das Temperament eines Kindes, seine Bewältigungsstrategien bei Belastungen und sein soziales Bindungsverhalten gegenüber engen Bezugspersonen.

Schädigungen im Mutterleib entstehen durch Krankheit sowie mütterlichen Konsum von Alkohol, Nikotin und anderen Drogen. Auf der anderen Seite wirken vielfältige Umwelteinflüsse auf die Entwicklung und interagieren mit den individuellen Faktoren. Von außen haben Lebensereignisse wie zum Beispiel der frühe Verlust eines Elternteils, Vernachlässigung, Misshandlung oder auch langjährige, belastende Beziehungserfahrungen im Zusammenleben mit körperlich oder psychisch kranken Eltern – man denke nur an die hohe Dunkelziffer von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit – auf die Entwicklung von Kindern nachhaltigen Einfluss. Ungünstige soziale Lebensbedingungen finden sich häufig in Alleinerziehendenfamilien oder sogenannten „Patchwork-Familien“ mit Stiefelternanteilen sowie Stief- und Halbgeschwistern, wie sie in unserer heutigen Gesellschaft neben traditionellen Familienformen ein etabliertes Familienmodell darstellen. Wie erste, im Mai 2005 veröffentlichte Ergebnisse einer großen Langzeitstudie des Deutschen Jugendinstituts zeigen, lebt ein Drittel unserer Kinder in beengten Wohnverhältnissen, die wiederum in erster Linie durch das geringe Einkommen der Eltern bedingt sind.

Die Entwicklung unserer Kinder erfolgt somit in einem komplexen Wechselspiel der unterschiedlichen Umwelteinflüsse mit der körperlichen und psychischen Ausstattung des Kindes (multifaktorielle Verursachung). Vor diesem Hintergrund verschiedenster Faktoren, die auf Kinder und Jugendliche einwirken, entstehen psychische Störungen, die professioneller Hilfe bedürfen.

Diese Vielschichtigkeit und Komplexität kinder- und jugendpsychiatrischer Probleme erfordert ganz besondere Anforderungen an Diagnostik und Therapie. Doch zuvor müssen wir uns das Grunddilemma der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit vergegenwärtigen. Welche Auffälligkeiten sind noch als „gesund“ zu bewerten und welche gelten bereits als „krank“? Was definieren wir



in unserer modernen Gesellschaft heute als Krankheit? Ist es schon in der „Körpermedizin“ oft schwierig eine genaue Einordnung zu treffen, fällt uns diese bei Verhaltens- und Gefühlsabweichungen noch ungleich schwerer. Psychische Auffälligkeiten können nicht, wie etwa Ergebnisse einer Blut- oder Ultraschalluntersuchung, im Sinne eines klaren Entweder-Oder zugeordnet werden, vielmehr sind hier in der Bevölkerung breite Bereiche noch im Rahmen des Normalen, also in der Norm liegenden Verhaltens zu berücksichtigen. Welche Ausprägung muß ein Stimmungstief haben, um als Depression gelten zu können? Ist die körperliche Unruhe und mangelnde Aufmerksamkeit eines 8-jährigen schon als Krankheit zu bezeichnen, die in der selben Ausprägung bei einem 3-jährigen Kind noch normal ist? Im Verlauf der Generationen unterliegt die Beurteilung, ob die Verhaltensauffälligkeit eines Kindes eine psychische Krankheit darstellt, angesichts fehlender objektiver Maßstäbe und der Abhängigkeit von gesellschaftlichen Werten und Normen einem stetigen Wandel. Sie fußt auf der Definition und Klassifikation von Krankheitsbildern durch Expertengremien, wie zum Beispiel in der „Multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen der WHO“, „ICD 10“ genannt.

Psychische Störungen im Kindesalter umfassen eine sehr große Gruppe von Auffälligkeiten. Insbesondere Störungen des Sozialverhaltens mit verbaler und körperlicher Aggressivität von Kindern, mit Lügen und Entlaufen bis hin zu dissozialen und kriminellen Handlungen erregen durch Presse- und Medienberichte immer wieder unsere Aufmerksamkeit. Auch die sogenannten Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen begegnen uns unter den verschiedensten Begriffen wie ADHS, ADS, hyperaktive Kinder, Zappelphilip-Syndrom und anderen oft in den Medien. Viele Kinder leiden unter Lernstörungen, zu denen die Legasthenie (Lese- und Rechtschreibstörung) und die Dyskalkulie (Rechenstörung) zählen, die zu Schulleistungsschwierigkeiten, damit verbundenen

häufigen Frustrationen und Selbstwertproblemen führen können. Schwierigkeiten in der Aussprache, unter denen etwa Lispeln oder Stottern noch zu den leichteren zählen, und Störungen in der Auswahl und Zusammenfügung oder im Verstehen von Worten und Sätzen machen eine Kommunikation mit anderen manchmal schier unmöglich und bedingen gravierende Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Nicht selten stehen emotionale Aspekte, wie bei Angststörungen und Phobien sowie bei depressiven Verstimmungen, im Vordergrund. Verweigert ein Kind oder Jugendlicher den Schulbesuch, können dem vielfältige Ursachen zu Grunde liegen – Angst vor der Schule wegen Leistungsproblemen oder Konflikten mit Mitschülern oder Lehrkräften genauso wie Ängste, sich von zu Hause zu entfernen oder auch Schulschwänzen im Rahmen einer erzieherischen Verwahrlosung. Hinter Traurigkeit und Rückzug als Symptomen depressiven Verhaltens können unterschiedliche Auslöser stehen, die es zuerst heraus zu finden gilt. Tic-Störungen mit ungewollten Zuckungen von Körperteilen und kaum zu unterbrechende Zwänge mit ständigem Ordnen oder Kontrollieren bedingen soziale Stigmatisierung und schwere Beeinträchtigungen der altersentsprechenden Entwicklung. Auch körperliche Symptome psychischer Störungen wie Einkoten und Einnässen oder die so häufigen Kopf- und Bauchschmerzen ohne körperliche Ursachen belasten Kinder und Familien sehr. Ohne all die weiteren, selteneren Krankheiten anzuführen, zählen auch Autismus, Essstörungen, Selbstverletzungen und Suizidalität, immer früher auftretende Suchtprobleme sowie Verhaltensstörungen bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen zum weiten Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen.

