

Ulrike Ravens-Sieberer, Nora Wille, Wolfgang Settertobulte

Was fördert das gesunde Aufwachsen von Kindern in Familien?

Eine qualitative Studie im Auftrag der AOK-Die Gesundheitskasse und des *stern*
durchgeführt von
der Gesellschaft für angewandte Sozialforschung (GE-F-A-S), Gütersloh
unter wissenschaftlicher Leitung des
WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion
der Universität Bielefeld

Kurzbericht zur Studie

Kontakt:

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer
Direktorin WHO Collaborating Center for
Child and Adolescent Health Promotion
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 100131
33501 Bielefeld
u.ravens-sieberer@uni-bielefeld.de

Dipl.-Psych. Nora Wille
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 100131
33501 Bielefeld
nora.wille@uni-bielefeld.de

Dr. Wolfgang Settertobulte
Gesellschaft für angewandte Sozialforschung
Winkelstr. 1
33332 Gütersloh
w.settertobulte@ge-f-a-s.de

Ziele der Studie

Das gesunde Aufwachsen unserer Kinder verdient heute größte Aufmerksamkeit, nicht nur, damit die gesundheitliche Situation dieser Altersgruppe verbessert wird, sondern vor allem auch weil in diesem Alter der Grundstein für die Gesundheit des späteren Lebens gelegt wird. In dieser Zeit wird das Gesundheitsverhalten wesentlich und nachhaltig geprägt. In den westlichen Industrieländern ergeben sich aus den Lebens- und Umweltbedingungen der Kinder zahlreiche Gesundheitsbeeinträchtigungen, die das Befinden, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigen können. Heute sind Gesundheitsstörungen mit oft chronischem Verlauf, wie Übergewicht, Bewegungseinschränkungen, psychosomatische Krankheiten und psychische Auffälligkeiten, mit wachsender Häufigkeit zu beobachten. Verallgemeinerungsfähige Daten zur Gesundheitslage und zu Gesundheitsrisiken, ihren Ursachen und Auswirkungen im Kindes- und Jugendalter bilden die Grundlage für gesundheitspolitische Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung. Studien, die meistens als Querschnitterhebungen angelegt sind, finden sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren für die Gesundheit der Kinder. Als Statistiken kalkulieren diese Studien Auftretenswahrscheinlichkeiten, sagen jedoch wenig über die gelebte komplexe Realität in Familien aus.

Die vorliegende Studie soll diese Realität illustrieren und die jeweils vorliegenden Gefährdungs- und Schutzfaktoren in Familien näher untersuchen.

Die qualitative Studie im Auftrag der AOK und des *stern* hat sich zum **Ziel** gesetzt, den empirischen Ergebnissen der bekannten Surveystudien „ein Gesicht zu geben“. Es geht darum, bestehende Ressourcen anhand von Interviews und Beobachtungen in realen Familien zu illustrieren. Es soll am Einzelfall gezeigt werden, welche Lösungen Familien für die Förderung der Gesundheit ihrer Kinder praktizieren. In bisherigen Untersuchungen gefundene Risiko- und Schutzfaktoren sollen hier anhand konkreter Familien nachvollziehbar und lebensnah überprüft werden um daraus alltagstaugliche Handlungsempfehlungen abzuleiten. Der Focus liegt dabei auf den Bereichen Ernährung, Bewegung, und seelische Gesundheit.

Aus den Ergebnissen der Studie sollen schließlich nachvollziehbare und lebensnahe Vorschläge zu wirksamen Handlungsweisen für die Förderung der Kindergesundheit formuliert werden. Diese Empfehlungen sollen im weiteren Verlauf des Jahres durch verschiedene Medien Familien nahe gebracht werden. AOK und *stern* versprechen sich von dieser neuartigen Studie und ihren Ergebnissen Erkenntnisse für die Primärprävention im Bereich der Kindergesundheit.

Kritische Bereiche der Kindergesundheit: Ernährung, Bewegung, Stress

Die Ergebnisse von Surveystudien zeigen, dass unter Deutschlands Kindern Übergewicht zunehmend verbreitet ist. Dem Essverhalten von Kindern wird grundlegende Bedeutung für die Entwicklung beigemessen, da eine gesunde Ernährung in der Kindheit optimale Bedingungen für den Gesundheitsstatus, das Wachstum und die intellektuelle Entwicklung schafft. Umgekehrt wird riskantes Essverhalten mit einem Risiko für akut einsetzende Gesundheitsbeeinträchtigungen (Essstörungen, Adipositas) im Jugend- und Erwachsenenalter in Verbindung gebracht. Betrachtet man die Ernährungsroutinen von Kindern und Jugendlichen, so zeigt sich, dass vor allem das Frühstück häufig ausgelassen wird, vor allem von Mädchen. Dennoch kann nicht festgestellt werden, dass Mädchen sich grundsätzlich schlechter ernähren. Zwar zeigen sie nahezu doppelt so häufig ein problematisches Essverhalten, jedoch kann auch positiv hervorgehoben werden, dass sie eine günstigere Nahrungsmittelauswahl treffen als Jungen. Der Konsum von stark fett- bzw. zuckerhaltigen Nahrungsmitteln ist bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status besonders ausgeprägt. Neben dem sozialen Status ist auch ein niedrigeres Bildungsniveau von Schülern mit schlechterer Ernährung sowie einem erhöhten Fernsehkonsum assoziiert.

Kinder sind in der Regel körperlich aktiv. Der natürliche Bewegungsdrang wird jedoch in der realen Lebenswelt der Kinder zunehmend eingeschränkt. Schon im Kindergarten nimmt der Anteil der Beschäftigungen im Sitzen zu. In der Schule wird spontane Bewegung, mit Ausnahme der Sportstunden, immer seltener. Bewegung und körperliche Aktivität sind der Freizeit vorbehalten. Der alltägliche Bewegungsraum der Kinder wird dabei zunehmend aus der natürlichen Umwelt stärker in die Wohnung verlegt, unter anderem auch wegen der Gefahren, die den Kindern durch Straßenverkehr und Gewalt drohen. Möglicherweise gehört Sport deshalb nach wie vor zu den attraktivsten Freizeitbeschäftigungen. 11jährige Kinder sind im Durchschnitt etwa 4 Stunden pro Woche außerhalb des Schulsports körperlich so aktiv, dass sie sich anstrengen müssen. Übergewichtige Jugendliche sind eindeutig weniger körperlich aktiv und bevorzugen in ihrer Freizeit das Fernsehen oder den Computer. Mangelnde körperliche Aktivität kann dabei sowohl als Ursache als auch als Folge von Übergewicht angesehen werden. Übergewicht schmälert das Interesse und die körperlichen Fähigkeiten zur Teilnahme am Sport, Schamgefühle, mangelnde Koordinations- und Ausdauerfähigkeiten tun ein Übriges dazu. Auch der familiäre Wohlstand hat einen deutlichen Einfluss auf die körperliche Inaktivität, besonders bei Mädchen.

Jungen zeigen häufiger psychische Auffälligkeiten als Mädchen und die Auftretenshäufigkeit steigt mit dem Alter leicht an. Ein niedriger sozioökonomischer Status geht mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit einher. In der BELLA-Studie wurden als weitere Risikofaktoren ein niedriger Bildungsstatus der Eltern, das Auftreten von familiären oder partnerschaftlichen Konflikten zwischen den Erziehenden sowie ein beeinträchtigtes Wohlbefinden der Erziehenden in ihrer Familie während ihrer eigenen Kindheit und Jugendzeit gefunden. Häufige Konflikte in der Familie erwiesen sich als der bedeutsamste Risikofaktor. Schutz vor psychischer Auffälligkeit bieten der Studie zufolge eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus, ein positives Familienklima und ein hohes Maß an sozialer Unterstützung.

Methodisches Vorgehen der Studie

In der durchgeführten Untersuchung wurden die vorliegenden Erkenntnisse aus Surveys über relevante Risiken und Ressourcen zur Auswahl der Familien herangezogen. Es wurden 30 Familien untersucht, bei denen verschiedene Risikofaktoren und Schutzfaktoren vorliegen.

Basierend auf den o. g. Erkenntnissen wurden in der Untersuchung Interviewfragen und Instrumente eingesetzt, die sich in verschiedenen großen Studien bewährt haben und für die entsprechende Referenzdaten vorliegen. Dabei wird zurückgegriffen auf den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (www.kiggs.de) der vom Jahr 2003 bis zum Jahr 2006 an einem für die BRD repräsentativen Sample von 17.641 Kindern und Jugendlichen im großen Umfang gesundheitsrelevante Daten erhoben hat. Die zweite Studie, auf deren Instrumenteninventarium hier zurückgegriffen wird, ist die an den KiGGS angeschlossene BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (www.bella-studie.de). Diese Studie wird an einer repräsentativen Unterstichprobe von 2.863 Kindern und Jugendlichen durchgeführt und untersucht insbesondere die Risiko- und Schutzfaktoren für allgemeine und spezifische psychische Auffälligkeiten. Weiterhin werden die in der WHO-Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-Aged Children“ eingesetzten Erhebungsinstrumente herangezogen (www.hbsc.org). Diese regelmäßig in einem Abstand von vier Jahren in einer zunehmenden Anzahl von Ländern stattfindende Untersuchung beschäftigt sich insbesondere mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen, die in Schulen befragt werden. Außerdem werden die im Rahmen des europäischen KIDSCREEN-Projektes, das über einen Zeitraum von drei Jahren (2001-2004) in 13 Ländern (Deutschland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, die Niederlande, Österreich, Polen, die Schweiz, Schweden, Spanien, die Tschechische Republik und Ungarn) zur kindlichen Lebensqualität durchgeführt wurde, angewendeten Verfahren herangezogen (www.kidscreen.org).

Die weitgehend geschlossenen Fragestellungen der Instrumente wurden für die Verwendung im Interview in offene Fragestellungen umgewandelt um in der Interviewsituation relevante Äußerungen über Motive, Erfahrungen etc. der Eltern und Kinder zu ermöglichen. Vor dem Interview wurden die Familien gebeten eine Woche lang über ihr Familienleben Protokoll zu führen und während des Familienbesuchs wurde zusätzlich eine teilnehmende Beobachtung am Familienleben durchgeführt.

Die im Interview verwendeten Instrumente und Fragen setzen sich wie folgt zusammen:

1. Zur Auswahl der Familien wurde beim Erstkontakt eine kurze Befragung durchgeführt, die die Merkmale der Familie, deren Risikobelastung und vorherrschende gesundheitliche Problematiken auf Seiten der Kinder so wie familiäre Ressourcen erfasste:
2. Zur Vorbereitung der Interviews wurde den Familien per Post ein Protokollheft zugeschickt, in dem sie eine Woche lang (5 Werkstage) den Tagesablauf und das Ernährungsverhalten der Familie protokollieren sollte. Die Protokollhefte wurden zu Beginn der Familienbesuche mit einem Elternteil (i.d.R. der Mutter) detailliert besprochen.
3. Zu einem vereinbarten Termin fanden Besuche in den Familien statt, bei denen die Interviewer einen detaillierten Untersuchungsleitfaden abzuarbeiten hatten. Die Familienbesuche beinhalteten:
 - Beschreibung aller *Personen im Haushalt* (Mutter: Alter, Berufstätigkeit; Vater: Alter, Berufstätigkeit; ggf. andere Erwachsene; Beispielkind: Alter, Geschlecht, Schule, gesundheitliche Probleme; weitere Kinder: Alter, Geschlecht, Schule, gesundheitliche Probleme).
 - *Lebensverhältnisse* (Mietwohnung, Eigentumswohnung, gemietetes Haus, eigenes Haus, Garten, Größe der Wohnung, Anzahl Kinderzimmer, PKW-Besitz, regelmäßige Urlaubsreisen, Haustiere).
 - *Beschreibung der Wohnung und des Wohnumfeldes* (Beschreibung des Eindrucks durch die Interviewer, Fotos).
 - *Interview mit der Mutter*: Gesundheitsverhalten der Eltern (Rauchen, Alkoholkonsum, Sport), Regeln bei den Mahlzeiten und Umgang mit der Ernährung, eigenes Gesundheitsbewusstsein (Gesundheitsdefinition, Bedeutung von Gesundheit, gesundheitsrelevantes Verhalten (körperliche und seelische Gesundheit), Alltagsbelastung, eigene Krankheiten, Bedeutung von Gesundheit bezogen auf die Kinder, protektives Verhalten bezogen auf die Kinder (körperliche und seelische Gesundheit), Soziales Netzwerk und soziales Kapital (Beurteilung des Wohnumfeldes, soziale Integration (Nachbarn, Verwandte Freunde) soziale Unterstützung (potenziell und tatsächlich genutzt), Haus- und Kinderarzt (Verhältnis, Erreichbarkeit, Inanspruchnahme), psychosoziale Unterstützung und Hilfe (Erreichbarkeit, Inanspruchnahme), Selbsthilfepotential (Wissen, Zutrauen, potenzielle Informationsquellen, fremd zugeschriebene Kompetenz) Mitgliedschaft in einer Organisation, Interesse an schulischen Belangen des Beispielkindes, Verhältnis zu Lehrern und anderen Eltern, Beurteilung der Qualität der Schule, Umgang mit schulischen Problemen.
 - Stundenplan des Beispielkindes, Teilnahme an einer Schulspeisung.
 - *Geschlossene Fragebögen* (Mutter): Familienklima (Schneewind Skala), Selbstwirksamkeit (WIRKALL), SOC Skala (Kohärenzsinn nach Antonovsky).
 - *Interview mit dem Vater*: (falls vorhanden) eigenes Gesundheitsbewusstsein (Gesundheitsdefinition, Bedeutung von Gesundheit, gesundheitsrelevantes Verhalten (körperliche und seelische Gesundheit), Regeln bei den Mahlzeiten und Umgang mit der Ernährung, Alltagsbelastung, eigene Krankheiten, Bedeutung von Gesundheit bezogen auf die Kinder, protektives Verhalten bezogen auf die Kinder (körperliche und seelische Gesundheit), Soziales Netzwerk und soziales

