Karl-Franzens-Universität Graz
Institut für Bildungs- und Erziehungswissenschaften

Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr:

Eine Analyse der Angebote in der Stadt Graz

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

vorgelegt von

Bibiane NOWAK, Bakk.[a] phil.

an der Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät
der Karl-Franzens-Universität Graz
am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften

Begutachter:

Univ.-Prof. Dr. phil. Arno Heimgartner

Graz, September 2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift

… FÜR JANA UND MARIJAN …

Ich widme diese Arbeit meinen beiden wunderbaren Kindern, die mich dazu inspiriert haben, mich mit dieser Thematik zu beschäftigen.

Inhaltsverzeichnis

I EINLEITUNG 8

II THEORETISCHE GRUNDLAGEN 10

1 Gesundheit und Gesundheitsförderung 11

1.1 Begriffsannäherung 11

1.2 Determinanten von Gesundheit 16

1.3 Gesundheitsförderung 17

1.3.1 Prävention 20

1.3.2 Gesundheits- und Resilienzförderung in der frühen Kindheit 25

1.3.3 Eltern und Elternbildung 28

2 Kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr 33

2.1 Entwicklung und Reifung 33

2.2 Grundbedürfnisse 37

2.3 Körperliche Entwicklung 38

2.3.1 Grob- und Feinmotorik 39

2.3.2 Motorische Entwicklungsschritte 40

2.4 Kognitive Entwicklung 42

2.4.1 Wahrnehmung 42

2.4.2 Phasen der Denkentwicklung nach Piaget 44

2.4.3 Sprachentwicklung 47

2.5 Sozial-emotionale Entwicklung 50

2.5.1 Bindungsverhalten 52

2.5.2 Sozial-emotionale Entwicklungsschritte 55

3 Gesundheitsförderung für Kinder in Österreich 57

3.1 Gesetzliche Grundlagen 58

3.2 Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 60

3.3 Kinderrechte - Kinderschutz 62

3.4 Gesundheitsförderungsstrategie Steiermark 65

3.5 Basisangebote der Gesundheitsvorsorge für Kinder im ersten Lebensjahr 67

3.5.1 Mutter-Kind-Pass 67

3.5.2 Frühe Hilfen 68

3.5.3 Kostenfreies Impfprogramm 70
3.5.4 Richtig essen von Anfang an! (REVAN) 71
3.5.5 SIDS-Vorsorgeprogramm 72
3.5.6 Baby-friendly Hospital Initiative in Österreich (BFHI) 73
3.5.7 Informationsmaterialien und Broschüren des BMGF 73
Zusammenfassung 76
III EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG 79
4 Methodisches Design 80
4.1 Ziel und Forschungsfragen 80
4.2 Erhebungsinstrumente und -methoden 81
4.3 Untersuchungsablauf und Durchführung 83
4.3.1 Sammlung 83
4.3.2 Leitfadengestützte ExpertInneninterviews 84
4.4 Auswertungsmethode 87
5 Darstellung der Ergebnisse 91
5.1 Angebotslandschaft in Graz 91
5.1.1 Vorbereitung auf die Elternschaft – Rund um die Geburt 92
5.1.2 Grundbedürfnisse 95
5.1.3 Körperliche Entwicklung 100
5.1.4 Kognitive Entwicklung 106
5.1.5 Sozial-emotionale Entwicklung 107
5.1.6 Elternbildungsveranstaltungen 110
5.1.7 Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen 115
5.1.8 Frühförderung - Familienbegleitung - Familienentlastung 117
5.1.9 Sonstige Angebote 118
5.1.10 Frühe Hilfen in der Stadt Graz 119
5.1.11 Über- Unterangebot: Einschätzung der ExpertInnen 120
5.2 Zielgruppe: Eltern 121
5.2.1 Inanspruchnahme 121
5.2.2 Bedürfnisse und Themen 124
5.2.3 Erreichbarkeit 127
5.3 Zukunftsvisionen: Einschätzung der ExpertInnen 132
6 Schlussfolgerungen und Ausblick 135

7 Literaturverzeichnis 143
8 Tabellenverzeichnis 153
9 Abbildungsverzeichnis 154
10 Anhang 155
10.1 Leitfaden ExpertInneninterview 155
10.2 Elternberatungsspiegel der Stadt Graz 158

Kurzfassung

Ziel Die grundlegende Idee dieser Masterthesis ist es, einen Überblick und eine Analyse der gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz zu erstellen. Im theoretischen Teil der Forschungsarbeit wird die Relevanz der Gesundheitsförderung im Kindesalter verdeutlicht, eine grundlegende Orientierung des kindlichen Entwicklungsverlaufes im ersten Lebensjahr gegeben und dargestellt, wie Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr auf nationaler Ebene umgesetzt wird.

Methode Für den empirischen Teil wurden zwei sich überschneidende und ergänzende Erhebungsmethoden gewählt. Anhand von sechs leitfadengestützten ExpertInneninterviews und mittels einer Sammlung wurde die Angebotslandschaft in Graz erhoben, analysiert und die forschungsleitenden Fragen beantwortet.

Ergebnisse Es zeigte sich, dass die Stadt Graz ein vielfältiges Angebot im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr bietet. Die ExpertInnen führen Austausch, Bestätigung, Sicherheit und Information als Bedürfnisse und Hauptgründe seitens der Eltern für die Inanspruchnahme von Angeboten an. Zudem geht aus den Interviews hervor, dass es eindeutig Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten sowie der Erreichbarkeit von Eltern in Bezug auf deren sozioökonomischen Status gibt.

Ausblick Zukünftig wäre es laut den ExpterInnen wünschenswert, die Erreichbarkeit von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status zu verbessern um dadurch die Effizienz des bestehenden Angebots weiter auszubauen.

Abstract

Aim It is the basic idea of this master thesis to provide an overview and an analysis of the health promoting offers for children during the first year in the city of Graz. The theoretical part of this research paper will clarify the relevance of health promotion during childhood, provide a fundamental orientation of development in childhood in the first year and demonstrate how health promotion for children during the first year is implemented on a national level.

Method The empirical method is divided into two coinciding and complementing data collection methods. Based on six guided expert interviews and through a collection of the amount of offers in Graz was gathered, analysed and the research questions were answered.

Results It was shown that the city of Graz has a varied offering in the area of health promotion for children in year one. The experts listed exchange, recognition, security and information as needs and main reasons for parents when it comes to utilisation of offers during their children's first year of age. Additionally, the interviews reveal that there are clear differences when it comes to the utilisation of offers as well as accessibility of parents with regard to their socioeconomic status.

Outlook In the future, it would be desirable to improve the accessibleness of people with a low socioeconomic status in order to further expand te effecitveness of the existing range of services.

I EINLEITUNG

Nicht nur das Bewusstsein für die Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung und der ersten Lebensjahre, sondern auch die Erziehung und der Zugang der Eltern zum Kind haben sich seit den 1990er Jahren stark verändert. Der steigende gesellschaftliche Druck auf Eltern, ihre Kinder altersentsprechend, wertschätzend, liebevoll und kompetent zu eigenständigen Personen zu erziehen, sowie die Pluralisierung von Werten und Traditionen führen zu einer zunehmenden Verunsicherung seitens der Eltern. Diese Tatsache hatte unter anderem zur Folge, dass entwicklungs- und situationsbegleitende Maßnahmen für Eltern und Bezugspersonen zunehmend ausgebaut wurden, um diese angemessen zu unterstützen und zu entlasten (vgl. Tschöpfe-Scheffler 2005, S. 9ff.).

GesundheitsexpertInnen sind sich weitgehend darüber einig, dass die Weichen für ein gesundes Leben bereits in der frühen Kindheit gestellt werden. Viele Gesundheitsprobleme im Erwachsenenalter haben ihren Ursprung im Kleinkindalter, weshalb in den letzten Jahrzehnten die gesundheitsfördernden und präventiven Angebote und Programme für diesen Lebensabschnitt zunehmend ausgebaut wurden. Vor allem Elternbildungsangebote und entwicklungs- und situationsbegleitende Maßnahmen, die die elterlichen Kompetenzen stärken sowie die kindliche Entwicklung und die Gesundheit der Kinder fördern, wurden stetig erweitert (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 79). Der Großteil der gesundheitsfördernden und präventiven Angebote setzt bei der Unterstützung der Eltern bzw. Bezugspersonen der Kinder an, da diese *„eine Schlüsselposition bei der Entwicklung von Gesundheit und Lebensstil ihrer Kinder (haben). Sie sind deren wichtigste Lebensraumgestalter und haben den frühesten und lebenslang prägendsten Einfluss auf die nächste Generation“* (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2016, S. 20f.).

Den Ausgangspunkt dieser Forschungsarbeit stellen unter anderem die Forschungsfragen „Wie und in welcher Form findet Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr statt?“ und „Welche gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr gibt es in der Stadt Graz?“. Hierfür erscheint es bedeutsam, im theoretischen Teil der vorliegenden Masterthesis den Gesundheitsbegriff generell zu beleuchten und zu beschreiben, was überhaupt unter

Gesundheitsförderung zu verstehen ist. Zudem werden deren Bedeutung für die frühkindliche Lebensphase und die Elternbildung, die ein wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr darstellt, ausführlich betrachtet. Daran anknüpfend wird ein Überblick des kindlichen Entwicklungsverlaufs im ersten Lebensjahr gegeben, da Kenntnisse über die kindliche Entwicklung die Voraussetzung für deren gezielte Förderung sind. Abschließend richtet sich der Blick der theoretischen Abhandlungen auf die Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr in Österreich sowie auf deren konkrete Umsetzung.

Für den empirischen Teil dieser Arbeit wurden zwei sich gegenseitig überschneidende und ergänzende Erhebungsmethoden gewählt. Einerseits wurden die gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz mittels einer Sammlung erfasst, zudem wurde die Angebotssituation in Graz anhand von sechs leitfadengestützten ExpertInneninterviews analysiert und die forschungsleitenden Fragen beantwortet. Das erste Kapitel dieses Abschnitts behandelt das methodische Forschungsdesign, wobei Ziel und Fragestellungen, Erhebungsinstrumente sowie die Datenerhebung und -auswertung beschrieben werden. Die Ergebnisse wurden mittels computerunterstützter, qualitativer Datenanalyse (MAXQDA) strukturiert und orientiert an der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Im anschließenden Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse dargestellt, wobei die Palette der gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr von Angeboten, die auf die Elternschaft vorbereiten, über Ernährungs-, Schlaf- und Trageberatungen und Angeboten, die die körperliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung fördern, bis hin zu zahlreichen Elternbildungsveranstaltungen und Unterstützungsmöglichkeiten in belastenden Situationen reicht. Zudem werden die Inanspruchnahme von Angeboten, Bedürfnisse sowie Erreichbarkeit von Eltern aus Sicht der ExpertInnen näher dargestellt und Differenzen in Bezug auf sozioökonomische Unterschiede aufgezeigt. Außerdem werden Anregungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge seitens der ExpertInnen angeführt. Im abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und der empirischen Untersuchung zusammengefasst, interpretiert und diskutiert.

II THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Der theoretische Teil dieser Masterthesis gliedert sich in drei Kapitel. Im ersten Kapitel wird der Gesundheitsbegriff generell beleuchtet und die Determinanten, die Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand von Menschen nehmen, betrachtet. Im weiteren Verlauf wird beschrieben, was unter Gesundheitsförderung überhaupt zu verstehen ist und wie sich diese historisch entwickelt hat. Zudem wird auf deren Bedeutung für die frühkindliche Lebensphase und auf die Elternbildung näher eingegangen. Das zweite Kapitel gibt einen Überblick und eine grundlegende Orientierung des kindlichen Entwicklungsverlaufes im ersten Lebensjahr und das dritte Kapitel beschäftigt sich anschließend mit der Frage, was Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr auf nationaler Ebene bedeutet und wie diese in Österreich umgesetzt wird.