Verschiedene Erkrankungen bestehen oftmals gleichzeitig nebeneinander und verstärken sich gegenseitig. Soziale Ausgrenzung oder chronischer schulischer Misserfolg führen nicht selten zu Folgeerscheinungen wie Aggressivität oder Depression und so entstehen

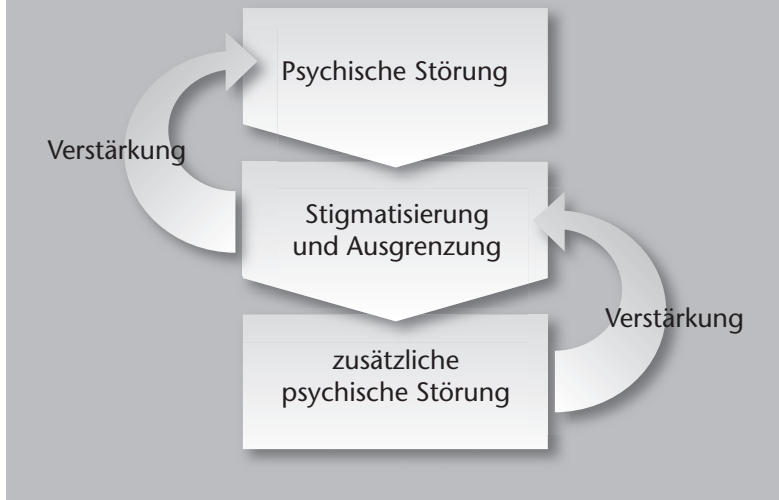
Psychische Störungen im Kindesalter (Auswahl)

- Störungen des Sozialverhaltens
- Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Lernstörungen
- Sprachstörungen
- Emotionale Störungen
- Tic-Störungen
- Zwangsstörungen
- Psychosomatische Störungen
- Einnässen und Einkoten
- Autismus
- Ess-Störungen
- Suchtstörungen
- Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung
- Selbstverletzungen und Suizidalität

aus dem Leid und der Stigmatisierung durch die eine Krankheit zusätzliche Auffälligkeiten und neue Erkrankungen.

Die Diagnostik kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen erfordert mit den unterschiedlichen Untersuchungen zur Erhebung möglicher Einflüsse auf der körperlichen, der psychischen und der sozialen Ebene einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand. Neben der eingehenden Beobachtung und Untersuchung des Kindes ist die ausführliche Erhebung aller relevanten Angaben zur bisherigen Entwicklung, zur Lebenssituation in der Familie, in Kindergarten oder Schule und in der Gleichaltrigengruppe sowie zu den aktuellen Auffälligkeiten des Kindes eine grundlegende Voraussetzung zur Bewertung weiterer Ergebnisse. Zusätzlich zu Eltern oder anderen familiären Bezugspersonen ist es deshalb meist erforderlich, auch Kontakt zu Kindergärten, Horten oder Schulen aufzunehmen, um dort Informationen aus erster Hand zu gewin-

Teufelskreis bei der Entwicklung psychischer Störungen



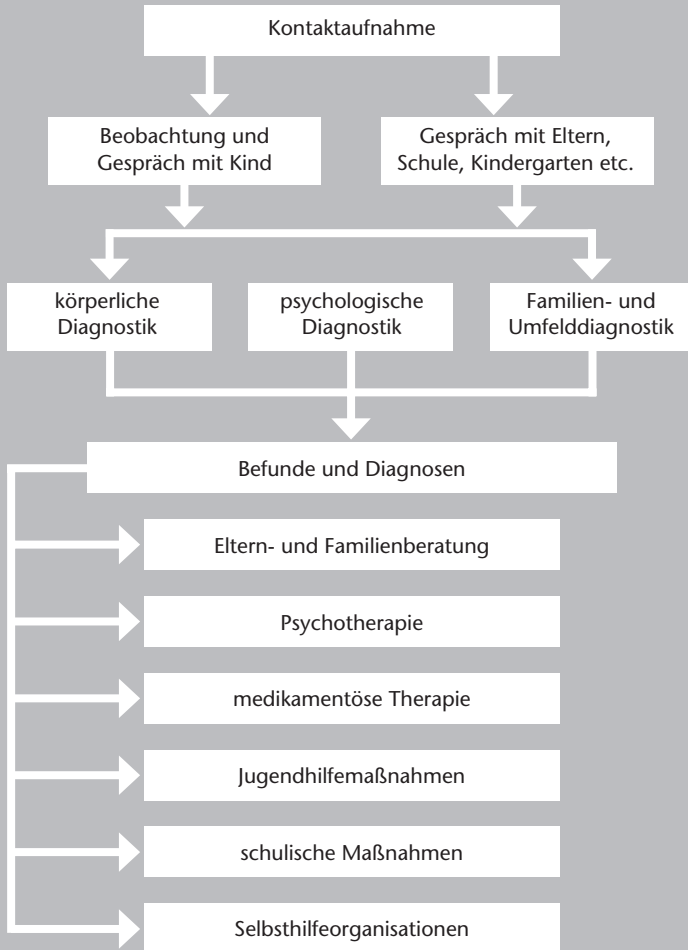
nen. Neben der körperlichen Diagnostik, meist mit Laboruntersuchungen und Hirnstromableitung zum Ausschluss körperlicher Ursachen, stellt die Testpsychologie eine ganz wesentliche Säule der Diagnostik dar. Hier wird mit verschiedensten Testverfahren etwa die Intelligenz des Kindes gemessen, seine Lese- und Rechtschreibfertigkeiten erhoben, Konzentration und Aufmerksamkeit geprüft oder auch Persönlichkeitszüge und Beziehungsmuster herausgearbeitet. Weitere, spezielle diagnostische Schritte wie zum Beispiel logopädische Untersuchungen komplettieren schließlich den Prozess der Diagnostik.

Die Behandlung kinderpsychiatrischer Entwicklungsstörungen und Krankheiten setzt sich angesichts der Verursachung durch verschiedenste Einflussfaktoren auch als multidimensionales Vorgehen mit einem Bündel von Maßnahmen zusammen. Neben einer einge-

henden Eltern- und Familienberatung zählen dazu verschiedene psychotherapeutische Verfahren auf tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer und systemisch-familientherapeutischer Basis. Psychotherapie kann nur mit dem einzelnen Kind, gemeinsam mit der Familie oder auch in einer Kindergruppe – etwa zum Trainieren adäquaten Sozialverhaltens – erfolgen. Nicht immer ist eine Behandlung mit Psychopharmaka angeraten, sie kann aber im Einzelfall einen wichtigen Baustein eines Therapiekonzeptes darstellen. Weitere häufige Bausteine sind Logopädie, Ergo- und Bewegungstherapie, Kunst- oder Musiktherapie und verschiedene heilpädagogische Maßnahmen. Die Wahl des richtigen Schultyps, spezielle schulische Fördermaßnahmen, die Berücksichtigung von Lernstörungen bei der Benotung zählen zu schulischen Maßnahmen, die die Entwicklung psychischer Störungen verhindern oder bestehende abmildern können. Insbesondere Hilfen aus dem Bereich der Jugendhilfe wie ambulante sozialpädagogische Familienhilfen, Betreuung in heilpädagogischen Kindergarten- oder Horteinrichtungen und letztlich auch außerfamiliäre Unterbringungen in Pflegefamilien und Heimeinrichtungen sind oftmals wichtige Bestandteile eines therapeutischen Gesamtkonzeptes.

Gerade in der letzten Zeit gewann die Forschung neue Erkenntnisse über das Wechselspiel von frühkindlichen Erfahrungs- und Lernprozessen einerseits und Reifungsvorgängen im Gehirn andererseits. Schon der Säugling ist ein aktives und auf zugewandte Anregung von außen angewiesenes Wesen, das emotionale, soziale und kognitive Erfahrungen abspeichert und damit Strukturen für die weitere Entwicklung legt. Das Erkennen von Eigenwirksamkeit und dadurch die Entwicklung von Selbstbewusstsein sind bereits um den 4. Lebensmonat feststellbar. Die Entwicklung von Empathie und vertrauensvoller Bindung an die Bezugsperson im Kleinkindesalter sind grundlegende Tragpfeiler einer positiven Entwicklung. Bereits im Säuglings- und Kleinkindalter entstehen

Multidimensionale Diagnostik und Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Veränderungen im Gehirn mit Auswirkungen auf die intellektuelle, emotionale und soziale Entwicklung von Kindern. Dies belegt um so mehr die Notwendigkeit frühzeitiger präventiver und therapeutischer Maßnahmen.