- Kapital (Beurteilung des Wohnumfeldes, soziale Integration (Nachbarn, Verwandte Freunde) soziale Unterstützung (potenziell und tatsächlich genutzt), Haus- und Kinderarzt (Verhältnis, Erreichbarkeit, Inanspruchnahme), psychosoziale Unterstützung und Hilfe (Erreichbarkeit, Inanspruchnahme), Selbsthilfepotential (Wissen, Zutrauen, potenzielle Informationsquellen, fremd zugeschriebene Kompetenz) Mitgliedschaft in einer Organisation, Interesse an schulischen Belangen des Beispielkinds, Verhältnis zu Lehrern und anderen Eltern, Beurteilung der Qualität der Schule, Umgang mit schulischen Problemen.
- *Geschlossene Fragebögen* (Vater): Familienklima (Schneewind Skala), Selbstwirksamkeit (WIRKALL), SOC Skala (Kohärenzsinn nach Antonovsky).
 - *Body-Mass-Index des Beispielkinds*: Messung der Größe und des Gewichts.
 - *Interview mit dem Beispielkind*: Häufigkeit des Sportunterrichts, Lieblingssport, körperliche Aktivität außerhalb der Schule, Regeln bei den Mahlzeiten, Bedeutung von gutem Benehmen, Schulanpassung (Wohlfühlen in der Schule, gut Zurechtkommen, Hausaufgaben, Verhältnis zu den Lehrern, Klassenklima, Beurteilung der Schule), Erfahrungen und Affinität zum Rauchen und zum Alkohol.
 - *Fragebogeninstrumente (Beispielkind)*: Lebensqualität (KIDSCREEN-27 / KINDL-R), Psychische Gesundheit (KIDSCREEN).
 - In den Fällen, in denen sich eine gewisse Problematik im Bereich der Schule abzeichnete, wurden die Eltern gebeten, eine Einverständniserklärung zur Befragung des/der Klassenlehrer/-in zu geben. Bei Einverständnis wurde die Lehrkraft telefonisch befragt: Auffälligkeiten des Beispielkinds (Schulleistung, Verhalten im Unterricht, soziales Verhalten, Gesundheit), positive Eigenschaften des Beispielkinds, Rolle der Eltern / Familie bei den Erfolgen und Problemen in der Schule, Beurteilung des Klassenklimas, Arbeitsbedingungen für Schüler und Lehrer (Gebäude, Arbeitsklima, Schülerklientel, Kollegium, Ausstattung) und deren mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit.
 - Während des Familienbesuchs wurde zusätzlich eine *teilnehmende Beobachtung am Familienleben* durchgeführt. In der Regel war dies eine Mahlzeit, welche die Familie gemeinsam einnimmt, ebenso konnte dies aber auch eine andere Situation sein, bei der die Familie interagiert. Dazu wurden die Interviewer speziell geschult. Die Beobachtung wurde schriftlich protokolliert.

Die Familienbesuche wurden in schriftlicher Form von den Interviewern dokumentiert. Zusätzlich wurden alle Interviewteile aufgezeichnet, so dass die Antworten im Original nachvollziehbar sind.

Folgende Familienmerkmale konnten wir in den Interviews finden*:

Aus den Interviews, Protokollen und Beobachtungen wurden, durch Kontrastierung der Befunde aus Familien mit negativem und positivem Gesundheitsoutcome, folgende günstige und ungünstige Strategien für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Psyche identifiziert. Diese bilden die Grundlage für die Empfehlungen zum gesunden Aufwachsen der Kinder.

* Einzelne Befunde sind in der ausführlichen Fassung des Ergebnisberichts und Anhang dargestellt.

Ernährung

Negatives Outcome auf Seiten der Kinder: Übergewicht und Adipositas

Beeinflussbare Familienmerkmale für ein ungünstiges Ernährungsverhalten:

1. In der Familie gibt es keine regelmäßigen Mahlzeiten (mind. 3 pro Tag), besonders das Frühstück wird vernachlässigt (unorganisiert oder ausgelassen) und/oder
2. bei den Mahlzeiten gibt es keine Regeln bezüglich des Verzehrs der angebotenen Speisen, Kinder können auch wahlweise etwas Anderes essen oder ganz aufs Essen verzichten und/oder
3. die Kinder haben die Möglichkeit (Erlaubnis) jederzeit sich am Kühlschrank oder bei Süßigkeiten bzw. Snacks zu bedienen. Eltern üben hierzu keinerlei Kontrolle aus.
4. Essen wird in der Familie zur Befindlichkeitsregulierung eingesetzt (Modell der Eltern).
5. Mahlzeiten werden nicht gemeinsam und am Esstisch eingenommen, sondern eher allein und an verschiedenen Orten, z.B. am Fernseher.
6. Das Essen ist häufig Anlass für Konflikte mit den Kindern weil es keine eindeutigen Regeln gab oder gibt, diese Regeln nicht eindeutig mitgeteilt bzw. ausgehandelt worden sind und/oder das Verstoßen gegen die Regeln keine oder uneindeutige Konsequenzen hat.
7. Die Eltern sind selbst übergewichtig.

Positive Lösungen aus den befragten Familien:

1. Das gemeinsame Frühstück ist ein wichtiger Start in den Tag.
2. Eine Mahlzeit am Tag dient dazu, dass möglichst die ganze Familie sich sieht und miteinander spricht (kein Fernseher, kein Radio).
3. Mahlzeiten finden immer in einer angenehmen Atmosphäre statt, bei den gemeinsamen Mahlzeiten ist streiten verboten.
4. Die Regeln für die Mahlzeiten werden mit den Kindern verhandelt, die Kinder stellen sich selbst einen Katalog von Sanktionen bei Verstößen auf.
5. Tischsitten sind wichtig und unterstreichen die Bedeutung der gemeinsamen Mahlzeit.
6. Süßigkeiten werden rationiert und kontrolliert an die Kinder gegeben.
7. Man muss von jedem Essen mindestens etwas probieren.
8. Es wird nur das angeboten, was die Kinder auch gern mögen.
9. Bei günstiger Gestaltung der Mahlzeiten spielen Art und Qualität der verwendeten Lebensmittel eine untergeordnete Rolle.

Bewegung (Unbeweglichkeit, mangelnde Kondition, Bewegungsunlust)

Negatives Outcome auf Seiten der Kinder:

Mangelnde Bewegungsmotivation, Leistungsüberforderung bzw. Frustration durch Schulsport, Vereinssport oder Konkurrenz zu Gleichaltrigen. Sowohl Folgen als auch Auslöser können etwa zeitweise psychomotorische Entwicklungsdefizite mit entsprechender Ungeschicktheit oder Übergewicht (BMI: über 20) sein.

Beeinflussbare und gegebene Faktoren für ein ungünstiges Bewegungsverhalten:

1. Weniger als 3 Schulsportstunden pro Woche
2. Maximal eine Gelegenheit wöchentlich, bei der das Kind in der Freizeit sich so anstrengt, dass es ins Schwitzen kommt
3. Keine Regelungen in der Familie, die den Fernsehkonsum der Kinder beeinflussen (tägliches Fernsehkonsum über 2 Std.)
4. Bewegungsunlust und Bewegungsmangel bei den Eltern (als Modelle und/oder Bewegungspartner) mit überwiegendem Aufenthalt in der Wohnung oder Bewegung ist nicht Teil des Gesundheitsempfindens der Eltern.
5. Mangelnde Gelegenheit zur körperlichen Betätigung im Wohnumfeld: Straßenverkehr, keine Spielmöglichkeiten (Standardspielplatz ist kein adäquater Bewegungsort), Sicherheitsbedenken (Ängste) der Eltern, keine anderen gleichaltrigen Kinder im Umfeld usw.
6. Überbetonung musischer oder andere „unbewegter“ Freizeitbeschäftigungen bei den Kindern
7. Negative Erfahrungen beim Schulsport, z.B. Überforderung, als unangemessen empfundene Sportarten (Tanzen für Jungen), Hänseleien der Mitschüler
8. vorübergehende entwicklungsbedingte Behinderungen (Sehschwäche, psychomotorische Defizite)

Positive Lösungen aus den befragten Familien:

1. Eltern sind Vorbilder im Bewegungsverhalten und körperlich aktiv.
2. Die Familie schafft Gelegenheiten für gemeinsame körperliche Aktivität mit den Kindern, die allen Beteiligten Spaß machen.
3. Durch strenge Regelung und Einschränkungen des Medienkonsums einschließlich Videospiele wird den Kindern mehr Gelegenheit gegeben sich in Bewegung spielerisch zu betätigen.
4. Sicherheitsbedenken werden in Form von positiven Impulsen für das körperliche Ausagieren geäußert: es erfolgen unterstützend fördernde Ermahnungen anstelle von einfachen Äußerungen von Befürchtungen.
5. Die Kinder werden zu sportlichem Wettbewerb ermutigt, der für sie Fortschritte spürbar macht und motiviert.
6. In ungünstigen Wohngebieten mit wenig Bewegungsraum und hohem Sicherheitsrisiko für die Kinder finden Familien gemeinsame Bewegungsmöglichkeiten durch Zusammenarbeit (Netzwerkbildung) mit anderen Familien.

Psycho-soziale Probleme (Stress, Anpassungsprobleme, Psychosomatik)

Negative Outcomes auf Seiten der Kinder:

Häufige Kopf- oder Bauschmerzen infolge von Stresssituationen in der Schule oder zuhause oder Lernprobleme bis hin zu Schulversagen, ADHS – Symptome (Zappeligkeit, Konzentrationsdefizite, Aggression) oder Zurückgezogenheit (Eigenbrödler) und/oder Probleme im Auskommen mit Gleichaltrigen (Kinder kommen oft mit Erwachsenen besser klar und sind häufig Opfer von Mobbing in der Schule).

Beeinflussbare und gegebene Faktoren für eine ungünstige Stressverarbeitung:

Hier sind einerseits Auslöser der psychosozialen Auffälligkeit und andererseits begünstigende oder aufrechterhaltende Faktoren zu unterscheiden.

Auslöser:

1. Kritisches Lebensereignis: Streit, Scheidung bzw. Trennung der Eltern oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder Umzug in eine andere Stadt (kann bereits längere Zeit her sein).
2. Latent ungünstiger psychischer Zustand eines oder beider Elternteile (z.B.: hohe Alltagsbelastung, Depression oder Depressivität/mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung, Ängste), Substanzabhängigkeit eines Elternteils.
3. Unbewältigte Veränderungen in der Familienzusammensetzung, z.B.: Geburt eines Geschwisterkindes, Bevorzugung jüngerer Geschwister, Geschwisterkind mit erhöhten Aufmerksamkeitsbedarf (z.B. wg. Behinderung).
4. Unorganisierter Familienalltag: Keine/kaum festen Tagesabläufe, keine /kaum Regeln, keine berechenbaren Zeiten (Routinen).

Faktoren, die zur Aufrechterhaltung beitragen:

5. Geringes soziales Kapital (wenige Bekannte bzw. Freunde, kaum erwartbare Hilfe aus dem privaten Umfeld, Unwissen über professionelle Hilfsangebote, bedrohliche oder verwahrloste Wohngegend).
6. Mangelnde (geteilte) Aufmerksamkeit und Zuwendung: keine oder kaum Zeit allein mit einem Elternteil, Vermeidung von Körperkontakt, keine/kaum Lob oder Desinteresse für die Gefühlswelt des Kindes.
7. Kommunikationsprobleme: Unfähigkeit zur Aushandlung von Interessen, permanent fordernde Ansprache des Kindes, ungünstige Ursachenzuschreibungen für Erfolge oder Misserfolge, Gesprächsverweigerung oder Zwangskommunikation, Überbetonung von Konflikten.
8. Geringe Erziehungskompetenz: Fehleinschätzung der Fähigkeiten des Kindes (Über- oder Unterschätzung), keine, unberechenbare oder unangemessene Strafen für unerwünschtes Verhalten, oder keine Belohnungen für erwünschtes Verhalten, vernachlässigendes, unangemessen permissives Erziehungsverhalten.