1 Gesundheit und Gesundheitsförderung

Die Frage, was Gesundheit ist, beschäftigt die Öffentlichkeit sowie die Wissenschaft schon seit langem. Gesundheit hat einen enormen gesellschaftlichen Stellenwert und ist ein allgegenwärtiges Thema. Ständig wird versucht, Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen, doch was genau darunter zu verstehen ist, ist selten klar. Der Gesundheitsbegriff kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden (vgl. Wulfhorst 2002, S. 19f.), es existiert jedoch keine allgemein gültige wissenschaftliche Definition von Gesundheit (vgl. Wallner 1996, S. 9). Im folgenden Kapitel werden zunächst unterschiedliche Sichtweisen von Gesundheit sowie Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand haben, aufgezeigt. Im Anschluss daran werden Gesundheitsförderung sowie Prävention näher betrachtet und deren Relevanz für das erste Lebensjahr herausgearbeitet. Abschließend wird auf die Elternbildung, die ein wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr darstellt, näher eingegangen.

1.1 Begriffsannäherung

Es ist möglich, Gesundheit aus verschiedenen, teils sehr widersprüchlichen Perspektiven zu charakterisieren, wodurch sich eine Vielzahl an Differenzierungskriterien ergibt. Laut Gangl (vgl. 2015, S. 20) kann Gesundheit aus naturwissenschaftlich-somatischer (medizinischer), aus psychologischer, soziologischer oder juristischer Perspektive dargestellt werden. Dies führt dazu, dass Gesundheit ganz unterschiedlich, beispielsweise *„als Abgrenzung zu Krankheit, als Störungsfreiheit, als Wohlbefinden, Anpassungsfähigkeit, Gleichgewichtszustand, als Wertaussage, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum […]“* (ebd.) beschrieben werden kann. Im Folgenden werden einige für die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit relevante Begriffsdefinitionen und Gesundheitsmodelle exemplarisch und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt, um zu verdeutlichen, wie vielfältig sich der Gesundheitsbegriff präsentieren kann.

Erste Definitionsversuche betrachteten Gesundheit lediglich als Gegenstück zu Krankheit bzw. als Abwesenheit von Krankheitsmerkmalen. Gesundheit wurde unter anderem als Idealzustand völligen Wohlbefindens, als herstellbares Gebrauchsgut, als Leistungsfähigkeit oder als auf körperlichen und psychischen

Eigenschaften basierende persönliche Stärke gesehen (vgl. Hurrelmann/ Franzkowiak 2003, S. 52). Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts kam es zu einem Paradigmenwechsel vom ursprünglich krankheitsorientierten zu einem gesundheitsfokusierten Modell. Die Pathogenese, die Risikofaktoren in den Mittelpunkt stellt, wurde durch die sogenannte Salutogenese, die die Schutzfaktoren unterstreicht, abgelöst. Dies ging einher mit der Einführung eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells, welches das im 19. Jahrhundert vorherrschende rein naturwissenschaftlich-biomedizinische Modell von Krankheit und Gesundheit ablöste (vgl. Gangl 2015, S. 21).

Diese Entwicklung wurde unter anderem durch den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beeinflusst, die in ihrer Konstitution von 1948 den Begriff Gesundheit wie folgt beschreibt: *„Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen“* (WHO 1948, o.S.). Diese wohl am weitesten verbreitete Definition betrachtet Gesundheit aus einem positiven Blickwinkel und erwähnt neben den körperlichen auch seelisch-geistige und soziale Anteile von Gesundheit (vgl. Lohaus 1993, S. 7). Diese Gesundheitsdefinition wurde mehrfach kritisiert, vor allem aufgrund der umstrittenen Begriffsformulierungen „*Zustand*“ und „*völligen*“ Wohlbefindens, die der Gesundheit einen „*utopisch-dogmatischen Charakter*“ zuschreiben. Dennoch hat die WHO-Definition nach wie vor Einfluss auf die Politik und auf die Praxisbereiche von Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak 2003, S. 53ff.).

Im bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell nach Engel, auf welches sich Berghändler (vgl. 2010, S. 162) bezieht, werden biologische Faktoren, psychische Befindlichkeit sowie soziale Lebensbedingungen bei der Erkrankung bzw. Gesunderhaltung eines Menschen betrachtet, weshalb auch von einem „psychosomatischen Mehr-Ebenen-Modell“ des Menschen gesprochen werden kann. Der Mensch wird in diesem ganzheitlichen Ansatz als körperlich-seelisches Wesen in seiner sozialen Umwelt wahrgenommen, wobei auch die individuelle biografische Lern- und Beziehungsgeschichte betrachtet wird. Gesundheit sowie Krankheit werden als dynamische Prozesse mit fließenden Übergängen beschrieben. Gesundheit wird als die Fähigkeit des Menschen bezeichnet, pathogene Faktoren zu kontrollieren, und muss das ganze Leben über immer neu

hergestellt werden (vgl. Egger 2005, S. 5ff.). Das Modell wurde in den letzten Jahren um eine spirituelle Dimension erweitert, weshalb in aktuellerer Literatur oft vom bio-psycho-sozialen-spirituellen Gesundheitsmodell gesprochen wird. Dabei wird dem sinnstiftenden subjektiven Gefühl des Menschen, in etwas Ganzes bzw. Größeres eigebettet zu sein, eine gewisse Bedeutung im Kontext des Gesundheitszustandes bzw. des Genesungsvorganges zugesprochen (vgl. Berghändler 2010, S. 163).

Gesundheitsdefinition laut Hurrelmann

Die Begriffsdefinition des Gesundheitswissenschaftlers Hurrelmann (vgl. 2004, S. 13), die sich ihm zufolge auch für die Kinder- und Jugendgesundheitsforschung bewährt haben soll, ist für die vorliegende Masterthesis von besonderer Bedeutung und stellt eine Weiterentwicklung des WHO-Gesundheitsbegriffs dar. Hurrelmann (2006, S. 146) sieht Gesundheit als *„das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt."* Er ist der Ansicht, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern *„in erster Linie auf ein zumindest teilweise gestörtes Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben zurückzuführen sind"* (Hurrelmann 2004, S. 13).

Hurrelmann erarbeitete folgende vier Leitvorstellungen von Gesundheit und Krankheit aus sozialisationstheoretischer Sichtweise:

- Gesundheit als gelungene Bewältigung innerer und äußerer Anforderungen,
- Gesundheit als Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren,
- „Relative" Gesundheit nach subjektiven und objektiven Kriterien,
- Gesundheit als Reaktion auf gesellschaftliche Konstellationen (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak 2003, S. 54).

Seiner Auffassung nach ist Gesundheit eine aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebenslauf, die dann gegeben ist, wenn eine Balance zwischen den eigenen Zielvorstellungen und den tatsächlichen Lebensbedingungen besteht (vgl. Hurrelmann 1990, S. 62). Daran knüpft auch Stehen (2005, S. 15) mit seinem Gesundheitsverständnis an, der Gesundheit zum einen als die *„Befähigung des*

Menschen, sich mit den Anforderungen seiner Umwelt aktiv auseinander zu setzen bzw. sich ihr anzupassen, zum anderen sein Bestreben, Bedrohungen und Beeinträchtigungen seiner Integrität zu beseitigen oder zumindest einzudämmen“, sieht.

Da laut Hurrelmann vor allem seine erste Leitvorstellung von *„Gesundheit als gelungener und Krankheit als nicht gelungener Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen“* bedeutsam für die theoretische Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung ist, wird diese im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Als Voraussetzung von Gesundheit wird hier die Kompetenz des Menschen gesehen, sich produktiv mit seinen inneren und äußeren Anforderungen auseinanderzusetzen bzw. diese zu bewältigen, wobei erwähnt werden soll, dass die inneren Anforderungen Bedingung dafür sind, um den äußeren Anforderungen überhaupt begegnen zu können (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak 2003, S. 53f.). Vor allem die Lebenssituation von Kindern in den ersten Lebensjahren, ihre Lernmöglichkeiten und Beziehungserfahrungen haben hohen Stellenwert für deren Persönlichkeitsentwicklung sowie für die Entfaltung ihrer kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen. Gerade in der frühen Kindheit wirken sich daher problematische äußere Anforderungen, wie beispielsweise schlechte Wohnverhältnisse, Armut, erlebte Elternkonflikte oder niedriges Bildungsniveau der Eltern, entwicklungshemmend bzw. krankheitsbegünstigend aus, wohingegen eine stabile Bezugsperson, ein hohes Bildungsniveau, eine harmonische Paarbeziehung der Eltern sowie ein wertschätzendes Familienklima als Schutzfaktoren zählen, die zu einer gesunden Entwicklung des Kindes beitragen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 17-31).

Abbildung 1 dient der besseren Veranschaulichung des Modells und gibt einen Überblick darüber, was laut Hurrelmann zu den inneren sowie äußeren Anforderung gezählt wird. Innere Faktoren sind beispielsweise genetische Veranlagung, Körperbeschaffenheit, Immunsystem oder auch das Temperament eines Menschen. Niedriges Geburtsgewicht, Geburtskomplikationen oder diverse Erkrankungen des Säuglings gelten als Risikofaktoren in der frühen Kindheit, während das weibliche Geschlecht, positive Temperamentseigenschaften und intellektuelle Fähigkeiten als Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung angesehen werden (vgl. ebd., S. 29).

Zu den äußeren Anforderungen zählen unter anderem die sozioökonomische Lage, die Wohnbedingungen oder auch die soziale Einbindung von Personen (vgl. Hurrelmann/ Franzkowiak 2003, S. 53f.).

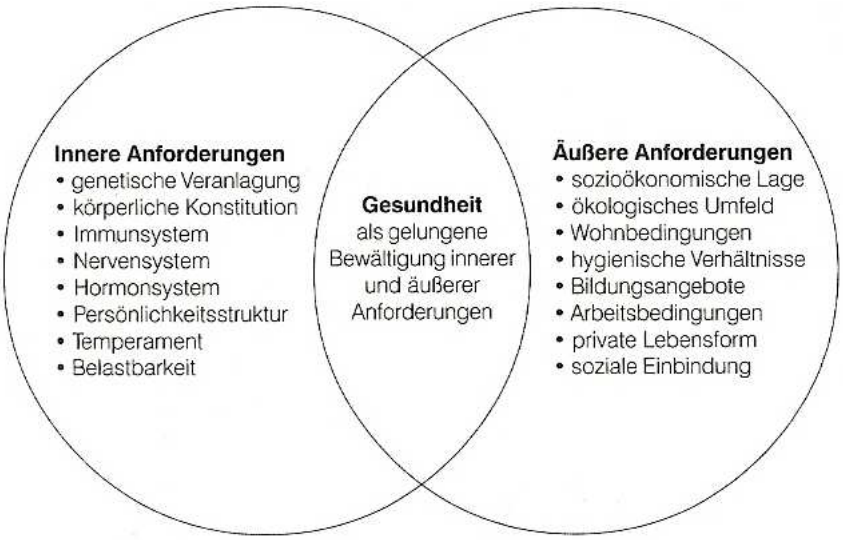


Abbildung 1: Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (entnommen aus Hurrelmann/Franzkowiak 2003, S. 53)

Hier schließen auch Dahlgren und Whitehead (1991) mit ihrem sogenannten Regenbogenmodell an. Sie haben sich ebenfalls mit den unterschiedlichen Faktoren, die Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen beeinflussen beschäftigt, und dabei lassen sich viele Übereinstimmungen mit Hurrelmanns Überlegungen finden. Hurrelmanns innere Anforderungen sind den Faktoren individueller Lebensweise sowie dem Alter, Geschlecht und den Erbanlagen bei Dahlgren und Whitehead sehr ähnlich. Die äußeren Anforderungen werden im Regenbogenmodell als Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale und kommunale Netzwerke, sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse beschrieben. Um gesundheitsfördernde Angebote planen und entwickeln zu können, erscheint es notwendig zu wissen, welche Faktoren überhaupt Einfluss auf die Gesundheit nehmen und welche Faktoren verändert werden sollen, weshalb das Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead, das im Anschluss näher beschrieben wird, von hoher Relevanz für die Gesundheitsförderung ist.