Leider vergehen heute bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen immer noch oft Jahre vor einer Diagnosestellung und Beginn einer Behandlung, könnten doch frühzeitige Maßnahmen Krankheitsentstehung oder Chronifizierungen verhindern. Durch frühzeitige Präventionsmaßnahmen mit Aufklärung in Öffentlichkeit, Medien und Schulen, Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Mitarbeiter in Kindergärten und Horten, Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe und in Beratungsstellen, durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und in Kinderkliniken, durch Haus- und Kinderärzte und den Kinder- und Jugendpsychiater könnte der Entwicklung psychischer Krankheiten oftmals vorgebeugt und eine bereits entstandene Erkrankung, die die weitere Entwicklung meist massiv beeinträchtigt und mit erheblichem Leid für die Kinder verbunden ist, der nötigen Behandlung zugeführt werden. Auch ein ausreichendes Netz von Selbsthilfegruppen, die von Eltern auf Grund geringerer Hemmschwellen oft schon vor professionellen Helfern kontaktiert werden, spielt in diesem Zusammenhang eine nicht unbedeutende Rolle.

Eine noch besser funktionierende Vernetzung und engere Kooperation all dieser Institutionen scheint für die Zukunft notwendig, um persönliches Leiden bei Kindern und Familien einerseits und nicht zuletzt auch volkswirtschaftlichen Schaden andererseits zu minimieren und abzuwenden. Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist auf Grund seines speziellen Fachwissens und seiner ganzheitlichen, mehrdimensionalen Betrachtung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern in diesem System das zentrale Glied für eine eingehende Diagnostik, multi-

dimensionale Behandlung und Koordination zusätzlicher Maßnahmen mit anderen Fachbereichen. Eine ausreichende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sowohl im ambulanten Bereich mit niedergelassenen Fachärzten wie auch im Klinikbereich mit Klinikambulanzen, tagesklinischem und stationärem Behandlungsangebot ist für eine adäquate Versorgung zum Wohle unserer Kinder, Jugendlichen und Familien unabdingbar.

Dr. med. Martin Ruf
Abteilung Rosenheim der Heckscher-Klinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Ellmaierstraße 27
83022 Rosenheim
Tel. (0 80 31) 30 44-0
E-Mail: Martin.Ruf@heckscher-klinik.de

Neurologische Erkrankungen im Kindesalter

Psychosoziale Belastung von Familien mit Kindern mit chronisch neurologischen Erkrankungen

Stephan Springer



Neurologische Erkrankungen spielen in der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere in der Klinik, aber auch in der Praxis eine immer größere Rolle. Die absolute Häufigkeit der meisten Krankheitsbilder hat zwar nicht zugenommen. Es handelt sich aber meist um schwerwiegende, oft chronische Erkrankungen. Die Lebenserwartung und Lebensqualität der betroffenen Kinder konnten in den vergangenen Jahren teilweise deutlich verbessert werden. Um so mehr ist eine kompetente interdisziplinäre Behandlung für diese Kinder erforderlich. Die häufigsten Erkrankungen, die zu einer Konsultation eines Neuropädiaters führen, sind chronische Kopfschmerzen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen infolge Frühgeburtlichkeit, Epilepsien sowie neurometabolische und neurodegenerative Erkrankungen. Am Beispiel der ehemaligen Frühgeborenen, der Epilepsiepatienten und der geistig Behinderten wird exemplarisch das Ausmaß der Einschränkung der psychosozialen Anpassung dieser Kinder und ihrer Familien dargestellt. Die Wechselwirkungen zwischen chronisch neurologisch erkranktem Kind, Elternhaus und sozialem Umfeld werden erläutert. Hilfen zur Bewältigung werden vorgestellt.

Bedeutung der Neuropädiatrie

Die Neuropädiatrie (Kinderneurologie) als Schwerpunkt der Kinderheilkunde umfasst die Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Kindern mit akuten und chronischen neurologischen Erkrankungen. Die Betreuung chronisch kranker Kinder steht im Zentrum dieser Tätigkeit. In Kinderkliniken stellt die Neuropädiatrie, welche bis zu 30% der stationär pädiatrisch behandelten Kinder mit begleitet, die größte Subspezialität dar. Im stationären Bereich werden vorwiegend akut neurologische Erkrankungen und akute Notsituationen infolge chronischer Erkrankungen behandelt, im ambulanten Bereich werden vorwiegend die chronisch neurologisch erkrankten Kinder betreut. Bei neuropädiatrischen Krankheitsbildern findet sich häufig eine Komorbidität, das heißt die Kinder haben verschiedenste Begleiterkrankungen. Daher erfordert ihre Versorgung für den Neuropädiater einerseits eine kompetente multidisziplinäre medizinische Behandlung und andererseits

Akut	Chronisch
Fieberkrämpfe	Folgen der Frühgeburtlichkeit
Status epilepticus	Epilepsien
Neurometabolische Krisen	Komorbidität geistiger Behinderung
Hirnfarkte	Kopfschmerzen
Meningo-Enzephalitiden	Hirnanlagestörungen/ Hydrocephalus
Fazialisparese	Zerebrale Bewegungsstörungen
Schädel-Hirn-Trauma	Neuropathien/ Myopathien
Hirnblutungen	Tumoren
	Multiple Sklerose (MS)

Tab. 1: Akute und chronische neuropädiatrische Erkrankungen

die enge Zusammenarbeit mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens (Behinderteneinrichtungen, Jugendämter, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen). Die häufigsten neuropädiatrischen Krankheitsbilder sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Chronisch neuropädiatrische Erkrankungen führen zu einer hohen Belastung der betroffenen Kinder und ihrer Familien. Die Kinder sind einerseits durch die Behinderung in ihrer Entfaltung und Entwicklung beeinträchtigt und andererseits durch den dauerhaften Behandlungsbedarf belastet; die Familien sind durch die Behinderung der Kinder stigmatisiert, durch die aufwendigen Behandlungen belastet und durch die besondere Rolle der behinderten Kinder in der Familie in ihrem sozioemotionalen Gleichgewicht gefährdet. Die Bedeutung chronisch neuropädiatrischer Erkrankungen wird ausführlich anhand der Frühgeburtlichkeit, der Epilepsie und der geistigen Behinderung exemplarisch dargestellt.