Positive Lösungen aus den befragten Familien:

1. Geregelter Tagesabläufe und Routinen, die Kindern Sicherheit und Beständigkeit vermitteln, werden für wichtig erachtet.
2. Tägliche Rituale, etwa beim zu Bett gehen oder beim Essen werden eingehalten und als Gelegenheiten genutzt den Kindern ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuwendung zu geben.
3. Dem Kind wird regelmäßig und für das Kind berechenbar ungeteilte Aufmerksamkeit zuteil, es finden Gespräche und gemeinsame Tätigkeiten statt. Auch

- durch körperliche Nähe wird den Kindern Zuneigung, Wertschätzung und Geborgenheit vermittelt.
4. Durch klare Regeln, die ausgehandelt und transparent sind, und deren Einhaltung konsequent durchgesetzt wird, werden den Kindern klare Verhaltensmaßstäbe gegeben. Rigidität wird jedoch vermieden.
 5. Kinder werden für positives und erwünschtes Verhalten – auch vermeintlich selbstverständliches Verhalten – gelobt. Dieses Lob wird nicht mit gleichzeitiger Kritik oder Einschränkungen gepaart.
 6. Bereits kleinen Kindern werden verschiedene Probleme, Zusammenhänge oder Erfordernisse erklärt. Durch Art und Inhalt der Erläuterung werden sachliches Wissen, Deutungen, bestimmte Ursachenzuschreibungen und soziale Bedeutungen vermittelt.
 7. Konflikte mit oder unter den Kindern oder mit den Eltern werden immer zeitnah geklärt. Dabei wird darauf geachtet, nicht rein emotional zu reagieren, sich den eigenen Standpunkt gegenseitig zu erklären, sich für ggf. sein Verhalten entschuldigen und die Versöhnung explizit festzustellen (z.B. durch ein Ritual).
 8. Die Eltern sind mit einer positiven Lebenseinstellung und einem gesunden Selbstwert Modelle für ihre Kinder.
 9. Die Kinder übernehmen mit zunehmendem Alter zunehmend selbst Verantwortung für ihre Angelegenheiten und treffen dabei eigene Entscheidungen. Eingegriffen wird nur, wenn etwas schief geht oder wenn Hilfe notwendig ist.
 10. Die Kinder werden – mit bestimmten Sicherheitsvorkehrungen – ab einem gewissen Alter für eine bestimmte Zeit sich selbst überlassen.
 11. Kinder werden bereits früh und konsequent davor geschützt, Medienkonsum als Flucht vor dem Alltag einzusetzen. Ein gesunder Umgang mit Medien wird durch klare Regelungen des Fernsehkonsums (Begrenzung der Zeit und Auswahl bestimmter Sendungen) unterstützt. Eine gute Verarbeitung der Inhalte des Fernsehens wird durch gemeinsames Anschauen und gleichzeitiger oder anschließender Besprechung des Gesehenen unterstützt. Gleiches gilt für Video- und Computerspiele. Fernsehen und Computerspiele werden nicht als Belohnung oder Bestrafung genutzt.
 12. Es liegt eine gute Integration in das soziale Umfeld vor. Ein guter Kontakt zu Nachbarn und befreundeten Familien sowie ggf. zu Verwandten unterstützt die Familie und damit auch die Kinder.
 13. Mögliche Scheidungsfolgen werden durch eine gute Aushandlung von Regelungen abgepuffert. Das Verhältnis zwischen den Partner ist geklärt und eine sachliche Aushandlungsebene besteht.

Substanzkonsum

Outcome auf Seiten der Kinder:

Da die hier untersuchten Kinder altersmäßig noch nicht tatsächlich eigenständig Zigaretten und Alkohol konsumieren, wird hier die Frage nach ersten Probiererfahrungen, vor allem aber danach, ob sie sich vorstellen können als Erwachsener einmal zu rauchen oder zu trinken als Outcomevariable genutzt. Ein negatives Outcome ist, wenn Kinder sich dies vorstellen können.

Beeinflussbare Faktoren für eine ungünstige Einstellung zum Substanzgebrauch:

1. Die Eltern rauchen in Anwesenheit oder mit Kenntnis der Kinder und behaften dieses Verhalten nicht mit Regeln oder Selbstbeschränkungen. So ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Kinder sich selbst als Raucher vorstellen können.
2. Die Eltern fördern die Affinität zum Rauchen als Modelle, indem sie das Rauchen offensiv zur Steuerung der eigenen Befindlichkeit (als Entspannung) einsetzen. Dies manifestiert sich in ritualisiertem Rauchen im regelmäßigen Tagesablauf.
3. Die Eltern haben ein Gesundheitskonzept, dass sich in hohem Maße am eigenen, individuellen Wohlfühlen orientiert.
4. Die Eltern(meist Väter) trinken regelmäßig vor den Kindern Alkohol und dienen als Modell für die Kinder.
5. Die Eltern setzen Alkohol zur Bewältigung von Stress ein (und/oder haben ein verdecktes Alkoholproblem). Dies verstärkt die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder Alkohol gut finden.
6. Die Kinder haben bereits Alkohol probiert, der ihnen geschmeckt hat. Dies fördert die Affinität zum Alkoholkonsum.

Positive Lösungen aus den befragten Familien:

1. Die Eltern rauchen selbst nicht, so sind auch die Kinder weniger geneigt, sich selbst als spätere Raucher zu sehen.
2. Die Wohnung wird explizit zur rauchfreien Zone erklärt, so dass die Unerwünschtheit des Rauchens mit der einhergehenden Geruchs- und/oder Gesundheitsbelastung unterstrichen wird. Wenn die Kinder selbst diese Regelung aufstellen und durchsetzen können, verstärkt dies die ablehnende Haltung gegenüber dem Rauchen und entwickelt eine Art Selbstverpflichtung.
3. Durch eine verstärkte Konzentration auf Sport bzw. körperliche Bewegung, mit einer Betonung der körperlichen Leistungsfähigkeit wird den Kindern bereits früh den Zusammenhang zwischen Nichtrauchen und Gesundheit vermittelt.
4. Die offensive Auseinandersetzung mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit führt bereits bei Kindern zu einer kritischen Distanz zum Alkoholkonsum. Dabei wird die Ambivalenz zwischen Genuss und Belastung spürbar.
5. Es erfolgt eine strenge Tabuisierung des Alkoholmissbrauchs (sich betrinken) und des Alkoholkonsums für Kinder.
6. Das offene Gespräch mit den Kindern über die Vor- und Nachteile des Alkohols und des Rauchens wird gesucht. Die Eltern lassen ihr eigenes Verhalten von den Kindern kritisch hinterfragen.

Die Bedeutung der Schule:

Die Bedeutung der Schule für die Gesundheit der Kinder wurde im Rahmen dieser Studie nur am Rande untersucht. Immer dann, wenn sich im Familieninterview Schulprobleme andeuteten, sollte zusätzlich ein Telefoninterview mit der Klassenlehrerin bzw. dem Klassenlehrer geführt werden. In diesem Interview ging es zunächst um die spezifischen Probleme des Beispielkindes, das soziale Klima in der Klasse des Kindes sowie um die allgemeinen gesundheitsrelevanten Bedingungen in der spezifischen Schule.

1. Aktives Interesse an der Schule und rege Kontakte mit Lehrern und anderen Eltern unterstützen die Kinder bei der Bewältigung der Schule.

2. Der schulische Sportunterricht kann die Bewegungsfreude von Kindern fördern oder behindern.

Bei Kindern, die eine eingeschränkte Bewegungsmotivation aufweisen, zeigt sich in den untersuchten Beispielen die prägende Rolle des Sportunterrichts in der Schule. Hier lassen die Aussagen der Kinder einerseits auf positiv fördernde aber auch destruktive Wirkungen schließen. Überall dort, wo der Sportunterricht, vor allem in der Grundschule, im Wesentlichen aus spielerischer oder freier Bewegung besteht, empfinden selbst Kinder mit eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten ein hohes Maß an Spaß an der Bewegung. Selbst kampfbetonte Bewegungsspiele werden von den Kindern gern angenommen, wenn diese nicht mit einer zu großen Betonung auf Wettbewerb verbunden sind. Sportarten dagegen, die zur Leistungsermittlung dienen und damit den sozialen Vergleich mit anderen Kindern nahe legen, wie etwa Leichtathletik, können gerade bei Kindern mit körperlichen Defiziten die Bewegungsmotivation erheblich schwächen. Auch Mannschaftssportarten, die kollektiven Erfolg als motivationale Triebfeder haben, können für diese Kinder frustrierend wirken. Der Gestaltung des schulischen Sportunterrichts kommt in diesem Sinne eine hohe Bedeutung bei der Förderung der Bewegungsmotivation und des körperlichen Selbstbewusstseins zu.

3. Eine schlechte räumliche bzw. ökologische Qualität der Schule behindert kompensatorische Bemühungen der Schule.

In vielen Fällen muss sich die Schule mit ungünstigen Voraussetzungen der Kinder auseinandersetzen. Besonders sozial auffällige Kinder benötigen im Schulalltag erhöhte Aufmerksamkeit der Lehrkräfte und entsprechende individuell fördernde bzw. kompensierende Maßnahmen. In einigen der untersuchten Beispiele konnten die Schulen diese Aufgabe nicht adäquat bewältigen, weil die räumliche Ausstattung der Schule dies nicht, oder nur sehr begrenzt zuließ. Relevant sind hier vor allem die Größe der Klassenräume, deren Abschirmung gegenüber Lärm und die Gestaltung der Pausenhöfe. Wenn die ökologischen Arbeitsbedingungen an der Schule besonders ungünstig sind, leiden vor allem die Kinder darunter, die per se schon eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber aufmerksamkeitsmindernden Umwelteinflüssen haben (ADHS-Verdacht bzw. Konzentrationsdefizite). In diesen Fällen wird es den Lehrkräften selbst bei hohem Engagement nahezu unmöglich gemacht, mit diesen Kindern fördernd umzugehen.

Allgemeine Ergebnisse der Studie

Ernährung

In den untersuchten Familien konnten keine Zusammenhänge zwischen der Art und Qualität der verwendeten Lebensmittel und dem Ernährungszustand der Kinder nachvollzogen werden, ausschlaggebend waren allein die Essgewohnheiten. Familien mit normalgewichtigen Kindern zeigten eine andere Einstellung und andere Essgewohnheiten als Familien mit übergewichtigen Kindern. Süßigkeiten wurden rationiert und kontrolliert an die Kinder gegeben. Das Frühstück wurde als ein wichtiger Start in den Tag gesehen. Mindestens eine Mahlzeit am Tag wurde gemeinsam eingenommen und diente dazu, dass möglichst die ganze Familie sich sieht und miteinander spricht. Während der Mahlzeit lief kein Fernseher oder Radio. Tischsitten wurden für wichtig erachtet und unterstrichen die Bedeutung der gemeinsamen Mahlzeit. Auf eine angenehme Atmosphäre bei den Mahlzeiten wurde Wert gelegt, bei den gemeinsamen Mahlzeiten wurde Streit vermieden. Die Regeln für die Mahlzeiten wurden mit den Kindern verhandelt.

Bewegung

Als ein negatives Outcome im Bereich Bewegung galt eine mangelnde Bewegungsmotivation der Kinder. Sowohl Folgen als auch Auslöser können etwa zeitweise psychomotorische Entwicklungsdefizite mit entsprechender Ungeschicktheit oder Übergewicht sein. Symptomatisch für diese Kinder ist maximal eine freiwillige Gelegenheit wöchentlich, bei der das Kind in der Freizeit sich so anstrengt, dass es ins Schwitzen kommt. In den untersuchten Familien fanden sich vor allem dann bewegungsfreudige Kinder, wenn die Eltern eindeutige Vorbilder im Bewegungsverhalten waren, indem sie selbst körperlich aktiv waren. Die gemeinsame körperliche Aktivität mit den Kindern machte den Familienmitgliedern Freude und wirkte sich positiv auf das Familienklima aus. In den untersuchten Familien war eine Einschränkung des Medienkonsums einschließlich Videospiele mit mehr Gelegenheiten zur spielerischen Bewegung verbunden. Hinsichtlich der Sicherheit bei der körperlichen Betätigung zeigten sich unterstützend fördernde Ermahnungen als förderlich. Außerdem zeigte sich, dass sportlicher Wettbewerb Fortschritte für die Kinder spürbar machte und sie motivierte. Familien, die in Wohngebieten mit wenig Bewegungsraum und erhöhtem Sicherheitsrisiko für die Kinder lebten, fanden gemeinsame Bewegungsmöglichkeiten, was teilweise durch gemeinsame Aktivitäten mit anderen Familien erleichtert wurde.