1.2 Determinanten von Gesundheit

Die gängigsten Auffassungen gehen davon aus, dass Gesundheit abhängig von unterschiedlichen Faktoren ist, welche, abgesehen von Alter, Geschlecht oder Erbanlagen, weitestgehend beeinflussbar sind. Diese Einflussfaktoren werden als Gesundheitsdeterminanten bezeichnet und deren Beeinflussung stellt einen wichtigen Ansatz in der Gesundheitsförderung dar. Durch Prävention und Gesundheitsförderung ist es möglich, diese Determinanten zu adaptieren, um dadurch einen positiven Einfluss auf Gesundheit auszuüben. Dahlgren und Whitehead (vgl. 1991, S. 12f.) haben diese Determinanten in ihrem Regenbogenmodell in fünf in wechselseitiger Beziehung zueinander stehende Bereiche gegliedert, die in nachfolgender Abbildung ersichtlich sind (vgl. auch Schwarz/Johansson/Ladurner 2008, S. 192).

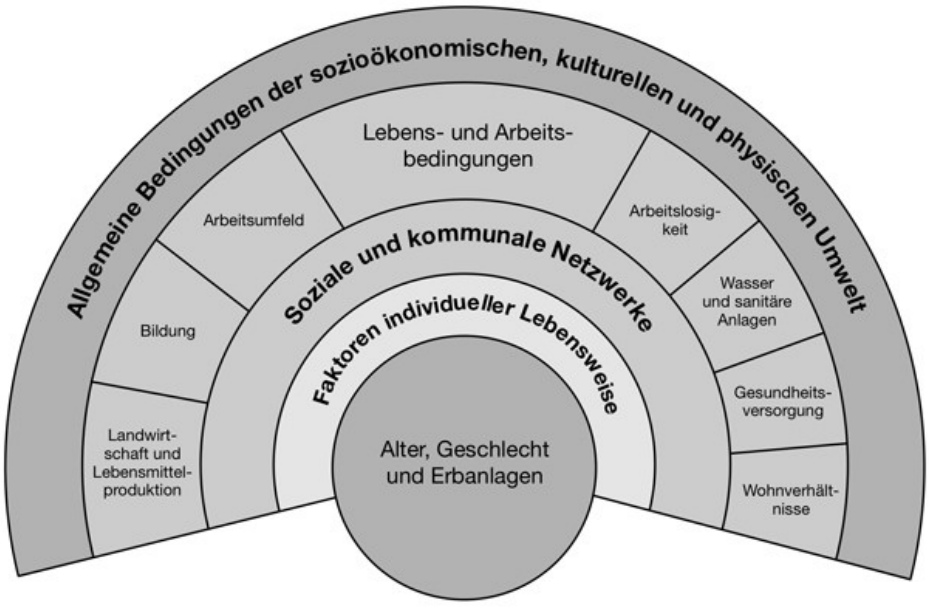


Abbildung 2: Determinanten der Gesundheit (entnommen aus Richter/Hurrelmann 2015)

In Abbildung 2 wird aufgezeigt, dass neben persönlichen auch soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren die Gesundheit der Menschen beeinflussen. Zu den Faktoren der individuellen Lebensweise zählen u.a. Lebensstil und Gesundheitsverhalten in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum. Zusätzlich haben soziale und kommunale Netzwerke wie beispielsweise die Familie, Partnerschaft oder der Freundeskreis einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit. Einen weiteren Einflussfaktor stellen die individuellen

Arbeits- und Lebensbedingungen dar, wozu unter anderem Bildung, Wohnverhältnisse, Erwerbssituation und das Gesundheitssystem gezählt werden. Die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt werden als soziale Ungleichheiten sichtbar. Darunter fallen finanzielle Möglichkeiten, Gesetzeslage, politische Unruhen usw. (vgl. Richter/Hurrelmann 2015, o.S.). Das Regenbogenmodell lässt deutlich erkennen, wie eng die einzelnen Bereiche zusammenspielen. In Bezug auf die frühe Kindheit bekommt vor allem die Familie als Determinante der sozialen Unterstützung einen besonderen Stellenwert. Bereits vor der Geburt und in der frühen Kindheit bilden sich die Grundlagen der Gesundheit, weshalb diese Zeit den Gesundheitszustand für das gesamte Leben entscheidend beeinflussen kann. Der Lebensstil und Verhaltensweisen der Eltern haben bereits vor der Geburt sowie im Kindesalter enormen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung, denn durch schlechte Ernährung oder Tabak- und Alkoholkonsum der Eltern werden beispielsweise das Infektionsrisiko des Kindes und das Risiko für Herzkreislauf-Erkrankungen erhöht (vgl. Schwarz/Johansson/Ladurner 2008, S. 193). Mittels Gesundheitsförderung, die im folgenden Abschnitt näher dargestellt wird, wird versucht, auf die Gesundheitsdeterminanten einzuwirken, um diese zu beeinflussen.

1.3 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der WHO in den 1980er Jahren (vgl. Schmidt/Kolip 2007, S. 9). Gesundheitsförderung (health promotion) versucht, die Lebensbedingungen der Menschen durch die Stärkung ihrer gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten zu verbessern, wobei alle Interventionen im Zentrum stehen, die dabei unterstützen, ein Leben selbstständig zu gestalten. Demzufolge zeichnet sich Gesundheitsförderung durch eine Perspektivenänderung aus, da nicht die Krankheit, sondern die Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit und Wohlbefinden in den Blick genommen werden, um kulturelle, soziale, ökonomische, bildungsbezogene und hygienische Bedingungen der Lebensgestaltung von Menschen durch gezielte Interventionen zu verbessern (vgl. Hurrelmann/Klotz/ Haisch 2014, S. 13f.).

Ottawa-Charta 1986

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die von der ersten internationalen Gesundheitskonferenz der WHO im Jahr 1986 verabschiedet wurde, leitete den Paradigmenwechsel einer *„individuumszentrierten Krankheitsheilung zur ressourcenorientierten Gesundheitsförderung“* ein (Schmidt/Kolip 2007, S. 9). Die Charta strebt ein neues soziales, nicht medizinisches Gesundheitsverständnis an und gilt auf internationaler und nationaler Ebene als richtungsweisendes Instrument. Sie basiert auf der Gesundheitsdefinition der WHO von 1946 sowie auf der Alma Ata-Erklärung der Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung von 1978, in welcher zu einem neuen Umgang mit Gesundheit und Krankheit aufgefordert wurde (vgl. ebd., S. 9f.).

In der Ottawa-Charta von 1986 wird Gesundheitsförderung wie folgt beschrieben:

> *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“* (WHO Europa 1986, S. 1).

Laut Ottawa-Charta strebt Gesundheitsförderung nach der Wiedergewinnung von Selbst- und Sozialwirksamkeit der Menschen, was durch den Aufbau von gesundheitsfördernder Lebenswelten und Rahmenbedingungen erreicht werden soll (vgl. Altgeld/Kolip 2014, S. 49). Das Konzept orientiert sich an einem positiven Gesundheitsbegriff, tritt für ein selbstbestimmtes Gesundheitsverhalten ein und zielt auf die ganzheitliche Sicht von Menschen und ihrer Gesundheit ab (vgl. Paulus 1992, S. 10). Der Akzent der WHO-Definition liegt auf der Förderung von Solidarität, Chancengleichheit, Empowerment und Partizipation (vgl. Gangl 2015, S. 4), wobei *„Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“* als Grundvoraussetzungen von Gesundheit gesehen werden (WHO Europa 1986, S. 1f.).

Die fünf vorrangigen Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung sind gemäß Ottawa-Charta die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschafts-aktionen sowie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Da die Entwicklung persönlicher Kompetenzen auf eine gesundheitsrelevante Verhaltensveränderung abzielt, die im Kontext dieser Arbeit vor allem in Bezug auf Elternbildung sowie die Stärkung und Unterstützung der Eltern bzw. Bezugspersonen besonderen Stellenwert hat, wird dieses Handlungsfeld hier gänzlich angeführt:

> *„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen [sic!]. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst* (WHO Europa 1986, S. 4).

Für die Elternbildung bedeutet dies beispielsweise den Eltern wissenschaftlich fundierte Informationen zu vermitteln und ihnen Gelegenheiten zum gegenseitigen Austausch und zur Reflexion zu ermöglichen. Dies soll zur Stärkung der elterlichen Kompetenz und Erziehungsfähigkeit beitragen und sie darin unterstützen, die Bedürfnisse sowie das Verhalten ihrer Kinder wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren, was sich wiederum gesundheitsfördernd auf deren Entwicklung auswirkt (vgl. BMFJ, o.J, o.S).

Salutogenese

Gesundheitsförderung zielt auf die Förderung von Gesundheit ab und basiert auf einem salutogenetischen Ansatz (vgl. Altgeld/Kolip 2014, S. 45 f.). Bei dem vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (vgl. 1997, S. 15f.) entwickelten Gesund-heitskonzept der Salutogenese wird von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mit fließenden Übergängen zwischen diesen beiden Zuständen ausgegangen, wobei sich jeder Mensch ständig zwischen den zwei Polen bewegt. Welche Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eingenommen wird, ist abhängig von belastenden Faktoren sowie den Widerstandsressourcen der

jeweiligen Person. Antonovskys Kohärenzgefühl („Sence of Coherence - SOC“) ist neben anderen körperlichen, psychischen, materiellen, sozialen, kulturellen und makrostrukturellen Faktoren ein zentraler Schutzfaktor für Gesundheit, der den Menschen hilft, in schwierigen Situationen Risiken anders begegnen zu können, weshalb ein ausgeprägter Kohärenzsinn demzufolge positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat (vgl. Antonovsky 1997, S. 33f.). Das Kohärenzgefühl, das dem Begriff der Resilienz sehr ähnlich ist (vgl. Jaede 2011, S. 466), setzt sich aus den drei Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ zusammen. Es bezeichnet ein Gefühl der Zuversicht und des Vertrauens, das dabei unterstützt, das Leben strukturierter, erklärbarer und lösbarer zu gestalten. Es ist die Fähigkeit, Sinn im Leben zu entdecken und bildet eine Orientierung des Menschen in der Welt (vgl. Antonovsky 1997, S. 33ff.; vgl. auch Waller 1996, S. 14f.).

In der Literatur wird Gesundheitsförderung oft synonym mit Prävention verwendet, obwohl beide Begriffe aufgrund verschiedener theoretischer Grundlagen und Zugänge eine unterschiedliche Eingriffslogik haben. Im Folgenden wird daher die Prävention genauer betrachtet und anschließend der Gesundheitsförderung gegenüber gestellt.

1.3.1 Prävention

Die Prävention entwickelte sich im Zusammenhang mit sozialer Hygiene und Volksgesundheit in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts (vgl. Hurrelmann/Klotz/ Haisch 2014, S. 13f.). Durch die Entdeckung der Zelle und der Mikroorganismen in der Medizin kam man zu der Erkenntnis, dass Krankheiten unter anderem durch unzureichende hygienische Lebensbedingungen ausgelöst werden können. Da die Behandlungsmethoden von Krankheiten jedoch erst bedingt erforscht waren, ging es zur damaligen Zeit vor allem darum, Übertragungswege von Infektionskrankheiten zu erkennen und zu unterbrechen. Durch Hygieneerziehung wurde versucht, die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu erhalten (vgl. Hafen 2001, S. 42).