Folgen der Frühgeburtlichkeit

Als Frühgeborene bezeichnet man Kinder geboren nach einer Tragzeit unter 37 Wochen. Dies betrifft 4-7% aller Geburten in Deutschland. Eine sogenannte extreme Frühgeburtlichkeit liegt bei 1-1,5% aller Geburten mit einer Tragzeit unter 32 Wochen vor. Die medizinische Bedeutung der Frühgeburtlichkeit liegt darin, dass sie einerseits zu zwei Drittel der Säuglingssterblichkeit beiträgt und andererseits zu einer Behinderung der überlebenden Kinder führen kann. Das Gleiche gilt für die sogenannte Mangelgeburtlichkeit mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2500g bei 6-8% aller Geburten und einem Geburtsgewicht von weniger als 1500g bei 0,5-1,5% aller Geburten.

Betrachtet man die Chancen eines ehemaligen Frühgeborenen von unter 28 Wochen oder unter 1000g Geburtsgewicht, so erleiden

diese Kinder zu einem Sechstel schwere Behinderungen, zu einem Sechstel mäßige Behinderungen, zu einem Drittel leichte Behinderungen und sind nur zu einem Drittel vollkommen gesund.

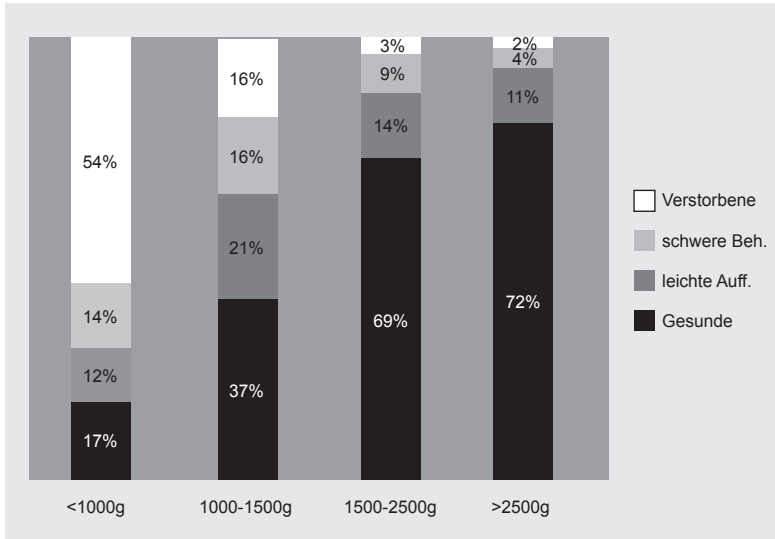


Abb. 2 Prognose der Frühgeburtlichkeit (nach 1)

Mit schweren Behinderungen sind Cerebralpareesen, Hirnblutungen, Epilepsien und Erblindung gemeint, mit leichten Defiziten sind die motorischen Koordinationsstörungen, Teilleistungsstörungen und Verhaltensstörungen gemeint. Die psychosoziale Bedeutung der schweren Behinderungen liegt auf verschiedenen Ebenen. Einerseits sind die Kinder durch die häufig assoziierte geistige Behinderung und durch die Bindung an den Rollstuhl stigmatisiert. Sie sind im Alltag fast ständig auf fremde Hilfe angewiesen. Ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung ist aber auch durch die Multimorbidität – das Nebeneinander verschiedener Behinderungen und Erkrankungen – erheblich beeinträchtigt. Der

häufige medizinische (neurologische und orthopädische) Versorgungsbedarf belastet Kinder und Familien.

Die Belastungen bei den sogenannten leichten Defiziten liegen darin, dass viele der betroffenen Kinder letztendlich auch nicht dauerhaft im Regelkindergarten bzw. in den Regelschulen verbleiben können. Viele dieser Kinder haben doch einen so hohen Hilfsbedarf, dass sie einerseits heilpädagogischer Förderung und andererseits regelmäßiger Übungsbehandlungen (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Legasthenietherapie) bedürfen. Viele dieser Kinder besuchen Schulklassen der Förderzentren. Durch diese Belastungen erfahren auch die Kinder mit den sogenannten leichten Defiziten eine deutliche Belastung und oft auch Ausgrenzung.

Epilepsien

Die Epilepsien gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Die kumulative Inzidenz für epileptische Anfälle beträgt 0,5% für symptomatische Anfälle, 2-4% für Fieberkrämpfe und 0,5% für unprovoked Anfälle bis zum 20. Lebensjahr (2). Daraus resultiert eine Prävalenz von 0,3-0,6% für Epilepsien bei Kindern. Die moderne antikonvulsive Behandlung hat dazu geführt, dass das Anfallsrisiko bereits durch die Erstbehandlung durchschnittlich halbiert werden kann und Anfallsfreiheit bei gut einem Drittel der Patienten primär erreicht werden kann. 15-30% der Epilepsien erweisen sich aber im Verlauf als therapieresistent. Dies gilt besonders für die sogenannten Herdepilepsien (3). Die Prognose ist letztendlich von der Zuordnung zu einem Epilepsiesyndrom abhängig. Syndrome mit meist guter Prognose sind zum Beispiel die Rolando-Epilepsie und die Absencen; Syndrome mit schlechter Prognose sind das ESES und das Lennox-Gastaut-Syndrom. Wenn eine Epilepsie nicht primär erfolgreich behandelt werden kann, ist der Kontakt zu einem Epilepsiezentrum oder

mindestens zu einem epileptologisch erfahrenen Neuropädiater erforderlich, um die umfangreiche weitere Diagnostik und Differentialtherapie einzuleiten (Adressen siehe z.B. unter www.liga-epilepsie.de).

Auch wenn Kinder mit einer Epilepsie meist nicht durch eine sichtbare körperliche Behinderung stigmatisiert sind, erstrecken sich die Krankheitsfolgen auf viele unterschiedliche Bereiche. Der Besuch einer Regelschule ist oft noch möglich, aber durch die kognitive Leistungsminderung infolge der Epilepsie und ihrer Behandlung erschwert. Die Berufswahl ist demgegenüber meist deutlicher eingeschränkt. Besonders im schulischen und beruflichen Umfeld der Patienten ist meist eine gute und wiederholte Aufklärung erforderlich, um eine Integration erhalten zu können. Jugendliche Epilepsiepatienten sind durch die Einschränkungen beim Erwerb des Führerscheins und bei Schwangerschaften unter antikonvulsiver Medikation zusätzlich in ihrer Entfaltung beeinträchtigt.

Geistige Behinderung

Bei der geistigen Behinderung handelt es sich ebenfalls um ein häufiges Phänomen. Definitionsgemäß sind 3% aller Kinder von einer bleibenden geistigen Behinderung betroffen. Die Bedeutung für die Neuropädiatrie liegt darin, dass bei einigen Kindern mit geistiger Behinderung zugrundeliegende Ursachen und Begleiterkrankungen gefunden werden können. Eine kompetente differentialdiagnostische Beurteilung ist erforderlich, um Aussagen zur langfristigen Entwicklungsprognose machen zu können, behandelbare Grunderkrankungen zu erkennen und der Familie eine kompetente genetische Beratung zu ermöglichen. Je schwerer die geistige Behinderung ist, desto wahrscheinlicher ist eine Ursache zu finden.