Psycho-soziale Anpassung

Bezüglich einer positiven Lebenseinstellung, eines gesunden Selbstwerts und einer angemessenen Selbstwirksamkeitserwartung zeigten sich die Eltern aus unserer Untersuchung als Modelle für ihre Kinder. In den einbezogenen Familien konnte beobachtet werden, dass geregelte Tagesabläufe und Routinen den Familien Gelegenheit boten, intensive Zeit miteinander zu verbringen, was sich wiederum positiv auf das Wohlbefinden der Kinder auswirkt sowie auch die Gestaltung des Alltags für die Eltern erleichtert. Tägliche Rituale, etwa beim zu Bett gehen oder beim Essen, wurden als Gelegenheiten genutzt, den Kindern ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuneigung zu geben. Diese für eine positive emotionale Befindlichkeit von Kindern notwendige regelmäßige, ungeteilte Aufmerksamkeit, körperliche Nähe sowie Gespräche und gemeinsamen Tätigkeiten müssen – wie die Erfahrungen aus den Familien zeigen – nicht unbedingt sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Entscheidend sind vielmehr die Regelmäßigkeit und die In-

tensität. Als vorteilhaft erwiesen sich in den teilnehmenden Familien auch klare Regeln, die ausgehandelt und transparent sind, und deren Einhaltung konsequent durchgesetzt wurde, so dass für die Kinder klare Verhaltensmaßstäbe existierten. Die Bedeutung der Transparenz wurde hierbei häufig deutlich: In Familien mit positivem Outcome wurden bereits mit kleinen Kindern verschiedene Probleme, Zusammenhänge oder Erfordernisse besprochen. Durch das Gespräch mit den Kindern vermittelt sich nicht nur sachliches Wissen, sondern vor allem auch Deutungen, bestimmte Ursachenzuschreibungen und soziale Bedeutungen. Einige Familien geben sich die Regel, Konflikte mit oder unter den Kindern oder mit den Eltern immer zeitnah zu klären. In vielen Familien wurde besonderer Wert auf die allmähliche Erlangung von Selbstständigkeit in Bezug auf die Tages- und Aufgabenplanung gelegt, die die Kinder durch eigene Erfahrung erlangen sollten. Mit zunehmendem Alter übernahmen Kinder zunehmend selbst Verantwortung für ihre Angelegenheiten und trafen dabei eigene Entscheidungen. Eingegriffen wurde nur, wenn etwas schief ging oder wenn Hilfe notwendig war. Als besonders unterstützender Faktor konnte die Integration in das soziale Umfeld beobachtet werden. Ein guter Kontakt zu Nachbarn und befreundeten Familien sowie ggf. zu Verwandten erwies sich als wichtige Ressource für die Familien und damit auch die Kinder. Familien, die viele ihrer Nachbarn kannten, schilderten im Allgemeinen eine höhere Lebensqualität, fühlten sich in ihrer Wohngegend sicherer und nahmen mehr verfügbare Hilfe wahr.

Aus der Auswertung der Familieninterviews ergibt sich der allgemeine Befund, dass positive, gesundheitsfördernde Lösungen, welche die untersuchten Familien bereithalten, ein System von Handlungen bzw. Strategien umfassen, welches die zusammengestellten Empfehlungen in unterschiedlicher Weise umfasst. Die hier formulierten Empfehlungen sind in diesem Sinne systematisch miteinander verbunden und lassen sich in einer weit gefassten Deutung auf Grundprinzipien der Erziehung reduzieren. Diese sind: Berechenbarkeit des Alltags, Vermitteln von Regeln und Grenzen, Konsistenz von Normen und Handeln (Vorbild der Eltern), unbedingte Wertschätzung, ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuneigung sowie das Bereitstellen von Schutz, Sicherheit und Hilfe.

Jede Familie ist letztlich als einzigartiges Phänomen zu begreifen, dem wir uns lediglich forschersisch nähern, das wir aber nicht vollständig beschreiben können. Daher sind die Ergebnisse der Studie beschränkt auf wenige auffällige Gemeinsamkeiten und Unterschiede, aus denen sich allgemeine Empfehlungen ableiten lassen. Die Übertragung dieser Empfehlungen auf andere Familien ist wiederum eingeschränkt durch die besonderen und einzigartigen Lebensbedingungen und Voraussetzungen der Eltern und Kinder. Bei der Kommunikation der folgenden Empfehlungen ist daher unbedingt zu berücksichtigen, dass die Empfehlungen zwar allgemeine Gültigkeit besitzen, in der Anwendung jedoch auf die phänomenalen Bedingungen der einzelnen Familie zugeschnitten werden müssen. Dies ist letztlich auch der Grund dafür, dass die Empfehlungen zunächst eher als allgemeine Postulate formuliert sind, statt als konkrete Handlungsanweisungen.

Empfehlungen für Familien zur Förderung der Gesundheit ihrer Kinder

1. Gemeinsame Mahlzeiten zelebrieren

Kinder sollten das Frühstück nicht auslassen, schon gar nicht aus Zeitmangel. Nehmen Sie mindestens eine Mahlzeit pro Tag zusammen mit Ihren Kindern ein. Diese Mahlzeit sollte möglichst immer zur gleichen Zeit stattfinden, damit sich alle darauf verlassen können. Bei der Mahlzeit sollte weder der Fernseher noch das Radio laufen damit sich alle auf das Gespräch konzentrieren können. Die Mahlzeiten sollten an einem bestimmten Platz in der Wohnung eingenommen werden an dem alle genügend Platz finden. Mahlzeiten sollen immer in einer angenehmen Atmosphäre stattfinden. In vielen Familien ist das Streiten während der Mahlzeit verboten. Für den Ablauf der Mahlzeiten, das Benehmen am Tisch und das Essen angebotener Speisen sollten mit den Kindern Regeln aufgestellt werden, an die sich alle halten müssen. Eltern sollten im Interesse ihrer Kinder nicht zu exotische Gerichte anbieten. Es bewährt sich, wenn den Kindern immer etwas angeboten wird, was die Kinder auch gern mögen. So kann die Gewöhnung der Kinder an neue Geschmäcker allmählich erfolgen ohne größere Konflikte zu provozieren. Süßigkeiten sollten rationiert und kontrolliert an die Kinder gegeben. Ein unkontrollierter Zugang zu Süßigkeiten und Snacks führt oft zu einem unkontrollierten Essverhalten.

Was sagt die Wissenschaft:

Es ist zu beobachten, dass die Ernährung von Kindern und Jugendlichen immer weniger in den soziokulturellen Kontext eingebunden ist (Tümmler, 2003) und die Häufigkeit von gemeinsamen Familienmahlzeiten abnimmt (Nicklas et al, 2004). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie mit einer besseren Ernährung assoziiert sind. Gillman et al. (2000) zeigten, dass Kinder, die mehr Mahlzeiten im Rahmen der Familie zu sich nehmen, mehr Obst und Gemüse essen sowie weniger Limonade konsumieren. Neumark-Sztainer et al. (2003) konnten ebenfalls einen höheren Konsum an Obst und Gemüse nachweisen, sowie einen höheren Konsum an Getreide und kalziumhaltigen Nahrungsmitteln und einen geringeren Soft-Drink Konsum. Neben den Auswirkungen von gemeinsamen familiären Mahlzeiten auf die Zusammensetzung der Ernährung der Kinder und Jugendlichen konnten auch Effekte hinsichtlich der Entwicklung regelmäßiger Essgewohnheiten sowie einer gesünderen psychischen Verfassung gezeigt werden (Neumark- Sztainer et al. 2003). Darüber hinaus zeigen Kinder, die an regelmäßigen Familienmahlzeiten teilnehmen, weniger Risikoverhaltensweisen wie Tabak- Alkohol- und Cannabiskonsum und zeigen eine positivere schulische Leistung und psychische Gesundheit (Eisenberg et al. 2004).

Beispiele:

Familie G. aus Lübeck.:

Diese Familie zelebriert die Mahlzeiten als Gelegenheit, gemeinsame Zeit miteinander zu verbringen. Bereits das Frühstück dient dazu, den komplexen Tagesablauf zu klären, bei dem die Termine der Mutter und der Kinder koordiniert werden müssen. Ungeachtet des Alters der Kinder (10, 6 und 5 Jahre) werden diese an der Planung beteiligt. Reden beim Essen ist sehr erwünscht, auch ohne Gesprächsregeln, Streiten ist jedoch verboten.

Weil alle Kinder zu Mittag wieder nach Hause kommen, dient das Mittagessen dazu, über Erlebnisse und alltägliche Probleme zu reden. Das warme Mittagessen wird von der Mutter zubereitet, wobei die Kinder gelegentlich behilflich sind. Mutter kocht immer für jedes Kind das, was es gern mag, kocht für sich selbst aber oft etwas anderes („besseres Essen“). Das Speiserepertoire für die Kinder ist relativ schmal, enthält aber die wesentlichen Bestandteile, Fleisch, Gemüse und Rohkost. Wenn man etwas nicht isst, muss man es später aufgewärmt aufessen und es gibt keine Süßigkeiten. Diese werden am Nachmittag streng rationiert an die Kinder als kleine Zwischenmahlzeit oder Belohnung abgegeben.

Familie K. aus Lübeck:

Wann immer möglich gibt es in dieser Familie gemeinsame Mahlzeiten mit regen Gesprächen. Dabei sollen sich alle an gewisse Regeln halten: Mit Messer und Gabel essen; fragen, wenn man aufstehen möchte (müssen aber nicht warten bis alle fertig sind). Die Regeln werden aber nicht rigide durchgesetzt. Das angebotene Essen soll probiert werden, bevor man es ablehnt; Dinge, die die Kinder nicht mögen, sollen in regelmäßigen Abständen wieder probiert werden. Bei der Zubereitung wird aber auch auf Vorlieben geachtet. Früher wurden verschiedene Mahlzeiten zubereitet; heute muss dann Brot gegessen werden. Bei den Mahlzeiten läuft kein Fernsehen oder Radio. Alle Kinder dürfen pro Tag 5 Teile Süßigkeiten essen (z.B. 5 Kekse, Stückchen Schokolade etc.; auch Chips zählen als Süßigkeit); meistens wird am Nachmittag gemeinsam genascht;

2. Regelmäßige Tagesabläufe gestalten, Routinen und Rituale finden

Geregelte Tagesabläufe und Routinen sind wichtig für das seelische Wohlbefinden. Sie vermitteln den Kindern Sicherheit und Beständigkeit und bieten der Familie Gelegenheiten, intensive Zeit miteinander zu verbringen. Außerdem erleichtern sie auch den Alltag der Eltern. Tägliche Rituale, etwa beim zu Bett gehen oder beim Essen, sind Gelegenheiten den Kindern ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuneigung zu geben. Sie schaffen zudem ein „Wir – Gefühl“ und unterstreichen die Bedeutung der Familie als feste Gemeinschaft.

Was sagt die Wissenschaft:

Eine Studie an brasilianischen Familien ergab, dass eine tägliche Routine mit einem organisierten Ablaufplan mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten assoziiert war – alle Indikatoren für stabile Umweltbedingungen erwiesen sich als protektiv (Ferriolli et al., 2006). Auch weitere Studien zeigen, dass ein höheres Ausmaß an familiären Routinen mit einem besseren Gesundheitsstatus der Kinder assoziiert ist (Keltner, 1992) bzw. der der familiären Gesundheit zuträglich ist (Denham, 2002). Studien, die sich auf eingegrenzte Risikogruppen bezogen, konnten ebenfalls die Bedeutung von Familienroutinen als protektivem Faktor nachweisen. So weisen asthmatische Kinder, die in Familien mit größerer Bedeutung von familiären Routinen aufwachsen, geringere Werte auf einer Angstskala auf (Markson & Fiese, 2000). In Familien, die in Obdachlosenunterkünften leben, spielen ebenfalls familiäre Routinen eine herausragende Rolle, da sie helfen die Integrität der Familie während der Obdachlosigkeit zu bewahren (Schultz-Krohn, 2004). Familienrituale bieten einen Einblick in die Bemühungen der Familie ein gemeinsames Konzept der Familienidentität zu erhalten (Campbell, 1991).

Beispiele:

Familie W. aus Schwerin:

Durch die Berufstätigkeit beider Eltern hat die Familie einen genau geregelten Tagesablauf. Trotz Zeitdrucks werden in der Regel drei regelmäßige Mahlzeiten mit festen Regeln eingenommen. Alle Mahlzeiten finden in der Küche am Esstisch statt. Dabei ist das Frühstück allerdings sehr kurz und bietet wenige Gesprächsmöglichkeiten. Der Morgen läuft nahezu immer gleich ab: Mutter weckt die Kinder, Vater macht Frühstück, die Kinder stoßen dann dazu, Mutter macht sich im Bad zurecht, wenn die Kinder noch essen, ist der Vater schon mit dem Essen fertig, geht hoch ins Bad zur Mutter und macht sich nun zurecht, Mutter geht runter in die Küche und frühstückt den Rest der Zeit mit den Kindern. Mittags ist meist nur ein Elternteil anwesend. Es wird mittags warm gegessen und eigentlich immer das gekocht, was alle essen mögen, damit niemand zu kurz kommt. Besonders zelebriert wird das Abendessen, an dem alle teilnehmen. Beobachtung: Alle 4 Familienmitglieder hatten beim Abendbrot ungefähr den gleichen Gesprächsanteil. Die Kinder beteiligten sich rege an den Gesprächen, zum einen weil sie von den Eltern angesprochen wurden, aber auch weil sie von sich aus erzählten. Es gab keine Vorwürfe, keinen Streit oder Konflikte, keine unangemessenen Ursachenzuschreibungen. Nach dem Abendbrot kümmern sich beide Eltern um die Kinder, bis diese ins Bett gehen.

Familie B. aus Kerpen

Am Morgen bereitet die Mutter das Frühstück vor, so dass die Kinder auch allein frühstücken können. In der Regel wird jedoch morgens der Tagesablauf kurz abgeklärt. Das Beispielkind isst im Hort zu Mittag, das Abendessen wird aber generell gemeinsam eingenommen. Während des Essens gibt es keine Telefonate. Die Mahlzeit wird intensiv zum Gespräch genutzt: Alle werden mit einbezogen, der Tagesablauf wird rekonstruiert. Die Eltern hören den Kindern gut zu, auch deren Meinung hat Gewicht, manchmal gilt aber auch Elternwort, es wird viel erklärt. Besonders wichtig für ein harmonisches Familienleben ist folgendes Ritual: Eltern und Kinder sollen sich aussprechen bevor man ins Bett geht. Man soll sich erklären und ggf. entschuldigen. Die Eltern legen Wert darauf, dass Konflikte zeitnah geklärt und nicht verschoben werden.