Das Wort Prävention stammt vom lateinischen „praevenire“, was so viel bedeutet wie „zuvorkommen“ und zielt darauf ab, Krankheiten durch die Reduktion von krankheitsspezifischen Risikofaktoren zu vermeiden. Sie ist zukunftsorientiert, setzt im Gegensatz zur Kuration oder Therapie zeitlich bereits vor dem Auftreten von Krankheiten an und kann daher auch als Krankheitsverhütung bezeichnet werden. Die Krankheitsprävention richtet ihr Augenmerk durch gezielte Interventionsmaßnahmen darauf, das Eintreten von Krankheiten sowie deren Ausbreitung zu verhindern oder zu verringern (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, S. 13f.). Dafür ist Wissen über die Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten notwendig. Der Akzent der Präventionsforschung liegt auf einer pathogenetischen Problemstellung, die Grundidee der Prävention ist demzufolge immer krankheitsspezifisch (vgl. Waller 1996, S. 135). Präventive Ansätze im Kindesalter versuchen, Gesundheitsrisiken und Probleme von Kindern so frühzeitig wie möglich zu erkennen, um gegebenenfalls adäquat darauf zu reagieren. Dies passiert einerseits durch die Vermeidung von Risikofaktoren und andererseits durch die Stärkung der Schutzfaktoren und Ressourcen der Kinder (vgl. Erhart/Ottovà-Jordan/ Ravens-Sieberer 2014, S. 60f.).

Im Folgenden wird auf die unterschiedlichen Klassifikationen der Prävention eingegangen.

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Die Einteilung von Präventionsmaßnahmen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ist eine der gängigsten Differenzierungen. Bei der Primärprävention, die der Krankheitsverhütung dient, geht es um die Ausschaltung von Krankheitsursachen. Es handelt sich demnach um Maßnahmen, die bereits vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustandes durchgeführt werden, wie beispielsweise Impfungen oder Interventionsprogramme (vgl. Leppin 2014, S. 36f.).

Primärprävention bei Kindern versucht also einerseits das Auftreten von Gesundheitsproblemen der frühen Kindheit zu vermeiden, andererseits soll dadurch auch Krankheiten, die sich erst im späteren Lebensverlauf entwickeln, vorgebeugt werden. Solche Präventionsmaßnahmen sind beispielsweise Schutzimpfungen, SIDS-Programme (SIDS = Sudden Infant Death Syndrome: Programme zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes) oder Vitamin D- und Vitamin K-Substitution (vgl. Erhart/Ottovà-Jordan/Ravens-Sieberer 2014, S. 61).

Sekundärpräventive Maßnahmen dienen der Früherkennung, -behandlung sowie der Eindämmung von Krankheiten und beziehen sich auf die Krankheitsentstehung. In diesen Bereich gehören beispielsweise Massen-Screenings wie Mammografien, mit dem Ziel, das Fortschreiten von Krankheiten zu verhindern bzw. zu verringern (vgl. Leppin 2014, S. 36f.). Eine sekundärpräventive Maßnahme der frühen Kindheit ist das Stoffwechselscreening, das am dritten Lebenstag des Kindes durchgeführt wird. Hierbei wird dem Kind ein Tropfen Blut aus der Ferse entnommen, um eventuell vorhandene Stoffwechselerkrankungen bereits frühzeitig zu diagnostizieren und therapieren zu können. Ein weiteres Präventionsprogramm stellen die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (z.B. Hüftultraschall) dar, wodurch Entwicklungsabweichungen möglichst früh erkannt werden sollen (vgl. Erhart/ Ottovà-Jordan/Ravens-Sieberer 2014, S. 61).

Zur Tertiärprävention werden Maßnahmen gezählt, die sich auf den Krankheitsverlauf beziehen und der Vermeidung von Krankheitsfolgen oder ihres Fortschreitens sowie der Rückfallverhütung dienen. Hierzu zählen u.a. Rehabilitationsmaßnahmen nach einer onkologischen Erkrankung oder einem kardiovaskulärem Ereignis (vgl. Leppin 2014, S. 36f.). Im Kindesalter umfasst dieser Präventionsbereich u.a. kompensatorische Maßnahmen von sozial-pädiatrischen Zentren und Kliniken, welche chronische Erkrankungen wie beispielsweise Epilepsien, Asthma, Neurodermitis oder Diabetes behandeln und die Krankheitssituation dadurch erträglicher machen (vgl. Erhart/Ottovà-Jordan/ Ravens-Sieberer 2014, S. 61).

Universelle, selektive und indizierte Prävention

Präventionsmaßnahmen können auch nach den unterschiedlichen Zielgruppen, auf welche die Intervention abzielt, in universelle und zielgruppenspezifische Präventionsstrategien eingeteilt werden. Als universelle Prävention werden Maßnahmen bezeichnet, die prinzipiell für alle Menschen notwendig bzw. nützlich sind, die also bei der Gesamtbevölkerung ansetzen (z.B. Impfempfehlungen). Selektive und indizierte Präventionsstrategien zählen zu den zielgruppen-spezifischen Ansätzen, die nur bestimmte Anteile der Bevölkerung ansprechen, sich jedoch hinsichtlich der Zielgruppe noch einmal differenzieren lassen. Selektive Prävention bezieht sich auf Personen bzw. Gruppen mit einem vermuteten Risiko (z.B. spezifische Aufklärungskampagnen in spezifischen Szenen oder die Grippeschutzimpfung für exponierte Berufe). Unter indizierter Prävention werden

Maßnahmen verstanden, die auf Personen oder Gruppen zielen, die zu sogenannten „Hochrisikogruppen“ zählen (z.B. Drogenkonsumenten, HIV-infizierte Personen) (vgl. Leppin 2014, S.38 f.).

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Zusätzlich können Präventionsmaßnahmen in Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden werden, wobei hier jedoch nicht immer eine klare Grenze gezogen werden kann (vgl. Loss/Leitzmann 2011, S. 282). Verhaltenspräventive Maßnahmen beziehen sich auf das Verhalten von Einzelpersonen oder Gruppen und zielen auf dessen Optimierung ab (vgl. Wulfhorst 2002, S. 32). Durch Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitserziehung und -bildung sowie durch Information und Übung soll das individuelle Wissen über Gesundheitsrisiken erhöht werden, um zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung der Menschen beizutragen. Dies kann beispielsweise durch Informationsveranstaltungen, Kampagnen, Internetplattformen, Plakate und Informationsbroschüren erfolgen (vgl. Steinbach 2011, S.58f.).

Die Verhältnisprävention beschäftigt sich mit der Gestaltung von Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen. Im Zentrum steht hierbei die Reduktion und Überwindung von Gesundheitsrisiken durch die Beeinflussung von sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen. Der verhältnispräventive Ansatz geht davon aus, dass eine gesunde Lebensweise das Resultat von Möglichkeiten ist, die den einzelnen Menschen zur Verfügung stehen und demnach nicht frei gewählt werden können. Ziel ist die Erhaltung und Förderung von Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Gesundheit durch die Vermehrung von Gesundheitsressourcen sowie die Beseitigung von Gesundheitsbelastungen im Lebensumfeld der Menschen. Verhältnispräventive Maßnahmen können auf drei unterschiedlichen Ebenen ansetzen, nämlich auf der Ebene funktionaler Organisationen (z.B. Arbeitsschutz, schulische Gesundheitsförderung), auf der Ebene größerer Sozialräume (z.B. Wohn- und Verkehrssituation, Versorgungsstruktur, Sicherheitsbedingungen, Grünflächen) und auf der Ebene überregionaler oder nationaler Aktivitäten (z.B. Gesetze und Strategien im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen sowie der Verkehrs- und Umweltpolitik) (vgl. Loss/ Leitzmann 2011, S. 282).

Wie bereits zu erkennen ist, sind Gesundheitsförderung und Prävention eng miteinander verknüpft. Nachfolgend wird kurz auf deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede eingegangen.

Gesundheitsförderung vs. Krankheitsprävention

Historisch betrachtet ist die Krankheitsprävention verglichen mit der Gesundheitsförderung die ältere Begrifflichkeit (vgl. Hurrelmann/Kotz/Haisch 2014, S. 13f.). Obwohl Gesundheitsförderung und Prävention, wie bereits aufgezeigt wurde, unterschiedliche Zugänge und Herangehensweisen aufweisen, verfolgen beide Interventionsformen jedoch durch gezieltes Eingreifen das Ziel, den gesundheitlichen Zustand von Einzelpersonen sowie Bevölkerungsgruppen positiv zu beeinflussen, wodurch sie zu einem individuellen sowie kollektiven Gesundheitsgewinn beitragen (vgl. Hurrelmann/ Klotz/Haisch 2014, S. 13f.).

Die vorliegende Masterthesis orientiert sich an Hafens Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention. Hafen (vgl. 2014, S. 16) ist der Ansicht, dass eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention nicht möglich bzw. unnötig ist. Er beschreibt Gesundheit als ein komplexes Konstrukt, das auch durch Gesundheitsförderung nie direkt verbessert werden kann. Gesundheitsförderung ist ihm zufolge ebenfalls wie Prävention *„immer darauf angewiesen […] Belastungsfaktoren (wie Stress, ungesunde Ernährung etc.) zu beseitigen resp. Schutzfaktoren (wie das Kohärenzgefühl oder den sozialen Zusammenhalt) zu stärken, um dadurch das Auftreten von Prozessen (insbesondere Krankheiten) zu verhindern, welche die Gesundheit beeinträchtigen“* (ebd.). Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit beschäftigen sich damit Risikofaktoren von Kindern zu minimieren und deren Schutzfaktoren zu stärken, wobei es grundsätzlich nicht um die zu vermeidenden Probleme, sondern um die Herstellung eines für die kindliche Entwicklung adäquaten Umfelds geht (vgl. Hafen 2014, S. 14ff.).

Zu den Methoden der Prävention und der Gesundheitsförderung sowie zu den Handlungsfeldern der Gesundheitspädagogik zählen Gesundheitsberatung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, die das gemeinsame Ziel verfolgen, Krankheiten zu verhüten und/oder die Gesundheit zu fördern. Abbildung 3 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen den einzelnen Handlungsfeldern und Methoden. Gesundheitsberatung und Gesundheitsbildung

orientieren sich eher an dem salutogenetischen Konzept der Gesundheitsförderung und beinhalten verhältnisorientierte Maßnahmen. Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung stellen eher verhaltensorientierte risikofaktorenbezogene Methoden zur Krankheitsprävention dar.

Abbildung 3: Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung (entnommen aus Siebert/Hartmann 2008, S. 7)

1.3.2 Gesundheits- und Resilienzförderung in der frühen Kindheit

Das Kindesalter spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheitsdynamik des gesamten Lebens. Gerade die ersten Lebensjahre sind für eine psychosoziale und biologisch gesunde Entwicklung entscheidend, denn sie bilden die Basis für die Gesundheit des gesamten Lebens (vgl. Hafen 2014, S. 5; vgl. auch BMI 2011, S. 14). In keiner anderen Phase durchlebt der Mensch intensivere körperliche, motorische, soziale, kommunikative und kognitive Entwicklungen. Diese werden einerseits durch die individuellen biologischen Anlagen und andererseits durch die auf das Kind einwirkenden Umwelteinflüsse, wozu beispielsweise das Erziehungsverhalten der Eltern zählt, beeinflusst. Zusätzlich werden gerade in der frühen Kindheit viele gesundheitsrelevante Einflussfaktoren gebildet, die sich

nachhaltig auf den weiteren Lebensverlauf und die Gesundheit der Betroffenen auswirken. Hierzu zählen u.a. Ernährung, Essverhalten, Hygiene, körperliche Betätigung, Körperbewusstsein usw. Dies sind Faktoren, die bereits im Kindesalter durch Sozialisation von Eltern bzw. anderen Bezugspersonen vermittelt werden. Gerade deshalb wird dieser Lebensphase für die Gesundheitsförderung und Prävention ein besonders hoher Stellenwert zugeschrieben (vgl. Erhart/Ottovà-Jordan/Ravens-Sieberer 2014, S. 59). Stabile Bindungen in den ersten Lebensjahren stellen einen wichtigen Schutzfaktor für die spätere Entwicklung dar, weshalb Angebote, die das Beziehungsnetz der Kinder positiv beeinflussen, als gesundheitsfördernd bzw. präventiv angesehen werden können. Hierzu zählen neben strukturellen Rahmenbedingungen wie Karenzzeit, -geld und flexiblen Arbeitszeitenmodellen auch Bildungsmaßnahmen wie Elternbildung und -beratung, Bereitstellung von informellen Bildungsräumen und Begegnungsmöglichkeiten sowie eine qualifizierte außerfamiliäre Kinderbildung und -betreuung (vgl. Hafen 2014, S. 25).