	ICD10	IQ	Anteil
Leicht	F70	70-50	80%
Mittel	F71	49-35	12%
Schwer	F72	34-20	7%
Schwerst	F73	19-0	<1%

Tab. 2: Häufigkeit der Schweregrade geistiger Behinderung

Die häufigsten Begleiterkrankungen der geistigen Behinderung sind Hirnanlagestörungen, genetische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Epilepsien (4). Eine endgültige Diagnose wird gestellt aus dem NMR in 30-55%, der Genetik in 10-13%, der Stoffwechselfdiagnostik und dem EEG in je 1% der Fälle (4).

Die psychosoziale Einschränkung der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ist erheblich. Aus der Sicht der Eltern stellt die geistige Behinderung diejenige Form der Behinderung mit der stärksten psychosozialen Beeinträchtigung dar. Dies dürfte seine Ursache vor allem in der Stigmatisierung der Kinder und der Unveränderlichkeit der Behinderung haben. Konkret sind die Kinder mannigfaltig eingeschränkt. Dies beginnt mit eingeschränkten schulischen Fertigkeiten, führt weiter zu einer eingeschränkten Selbständigkeit bis hin zu einer Einschränkung im Bereich lebenspraktischer Fertigkeiten. Durch die oft reduzierten Kommunikationsmöglichkeiten können die Betroffenen ihre Bedürfnisse auch nur eingeschränkt ausdrücken. Dadurch sind sie mehr als andere Behinderte von Misshandlung und Missbrauch bedroht. Sie haben langfristig wenig Chancen auf dem freien Arbeits- oder Wohnungsmarkt, so dass sie letztendlich im Erwachsenenalter in der Regel in

betreuten Einrichtungen leben müssen. Das soziale Umfeld geistig Behinderter ist dadurch deutlich eingeschränkt.

Problem der psychosozialen Anpassung

Anhand der drei Beispiele neuropädiatrischer Erkrankungen wird erkennbar, dass die psychosoziale Anpassung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher auf unterschiedlichen Ebenen beeinträchtigt werden kann. Man kann diese Ebenen zusammengefasst für alle chronischen Erkrankungen benennen als die

- subjektive Belastung des Kindes,
- die Belastung der Familie und
- die Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld.

Die subjektive Belastung ist abhängig vom Ausmaß der Behinderung, von der Klarheit und dem Inhalt der Prognose und besonders auch von der subjektiv empfundenen Lebensqualität.

Die Belastung der Familie hängt von ganz anderen Faktoren ab. Dies sind die Stigmatisierung des Kindes und der Familie durch die Art der Behinderung, das Verhalten des Kindes – besonders bei ausgeprägten externalisierenden Verhaltensstörungen – sowie der Pflege- und Zeitaufwand für die Versorgung des Kindes.

Die Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld geschieht in unterschiedlichen Bereichen. So sind chronisch behinderte Kinder in ihren sozialen Möglichkeiten eingeschränkt unter anderem durch Missverständnisse über ihre Erkrankung ebenso wie durch Verhaltensauffälligkeiten, Kommunikationsschwierigkeiten und ihre Unselbständigkeit.

Hilfen

Kinder und Jugendliche mit chronisch neuropädiatrischen Erkrankungen benötigen interdisziplinäre Hilfen. Das bedeutet, dass bei ihrer Behandlung und Versorgung nicht nur unterschiedliche medizinische Fachgebiete zusammenarbeiten müssen, sondern dass eine integrierte Versorgung mit Hilfe verschiedener Ebenen der Gesundheitsversorgung installiert werden muss.

Bei den Ärzten sind beteiligt die Kinderärzte, Neuropädiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater in Praxis und Klinik. Als Schulen kommen vorwiegend Schulen für Körperbehinderte und Schulen zur Lebensbewältigung in Betracht. Heilpädagogen, physikalische-, Ergo- und Sprachtherapeuten ergänzen die Versorgung, die meist innerhalb spezialisierter Einrichtungen realisiert wird. Die Sozialdienste der Jugendämter, Schulen und Kliniken, sowie die Frühförderstellen werden für die Organisation, Strukturierung und Zusammenführung der Hilfen benötigt. Selbsthilfegruppen spielen als ergänzende Hilfe eine wesentliche Rolle.

Zusammenfassung

Folgen der Frühgeburtlichkeit, Epilepsien und die geistige Behinderung sind häufige neuropsychiatrische Erkrankungen, die jeweils bis zu 1-5% aller Kinder betreffen können. Es handelt sich um unterschiedlich schwere Behinderungen. Deren Bedeutung liegt einerseits in der Häufigkeit und dem Ausmaß begleitender Störungsbilder, dem Ausmaß der Beeinträchtigung in den verschiedenen Lebensbereichen (Schule, Umfeld und Familie) und den Möglichkeiten der Hilfe in Kliniken, Förderzentren und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Literatur

1. Ohrt B, Riegel R, Wolke D. Longterm prognosis of very small premature infants. Arch Gynecol Obstet 1995; 257 (1-4): 480-92.
2. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. Epilepsia 1993 May-Jun; 34 (3): 453-68.
3. Siemes H, Bourgeois BFD. Anfälle im Kindes- und Jugendalter. Thieme Verlag 2001: S.1-9.
4. Shevell M et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology 2003 Feb 11; 60 (3): 367-80.

Dr. med. Stephan Springer

Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Fachbereich III: Entwicklungsstörungen

Deisenhofener Straße 28

81539 München

Tel. (0 89) 99 99-11 40

E-Mail: Stephan.Springer@heckscher-klinik.de

**Gesundheitliche Belastung für Mutter und Kind durch
chronische Krankheit des Kindes**

Pädagogik – Medizin – Selbsthilfe Die Konduktive Förderung

Peter von Quadt

Neue Wege im Umgang mit behinderten Kindern geht das Konduktive Förderzentrum FortSchritt gGmbH. Nach der Methode des ungarischen Arztes András Petö erlernen Kinder mit Zerebralparese hier Bewegungen und Aufgaben des täglichen Lebens und werden so in ihrer Eigenaktivität und Eigenverantwortung gefördert. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der Mensch und nicht die Behinderung.

Konduktive Förderung

Der ungarische Arzt András Petö war Arzt und Pädagoge. Seine Eltern schickten ihn zum Medizinstudium nach Wien, dort traf er in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts auch auf Sigmund Freud und dessen neue Erkenntnisse. Während seiner Ausbildung kam er frühzeitig mit der Orthopädie in Berührung. Er beschäftigte sich nicht nur damit, sondern er bildete sich auch auf den Gebieten der Neurologie, der Rehabilitation und der Psychologie fort. Nach dem 2. Weltkrieg nahm er die bewegungstherapeutische Arbeit in Budapest auf, dort hatte er mit seiner neuen Therapie überraschende Erfolge.

Zuerst wurde Petö Professor der Heilpädagogischen Hochschule, im Jahr 1948 wurde ein eigener Lehrstuhl für Bewegungstherapie geschaffen. 1950 wurde das Petö-Institut in Budapest fertig gestellt. Dort verknüpfte er Therapie und Schule mit der Ausbildung

und dem Berufsbild der Konduktorin oder des Konduktors. Es wurde ein komplexes Fördersystem für betroffene Kinder entwickelt, welches von der Geburt bis hin in das Erwachsenenalter angewendet wird. Ziel der konduktiven Förderung ist es,

- eine adaption- und lernfähige Person zu entwickeln, die in der Lage ist, eine aktive und glückliche Lebensweise zu führen.
- eine Integration möglichst ohne Hilfsmittel oder Hilfspersonen in die Gesellschaft zu erreichen.