Familie H. aus Rheda-Wiedenbrück

In der Familie gibt es feste Rituale, die das Ziel haben, den Zusammenhalt der Familie zu stärken. Die Kinder werden mit Handschlag begrüßt, wenn sie aus der Schule kommen. Das Beispielkind bekommt jeden Abend eine Geschichte erzählt, dieses Ritual heißt „Engel rufen“.

3. Aufbau und Pflege sozialer Kontakte

Suchen und pflegen Sie Kontakte zu anderen Menschen. Ein guter Kontakt zu Nachbarn, befreundeten Familien sowie ggf. zu Verwandten unterstützt die Eltern und damit auch die Kinder. Besonders wichtig für die seelische Gesundheit der Kinder ist die Integration in das soziale Umfeld. Erkunden Sie Ihre Wohngegend mit den Kindern und machen Sie sich mit den Menschen in Ihrer Wohngegend bekannt. Wer viele seiner Nachbarn kennt, erlebt ein höheres Maß an Lebensqualität, spürt weniger Misstrauen und mehr Sicherheit in der Wohnumgebung und hat potenzielle Hilfe zur Verfügung. Bieten Sie anderen Ihre Hilfe an damit Ihnen im Bedarfsfall auch geholfen werden kann. Die Zeit, die man hierfür investiert, zahlt sich später immer aus. Beteiligen Sie ihre Kinder an Ihren sozialen Kontakten, ermuntern Sie Ihre Kinder, selbständig soziale Kontakte zu pflegen.

Was sagt die Wissenschaft:

Lebenszufriedenheit und Vertrauen in andere Menschen werden von sozialen Netzwerken, dem sozialen Kapital, positiv beeinflusst. Ein gewisses Maß an Lebenszufriedenheit muss allerdings schon zuvor vorhanden sein weil Netzwerke die Lebenszufriedenheit beeinflussen, indem sie positive Gefühle verstärken und negative verhindern (Lin 2001; Schilling & Wahl 2002). Die Grundlagen für diese Gefühle resultieren jedoch vor allem aus der Umdeutung objektiver Lebensbedingungen, die zu einem beträchtlichen Teil aus dem Haushaltseinkommen resultieren. Die subjektiven Lebensumstände kommen dann zum Tragen, wenn die objektiven Faktoren befriedigt sind. Vertrauensvolle Menschen interagieren verstärkt in Netzwerken. Um aber in einem Netzwerk aktiv zu sein braucht es zwangsläufig einen gewissen Vertrauensvorschuss. Netzwerke verstärken dieses Vertrauen indem sie positive Erfahrungen vermitteln, sie können das Vertrauen aber nicht initiieren. Vertrauen hat demnach eine selektierende Funktion, die der Interaktion im Netzwerk vorgeschaltet ist (Stolle 1998). Soziale Netzwerke bieten vor allem aber die Möglichkeit, auf Hilfeleistungen gleich welcher Art zurückzugreifen zu können (Coleman 1991). Die sozialen Netzwerke erzeugen ebenfalls Kontrollmechanismen, wodurch abweichendes Verhalten abnimmt (Putnam 2001). Da nahezu jeder Teil eines sozialen Beziehungssystems ist, entsteht Sozialkapital häufig als Nebenprodukt von alltäglichen Beziehungen (Coleman 1901; Portes 1998). Zudem ist es möglich, individuelle Beziehungen „absichtsvoll zu mobilisieren“ (Lin 2001). Durch sog. „Beziehungsarbeit“ (Bourdieu 1983) hat der Einzelne die Möglichkeit, sein Sozialkapital zu vergrößern. Die Höhe des verfügbaren Sozialkapitals lässt sich zum einen an der Größe des Netzwerkes ablesen und zum anderen an der Verschiedenheit der darin befindlichen Mitglieder. Dies begründet sich darin, dass Beziehungen zu Menschen aus möglichst unterschiedlichen Bereichen die positiven Ergebnisse aus einer Gruppenzugehörigkeit erhöhen (Lin 2001). Die Mitgliedschaft in Vereinen und Kontakte am Arbeitsplatz schaffen zudem wichtige Beziehungen, um beispielsweise neues, dem eigenen Kernnetzwerk fremdes Wissen zu erlangen oder andere Sichtweisen zu erlernen. Dabei ist die Anpassung an Normen innerhalb der Netzwerke ein wichtiger Weg um die Möglichkeit zu haben, Hilfeleistungen zu geben und darauf vertrauen zu können in der Zukunft von seiner Hilfeleistung zu profitieren und sei es nur in Form von Anerkennung (Portes 1998; Lin et al. 2001; Putnam 2001). Die Verwandtschaft stellt gleichfalls ein wichtiges Netzwerk dar. Die Freunde sind die Nächsten nach der Familie, in manchen Fällen eventuell sogar die ersten, die man um Hilfe bittet und die man mobilisieren kann. Von ihnen erhält man soziale Anerkennung außerhalb der eigenen Familie. Dabei sollten Freundschaftsnetzwerke vielfältig sein, und so Zugang zu Ressourcen schaffen,

die einem sonst verwehrt bleiben würden. Nach Bourdieu hängt der Umfang des Sozialkapitals, das der einzelne besitzt, von der Ausdehnung des Netzes von Beziehungen ab, die der einzelne tatsächlich mobilisieren kann (Bourdieu 1983). Die eigene Nachbarschaft ist ein vom Einzelnen emotional weiter entferntes Netzwerk, das einen aber tagtäglich umgibt und eine bedeutende Ressource darstellen kann. Wer wenig Zeit hat, weil er beruflich und familiär stark eingespannt ist, kann sich weniger um seine Kontakte außerhalb dieser Bereiche kümmern. Deshalb ist es notwendig, die Anzahl der freien Stunden, die dem Einzelnen pro Tag zur Verfügung stehen, als weiteren Aspekt mit in das Konzept des sozialen Kapitals mit aufzunehmen (Bourdieu 1983).

Beispiel:

Familie M. aus Finsterwalde

Beeinträchtigender Faktor der Familie ist die Arbeitslosigkeit (beide Eltern sind arbeitslos) und damit einhergehende Defizite wie geringeres Selbstwertgefühl, Geldmangel etc.. Die Eltern wollen nicht wegziehen um Arbeit zu bekommen, weil ihnen das soziale Umfeld (soziales Kapital) wichtig ist. Ihre Kraft ziehen sie aus dem Familienzusammenhalt. Probleme lösen sie durch miteinander Sprechen und Kompromisse eingehen. Ein starker Familienzusammenhalt und positives soziales wie ökologisches Umfeld fangen mögliche nachteilige Folgen beruflicher und finanzieller Defizite ab. Die Großeltern sind ins Familienleben integriert, die Familie hat verlässliche Unterstützung von Geschwistern und Freunden. Es gibt eine aktive Nachbarschaftshilfe, bei der der Vater selbst anderen hilft und daher auf die Hilfe der Nachbarn vertrauen kann. Trotz ökonomischer Schwierigkeiten macht diese Familie einen harmonischen und in sich gestützten Eindruck. Alle wirken aufeinander eingespielt und jeder kennt seine Position in der Familie. Eindruck der Interviewerin: „Beeindruckend ist die Liebe zueinander, die man deutlich spürt. Vor allem die Kinder strahlen ein großes Urvertrauen zu ihren Eltern aus.“

4. Jedem Kind täglich eine gewisse Zeit ungeteilte Aufmerksamkeit schenken

Jedem Kind sollte täglich mindestens einmal ungeteilte Aufmerksamkeit zu Teil werden. Dies ist für die emotionale Befindlichkeit des Kindes unbedingt notwendig. Auch körperliche Nähe gehört dazu. Es gilt den Kindern Zuneigung, Wertschätzung und Geborgenheit zu vermitteln. Dabei zeigen die Erfahrungen aus den Familien, dass dies nicht unbedingt sehr viel Zeit in Anspruch nehmen muss.

Was sagt die Wissenschaft:

Eine längsschnittlich angelegte Studie an holländischen Familien konnte zeigen, dass die von Eltern und Kindern gemeinsam verbrachte Zeit im vorpubertären Alter, in der frühen Pubertät und im mittleren Jugendlichenalter assoziiert war mit einem geringeren Aufkommen an Familienkonflikten fünf Jahre später (Dubas & Gerris 2002).

Beispiel:

Familie R. aus Potsdam

Die Mutter hält nichts von Regeln oder Prinzipien bei der Erziehung. Ihr ist es wichtig, die Innensteuerung der Kinder zu fördern. Durch die Ablehnung von Regeln herrscht in der Familie ein erhöhter Abstimmungsbedarf der zu einem regen Austausch zwischen allen Familienmitgliedern führt. Die Kinder spielen hauptsächlich frei, ohne Anleitung und Aufsicht der Eltern. Es gibt aber feste Routinen im Alltag, die den Kindern die ungeteilte Aufmerksamkeit zukommen lassen: Das Abendessen ist der zentrale Punkt am Tag zum Austausch von Informationen, da die Kinder in der Ganztagsbetreuung sind, gibt es sonst wenig gemeinsame Zeit.

Der Vater erzählt immer abends vor dem Einschlafen der Kinder eine Geschichte. Sehr wichtig sind die regelmäßigen kurzen ca. 15 Minuten langen Pausen mit möglichst nur einem Kind (z. B. unterwegs in einer Eisdielen, Museum oder dem Spielplatz). So geht der Vater mit seiner Tochter nach dem Abholen vom Hort nicht gleich nach Hause, sondern macht immer zwischendurch diese Pause.

5. Gemeinsame Bewegungsmöglichkeiten nutzen und schaffen

Sport und Bewegung können ein wirksamer Weg sein, um fit, gesund und selbstbewusst zu werden. Kinder können dies in der Regel jedoch nicht allein entdecken, zumal das Wohnumfeld häufig nicht zum freien Spiel und Bewegen geeignet ist. Das gemeinsame Bewegen mit den Eltern fördert darum die Motivation und die Möglichkeiten der Kinder. Orientierung am sportlichen Wettbewerb macht Bewegung und entsprechende Fortschritte für die Kinder spürbar und motiviert sie. Wettkampf und Erfolge machen stolz und unterstützen das Selbstbewusstsein. In vielen Fällen kann daher die Wahl einer Wettkampfsportart für die Kinder zu einem guten Start in die eigenständige Bewegungsfreude sein. Eine Überbetonung von Erfolg und Wettbewerb schaden allerdings der sozialen Anpassung des Kindes in der Gleichaltrigengruppe. Eltern sind eindeutig die Vorbilder im Bewegungsverhalten, wenn sie körperlich aktiv sind, sind es in der Regel auch die Kinder. Gemeinsame körperliche Aktivität mit den Kindern nützt der Gesundheit aller Familienmitglieder, bringt Spaß und ein gutes Familienklima. Viele Eltern haben Angst um ihre Kinder, wenn diese sich draußen ausagieren. Sicherheitsbedenken müssen jedoch nicht des Bewegungsdrang einschränken sondern können auch in Form von positiven Impulsen für das körperliche Ausagieren genutzt werden: Besser unterstützend fördernde Ermahnungen als generelle, am schlechtesten Ausgang orientierte Befürchtungen äußern. Auch in ungünstigen Wohngebieten mit wenig Bewegungsraum und hohem Sicherheitsrisiko für die Kinder lassen sich gemeinsame Bewegungsmöglichkeiten finden. Die Zusammenarbeit (Netzwerkbildung) mit anderen Familien erleichtert oft diese Initiative.

Was sagt die Wissenschaft:

Eine Studie, die vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) im Auftrag des Deutschen Sportbundes (DSB) und des AOK-Bundesverbands zum „Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ durchgeführt wurde, zeigte mangelnde sportmotorische Fähigkeiten der untersuchten Kinder aus der fünften bis zur elften Jahrgangsstufe obwohl das Interesse an Sport sehr groß ist (Speth & Stadlmeier Baumann 2001). Der Einfluss der Eltern auf das Bewegungsverhalten der Kinder erweist sich als groß. Kinder von sporttreibenden Eltern bewerten Sport häufiger als wichtig – verglichen mit Kindern von inaktiveren Eltern (WIAD 2003). Der Sport mit den Eltern in der Kindheit legt einen wichtigen Grundstein für das spätere Sporttreiben – auch wenn Sport in der Jugend dann bevorzugt mit Freunden getrieben wird. Zum gleichen Ergebnis kommen Graf et al. (2003), die aus Daten der CHILT-Studie (Children’s Heart Interventional Trial) Zusammenhänge zwischen dem Freizeitverhalten von Kindern und Eltern sowie deren Größe- und Gewichtsstatus berichten. Auch hier zeigte sich, dass Kinder mit inaktiveren Eltern selber auch deutlich häufiger inaktiv waren und das aktive Freizeitverhalten der Eltern und Kinder einen Zusammenhang mit den anthropometrischen Eigenschaften aufwies (Graf et al. 2003). Um Bewegung im Familienalltag zu ermöglichen, ist jedoch nicht unbedingt eine Mitgliedschaft im Sportverein notwendig. So können z.B. kürzere Strecken mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurückgelegt werden und Bewegung im Rahmen von gemeinsamen Familienunternehmungen integriert werden, wie z.B. bei Radtouren, Schwimmbadbesuchen oder ähnlichem. Entsprechende Empfehlungen gibt auch die American Heart Association (AHA 2005). Sie rät Kindern ein Verhaltensvorbild zu sein statt sie nur verbal auf richtiges Verhalten hinzuweisen, dass selbst nicht praktiziert wird. Die regelmäßige Bewegung der Kinder soll gefördert werden und die Eltern sich daran beteiligen. Außerdem wird

dazu geraten bei Kindern die sitzenden Tätigkeiten auf ein bis zwei Stunden zu beschränken und auf einen Fernseher im Kinderzimmer zu verzichten (AHA 2005).