Viele Verhaltensauffälligkeiten haben ihren Ausgangspunkt in der frühen Kindheit, denn Bewältigungsstrukturen und Problemlösefähigkeiten werden in dieser Lebensphase erworben, weshalb ein großes Angebot an möglichst frühzeitigen Programmen und Maßnahmen für Kinder und Eltern erstrebenswert ist (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S 58). Ernährungsverhalten und Essgewohnheiten werden bereits im ersten Lebensjahr erlernt und ein hoher Stresspegel in der frühen Kindheit hat beispielsweise eine weniger gute Stressbewältigung in der Adoleszenz zur Folge (vgl. BMI 2011, S. 14; vgl. auch Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz und Schweizerische UNESCO-Kommission 2015, S. 7). Greenberg, Domitrovich und Bumbarger (vgl. 2000, S. 37ff.) beschreiben, dass die Wirkungen gesundheitsfördernder bzw. präventiver Maßnahmen effektiver werden, je früher diese ansetzen. Dies ergaben auch die Wirksamkeitsstudien von Beelmann (vgl. 2006, S. 156ff.), die zudem belegen, dass gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, die auf eine Veränderung des Wissens abzielen, die größten Effekte erzielen.

Schutzfaktoren

Durch Gesundheitsförderung sollen, wie bereits erwähnt, Lebensbedingungen hergestellt werden, die es den Menschen ermöglichen, ihre Widerstandskräfte und Schutzfaktoren selbst zu mobilisieren, um so zur Stärkung ihrer Gesundheit beizutragen (vgl. Waller 1996, S. 135). Benachteiligende Lebens- und Umweltbedingungen wirken sich jedoch nicht bei allen Kindern gleichermaßen auf deren gesundheitlichen Zustand aus. Je mehr Schutzfaktoren Kinder in ihrer Entwicklung erwerben, umso besser können sie mit negativen Bedingungen umgehen und diese bewältigen (vgl. Lenz/Rademaker 2013, S. 81). Lenz und Kuhn sowie Rademaker beschreiben den Begriff folgendermaßen:

> *„Schutzfaktoren sind Ressourcen, das heißt verfügbare Potenziale oder Stärken, die eingesetzt werden, um Risiken ab zu puffern und Fehlentwicklungen bzw. die Entwicklung von pathogenen Strukturen zu verhindern oder abzumildern“* (Lenz/Kuhn 2011, S. 276). Dazu zählen *„personale Ressourcen (positives Selbstkonzept, hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, Problemlösefähigkeit, Stressbewältigungs-fähigkeiten, soziale Kompetenz und Anpassungsfähigkeit), familiäre Ressourcen (emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen, elterliche Wärme, Interesse der Eltern am Leben des Kindes, Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie, zugewandtes, akzeptierendes und zugleich normiertes, angemessen forderndes Erziehungsverhalten) und soziale Ressourcen (soziale Unterstützung durch Familie und FreundInnen, stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen, Einbindung in unterstützendes und anregendes Peer-Netzwerk, Integration in Gruppen, Vereine oder religiöse Vereinigungen)“* (Lenz/Rademaker 2013, S. 83).

Laut Hafen (vgl. 2014, S. 17f.) haben Risiko- und Schutzfaktoren vor allem in der frühen Kindheit einen enormen Einfluss auf die Gesundheit. Während Risikofaktoren wie beispielsweise soziale Isolation oder ungesunde Ernährung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen oder physischen Erkrankung erhöhen, verringern Schutzfaktoren deren Einfluss und haben daher eine gesundheitsfördernde Wirkung. Die Fähigkeit von jungen Kindern, sich trotz schwieriger Umstände altentsprechend zu entwickeln, wird als Resilienz bezeichnet. Wustmann (2005, S. 192) beschreibt Resilienz als *„psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“* Diese Fähigkeit ist jedoch nicht angeboren, sondern wird im Verlauf der Entwicklung durch die Auseinandersetzung des Kindes mit dessen Umwelt erworben und kann durch verschiedene Methoden gefördert werden (vgl. ebd., S. 192ff.).

Resilienten Kindern ist es möglich, Entwicklungsrisiken zu kompensieren und sich trotz des Vorhandenseins von negativen Einflüssen gesund zu entwickeln (vgl. ebd.) Hinsichtlich deren Förderung unterscheidet Wustmann (2004, S. 124f.) zwischen:

- *„Resilienzförderung auf der individuellen Ebene: direkt beim Kind (Förderung von Basiskompetenzen/Resilienzfaktoren);*
- *Resilienzförderung auf der Beziehungsebene: indirekt über die Erziehungs- bzw. Interaktionsqualität, d.h. mittelbar über die Erziehungsperson (Stärkung der Erziehungskompetenzen von Eltern und anderen Erziehungspersonen; Mediatorenwirkung).“*

Verlässliche, liebevolle und sichere Beziehungen bzw. Bindungen in der frühen Kindheit sowie ein strukturierter und unterstützender Erziehungsstil sind beispielsweise Einflussfaktoren, die die Resilienz der Kinder stärken (vgl. Hafen 2014, S. 17 f.). SAFE (Sichere Ausbildung für Eltern) oder PEKiP (Prager Eltern-Kind-Programm) sind Beispiele für präventive und gesundheitsfördernde Elternprogramme (vgl. Jaede 2011, S. 473 f.).

Es wurde bereits aufgezeigt, dass Eltern maßgeblich an der Gesundheitsförderung von Kindern im ersten Lebensjahr beteiligt sind. Im nachfolgenden Abschnitt wird näher auf deren Rolle sowie auf die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Elternbildung eingegangen.

1.3.3 Eltern und Elternbildung

Als ein wesentlicher Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit wird die Förderung der Elternkompetenz gesehen, wodurch versucht wird, positiv auf das Erziehungsverhalten von Eltern einzuwirken (vgl. Erhart/Ottovà-Jordan/Ravens-Sieberer 2014, S. 64f.). Eltern und Bezugspersonen der Kinder sollen mit Ressourcen und Kompetenzen ausgestattet werden, da kompetente Betreuungspersonen kindliche Bedürfnisse viel besser erkennen und ihnen gerecht werden können (Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz & Schweizerische UNESCO-Kommission 2015, S. 22).

Bereits pränatal können Eltern Einfluss auf die Entwicklung von Kindern nehmen, doch spätestens nach der Geburt bestimmen sie zu einem entscheidenden Teil deren Entwicklungsverlauf (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 78). Hinter den Begriffen Elternbildung, Familienbildung, Elternberatung, Elternarbeit,

Elterntraining, Erziehungsberatung usw. stehen gesundheitsfördernde Maßnahmen, Angebote und Programme, die unter anderem für die Erziehung und Entwicklung der ersten Lebensjahre ausgerichtet sind. Der Großteil davon soll auf die Elternschaft vorbereiten und den Übergang erleichtern (z.B. Geburtsvorbereitungskurse), Eltern bei ihrem Umgang mit dem Säugling unterstützen (z.B. Elternberatung, Stillberatung, Elternbildungsangebote) oder ihnen Hilfestellungen in belastenden Situationen bieten (z.B. Schreiambulanz, Schlafberatung). Dies kann über die Vermittlung von Wissensinhalten (beispielsweise die kindlichen Entwicklungsphasen) und durch Informationen über die physische Versorgung (Stillkurse, Wickelkurse, Erste-Hilfe-Kurse etc.) erfolgen (vgl. Köhler 2012, S. 516). Je früher Eltern damit erreicht werden, desto deutlicher und nachhaltiger wirken sich die Effekte auf die Eltern-Kind-Beziehung und damit verbunden auf die kindliche Entwicklung aus, wie in Kapitel 2 noch ausführlich beschrieben wird (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 78f.).

Auch laut dem Referat für Familie, Erwachsenenbildung und Frauen des Landes Steiermark trägt Elternbildung maßgeblich zur Gesundheitsförderung und Prävention bei und

> *„unterstützt und begleitet Eltern in ihrer Aufgabe als Erziehende. Sie zeigt Wege auf, mit den eigenen Kräften aufbauend umzugehen und hilft mit, dass sich Kinder und Erwachsene in den verschiedenen Familiengemeinschaften entfalten und entwickeln können. […] Sie vermittelt Kenntnisse und Fähigkeiten und bewirkt, dass sich Eltern mit ihren Erziehungs- und Beziehungsaufgaben sowie mit politischen und sozialen Rahmenbedingungen, die das Elternsein prägen, auseinandersetzen“* (Land Steiermark 2017a, o.S.)

Anlässe für Elternbildung

Eltern werden durch die Erziehung von Kindern vor Herausforderungen gestellt und stoßen hin und wieder auch an ihre Grenzen. Aufgrund der bereits in der Einleitung erwähnten gesellschaftlichen, familiären und beruflichen Veränderungen und Anforderungen des 21. Jahrhunderts sind Eltern zunehmend mit ihren Erziehungsaufgaben überfordert. Laut einer Studie des Österreichischen Instituts für Familienforschung (vgl. 2008, S. 139) wird durch Überforderung die generelle Gewaltbereitschaft erhöht, was zu gewalttätigem Verhalten der Eltern gegenüber ihrem Kind führen kann. Diese Tatsache hat unter anderem zur Folge, dass Unterstützungsmaßnahmen für Eltern sowie entwicklungs- und situationsbegleitende Maßnahmen immer stärker in den Fokus des Staates und des Allgemeinwohls rücken, um Eltern angemessen zu unterstützen und zu entlasten (vgl. Tschöpe-Scheffler 2005, S.9f.).

Gesundheits- und entwicklungsfördernde Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr gehen von der Annahme aus *„dass Veränderungen, die bei den Eltern bzw. Familien ansetzen, entsprechend zu Veränderungen bei den Kindern führen“* (vgl. Cierpka, 2012, S. 524). Dem Bundesministerium für Familie und Jugend (BMFJ o.J., o.S.) zufolge unterstützt Elternbildung

> *„Eltern dabei, ihre Erziehungsaufgaben zu erkennen und wahrzunehmen, eine für Kinder förderliche pädagogische Haltung zu entwickeln, um in der jeweiligen Situation adäquat zu handeln. Demzufolge soll Elternbildung Lernprozesse auslösen, durch die sich die Kenntnisse, Fertigkeiten, Haltungen und Wertungen der Eltern erweitern. Elternbildung stärkt die elterliche Kompetenz und die Erziehungsfähigkeit und stellt daher einen wesentlichen Beitrag zur Prävention von Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung dar*.“

Gut fundierte Elternbildung fördert die bestehende instinktive Kompetenz der Eltern durch wissenschaftlich gesicherte Konzepte sowie dem Angebot einer Reflexionsmöglichkeit über das eigene Verhalten bzw. Handeln und schafft eine Basis für Erfahrungsaustausch. Eltern werden dadurch in ihrer Erziehungstätigkeit begleitet und erhalten Unterstützungs- und Informationsangebote (vgl. ebd.).