1970 kamen die ersten Kinder aus dem Ausland, auch aus Deutschland, zur Therapie nach Budapest, nachdem viele Eltern mit den Erfahrungen in Behandlung und Ausbildung nicht zufrieden waren.

Mögliche Folgen einer Zerebralparese

gestörte Motorik	gestörtes Hören	Angst, Unsicherheit
gestörte Reflexe	gestörtes Sehen	verlangsamtes Denken
gestörte Koordination	deformiertes Skelettsystem Muskelkontrakturen	Speichelfluss
gestörte Wahrnehmung	Verhaltensstörungen	Essstörungen
gestörte Konzentration	Sprachauffälligkeit	Tonusveränderungen
Auftreten von Anfallsleiden	vegetative Störungen	

Sehr häufig treten mehrere Folgen gleichzeitig, dass heißt in Verbindung miteinander auf!

Was ist an der Konduktiven Förderung nach Petö anders im Gegensatz zu herkömmlichen Therapien?

„Lasst doch die gelähmten Muskeln und beschäftigt euch mit der ganzen Persönlichkeit“, meinte Petö und stellte damit die Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist in den Mittelpunkt.

Gearbeitet wird in homogenen Gruppen, hingeführt zur Eigenaktivität und Eigenverantwortung. Im Gegensatz zu räumlich und zeitlich isolierten Einzelförderungen wird in dieser Therapie durch die immer gleiche Bezugsperson der Tag gestaltet, dabei für das Kind eher unbewusst therapiert und durch immer gleiche Routineaufgaben des täglichen Lebens geübt.

Eltern von Kindern mit infantiler Zerebralparese suchen nach wirkungsvollen Maßnahmen, die ihren Kindern eine Verbesserung der Lebenssituation bieten. Nach dem Fall der Mauer und des Eisernen Vorhangs wurde die ungarische Behandlungsmethode besser bekannt und so erfuhren die Eltern von den unerwarteten Entwicklungsfortschritten betroffener Kinder.

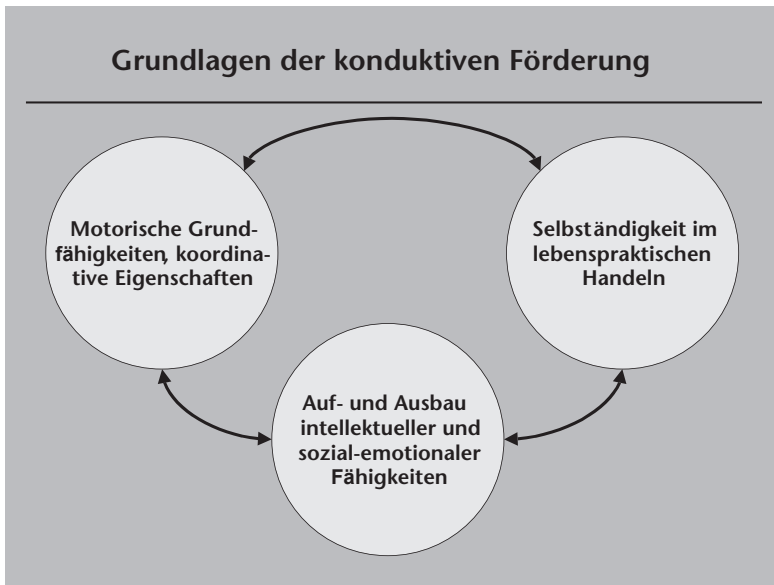
So konnte die Konduktive Förderung in Deutschland eingeführt werden und hat auch hier schon vielen Betroffenen zu einem lebenswerten und eigenständigem Leben verholfen. Integration darf nicht nur ein Wort sein, sondern muss unterstützt und gefördert werden. Entsprechende Forschungen wurden bereits durchgeführt und Unsicherheiten konnten ausgeräumt werden. Mit großer Hoffnung warten Tausende Betroffene darauf, dass die Petö-Therapie hierzulande endlich als Behandlungsmethode anerkannt wird und mit Unterstützung der Krankenkassen allen zugute kommt.

Heilpädagogischer Kindergarten und Kleinkindgruppe in Niederpöcking

Warum ganzheitliche Therapie?

Das Novum dieser Therapieform ist die ganzheitliche Betrachtung des Kindes, nicht eine isolierte Diagnose. Der Leitgedanke ist, dass es sich bei Bewegungsstörungen nicht um eine Krankheit, sondern um eine Lernstörung handelt, die neben der Motorik die gesamte Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt. Eine begrenzte Mobilität hat selbstverständlich einen eingeschränkten Wahrnehmungs- und Erfahrungsschatz zur Folge.

Wird die gesamte Persönlichkeit und damit vor allem auch das Selbstbewusstsein gestärkt, erzielt man automatisch auch auf der Bewegungsebene große Fortschritte.



Warum nur eine Bezugsperson für die kleinen Persönlichkeiten?

Für Kinder stellen viele Einzeltermine bei unterschiedlichen Therapeuten oft einen großen Stressfaktor dar, da sie sich immer wieder an neue Kontaktpersonen und fremde Umgebungen gewöhnen müssen. Eltern sind durch die vielen Termine oft einfach überlastet. Der Vorteil einer einzigen Bezugsperson und einer vertrauten Gruppe liegt daher auf der Hand.

Ebenso entscheidend ist aber auch, dass der Konduktor/die Konduktorin den strukturierten Tagesplan so aufbaut, dass alle Bereiche (Motorik, Kognition, Wahrnehmung und Sprache) gleichzeitig gefördert werden, um auch hier einen größtmöglichen Lerneffekt zu erzielen.

Wer sind die Konduktoren?

Die hochqualifizierten Konduktoren absolvieren eine vierjährige Hochschulausbildung mit Diplomabschluss. Das Studium umfasst sowohl die physiologische, ergotherapeutische, logopädische und psychologische Ausbildung für die Therapie als auch eine pädagogische Ausbildung als Grundschullehrer. Für die internationalen Einrichtungen erlernen die Fachkräfte auch die entsprechende Fremdsprache und fördern Kinder im Rahmen von Auslandsaufenthalten. Seit neuestem absolvieren auch Fachkräfte aus dem Ausland die Ausbildung in Budapest, um die ganzheitliche Förderung in ihren Heimatländern entsprechend anwenden zu können.

Was ist die Mutter-Kind-Gruppe?

Die Mutter-Kind-Gruppen für sechs Monate alte bis dreijährige Kinder ermöglicht nicht nur den Kleinsten ein tägliches spiele-

risches Lernen, sondern bindet auch die Eltern intensiv ein, um so die Übungen für den Alltag gezielt zu lernen. Die tägliche Therapie ermöglicht den Konduktoren und den Kindern ein gegenseitiges komplexes Kennenlernen und den Aufbau von tiefem Vertrauen. Die Konduktive Förderung verbindet Bewegung, Sprache und Rhythmus und versucht damit, eine größtmögliche Selbständigkeit zu erreichen. Alle Aufgabenreihen werden so spielerisch wie möglich aufgebaut und durch „rhythmisches Intendieren“ mit Reimen, Liedern etc. unterstützt.