Beispiele:

Familie H. aus Rheda-Wiedenbrück

In dieser Familie hat Sport einen festen Platz im Ablauf der Woche und wird sehr ernst genommen (allerdings überwiegend wettbewerbsorientiert). Am Wochenende will die Familie möglichst alles zusammen machen. Alle Familienmitglieder treiben mindestens eine Sportart in der Freizeit (Schwimmen, Judo und Laufen im Sportverein). Die Eltern unterstützen stark das Beispielkind bei sportlichen Wettbewerben. Es gibt einen relativ gleichförmigen, berechenbaren Tagesablauf mit festen Zeiten für Mahlzeiten und Sport. Mutter und Vater sehen Sport und Bewegung als krankheitspräventive Maßnahme für sich selbst und für die Kinder. Der Rückhalt in der Familie wird als fördernd für die seelische Gesundheit gesehen. Geregelter Tagesabläufe, für einander Zeit haben, Rituale und Regeln fördern die seelische Gesundheit der Kinder. Das Credo der Eltern: Wettkampf und Erfolge machen stolz. Mutter und Vater rekrutieren ihre Freunde und Bekannte im Rahmen des Sports (Verein). Dadurch verfügen sie über ein enges soziales Hilfenetzwerk, unabhängig von Nachbarschaft und Verwandtschaft.

Familie K. aus Leipzig

Die Wohnung der Familie liegt an einer Hauptverkehrsstrasse mit viel Lärm, die Familie verfügt aber auch über ein Wochenendhaus am Wald. Es gibt keine Nachbarschaft, keinen Kontakt zur Verwandtschaft, nur wenige Freunde, zu diesen sucht man aber häufigen Kontakt. Der Vater ist Mitglied im Sportverein mit einmal wöchentlicher Aktivität. Der Familienzusammenhalt, ein kommunikativer Erziehungsstil und sportliche Aktivitäten ermöglichen einen gelassenen, aber nicht nachlässigen Umgang mit den leichten Stresssymptomen des Beispielkindes. Bei eher geringen sozialen Kontakten gibt es eine sehr fürsorgliche Familienatmosphäre und eine Vielzahl gemeinsamer Aktivitäten sowie ein beispielhaftes Bewegungs- und Sportprogramm (Judo, Radfahren, häufige gemeinsame Bewegung). Die Familie hat sich mit anderen Familien zusammengetan und mietet in 14-tägigem Abstand eine kleine Turnhalle an, in der die Eltern mit den Kindern zusammen turnen.

6. Regeln aushandeln und miteinander reden

Klare Regeln, die ausgehandelt und transparent sind, und deren Einhaltung konsequent durchgesetzt wird, geben den Kindern klare Verhaltensmaßstäbe. Jedoch ist die Durchsetzung im Laufe der Zeit, nachdem eine gute Einübung erreicht wurde, nicht mehr unbedingt rigide zu verfolgen. Ausnahmen bestätigen dann die Regel. Kinder sollten für positives und erwünschtes Verhalten immer gelobt werden. Das Lob sollte nicht mit gleichzeitiger Kritik oder Einschränkungen gepaart werden. Auch vermeintlich selbstverständliches Verhalten sollte gelobt werden, um den Kindern Wertschätzung zu vermitteln und sie zur Beibehaltung zu motivieren. Unbegründetes oder unangemessen großes Lob kann allerdings auch schaden, indem es entweder bei den Kindern als unaufrichtig ankommt oder aber den Kindern unrealistische Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeit vermittelt. Bereits kleinen Kindern können verschiedene Probleme, Zusammenhänge oder Erfordernisse erklärt werden. Dabei ist es nicht angemessen, die Dinge vermeintlich kindgerecht zu verzerren oder vereinfacht darzustellen. Durch die Erläuterung vermittelt sich nicht nur sachliches Wissen, sondern vor allem auch Deutungen, bestimmte Ursachenzuschreibungen und soziale Bedeutungen, die den Kindern bei der Bewältigung ihres eigenen Alltags helfen oder schaden können. Konflikte mit oder unter den Kindern oder mit den Eltern müssen immer zeitnah geklärt werden. Dabei ist es wichtig, nicht rein emotional zu reagieren, sich den eigenen Standpunkt gegenseitig zu erklären, sich für ggf. sein Verhalten entschuldigen und die Versöhnung explizit festzustellen (z.B. durch ein Ritual).

Was sagt die Wissenschaft:

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass ein autoritativer Erziehungsstil mit einer positiven Entwicklung der Kinder assoziiert ist. Dieser Erziehungsstil kennzeichnet sich dadurch, dass die Eltern für ihre Kinder zugänglich sind, gegenseitige Wertschätzung und emotionale Wärme gegeben ist und neben der Einhaltung klarer Regeln auch die kindliche Autonomie in einem definierten Freiraum geachtet wird. Kinder aus solchen Familien sind emotional ausgeglichener, sozial kompetenter und leistungsfähiger (Malti 2005) als Kinder aus Familien, in denen ein permissiver oder autoritärer Erziehungsstil vorherrscht. Auch Studien zum Risikoverhalten von Jugendlichen fanden einen protektiven Einfluss des autoritativen Erziehungsstils sowie der Verbundenheit von Eltern und Kind. Auch die elterliche Aufsicht über den/die Heranwachsenden wirkt sich protektiv gegenüber Risikoverhalten aus und moderiert die Einflüsse der Peer-Group. Dies gilt bis in die späte Adoleszenz (DeVore & Ginsburg 2005). Hinsichtlich der leistungsbezogenen Verhaltensweisen zeigen Kinder aus Familien mit autoritativem Erziehungsstil Vorteile: sie verhalten sich beispielsweise weniger passiv und erwarten seltener in einer Leistungssituation zu versagen (Aunola et al. 2000). Ergebnisse des amerikanischen Kinder-Gesundheitssurveys von 2003 zeigen, dass eine gute Kommunikation in der Familie mit einer höheren sozialen Kompetenz, gesundheitsförderlichem Verhalten und Selbstbewusstsein positiv assoziiert ist (Youngblade et al. 2007). Auch Regeln über den Fernsehkonsum waren positiv mit gesundheitsförderlichem Verhalten der Kinder und Jugendlichen assoziiert. Eine längsschnittlich angelegte Studie aus den USA konnte zeigen, dass unter anderem klare Verhaltensregeln in der Familie und angemessene Belohnungen für positives Verhalten im Alter von 10 Jahren mit einem geringeren Risiko für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit im Alter von 21 Jahren einhergingen (Guo et al. 2001).

Beispiele:

Familie B. aus Herzebrock-Clarholz

Die allein erziehende Mutter leidet unter Depression, Überlastung und psychosomatischen Beschwerden und ist deswegen in Behandlung. Das Kind ist jedoch vollkommen unauffällig. Eine ganz zentrale Rolle im Leben der Mutter (und auch in ihrer Erziehung) spielen Regeln, Ordnung, Rituale und Sauberkeit. Sie erwähnte mehrfach, dass es Sicherheit gibt, wenn alles seinen gewohnten Gang nimmt. Mit dem Verlust von Ordnung (z.B. in welcher Reihenfolge gefrühstückt, Zähne geputzt etc. werden) geht ein Verlust von Sicherheit einher. Darum besteht sie auf Regeln, geht aber mit der Einhaltung durchaus flexibel um. Das Kind ist an Entscheidungsprozessen und dem Aushandeln von gemeinsamen Tagesabläufen und Freizeitaktivitäten immer beteiligt. Das Kind profitiert von dieser Regelmäßigkeit weil es dadurch, angesichts eher unregelter Lebensverhältnisse (Trennung vom Vater) Sicherheit erlebt.

Familie S. aus Leipzig

Die Mutter und ihre 7-jährige Tochter machen gegen 15:00 Uhr, wenn das Kind nach Hause kommt immer eine gemeinsame „Kaffeepause“. Dabei trinkt das Kind Kakao und es gibt Zeit sich auszutauschen. Abends geht das Kind allein ins Bad, zieht sich um, putzt sich die Zähne und geht dann ins Bett. Entweder Mutter oder Vater kommen und lesen etwas vor. In letzter Zeit allerdings liest das Kind auch der Mutter etwas vor, weil die das gut kann und gerne macht. Eventuell wird danach noch ein kleines Licht angelassen und die Tür bleibt einen Spalt geöffnet. Wenn man später nach Hause kommt, oder ein unaufgelöster Streit noch im Raum steht wird nicht vorgelesen. Das ist eine feste Regel.

Familie R. aus Leipzig

Das besondere dieser Familie besteht darin, dass die Eltern geschieden sind und heute beide mit neuen Lebensgefährten zusammen leben. Nach der Scheidung wurde die Regelung getroffen, dass die Kinder jeweils eine Woche bei der Mutter und eine Woche beim Vater leben. In beiden Haushalten finden die Kinder jeweils komplett eigenständige Ausstattungen vor. Damit dies gelingt, werden zwischen den Eltern Informationen regelmäßig und ohne Vorhaltungen und Schuldzuweisungen ausgetauscht. Die Kinder können sich auf die Regelungen voll verlassen. Die emotionalen Scheidungsfolgen für die Kinder konnten durch eine gute Aushandlung zwischen den Eltern weitgehend (wenn auch nicht vollständig) abgepuffert werden. Begünstigend kommt hinzu, dass das soziale Netzwerk von Mutter und Vater weiterhin zum großen Teil deckungsgleich geblieben ist, so dass der wöchentliche Wechsel der Kinder nicht in zwei völlig unterschiedliche soziale Welten führt. Die Kinder sind in dieses Netzwerk, das überwiegend aus anderen Familien mit Kindern besteht, offenbar stark integriert.

7. Kinder zur Verantwortung und Selbständigkeit erziehen.

Selbstständigkeit in Bezug auf die Tages- und Aufgabenplanung vermittelt sich den Kindern durch eigene Erfahrung. Mit zunehmendem Alter sollten Kinder zunehmend selbst Verantwortung für ihre Angelegenheiten übernehmen und dabei eigene Entscheidungen treffen können. Eingegriffen wird nur, wenn etwas schief geht oder wenn Hilfe notwendig ist. Zur Belohnung und Motivation kann Lob und anfänglich ein Belohnungssystem hilfreich sein. Wenn ein entsprechendes Umfeld als Sicherheit zur Verfügung steht, erweist es sich als wertvoll, die Kinder ab einem gewissen Alter für eine bestimmte Zeit sich selbst zu überlassen, für sich selbst verantwortlich zu sein. Zur Vorbereitung muss der Haushalt aber entsprechend sicher sein (z.B. keine gefährlichen Gegenstände erreichbar) und die Kinder müssen in die Lage versetzt werden, selbständig Hilfe zu holen (telefonieren).

Was sagt die Wissenschaft:

Eltern, die die Selbständigkeit bzw. Autonomie ihrer Kinder frühzeitig fördern stärken damit das Gefühl der Individualität auf Seiten der Kinder. Sie ermutigen ihr Kind, sich selbst auszudrücken und erleben die allmähliche Entwicklung ihres Kindes zu einem autonomen Individuum. Dabei vermitteln sie den Kindern, dass sich Sympathie und Respekt nicht aus der reinen Anpassung an Eltern und Erwachsene ergibt, sondern aus einer Eigenständigkeit heraus. Dies erleichtert besonders den Übergang vom Kindes- zum Jugendalter, bei dem Kinder von sich aus Selbständigkeit suchen und dadurch leicht in Konflikte mit den Eltern geraten (Hurrelmann 1997). In einer amerikanischen Studie zeigte sich, dass 40 % der Eltern erhebliche Probleme im Zuge dieses Übergangs erlebten. Diese waren vermindertes Selbstwertgefühl, Einschränkungen der Lebenszufriedenheit und Depressionen, erhöhte Ängste und häufige negative Gefühle. Diese Probleme ergeben sich vor allem daraus, dass die Rolle der behütenden Kindeseltern zwangsläufig in die Rolle der Jugendeltern übergehen muss, welche ein verändertes Verhältnis zum Kind einschließt (Steinberg, 2001). Jugendliche müssen sich von ihren Eltern ablösen. Ziel ist die Unabhängigkeit, d. h. nicht mehr alles mit den Eltern zu teilen, Entscheidungen allein treffen und eine eigene Meinung vertreten. Emotionale Nähe und Akzeptanz unterstützt das Autonomiestreben der Jugendlichen und die Beziehung verschlechtert sich im Verlauf der Jugend nur geringfügig. Jugendliche mit einer zufrieden stellenden Elternbindung weisen ein höheres Wohlbefinden auf, können besser mit Problemen umgehen und haben mehr Freunde. In diesem Zusammenhang hat sich ein sog. "autoritativer Erziehungsstil" (Baumrind, 1991) bewährt, eine Kombination von emotionaler Wärme, festen Regeln und Prinzipien sowie dem Gewähren von Autonomie. In diesen Familien fühlen Jugendliche sich ihren Eltern verbunden und identifizieren sich häufiger mit ihnen. Kontrolle sollte indirekt ausgeübt werden, d.h. die Eltern sollen ihre Vorstellungen zu begründen und erklären (Konsequenzen aufzeigen, an die Verantwortung appellieren) anstatt sie einfach durchzusetzen. Günstig wirkt es sich weiter aus, wenn die Eltern über die Aktivitäten ihrer Kinder gut informiert sind. Dies vermittelt den Jugendlichen das Gefühl, dass Eltern Anteil an ihrem Leben nehmen, ohne sie zu beeinflussen (Storch 1994; Papastefanou 2004).