Inanspruchnahme

Die Gründe für die Inanspruchnahme von Elternbildungsangeboten sind sehr individuell und reichen vom Bedürfnis nach Austausch mit anderen Eltern, über bestehende Unsicherheit in der kindlichen Erziehung bis hin zum Hilfebedarf aufgrund konkreter Probleme (vgl. Buchebner-Ferstl/Baierl/Kapella/Schipfer 2011, S. 12ff.). Grundsätzlich kann laut Tschöpe-Scheffler (vgl. 2005, S. 14) davon ausgegangen werden, dass Eltern aus allen Bildungs- und Sozialschichten Anregungen, Austausch und Unterstützung benötigen, um ihre Erziehungsaufgaben kompetent zu erfüllen bzw. ihnen gerecht zu werden. Trotzdem werden laut dem Österreichischen Institut für Familienforschung (ÖIF) Elternbildungsangebote vorwiegend von *„engagierten, gegenüber Bildung aufgeschlossenen und finanzkräftigen Eltern der Mittelschicht“* in Anspruch genommen. Vor allem Menschen aus bildungsfernen, sozial benachteiligten Familien, Väter und Menschen mit Migrationshintergrund nehmen eher selten an Elternbildungsveranstaltungen teil. Die Gründe dafür sind vielseitig, generell steht die Bereitschaft zur Elternbildung jedoch in engem Zusammenhang mit den Lebensumständen, wie beispielsweise Erwerbstätigkeit, finanzieller Situation, Bildungsstand, Sprache etc. Familien, die mit schwierigen Lebenssituationen zu kämpfen haben oder sich gerade in Krisensituationen befinden, haben „größere Sorgen“ als die Erziehung ihrer Kinder und demnach hat der Besuch von

Elternbildungsveranstaltungen keine Priorität. Eltern mit bildungsfernem Hintergrund haben oftmals negative Erfahrungen mit dem Bildungssystem gemacht und sind daher aufgrund ihrer eigenen Bildungsbiografie Angeboten gegenüber eher distanziert, zudem fehlt es manchmal an Vorwissen oder Sprachverständnis (vgl. Buchebner-Ferstl/Baierl/Kapella/Schipfer 2011, S. 17ff.). Väter werden einerseits aufgrund von Zeitmangel von Elternbildungsmaßnahmen schwer erreicht, außerdem fehlen ihnen oftmals Informationen darüber, welche Elternbildungsaktivitäten überhaupt angeboten werden. Weitere hemmende Faktoren sind beispielsweise ein schlechtes Gewissen, da sie meinen, aufgrund der Berufstätigkeit zu wenig Zeit mit dem Kind zu verbringen, sowie Unsicherheiten bei erziehungsrelevanten Themen, die sie sich nicht selbst und schon gar nicht anderen gegenüber eingestehen möchten. Zudem wirken beispielsweise Kurse die von Frauen geleitet werden und Angebote, die Selbsterfahrung als Ziel haben, eher abschreckend auf Männer (vgl. Baisch 2001, o. S. zit.n. Buchebner-Ferstl/Baierl/ Kapella/Schipfer 2011, S. 19f.). Bei Menschen mit Migrationshintergrund kann zum einen die Sprache eine Barriere darstellen sowie zum anderen die Angst vor dem Verlust der eigenen kulturellen Identität (vgl. Buchebner-Ferstl/Baierl/Kapella/ Schipfer 2011, S. 20).

Strategien zur Erreichbarkeit der Eltern

Um mit Elternbildungsveranstaltungen nicht nur die interessierten, sondern möglichst viele Eltern anzusprechen, müssen passende Rahmenbedingungen in Bezug auf Zeit, Entfernung, Kosten, familiäre Verpflichtungen (z.B. Kinderbetreuung) usw. geschaffen werden. In diesem Zusammenhang ist vor allem die Niederschwelligkeit des Angebots ein wichtiges Kriterium der Elternbildung, die einen zentralen Stellenwert einnimmt. Niederschwelligkeit zeigt sich darin, dass Elternbildung möglichst kostenfrei bzw. kostengünstig angeboten wird, im unmittelbaren Lebensumfeld der Familie verortet ist, es keine strengen Vorgaben bezüglich Teilnahmebedingungen gibt und die Themen flexibel gewählt werden können. Dies ist beispielsweise bei den meisten Eltern-Kind-Gruppen der Fall. Den perfekten Weg um alle Eltern zu erreichen, gibt es nicht. Es erscheint notwendig, unterschiedliche Ankündigungswege, Vermittlungsformen usw. auszuprobieren und je nach Zielgruppe zu variieren (vgl. Buchebner-Ferstl/Baierl/Kapella/Schipfer 2011, S. 20f.).

Informationswege, die möglichst viele Personen erreichen wären beispielsweise Kinderarztpraxen, Ankündigungen bei Hebammen oder Zeitungsinserate. Außerdem erweist sich die „Mundpropaganda“ als hoch effektiv (vgl. Köhler 2012, S. 516). Generell kann jedoch festgestellt werden, dass vor allem bei der Zielgruppe der sozial-benachteiligten Familien direktes Zugehen (beispielsweise mittels Hausbesuchen oder persönlich initiierten Kontakten) weitaus effektiver ist als sogenannte „Komm-Strukturen“, bei welchen Eltern selbst tägig werden müssen. Zudem ist erwiesen, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten durch allgemeine Gesundheitskampagnen, beispielsweise zur Förderung der Elternkompetenz oder zur Information über bestimmte Risiken (beispielsweise den plötzlichen Kindstod), kaum bis gar nicht erreicht werden (vgl. Haug-Schnabel/ Bensel 2003, S. 23).

Grundsätzlich sind alle Eltern vor allem in der Schwangerschaft sehr empfänglich für Ratschläge, Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten, weshalb es sich als sinnvoll erweist, Eltern mit Bildungsangeboten bereits vor der Geburt anzusprechen und zu erreichen. Wird in der Zeit vor der Geburt bereits eine Elternbildungsveranstaltung besucht, erhöht sich dadurch auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern im weiteren kindlichen Entwicklungsverlauf, bei Herausforderungen, Problemen oder in schwierigen Lebenssituationen Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen sowie Elternbildungsangeboten gegenüber aufgeschlossener sind und diese eher annehmen (vgl. Buchebner-Ferstl/Baierl/ Kapella/Schipfer 2011, S. 23ff.).

Damit Eltern adäquat auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen und eine starke Eltern-Kind-Bindung aufbauen können, ist es wesentlich, über die kindlichen Entwicklungsprozesse und Verhaltensweisen Bescheid zu wissen. Darum ist es ein Anliegen der Elternbildung sowie der Gesundheitsförderung im Allgemeinen, Eltern über die kindliche Entwicklung und die Wichtigkeit dieser Lebensphase zu informieren, weshalb im folgenden Kapitel die kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr ausführlich betrachtet wird.

2 Kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr

Das Säuglings- und Kleinkindalter ist eine besondere Entwicklungsphase im Lebenslauf, in der bereits Weichen für das spätere Leben gestellt werden. Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung, die frühkindliche Entwicklung zu verstehen und die Veränderungen in dieser Zeit genauer zu betrachten. Vor allem das erste Lebensjahr ist für die weitere Entwicklung des Kindes wichtig, da hier enorme Reifungs-, Lern- und Anpassungsprozesse durchlebt werden. Nie wieder wächst und lernt das Kind so schnell und intensiv wie in diesem Lebensabschnitt. (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 22f., vgl. auch Boeger 2009, S. 122). Das folgende Kapitel gibt einen Überblick und eine grundlegende Orientierung des kindlichen Entwicklungsverlaufes im ersten Lebensjahr. Dies erscheint erforderlich, da Kenntnisse über die wichtigsten Meilensteine in der Entwicklung des Kleinkindes die Voraussetzung für eine gezielte Förderung darstellen und demnach für die Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr von hoher Relevanz sind. Zu Beginn wird beschrieben, was unter kindlicher Entwicklung verstanden wird und auf die Grundbedürfnisse von Säuglingen, die die Vorrausetzung für eine gesunde Entwicklung darstellen, eingegangen. Im weiteren Verlauf richtet sich der Blick auf die wichtigsten Entwicklungsschritte des ersten Lebensjahres, wobei diese zur besseren Übersicht in körperliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung unterteilt werden. Zudem wird die grundlegende Bedeutung der Eltern herausgearbeitet und beschrieben, wie sie ihre Kinder in deren Entwicklung unterstützen können. Konkrete Beispiele für gesundheitsfördernde Unterstützungsmöglichkeiten der kindlichen Entwicklung werden in Abschnitt 5.1 ausführlich beschrieben.

2.1 Entwicklung und Reifung

Unter Entwicklung wird ein dynamischer Prozess verstanden, der auf einem Zusammenspiel zwischen dem sich entwickelnden Kind (seinen angeborenen Erbanlagen) und seiner Umwelt (auf das Kind einwirkenden Umwelteinflüssen) basiert, bei dem das Kind aktiv mitwirkt (vgl. Paschon 2011, S. 3f.). Bedeutend ist, dass Entwicklung ein höchst individueller Prozess ist, bei dem es keinen spezifischen Weg gibt, weshalb sich die Entwicklungsverläufe von Menschen stark voneinander unterscheiden können. Die kindliche Entwicklung verläuft ganzheitlich,

die einzelnen Entwicklungsbereiche können zwar separat betrachtet werden, eine strikte Trennung, beispielsweise in kognitiven, emotionalen, sozialen und körperlichen Bereich, ist jedoch nicht möglich, da diese eng miteinander zusammenhängen und einander beeinflussen (vgl. Boeger 2009, S. 122f.; vgl. auch Jenni/Largo 2014, S. 8). Das Umfeld, das vor allem in der frühen Kindheit stark durch die Bezugspersonen geprägt ist bekommt im Kleinkindalter eine besondere Bedeutung, da das Kind vor allem in dieser Lebensphase auf die Unterstützung und Zuwendung von Erwachsenen angewiesen ist (vgl. Paschon 2011, S. 3f.). Durch die Umwelt und die Erfahrungen, die darin gesammelt werden können, bekommen Kinder die Möglichkeit, ihr im Erbgut vorhandenes Potenzial bzw. ihre körperlichen und psychischen Eigenschaften zu entfalten und sich zu entwickeln (vgl. Largo 2016, S.14ff.).

Laut Brazelton und Greenspan (vgl. 2002, o.S.) ist es für die gesunde und glückliche Entwicklung von Kindern notwendig, dass folgende sieben Grundbedürfnisse befriedigt werden:

- Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen,
- Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit,
- Bedürfnis nach individuellen Erfahrungen,
- Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen,
- Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen,
- Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften,
- Bedürfnis nach einer sicheren Zukunft für die Menschheit.

Kinder benötigen demnach mehr als nur gesunde Nahrung und einen Schlafplatz, vor allem Nähe, liebevolle Zuwendung, Sicherheit sowie die Möglichkeit nach altersgerechten Erfahrungen sind wesentliche Bausteine der kindlichen Gesundheit. Zudem ist es wichtig, dass Kinder in ihrer Individualität angenommen und wertgeschätzt werden und dass sie Regeln und wohlwollende erzieherische Grenzsetzung erfahren (vgl. ebd.).

Entwicklung wird von Reifung abgegrenzt, da diese eine *„primär [eine] gengesteuerte Entfaltung biologischer Strukturen und Funktionen bezeichnet, die in bestimmten Altersperioden universell auftritt und dabei unabhängig von externen Einflüssen und Lernerfahrungen bleibt“* (Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 22). Bei Säuglingen lassen sich viele Verhaltensmuster finden, die nicht durch Lernen zu

erklären sind, wie beispielsweise das Auftreten des Lächelns um die sechste Lebenswoche. Für den Erwerb von vielen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist ein gewisses Reifestadium notwendig, beispielsweise für den Beginn der Reinlichkeitserziehung (vgl. Boeger 2009, S. 123f.).