Der Tagesablauf folgt einem festen Plan. Mit Hilfe von einfachen multifunktionalen Therapiemöbeln und -geräten (Pritschen, Sprossenwände, Sprossenstühle, Barren usw.) werden die verschiedenen Therapiepunkte ausgeführt: **Liege- und Sitzprogramme, Steh-, Geh- und Laufprogramme, Lebenspraxisprogramme** (Toiletten-gang, möglichst selbständiges Essen und Trinken, An- und Auskleiden, Händewaschen und Zähneputzen), **Handprogramme** (Feinmotorik, Greifen, Halten und Loslassen, Verbesserung der Augen- Handkoordination) und **kognitive Programme** (Sprach- und Wahrnehmungsförderung, Erlernen von problemlösendem Denken, Ausführen von kleinen Aufgaben).

Eine wichtige Säule dabei ist die Pädagogik, denn die Kinder erleben die Therapie als eine facettenreiche Reihe von Spielen, sind dabei glücklich und hoch motiviert: Nur auf dieser Basis ist ein erfolgreiches Lernen möglich.

Was bietet der heilpädagogische Kindergarten?

Der ganzheitliche Ansatz umfasst, wie bereits beschrieben, für Kinder ab drei Jahren neben Geschicklichkeitsspielen, Theater, Malerei, Gestaltung, Atem- und Sprechübungen vor allem Bewegungsübungen. Periodisch wird auch eine Bewegungstherapie im

Wasser angeboten. Kinder ab vier Jahren erhalten zusätzlich eine schulvorbereitende Bildung im Rahmen des Vorschulprogramms. In den Kindergärten gehen die Kinder alleine – eine große Entlastung für die Mütter.

Peter von Quadt
FortSchritt Konduktive Förderung GmbH
Ferdinand-von-Miller-Straße 14
82343 Niederpöcking
Tel. (0 81 51) 9 16 94 90
E-Mail: info@fortschritt-starnberg.de

Gesundheitliche Prävention von Mutter und Kind – Plädoyer für Toleranz in Pädagogik und Medizin

Engelbert Fuchtmann



Ich bitte um Nachsicht, dass nach so vielen gewichtigen Fachvorträgen zum Abschluss noch ein gesundheitspräventives Plädoyer für mehr Toleranz in Pädagogik und Medizin folgen soll. Beginnen möchte ich mit einem doppelten Blitzlicht:

Bei Saunabesuchen im Winter lässt es sich kaum vermeiden, auch „schwergewichtigeren“ Saunagästen zu begegnen ... bei einem solchen Anblick äußerte kürzlich mein Saunafreund, der als Chirurg in einer Münchner Klinik arbeitet, natürlich eher flapsig: „Wenn die Leute nicht soviel essen würden, hätte ich nicht soviel zu tun.“ Er meinte damit sein wichtiges Arbeitsfeld: das operative Einsetzen von künstlichen Hüftgelenken.

DEMOKRIT, der große Philosoph im antiken Griechenland, hat diese Verhaltensrealität auf den Punkt gebracht: „Da flehen die Menschen die Götter an um Gesundheit und wissen nicht, dass sie die Macht darüber selber haben. Durch ihre Unmäßigkeit arbeiten sie ihr entgegen ...“.

Gesundheit von Mutter und Kind ist demnach keine Glücksache, auch keine vorgegebene genetische Disposition – Gesundheit ist weitgehend Resultat vernunftgemäßen Umgangs mit Körper und Seele. Eine zentrale Rolle spielt dabei der wissenschaftshistorische Kontext von Pädagogik und Medizin. Denn diese Wissenschaften sind für das Gesundsein in ihren praktischen Bezügen von Erziehung und Krankheitsmedizin grundlegend. Denn jede Erziehung zielt a priori auf das Wohlergehen und die gesunde Entwicklung von Mutter und Kind, ebenso zielt jede Medizin auf die möglichst lang andauernde – insbesondere körperliche – Gesundheit. Die Auflösung der Abhängigkeit von diesen Wissenschaften selbst ist ihre eigentliche Aufgabe – also: die (gesundheitliche) Emanzipation und Autonomie des Individuums, gesundheitliche Selbsterziehung/Selbstmanagement oder medizinisch einfacher: der persönliche „Arzt“ in mir selbst.

Pädagogik und Medizin galten wissenschaftshistorisch eher als Hilfswissenschaften, „padagogein“ bedeutet „der Hilfslehrer“ und der Mediziner war nur als Sklavenberuf akzeptiert. Ihre vornehmlichen Aufgaben waren die Entwicklung der Autonomie und Gesundheit der freien Bürger, das heißt in den Philosophieschulen und den Gymnasien wurde die vollkommene Harmonie und Schönheit von Geist und Körper angestrebt.

Oberstes Ziel war das glückliche Leben des einzelnen in der Gemeinschaft, wobei Leid, Schmerz, Krankheit und Tod nicht ausgeklammert blieben.

Wie aber konnte die körperliche und seelische Gesundheit des Individuums erreicht werden?

Abwehr der Leiden

Das ideale Streben nach einem glücklichen Leben – und damit auch einem gesunden Leben – zielt auf einen Hedonismus des Einzelnen und mündet damit in eine kaum einlösbare Idealisierung des Lebens.

Es erscheint schwer, sich diesem Trend nach der „Perfektion des Glücks“ in den modernen Industriegesellschaften zu entziehen. Die Massenmedien zeigen mit ihrer glitzernden Bilderflut nimmermüde „schöne, strahlende Menschen“ als Leitfiguren von Erfolg und Fitness. Dabei ist die totale Kommerzialisierung längst – besonders in Pharmazie und Schönheitsmedizin – im Gange und hat bereits weite Kreise der Gesellschaft erfasst. So liest sich der Werbeflyer einer Praxis für Plastische Chirurgie wie ein Warenkatalog: Der gesamte Körper steht zur Disposition – vom Gesicht über die Brust, den Bauch zum Gesäß, Haare und Augen eingeschlossen. Für jede Lebenssituation steht in der Apotheke ein Pharmaprodukt bereit. Brav- und Klugmacher schon für die Kleinsten; Pillen, Saft und Zäpchen für die alltäglichen Wehwehchen, ja sogar Antibiotika sollen gegen Schnupfen helfen. Um nicht einseitig zu sprechen, einbezogen sind in eine solche Trend-Show auch die Happiness-Therapeuten und Esoterik-Magier, die mit ihren Erklärungen und Deutungen das schnelle seelische Zukunftsglück verheißen.

Es geht immer um die schnelle Abwehr von Leiden, auch wenn es sich oftmals nur um ein Versprechen für eine Minderung von Leiden handelt.