Beispiele:

Familie W. aus Schwerin:

Beide Eltern dieser Familie sind voll berufstätig. Darum muss der Alltag sehr straff und verlässlich organisiert sein. Die Mutter sagt: „Unser ganzer Alltag ist Routine! Es ist

eigentlich alles durchorganisiert. Anders klappt es aber nicht. Unser Alltag muss klappen!“ Die Familie löst diese Lebenslage durch viele Regeln und Routinen, aber gleichzeitig auch durch eine konsequente aber liebevolle Erziehung. Die Kinder akzeptieren die Eltern und gehorchen ihnen. Nicht nur aus Notwendigkeit heraus ist es das erklärte Ziel der Eltern, ihre Kinder zur Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu erziehen. Den Eltern ist es wichtig, dass sie ihre Kinder nicht zu „blonden Tussies“ erziehen. Sie sollen ihren Kopf zum Denken einsetzen. Strategien dazu sind etwa: Es gibt ein Euro Taschengeld am Sonntag – die Kinder sollen Gefühl für Geld bekommen. Die Kinder werden bereits recht früh dazu motiviert, sich aktiv an der Haushaltsführung zu beteiligen: Mithilfe beim Tisch decken und abräumen, das eigene Zimmer aufräumen, schmutzige Kleidung in den Wäschekorb zu tun, Staubsaugen. Die Kinder werden für ihre Mithilfe ausgiebig gelobt und finden es toll, verschiedene Erwachsenenarbeiten machen zu können. Die 7-jährige Tochter fährt alltags allein mit der Straßenbahn von der Schule zum Hort. Dies ergibt sich aus der Notwendigkeit heraus und wird von der Mutter selbstkritisch kommentiert: „Ja, war auch nicht so gedacht, ist auch viel verlangt, aber es geht nun mal nicht anders, was will man machen“. Zur Sicherheit wird das Kind jeden Morgen daran erinnert, dass sie mit keinem mitgeht, dass sie mit keinem redet, egal was die Leute ihr erzählen und dass sie daran denkt ihren Fahrschein zu knipsen. Das wird immer wieder runter gebetet, damit sie es einfach nicht vergisst.

Familie K. aus Lübeck

Selbstständigkeit, Freiheit und Eigenverantwortung in der Erziehung spielen in dieser Familie eine zentrale Rolle. Aus mehreren Aussagen der Eltern lässt sich schließen, dass sie ihren Kindern soviel Freiheit wie möglich einräumen möchten. Dennoch gibt es ein Regelsystem, das konsequent umgesetzt wird. Die Mutter sagt, dass sie besonders darauf achtet, viel zu loben, wobei das meistens nicht mit einer Belohnung verbunden ist. Die Eltern strahlen ein hohes Maß an Selbstsicherheit und Optimismus aus, das sie auch ihren Kindern vermitteln. Dies wirkt sich auch auf den Umgang mit Risiko und vermeintlicher Gefahr aus. Die 6-jährige Tochter sagt: "Wenn „F.“ (der 8-jährige Bruder) früher irgendwo draufgeklettert ist, habe ich gesagt: Das ist gefährlich! Da kann man runterfallen. Dann ist klar, dass er runter fällt. Heute würde ich sagen: Halt dich gut fest!" Den Kindern werden eindeutige Aufgaben gegeben, welche die Selbständigkeit und Eigenverantwortung schulen: Alle Kinder müssen ihre Zimmer selbst aufräumen. Es werden dazu aber keine festen Zeiten festgelegt. Wenn es notwendig wird, weisen Vater und Mutter darauf hin, dass mal wieder aufgeräumt werden muss und die Kinder haben dann etwa 2 Tage Zeit dafür. Seit einiger Zeit versuchen die Eltern dem 8-jährigen Sohn mehr Selbstständigkeit in Bezug auf die Tages- und Hausaufgabenplanung einzuräumen. Das heißt, dass er nun selbst den Ablauf organisiert und diesen mit Vater und Mutter abspricht. Er entscheidet sich mittags, wann er seine Hausaufgaben machen möchte und wird dann nur erinnert, falls er es vergisst. Eingegriffen wird nur, wenn etwas schief geht, z.B. wenn er erst am Abend die Hausaufgaben machen möchte und dann müde ist oder etwas vergisst. Falls er Hilfe benötigt, stehen die Eltern selbstverständlich und ohne weitere Vorwürfe zur Verfügung.

8. Gesunde Kinder brauchen gesunde Eltern: Fördern Sie ihre eigene Gesundheit!

Bezüglich einer positiven Lebenseinstellung, eines gesunden Selbstwerts und einer angemessenen Selbstwirksamkeitserwartung sind die Eltern Modelle für ihre Kinder. Eltern, die sich den Erziehungsalltag durch Regeln, Übertragung von Verantwortung an die Kinder sowie durch ein dichtes Netzwerk an potenzieller Hilfe auszeichnen, erleben eine höhere Lebensqualität, fühlen sich gesünder und weniger belastet. Ebenso erweist es sich als hilfreich, wenn Eltern sich im eigenen Interesse Auszeiten organisieren, um sich nicht im Alltagstrott zu verlieren. Häufig findet man Eltern, denen zwar die Gesundheit ihrer Kinder sehr wichtig ist, die aber selbst kaum etwas für ihre eigene Gesundheit tun. Dies wird von den Kindern schnell als unglaublich entdeckt, so dass sie selbst nur wenig Motivation für ein gesundes Leben entwickeln.

Was sagt die Wissenschaft:

Ergebnisse des amerikanischen Kinder-Gesundheitssurveys von 2003 zeigen, dass der Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Eltern mit dem ihrer Kinder assoziiert ist (Youngblade et al 2007). Auch für konkrete Gesundheitsverhaltensweisen lassen sich vielfältige Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Eltern und dem ihrer Kinder finden: ein niedriger Fettkonsum von Kindern ist 5mal wahrscheinlicher wenn auch die Mutter einen niedrigen Fettkonsum hat. Auch die elterlichen Verhaltensweisen hinsichtlich Tabak und Alkohol wirken sich auf die Verhaltensweisen ihrer Kinder aus (Rossow & Rise 1994).

Beispiele:

Familie B. aus Kerpen

Beide Eltern zeichnen sich durch eine hohe Wertschätzung von Gesundheit aus und achten stark auf ihre eigene Gesundheit. Beide Eltern betreiben darum Fitnesssport. Wohlbefinden und die seelische Gesundheit haben bei den Eltern vergleichsweise hohe Bedeutung. Diese wird einerseits durch Geborgenheit und (körperliche) Nähe gefördert, andererseits jedoch auch explizit durch „Auszeiten“ die sich die Eltern für sich nehmen. Die Mutter realisiert dies durch eigenständige Entspannungspausen und der Vater durch Aktivitäten mit „eigenen“ Freunden (Arbeitskollegen), losgelöst von der Familie. Um dieses Ziel verwirklichen zu können, trauen die Eltern den Kindern viel zu, lassen sie zum Beispiel ohne Babysitter abends alleine. Dabei achten sie aber sehr gründlich darauf, dass die Kinder sicher sind. Es sind Rauchmelder in der Wohnung, das Licht ist an, die Kinder können das Telefon benutzen („Wenn etwas sein sollte, dann könnten sie uns auch erreichen“), die Nachbarn sind informiert und stehen im Notfall bereit. Gleichzeitig versuchen beide Eltern aber auch viel Zeit mit den Kindern zu verbringen, zusammen etwas zu unternehmen, die wenige Zeit außerhalb des Berufs intensiv zu nutzen.

Familie K. aus Lübeck

Das Beispielkind aus dieser Familie hat sehr viel Spaß an der körperlichen Bewegung. Keiner aus der Familie ist im Sportverein, es wird sich aber häufig und regelmäßig gemeinsam bewegt: zum Standardprogramm gehören einmal pro Woche Schwimmen mit der Mutter, manchmal auch mit dem Vater und gemeinsam Fahrrad fahren (für Besorgungen) oder Radtouren. Die Mutter hat, nach einer bewältigten Krebserkrankung ein stark ressourcenorientiertes Gesundheitskonzept mit Betonung auf Bewegung und Ernährung. Für beide Eltern hat Gesundheit einen sehr hohen Wert und sie engagieren sich

daher überdurchschnittlich stark für die eigene Gesundheit durch Bewegung und Entspannung. Dies vermitteln sie auch den Kindern. Als Weg zur Realisierung ausreichender und mit Spaß verbundener Bewegung haben sie ausschließlich gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern gewählt. Zum Bemühen um die eigene Gesundheit gehört in der Familie auch ein vielfältiges, aktives und unterstützendes soziales Netzwerk. Sie sind sehr gut in die Nachbarschaft (Nachbarn mit Kindern) integriert, mit sehr häufigen Treffen. Es gibt viele Freunde, ebenfalls mit Kindern. Teilweise sind die Kontakte über die Kinder zustande gekommen. Aus der Erfahrung, während der Krebserkrankung der Mutter, weiß die Familie, dass für sie vielfältige Hilfe bereit steht.

9. Die Eltern sind immer noch Vorbilder: Kinder vor Sucht und Drogen schützen.

Wenn die Eltern selbst nicht rauchen, sind auch die Kinder weniger geneigt, sich selbst als spätere Raucher zu sehen. Wenn die Wohnung explizit zur rauchfreien Zone erklärt wird, unterstreicht dies für die Kinder die Einstellung, dass Rauchen eher ein ästhetisch unerwünschtes Verhalten mit einer entsprechenden Geruchs- und/oder Gesundheitsbelastung darstellt. Wenn die Kinder selbst diese Regelung aufstellen und durchsetzen können, verstärkt dies die ablehnende Haltung gegenüber dem Rauchen und entwickelt eine Art Selbstverpflichtung. Die verstärkte Konzentration auf Sport bzw. körperliche Bewegung, mit einer Betonung der körperlichen Leistungsfähigkeit, vermittelt den Kindern bereits früh den Zusammenhang zwischen Nichtrauchen und Gesundheit. Die offensive Auseinandersetzung mit Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit führt bereits bei Kindern zu einer kritischen Distanz zum Alkoholkonsum. Dabei ist die Ambivalenz zwischen Genuss und Belastung bereits für die Kinder spürbar. Der regelmäßige Konsum von Wein als Bestandteil der Esskultur schadet Kindern dann offenbar nicht, wenn gleichzeitig eine strenge Tabuisierung des Alkoholmissbrauchs (sich betrinken) und des Alkoholkonsums für Minderjährige erfolgt. Grundsätzlich ist das offene Gespräch mit den Kindern über die Vor- und Nachteile des Alkohols und des Rauchens ein wichtiges Element zum Schutz der Kinder. Dabei sollten Eltern ihr eigenes Verhalten von den Kindern kritisch hinterfragen lassen. Da diese Themen in der Realität ambivalent sind, sollte diese Ambivalenz auch bereits für die Kinder klar werden.

Was sagt die Wissenschaft:

Eine amerikanische Studie konnte zeigen, dass das Rauchen der Eltern dazu beiträgt, dass auch die Kinder beginnen täglich zu rauchen, auch wenn es in der Familie klare Regeln und eine Ablehnung des Rauchens von Jugendlichen gibt und die Eltern ihre Kinder nicht an ihrem eigenen Tabakkonsum teilhaben lassen (Hill et al 2005). Die Autoren folgern, dass es wichtig ist Eltern zum Aufhören oder Reduzieren des Rauchens zu bewegen, wenn das Risiko der Jugendlichen tägliche Raucher zu werden, reduziert werden soll. Nichtsdestotrotz zeigen die Ergebnisse der gleichen Studie aber auch, dass das Reduzieren von Familienkonflikten, das Erhalten einer festen Bindung mit den Kindern und klare Regeln wirksame Strategien gegen das rauchen von Jugendlichen sind.

Beispiele:

Familie B. aus Herzebrock-Clarholz

Die Ambivalenz hinsichtlich Genuss und Gefahr des Alkoholkonsums wird von der Mutter offen vertreten. Die Mutter hat das Gefühl, dass das Kind sich Sorgen macht, wenn Alkohol getrunken wird. Alkohol- und Drogenkonsum sind gelegentliche Gesprächsthemen mit dem Kind. Hier führt das Beispiel der Großmutter, die alkoholabhängig ist, offenbar zu einer kritischen Verarbeitung des Alkoholkonsums in Gesprächen mit der Mutter. Die Mutter reflektiert und kontrolliert dadurch ihren eigenen Alkoholkonsum sehr stark.