Individualität

Entwicklung ist wie bereits erwähnt etwas höchst Individuelles und vor allem in der frühen Kindheit lässt sich eine *„enorme interindividuelle Variabilität an normalen Entwicklungsverläufen“* beobachten (Largo 2016, S. 22). Laut Largo (2016) ist die kindliche Entwicklung bestimmt durch Einheit und Vielfalt. Der Entwicklungsprozess mit den verschiedenen Entwicklungsstadien verläuft im Wesentlichen bei jedem Kind ähnlich. Jedes Kind erkundet Gegenstände erst mit dem Mund, dann mit den Händen und anschließend mit den Augen. Betrachtet man beispielsweise den Spracherwerb, so beginnt die sprachliche Entwicklung mit bestimmten Stadien der Lautbildung, gefolgt von ersten Wörtern, Zweiwortsätzen usw. Das zeitliche Auftreten und die Ausprägung von bestimmten Verhaltensweisen sind jedoch bei jedem Kind sehr individuell und unterschiedlich. Einige Kinder sprechen die ersten Wörter bereits vor dem ersten Geburtstag, die meisten Kinder jedoch erst zwischen 15 und 24 Monaten. Kinder unterscheiden sich zudem nicht nur voneinander, sondern es ist möglich, dass auch das Kind selbst in einzelnen Entwicklungsbereichen unterschiedlich weit entwickelt ist. Beispielsweise kann es vorkommen, dass ein Kind bereits mit zwölf Monaten die ersten Schritte macht, jedoch erst mit 24 Monaten die ersten Worte spricht (vgl. Largo 2016, S. 15f.). Für jeden Entwicklungsschritt gibt es einen bestimmten Zeitpunkt. Wann ein Kind innerlich bereit dafür ist, ist unterschiedlich und wird vom Kind selbst bestimmt (vgl. ebd., S. 21).

Largo (2016, S. 20) geht von der Annahme aus: *„Jedes Kind will sich von sich aus entwickeln. Es hat einen inneren Drang, zu wachsen und sich Fähigkeiten und Kenntnisse anzueignen. Wenn es einen bestimmten Entwicklungsstand erreicht hat, beginnt es von sich aus, nach Gegenständen zu greifen, sich fortzubewegen und sich sprachlich auszudrücken.“* Ihm zufolge müssen Kinder nicht speziell gefördert werden, sie wollen sich von selbst Dinge, Wissen und Fähigkeiten aneignen. Es geht viel mehr darum, ihnen ein Umfeld und einen Alltag zu ermöglichen, in dem sie möglichst viele entwicklungsspezifische Erfahrungen machen und ihre Neugierde befriedigen können (vgl. ebd.).

Auch Ayres (vgl. 1992, S.19) ist der Ansicht, dass Kinder einen inneren Drang besitzen, sich zu entwickeln und von Natur aus beispielsweise zu gehen oder klettern beginnen.

Betrachtungsweisen

Kindliche Entwicklung kann auf ganz unterschiedliche Weise betrachtet und dargestellt werden. Freud beschäftigte sich beispielsweise mit der psychosexuellen Entwicklung, Piaget beschrieb die Denkentwicklung, Erikson sprach von Entwicklungsaufgaben (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 22). Ayres (vgl. 1992, S. 17ff.) beschäftigt sich intensiv mit der Wahrnehmungsentwicklung und der „sensorischen Integration." Sie sieht im Ordnen und Verarbeiten von Empfindungen und Sinneseindrücken einen entscheidenden und wesentlichen Faktor der kindlichen Entwicklung. Rossmann (vgl. 2004, S. 8) schlüsselt die kindliche Entwicklung aus entwicklungspsychologischer Sicht in körperliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung auf. In der Entwicklungspsychologie wird in Anlehnung an Havinghurst von „developmental tasks", also Entwicklungsaufgaben für einzelne Lebensabschnitte, ausgegangen. Bei diesem Konzept wird Entwicklung als ein ständiger Lernprozess betrachtet. Menschen haben im Verlauf ihres Lebens immer wieder Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und erwerben dadurch Fähigkeiten und Handlungskompetenzen, die das Leben in einer Gesellschaft erfordert (vgl. Boeger 2009, S. 124). Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit wären beispielsweise der Aufbau des Urvertrauens durch emotionale Bindungen oder die Identifikation mit dem eigenen Geschlecht (vgl. Andresen/Hurrelmann 2010, S. 48).

Kindliche Entwicklung wird auch oftmals in Teilschritten betrachtet, die für unterschiedliche Entwicklungsbereiche von Bedeutung sind. Laut Paschon (vgl. 2011, S. 5f.) kann sie in zwölf Entwicklungsbereiche gegliedert werden, nämlich in den grobmotorischen, feinmotorischen, sozialen, sprachlichen, kognitiven und emotionalen Bereich, in Spielverhalten, Lern- und Arbeitsverhalten, Wahrnehmungsbereich, in den rythmisch-musikalischen Bereich, kreativen Bereich und in das Ich-Umwelt-Konzept. Pauen (vgl. 2011, S. 7) beschreibt acht Entwicklungsbereiche, die für die frühkindliche Entwicklung von Bedeutung sind. Hierzu zählen Grobmotorik, Feinmotorik, Wahrnehmung, Denken, Sprache, soziale Beziehungen, Selbstregulation und Gefühle. Pauen formuliert in diesem Zusammenhang auch „Meilensteine" der kindlichen Entwicklung, die

Verhaltensweisen und Fähigkeiten beschreiben, die im Alltag beobachtbar sind und Rückschlüsse auf wichtige Entwicklungsschritte in bestimmten Bereichen ermöglichen. Meilensteine in der Grobmotorik wären beispielsweise wenn das Kind den Kopf alleine heben oder alleine sitzen kann.

2.2 Grundbedürfnisse

Die Befriedigung körperlicher und psychischer Grundbedürfnisse eines Kindes ist die Voraussetzung dafür, dass es sich gut entwickeln kann. Essen, Trinken und Schlafen sind physiologische Grundbedürfnisse, die befriedigt werden müssen, damit Entwicklung überhaupt möglich wird. Wie diese körperlichen Bedürfnisse gestillt werden, ist vor allem in der frühkindlichen Lebensphase abhängig von den Bezugspersonen und deren eigenen Gewohnheiten. Nur Kinder die angemessen genährt und adäquat gepflegt sind, können eine normale Entwicklung vollziehen. Zusätzlich benötigen Säuglinge und Kleinkinder vor allem körperliche Zuwendung, Geborgenheit und Nähe von Eltern bzw. anderen Bezugspersonen. Wie viel Zuwendung jedoch benötigt wird, ist wie die Menge an Nahrung von Kind zu Kind verschieden (vgl. Largo 2016, S. 13ff.).

Kinder besitzen bereits im frühen Alter eine eigene Persönlichkeit, denn schon im ersten Lebensjahr entwickeln sich Temperament und erste Persönlichkeitsmerkmale, wie beispielsweise Kontaktfähigkeit, Genauigkeit, Anpassungsbereitschaft usw., die für den weiteren Entwicklungsverlauf des Menschen von Bedeutung sind (vgl. Paschon 2011, S. 3f.). Diese Tatsache macht es notwendig, dass sich Eltern in ihrem Erziehungsverhalten im besten Fall am aktuellen Entwicklungsstand und an den Bedürfnissen des Kindes orientieren. Zu viel elterliche Fürsorge und Überbehütung kann beispielsweise im weiteren Entwicklungsverlauf zu Unselbstständigkeit und starker Abhängigkeit des Kindes führen (vgl. Largo 2016, S. 15). Durch Normvorstellungen und verschiedenste Ratgeberliteratur werden teilweise falsche Erwartungen seitens der Eltern geweckt, was zu starken Verunsicherungen führen kann. Daher ist es laut Largo entscheidend, dass Eltern über den Ablauf und die Unterschiede in der kindlichen Entwicklung Bescheid wissen (vgl. ebd. 18f.), was wiederum den Stellenwert der Elternbildung für die kindliche Entwicklung verdeutlicht.

Da der Fokus dieser Arbeit auf dem ersten Lebensjahr liegt, wird im Folgenden nur auf den kindlichen Entwicklungsverlauf der ersten zwölf Monate eingegangen. Wie bereits erwähnt, ist die kindliche Entwicklung sehr vielfältig im Hinblick auf das zeitliche Auftreten von Verhaltensmerkmalen sowie hinsichtlich deren Ausprägung. Jedes Kind hat von Beginn an sein eigenes, individuelles Entwicklungstempo, weshalb die angeführten Altersangaben im Verlauf des Kapitels lediglich als Durchschnittswerte zur Orientierung zu verstehen sind. Nachfolgend werden die wichtigsten Entwicklungsschritte des ersten Lebensjahres beschrieben, wobei sich die Gliederung des folgenden Kapitels an der von Rossmann (2004) orientiert und die kindliche Entwicklung zur übersichtlicheren Darstellung in körperliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung unterteilt. Grundsätzlich ist jedoch anzumerken, dass die einzelnen Entwicklungsbereiche nicht von einander abgegrenzt betrachtet werden können, sondern eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 23).

2.3 Körperliche Entwicklung

Der körperlichen Entwicklung wird im ersten Lebensjahr besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt, da sie, so wie die Entwicklung von motorischen Fähigkeiten, für Eltern die sichtbarsten Veränderungen darstellen (vgl. Pauen/Frey/ Ganser 2012, S. 23). Gerade das Wachstum wird in dieser Zeit intensiv beobachtet, da Gewichts- und Größenzunahme Aufschluss über den gesundheitlichen Zustand des Kindes geben. Europäische Neugeborene sind bei termingerechter Geburt im Durchschnitt ungefähr 50 cm groß und wiegen zwischen 3.000 und 3.500 Gramm (vgl. Rossmann 2004, S. 69). Vor allem das Wachstum im ersten Lebenshalbjahr ist beeindruckend, denn mit ungefähr fünf Monaten hat der Säugling bereits sein Geburtsgewicht verdoppelt. Die durchschnittliche Gewichtszunahme im ersten Lebensjahr beträgt ca. 200 Gramm pro Woche, sie nimmt aber mit zunehmenden Alter ab (vgl. Largo 2016, S. 490f.). Kinder wachsen in den ersten zwölf Lebensmonaten um ungefähr 25 cm und nehmen ca. sieben Kilogramm zu. Da das Wachstum von Kind zu Kind verschieden ist, gibt es zur Kontrolle von altersentsprechender Gewichts- und Größenzunahme Gewichts- und Längenkurven, sogenannte Perzentilen (vgl. Rossmann 2004, S. 69).

2.3.1 Grob- und Feinmotorik

Bei der motorischen Entwicklung kann zwischen Grob- und Feinmotorik differenziert werden. Als Grobmotorik wird die Bewegungs- und Koordinationsfähigkeit bezeichnet, die eher Bewegungen von Armen, Beinen, Kopf und der Wirbelsäule betreffen, während Feinmotorik die Hand- und Fingerkontrolle meint und die Fähigkeit bezeichnet, Gegenstände zu ergreifen, sie zu untersuchen und damit zu hantieren. Greifen und Begreifen sind in der kindlichen Entwicklung eng miteinander verknüpft (vgl. Paschon 2011, S. 8; vgl. auch Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 25).

Das Verhalten eines Neugeborenen besteht vorwiegend aus basalen Reaktionen und Reflexen, die jedoch mit zunehmender Hirnreifung im Verlauf des ersten Lebensjahrs durch bewusstes Verhalten und Kontrolle abgelöst werden (vgl. Rossmann 2004, S. 59ff.). Als Reflexe werden Verhaltensweisen bezeichnet, die beim Auftreten bestimmter Reize ausgelöst werden. Reflexe wie der Such-, Saug- und Schluckreflex sichern das Überleben des Säuglings. Der Hustenreflex sorgt beispielsweise dafür, dass die Atemwege nicht durch Fremdkörper verlegt werden (vgl. Largo 2016, S. 154). Der Greifreflex ermöglicht, dass das Kind die Finger und auch Zehen schließt, wenn ein Gegenstand die Hand bzw. Fußsohle berührt (vgl. Rossmann 2004, S. 71). In den ersten Lebenswochen bewegt sich der Säugling noch ungezielt und überwiegend mit dem gesamten Körper. Das Strampeln nimmt mit zunehmendem Alter ab und wird durch die willentliche Kontrolle von Körperbewegungen abgelöst (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 24; vgl. auch Largo 2016, S. 153). Die motorische Entwicklung im ersten Lebensjahr drückt sich laut Rossmann (2004, S. 69) durch das *„Verschwinden der Reflexe aus der Neugeborenenzeit und den Erwerb willkürlicher kontrollierter Bewegungsmuster“* aus und vollzieht sich *„in cephalo-caudaler (vom Kopf zum Steiß) und proximo-distaler (vom Körperzentrum zur Pheripherie) Richtung.“*

Das Kind gewinnt zuerst die Kontrolle über den Kopf, später gelingen dem Kind die ersten willentlichen Bewegungen mit den Händen, erst danach beginnt es mit Versuchen der Fortbewegung (vgl. Largo 2016, S. 138). Zudem erwirbt das Kind die Kontrolle über Arme und Beine, bevor es Hände und Füße bewusst bewegen kann (vgl. Rossmann 2004, S. 69). Es dreht sich vom Bauch auf den Rücken und umgekehrt und entdeckt dann erste Formen der Fortbewegung wie Robben,

Rollen, Kreisrutschen oder Krabbeln, Vierfüßler- oder Bärengang. Es lernt frei zu sitzen, sich selbst aufzusetzen, sich aufzuziehen, frei zu stehen, selbst aufzustehen und in weiterer Folge selbst zu gehen (vgl. Paschon 2011, S. 9). Der Großteil der Kinder durchläuft so eine motorische Entwicklung, es gibt jedoch keine einheitliche Abfolge der motorischen Entwicklungsstadien. Ca. 13 Prozent der Kinder verhalten sich anders und lassen beispielswiese das Krabbeln aus. Hat das Kind einmal eine Fähigkeit erlernt, so wird diese unermüdlich in vielfältigster Weise ausprobiert und dadurch automatisch verfeinert (Largo 2016, S. 168).