Geht es in der christlichen Anthropozentrik eher um den wahrlich unschuldig und ungerecht Leidenden, so haben wir es beim eher profanen Glücks- und Gesundheitsstreben zuallererst mit einem „wissentlich“ Leidenden zu tun: Warum z.B. leidest „Du“, wenn

du dich falsch ernährst? Wenn „Du“ durstig bist, warum trinkst du dann fünf oder sechs Maß Bier? Warum grillst du ein Stück Fleisch nach dem anderen, statt mal ein Runde mit dem Rad zu fahren? Lustorientiertes Leben allerorten, ohne Bewegung, ohne Maß beim Essen und Trinken.

Und wenn dann die Probleme auftauchen, sollen sie mit der Schnell- und Sofort-Medikation beseitigt werden. Gesundheitsprävention sollte zuallererst dieses „Wissen“ um die Gesundheitschädigung einbeziehen. Doch dieses wissentliche Schädigen von Körper und Seele wird von vielen heute relativiert bzw. als Risikoverhalten normalisiert.

Plädoyer für mehr Toleranz in Pädagogik und Medizin

Der Zirkelschluss erscheint mit dem Trend zum Risikoverhalten komplett. Lustverhalten wird mit Risikoverhalten auf dem Hintergrund von quasi automatisierten Reparatursystemen zum liberal-relativistischen Alltags-Positivismus. Es geht immer um „Fun-Haben“ – zwar mit Risiken, doch mit der Verheißung auf schnelle pharmapsycho-medizinische Korrektur.

Auswege für eine wirklich fundierte Gesundheitsprävention – hier von Mutter und Kind – bieten die grundlegenden Werteparadigmen in Pädagogik und Medizin. Wie bedeutsam für die Erziehung des jungen Menschen die Vorbildwirkung (Identifikation) und Lebensführung der Erwachsenen ist, braucht kaum noch betont zu werden. Die Glaubwürdigkeit ist eben nicht gegeben, wenn man selbst als Modellperson wirken möchte – indem man beispielsweise vegetarische Essgewohnheiten propagiert – die eigene massive Übergewichtigkeit aber einen blinden Fleck bildet. Verstärkungen im Gesundheitsverhalten sind wohl am ehesten wirksam, wenn die Modellperson selbst ein verstärkungsattraktives Verhalten

zeigt. Diese ungünstigen Verstärkungen sind zunehmend auch sozial vermittelt. Man denke an die Esskultur der Fast-Food-Welt ... Popcorn-Eimer und Softdrink-Becher prägen heute vom Kindergeburtstag bis zum Kinobesuch das Essverhalten einer ganzen Generation.

Das Werteparadigma der Medizin gilt auch für die zu kritisierende „suchtfördernde Verschreibungspraxis“ für Kinder. Man schätzt, dass fünf Prozent der verordneten Arzneimittel für Kinder gar nicht geeignet sind. Jede siebte Psychopille wird von einem Kind unter 12 Jahren geschluckt. 32 Prozent der 12- bis 17-jährigen Schüler und Schülerinnen nehmen regelmäßig Medikamente ein.

Nicht nur Ärzte, die leichtfertig verschreiben, fördern diese „Karrieren“ der Kinder. Eltern, die vom Arzt eine schnelle Gesundung ihres Kindes fordern und selbst bei jedem Missbefinden die Pharmazie bemühen, tun das ihrige dazu.

Ein vieldiskutierter Missbrauch liegt auch in Verschreibung von Antibiotika bei nichtviralen Erkrankungen. Erst jüngst wurde in den Medien diese sinnlose Verordnung von Antibiotika kritisiert. Dabei dürfte es unerheblich sein, ob die Eltern eines kranken Kindes die Ärzte zur Verschreibung unter Druck setzen oder die Ärzte unkritisch die Medikation verordnen. Dazu gehört auch die erhebliche Medikation von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für Kinder. Viele Eltern spielen selbst Therapeut: Sie geben den Kindern von ihren Medikamenten ab. Dass diese bei Kindern entgegen gesetzte Wirkungen haben können, dass also z.B. ein Schlafmittel munter macht, ist eher noch harmlos. Sehr viel schlimmer ist die Wirkung auf das spätere Leben der Kinder. Psychopharmaka greifen in die seelische Entwicklung des Kindes ein. Sie verändern sein Wesen. Einem Menschen, der mit Psychopharmaka ruhig und unauffällig gemacht wurde, fehlen viele Eigenschaften, die er zum selbständigen Leben braucht.

Die Toleranz gegenüber seelischen und körperlichen Problemen ist gemeint. Und damit auch die Toleranz gegenüber eher „technologischen“ Machbarkeiten in Pädagogik und Medizin. Das kindliche Leben – und hier besonders die Mutter-Kind-Beziehung – hat stets Wagnischarakter – es birgt die Gefahr des Scheiterns in sich.

Dieses positivistisch abzusichern durch pädagogische und medizinische Technologien führt zu Lebensformen und -weisen, die jenseits autonomer Existenzführung liegen. Die Bequemlichkeit des Lebens – die ein erzieherischer Relativismus und eine ökonomisch betriebene Medikation „verheißt“ – bildet keine differenzierten Ich-Leistungen aus. Pädagogische und medizinische Verwöhnung bereiten schlecht auf Konflikte vor und machen Trauerarbeit unmöglich ...

Toleranz im wirklichen Sinne gegenüber der körperlichen und seelischen Unvollkommenheit stärkt die eigene Einflussmöglichkeit. Gesunde Ernährung mündet so nicht in einen Diätenwahn. Allseitige Bewegung des Körpers nicht in einen massenhaften Nordic-Walking-Pulk. Und ein Schnupfen, eine Erkältung oder eine Grippe wird einfach mal ausgehalten, ohne den Medizinbetrieb deswegen „lahm zu legen“. Herbert SPENCER meint, dass die Erhaltung der Gesundheit eine Pflicht ist. „Wenige scheinen sich bewusst zu sein, dass es so etwas wie eine physische Sittlichkeit gibt.“

Erzieherische und medizinische Toleranz in der Gesundheitsprävention bedeutet die Abkehr von massenhaft verdinglichten Zwängen der Lustorientierung, aber auch von den Verführungen der technologischen Reparatere, die sich den durch diesen „Hedonismus“ zwangsläufigen Schädigungen von Seele und Organismus annehmen. Die „Eindimensionalität“ eines solch falsch verstandenen Gesundheitsverhaltens muß jeder bei sich selbst erken-

nen. Durchdachte Gesundheitsprävention wird sich einer solchen Verkürzung und falschen Rationalität erwehren müssen.

Toleranz kommt von „erdulden“ – und manches sollte von der Befindlichkeit des einzelnen her eher auch mal „erduldet“ werden. Gier, Narzissmus und Trägheit sind arge Feinde dieser Toleranz. Modern ausgedrückt sind es die falschen Wertsetzungen in den Lebensstilen. Für die Mütter und Väter heißt das, dass Kinder nicht einfach nur „mitlaufen“ müssen, nein, mehr Zeit für die Kinder, mehr Liebe und Zuneigung. Das stärkt den wachen Geist. Zum 200. Todesjahr Schillers passt dazu sein Wort: „Es ist der Geist, der sich den Körper baut“.

Prof. Dr. Engelbert Fuchtmann
Fachhochschule München
FB Allgemeinwissenschaften
Nymphenburger Straße 99
80636 München
Tel. (089) 1265-1499
E-Mail: EFuchtmann@aol.com