Familie G. aus Lübeck

Alle Familienmitglieder sind Nichtraucher. Im Haus darf grundsätzlich nicht geraucht werden weil das Rauchen von der Mutter als Ekel erregend betrachtet wird.

Familie R. aus Potsdam

Rauchen ist in Gesprächen mit den Kindern häufig Thema. Die Kinder werden ermuntert, das Rauchen abzulehnen und sich dagegen zu wehren, wenn sie mit Tabakrauch belästigt werden. Alkohol (Wein) wird als Teil der Esskultur begriffen, der aber ausschließlich Erwachsenen vorbehalten bleibt.

Literaturquellen:

- Andersen, A., Holstein, B.E., Due, P. (2006). School-related risk factors for drunkenness among adolescents: risk factors differ between socio-economic groups. *European Journal of Public Health*.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. Bass, San Francisco
- Antonovsky, A. (1991). Meine Odyssee als Streßforscher. *Argument-Sonderband (Jahrbuch für kritische Medizin, 17)*, 193, 112–130.
- Aunola K, Stattin H, Nurmi JE. Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *J Adolesc* 2000;23(2):205-22.
- B. Tümmler (2003). Kongressbericht „Kinder und Ernährung“. Richtig essen – gesünder leben, Ernährungsinformation der CMA 3/2003, S.5-7. Aus: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, Jahrgang 54, Nr.9.
- Badura, B. (1993). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 63–87). Weinheim: Beltz.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during early adolescence transition. In P.A. Cowan & M. E. Hetherington (Eds.), *Family transitions*. Hillsdale NJ: Erlbaum, 111-163.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
- Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community*. Far West Laboratory for Educational Research and Development, San Francisco.
- Benard, B. (1995). *Fostering resilience in children*. ERIC Digest EDO-PS-95-9, Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education, University of Illinois.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1998). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Bettge, S. (2004). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. http://edocs.tuberlin.de/diss/2004/bettge_susanne.pdf 04.01.2007
- Beutel, M. (1989). Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. *Psychother. med. Psychol.*, 39, 452–462.
- Beyers, W. & Goossens, L. (1999). Emotional autonomy, psychosocial adjustment and parenting: interactions, moderating and mediating effects. *Journal of Adolescence*, 22, 753–769.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm. A meta-analysis. *JAMA*, 288(6), 728–737.
- Bilz, L., Hähne, C. & Melzer, W. (2003): Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitssituation. In: K. Hurrelmann, W. Melzer, A. Klocke & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.): *Die WHO Jugendgesundheitsstudie – Ergebnisse für Deutschland*. Juventa Verlag.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Reinhard Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten (Soziale Welt, Sonderheft 2)*, Göttingen: Schwartz: 183-198.
- Campbell, D. W. (1991). Family paradigm theory and family rituals: implications for child and family health. *Nurse Pract.* 1991;16(2):22,25-26,31.

- Christine Speth, Maria Stadlmeier-Baumann (2001). Sind unsere Kinder „Sitzenbleiber“? Kinder brauchen und mögen Bewegung! LZG - Gesund in Bayern. November/Dezember 2001
- Coleman, J. S. (1991). Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1: Handlungen und Handlungssysteme. München: Oldenbourg.
- Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates. ERIC Digest EDO-PS-99-3, Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education, University of Illinois.
- del Carmen, M., Alcon, G., Pedersen, J.M., Maria, A., Gonzalez, C. (2002). Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildren's drinking behaviour. *Int J Circumpolar Health*; 61(4):319-31.
- Denham, S. (2002). A. Family Routines: A structural Perspective for Viewing Family Health. *Advances in Nursing Science* 24(4):60-74.
- Deutscher Sportbund mit Förderung des AOK-Bundesverbandes. WIAD-AOK-DSB-Studie II. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. http://www.richtigfit.de/media/downloads/wiad_2003_copy.pdf (19.4.07)
- DeVore, E. R & Ginsburg, K. R. (2005). The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr. Opin. Pediatr.* 17(4):460-5.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social information processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 632–643.
- Dubas, JS, Gerris JRM. Longitudinal changes in the time parents spend in activities with their adolescent children as a function of child age, pubertal status and gender. *Journal of Family Psychology* 2002;16(4):415-426.
- Due, Holstein, Lynch, Diderichsen, Gabhain, Scheidt, Currie, and the HBSC Children Bullying Working Group, 2005)
- Egle, U. T. & Hoffmann, S. O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (2. Aufl.) (S. 3–22). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U. T., Hardt, J., Franz, M., & Hoffmann, S. O. (2002). Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, 47, 124-127.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 68, 683–695.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000). A model of smoking among innercity adolescents: The role of personal competence and perceived social benefits of smoking. *Preventive Medicine*, 31, 107–114.
- Ezzell, C. E., Cupit Swenson, C., & Brondino, M. J. (2000). The relationship of social support to physically abused children's adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 641–651.
- Ferriolli, S. H.T., Maturano, E. M. & Puntel, L. P. (2007) Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Rev. Saúde Pública* 41(2):251-259.
- Garnezy, N., Masten, A.S. & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1): 97-111
- Gidding, S. et al. (2005). Dietary recommendations for children and adolescents. A guide for practitioners. Consensus statement from the American Heart Association. *Circulation* 112 2061-2075; <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/112/13/2061>
- Gillmann, M. W. et al. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med.* 9: 235-240.

- Graf, C. et al. (2003). Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität – eine familiäre Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*; 100: A3110-3114 [Heft 47]
- Granado, A.M.C., Pedersen, J.M. (2001). Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. *Int J Circumpolar Health*; 60(1):52-63.
- Griesbach, D., Amos, A., Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*; 56:41-52.
- Guo, J., Hawkins, J.D., Hill, K.G. & Abbott, R.D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *J. Stud. Alcohol*; 62(6):754-62.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self. A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hill, K.G., Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Abbott, R.D. & Guo, J. (2005). Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J. Adolesc. Health*; 37 (3): 202-10.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2006). Essstörungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 49, 1052.
- Honkinen, P.L., Suominen, S.B., Valimaa, R.S., Helenius, H.Y., Rautava, P.T. (2005). Factors associated with perceived health among 12-year-old school children. Relevance of physical exercise and sense of coherence. *Scand J Public Health*; 33(1):35-41.
- Hurrelmann, K. (1997). *Lebensphase Jugend*. Weinheim: Juventa.
- Inchley, J., Todd, J., Bryce, C., Currie, C. (2001). Dietary trends among Scottish schoolchildren in the 1990s. *J Hum Nutr Diet*; 14(3):207-16.
- Jovic-Vranes, A.S., Vranes, B., Marinkovic, J., Cucic, V. (2005). Adolescent substance abuse, the importance of family, school and peers : data from the health behaviour in school children. *Soz Praeventivmed*; 50(2):119-24.
- Juang, L. P. & Silbereisen, R. K. (1999). Supportive parenting and adolescent adjustment across time in former East and West Germany. *Journal of Adolescence*, 22(6), 719–736.
- Keltner, B.R. (1992). Family influences on child health status. *Pediatr. Nurs.*; 18 (2): 128-131.
- Klocke, A. (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) Heft 03/01*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kromeyer-Hauschild, K et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Volume 149, Number 8, 807-818.
- Kuntsche, E.N., Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Subst Use Misuse*; 41(1):71-86.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049–1065.
- Lampert, T., Schenk, L., & Stolzenberg, H. (2002). Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*, 64(S1), S48–S52.
- Lampert, T., Starker, A., Mensink, G.B.M. (2006) Sport und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 49, 1055.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1998). Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 6–20.
- Lin, N. (2001): *Social Capital - A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Lin, N., Cook, K. & Burt, R. S. (2001): *Social Capital – Theory and Research*. New York: Aldine De Gruyter.
- Maes, L., Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine*; 56:517-529.
- Malti T. (2005). Einfluss familialer Merkmale auf die Persönlichkeitsentwicklung und Aggression bei Kindern (113-134); in A. Ittel, M. von Salisch (Hrsg.): *Lügen, Lästern, Leiden lassen. Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen*. S. 113 - 134; Stuttgart, Kohlhammer Verlag.
- Markson, S. & Fiese, B.H. (2000). Family Rituals as a Protective Factor for Children With Asthma. *Journal of Pediatric psychology*; 25 (7): 471-479.
- Masten, A. S. & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology*, 12, 529–550.
- Masten, A. S. & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hrsg.), *The handbook of positive psychology* (S. 74–88). Oxford: University Press.
- Molcho, M., NicGabhainn, S., Kelly, C., Friel, S., Kelleher, C. (2006). Food poverty and health among schoolchildren in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-aged Children study (HBSC). *Public Health Nutrition: not known(not known)*, 1-8.
- Natvig, G.K., Hanestad, B.R., Samdal, O. (2006). The role of the student: salutogenetic or pathogenetic? *Int J Nurs Pract*,12(5): 280-287.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., Story, M., Croll J. & Perry, C. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc.*; 103: 317-322.
- Nicklas, T.A. et al. (2004). Children's meal patterns have changed over a 21-year period the Bogalusa Heart Study. *Journal of the American Dietetic Association* 104(5), 753-761.
- Papastefanou, C. (2004). Jugendliche und ihre Eltern - Freund oder Feind? Vom Mythos der Generationenkluft. www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Haeufige_Probleme/s_521.html. (Letzte Änderung: 13.05.2004)
- Portes, A. (1998). Social Capital – Its Origins and Applications in Modern Sociology. In: *Annual Review of Sociology*, 24: 1-24.
- Putnam, R. D. (Hrsg.) (2001). *Gesellschaft und Gemeinsinn*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Rasmussen, M., Damsgaard, M.T., Holstein, B.E., Poulsen, L.H., Due, P. (2005). School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *Eur J Public Health*; 15(6):607-612.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Bundesgesundheitsblatt* 2007 (in press).
- Richter, M. & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa Verlag, 99-158
- Richter, M., Leppin, A. & NicGabhainn, S. (2006). The relationship between parental socioeconomic status and episodes of drunkenness among adolescents: findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*; 6:289.
- Rossow, I. & Rise, J. (1994). Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Soc. Sci. Med.* 38 (9): 1299-305.

- Rutter, M. & Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In M. McGurk (Hrsg.), *Ecological factors in human development* (S. 173–187). Amsterdam: North-Holland.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8(1), 3–14.
- Schenk, L. (2002). Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*, 64(S1), S59–S68.
- Schilling, O. & Wahl, H.-W. (2002): Menschen in ländlichen und urbanen Regionen. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 54, 2: 304-317.
- Schnabel, P.-E. (2001). *Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Schultz-Krohn W. (2004). The meaning of family routines in a homeless shelter. *Am. J. Occup. Ther.* 58 (5): 531-542.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40(2), 105–123.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1999). Modeling health behavior change: The health action process approach (HAPA). www.userpage.fu-berlin.de/_health/hapa.htm. 18.09.2000. Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47–51.
- Scott Heller, S., Larrieu, J. A., D’Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 321–338.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on adolescence*, 11, 1-19.
- Stolle, D. (1998). Bowling Together, Bowling Alone – The Development of Generalized Trust in Voluntary Associations. In: *Political Psychology*, 19, 3: 497-525.
- Storch, M. (1994). *Das Eltern-Kind-Verhältnis im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Syme, S. L. (1991). Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit – Erfahrungen und Perspektiven. *Argument-Sonderband (Jahrbuch für kritische Medizin, 17)*, 193, 94–111.
- Traveras EM, Rifas-Shmin SL, Berkey CS, Rocket HR, Field AE, Frazier AL, Coldits GA, Gillmann MW. Family dinner and adolescent overweight. *Obes Res.* 2005;13:900-906.
- Tyas S.L. & Pederson, L.L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: acritical review of the literature. *Tobacco Control*, 7, 409-420.
- van Aken, M. A. G., Asendorpf, J. B., & Wilpers, S. (1996). Das soziale Unterstützungsnetzwerk von Kindern: Strukturelle Merkmale, Grad der Unterstützung, Konflikt und Beziehungen zum Selbstwertgefühl. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 43, 114–126.
- Vereecken, C.A., Inchley, J., Subramanian, S.V., Hublet, A., Maes, L. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescence in Europe. *European Journal of Public Health*; 15(3):224-232.
- Vereecken, C.A., Maes, L., De Bacquer, D. (2004). The influence of parental occupation and the pupils’ educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *J Adolesc Health*; 34(4):330-8.
- Vereecken, C.A., Todd, J., Roberts, C., Mulvihill, C., Maes, L. (2006). Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries. *Public Health Nutrition*; 9(2):244-250.

- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999). Der Sozialschichtindex im Bundes- Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen*, 61(S2), S178–S183.
- Wolke, D. & Meyer, R. (1999). Ergebnisse der Bayerischen Entwicklungsstudie: Implikationen für Theorie und Praxis. *Kindheit und Entwicklung*, 8(1), 23–35.
- World Health Organisation (WHO) (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario/Canada, 17.-21.11.1986.
- Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang IC, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics* 2007;119(Suppl1):47-53.
- Zambon, A., Lemma, P., Borraccino, A., Dalmaso, P., Cavallo, F. (2006). Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *Eur J Public Health*; 16(6):627-632.
- Zubrängel S, Settertobulte W. Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg). *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa Verlag, 2003: 159-182