Die motorische Entwicklung eines Kindes lässt sich von außen nur sehr bedingt beeinflussen, da sie ein vorwiegend nach inneren Gesetzmäßigkeiten ablaufender Reifungsprozess ist, der unterschiedlich rasch abläuft (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 23). Kinder eignen sich das Sitzen, Krabbeln, Stehen oder Gehen selbstständig an, ohne dass es ihnen von einem Erwachsenen beigebracht werden muss oder durch Üben beschleunigt werden könnte. Die Umgebung und der Bewegungsraum, in dem sich das Kind motorisch betätigen kann, sowie die Erziehungshaltung der Eltern haben dennoch Einfluss auf dessen motorische Entwicklung (vgl. Largo 2016, S. 139). Die Differenzierung motorischer Fähigkeiten hängt vor allem von den Bewegungserfahrungen und -möglichkeiten des Kindes ab. Je mobiler Kinder werden, desto notwendiger wird es, das Kind vor Gefahren der Umgebung zu schützen. Dennoch sollten Eltern versuchen, dem Kind einen möglichst großen Bewegungsraum zu schaffen, damit es viel Erkunden und dabei Erfahrungen sammeln kann, die sich auch positiv auf dessen geistige Entwicklung auswirken (vgl. ebd., S. 165).

2.3.2 Motorische Entwicklungsschritte

Die nachfolgende Tabelle ist eine Zusammenstellung der wichtigsten motorischen Entwicklungsschritte des ersten Lebensjahres und soll als Übersicht dienen, in welchem Alter bestimmte Fähigkeiten vom Großteil der Kinder zum ersten Mal erworben werden. Es erscheint nochmals erwähnenswert, dass sich in der motorischen Entwicklung sehr große Unterschiede zwischen den Kindern feststellen lassen. Viele Eltern sind besorgt und beunruhigt, wenn ihr Kind beispielsweise mit zwölf Monaten noch nicht zu gehen beginnt, obwohl das Zeitfenster für diesen Entwicklungsschritt zwischen zehn und zwanzig Monaten

liegt. Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, dass Eltern über Unterschiede hinsichtlich des zeitlichen Auftretens und der Ausprägung von einzelnen Merkmalen Bescheid wissen.

Motorische Entwicklung	
0-3 Monate	Palmarer Greifreflex (nicht willensgesteuertes Festhalten von Dingen die die Handinnenflächen berühren) Erwirbt Kontrolle über eigene Kopfhaltung Kann in Bauchlage geradeaus schauen Beginnt sich in Bauchlage auf Ellenbogen oder Händen abzustützen Spielt mit den eigenen Händen
3-5 Monate	Dreht sich von der Rückenlage auf die Seite Hände sind in Rückenlage häufig über dem Gesicht und im Mund Hände berühren sich gegenseitig Erste Greifversuche nach Objekten mit beiden Händen gleichzeitig Kopf und Brust können mit Unterstützung der Arme angehoben werden
5-7 Monate	Dreht sich vom Bauch auf den Rücken, etwas später vom Rücken auf den Bauch Kann Gegenstände in den Händen halten Gezielte Greifhandlungen (Auge-Hand-Koordination) Führt Gegenstände von der Hand zum Mund (gezielte Koordination von Auge und Mund) Kann Objekte von einer Hand zur anderen geben Kann in Bauchlage den Kopf seitlich drehen und nach oben und unten blicken Beginnt in Rückenlage Knie und Füße zu betasten und zu erkunden
7-10 Monate	Streckt die Arme und Beine in Bauchlage, sodass nur noch der Bauch auf der Unterlage liegt (Fliegerposition) Beginnt zu robben (auf dem Bauch vorwärts krabbeln) Beginnt zu krabbeln Kann alleine sitzen Kann sich alleine aufsetzen Kann beide Hände komplementär gebrauchen (z.B. einen Becher in der Hand halten und etwas mit der anderen Hand hineinlegen) Kann Greifhandlung an bewegliche Objekte anpassen Beginnt im Zangengriff zu greifen (Daumen wird von den anderen Fingern unabhängig bewegt, Kind greift zu wie eine Zange)
10-15 Monate	Zieht sich an Gegenständen zum Stehen hoch Geht an Gegenständen entlang Kann kurze Zeit alleine Stehen Macht die ersten Schritte Kann ohne fremde Hilfe laufen Beginnt im Pinzettengriff zu greifen (die Finger werden voneinander unabhängig gesteuert, Daumen und Zeigefinger werden wie eine Pinzette verwendet, um auch kleine Teile aufzuheben)

Tabelle 1: Motorische Entwicklung
(eigene Darstellung, vgl. Largo 2016, S. 136-172; vgl. auch Rossmann 2004, S. 69f.; vgl. auch Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 24ff.; vgl. auch Paschon 2011, S. 8-14; vgl. auch Ayres 1992, S. 24-30)

Die Motorik und andere Entwicklungsbereiche nehmen gegenseitigen Einfluss aufeinander. Das Greifen spielt beispielsweise eng mit der kognitiven Entwicklung zusammen, da die visuomotorische Koordination die Voraussetzung für bewusstes

und gezieltes Greifen darstellt. Durch die zunehmende Mobilität des Säuglings ändern sich auch dessen Wahrnehmung und das soziale und emotionale Verhalten. Je früher ein Kind damit beginnt sich fortzubewegen, desto eher erweitern sich auch seine Erkundungsmöglichkeiten, weshalb ein neugieriges Kind im Regelfall auch motorisch aktiver ist als ein weniger interessiertes (vgl. Largo 2016, S. 159f.).

2.4 Kognitive Entwicklung

Die grundlegenden kognitiven Strukturen des Menschen werden in den ersten zwei Lebensjahren durch die Kombination aus sinnlicher Wahrnehmung und motorischen Reaktionen gebildet (vgl. Senckel 2004, S. 145). Laut Zimbardo und Gerrig (1990, S. 275) ist Kognition ein *„allgemeiner Begriff für alle Formen des Erkennens und Wissens und umfasst das Wahrnehmen, die Mustererkennung, die Aufmerksamkeit, das Erinnern, das bildhafte Vorstellen, intelligentes Handeln, Denken und Problemlösen sowie das Sprechen und Sprachverstehen. Kognition bezieht sich sowohl auf den Inhalts- als auch auf den Prozessaspekt des Erkennens und Wissens.“* Nach Jenni und Largo (2014, S. 18) werden unter kognitiven Fähigkeiten *„einzelne Denkleistungen verstanden, bei welchen spezifische Informationen der Umwelt und des Organismus aufgenommen und in einer für den Organismus sinnvollen Weise verarbeitet werden.“* Grundsätzlich zählen alle Funktionen, die für das Aufnehmen, Speichern und Verarbeiten von Umweltinformationen und damit zur Orientierung in der Umwelt beitragen zum kognitiven Bereich (vgl. Paschon 2011, S. 31).

2.4.1 Wahrnehmung

Die Basis jeglicher Entwicklung ist die Wahrnehmung, ohne sie wären kognitive, motorische oder sozial-emotionale Entwicklungen nicht möglich. Unter Wahrnehmung wird ein aktiver Prozess verstanden, der das Aufnehmen und Verarbeiten von Reizen über die Sinne bezeichnet (vgl. Paschon 2011, S. 46). Durch die Sinnesorgane werden ständig unzählige Informationen aus der Umwelt in Form von Empfindungen aufgenommen, die anschließend im Gehirn geordnet und integriert werden müssen. Die sogenannte „sensorische Integration“ bezeichnet die Verarbeitung der sinnlichen Wahrnehmung im Gehirn und bildet die

Voraussetzung für die Orientierung des Kindes in der Umgebung (vgl. Ayres 1992, S. 7). Die Basis der Wahrnehmungsentwicklung bilden taktile (Tasten), vestibuläre (Gleichgewicht) und kinästetische (Bewegungsempfindung) Sinneserfahrungen. Im weiteren Entwicklungsverlauf wird die alltägliche Wahrnehmung des Kindes vor allem durch den visuellen (Sehen) und den auditiven Sinn (Hören) bestimmt, wobei für eine ganzheitliche Entwicklung des Kindes auch vielfältige gustatorische (Schmecken) und olfaktorische (Riechen) Erfahrungen notwendig sind (vgl. Paschon 2011, S. 46).

Sinnliche Entwicklung

Die sinnliche Entwicklung beginnt schon im Mutterleib und das Neugeborene verfügt bereits über einen gut ausgebildeten Gehör-, Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinn (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 27). Lediglich der Sehsinn ist noch unreif und Sehschärfe sowie Farb- und Kontrastwahrnehmung werden vor allem im ersten Lebenshalbjahr ausgebildet. Zudem erwirbt das Kind erst im Laufe des ersten Lebensjahres die Fähigkeit, Gegenstände mit den Augen festzuhalten (vgl. Slater/Riddell/Quinn/Pascalis/Lee/Kelly 2010, S. 46ff.). Ein wichtiger Entwicklungsschritt im Bereich des Sehens ist der Erwerb der Fähigkeit, beweglichen Gegenständen oder Personen mit den Augen und mit dem Kopf zu folgen (vgl. Ayres 1992, S. 23). Für das räumliche (stereoskopische) und dreidimensionale Sehen, das sich im Laufe der ersten vier Monate entwickelt, ist es notwendig, die Sinneseindrücke des linken und rechten Auges zu koordinieren. Um die durch die Augen aufgenommenen Wahrnehmungen zu verarbeiten, sind zudem komplexe Hirnfunktionen nötig. Erst wenn diese sowie motorische Fähigkeiten gereift sind, wird es für einen Säugling möglich, einen sich bewegenden Gegenstand zu fixieren und ihn mit der Hand zu ergreifen (vgl. Rossmann 2004, S. 72f.). In den ersten Lebensmonaten machen Kinder auch große Fortschritte darin, Eindrücke einzelner Sinnesorgane miteinander zu kombinieren, beispielsweise bei der Auge-Ohr-Koordination. Kinder bewegen zwar kurz nach der Geburt ihren Kopf in die Richtung eines Geräusches, was allerdings zunächst auf eine Reaktion des Stammhirns zurückzuführen ist. Erst mit ungefähr vier Monaten sind die Hirnfunktionen soweit gereift, dass sich das Kind bewusst drehen kann, wenn es Geräusche hinter dem Rücken hört. Auch dafür, wie für den Großteil aller Fortschritte in der Wahrnehmungsentwicklung werden bestimmte motorische Fähigkeiten wie das Greifen oder das Umdrehen benötigt (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 27).

Kindliche Lernformen

In den ersten Lebensjahren sind das soziale sowie das explorative Lernen die wichtigsten Lernformen des Kindes. Soziales Lernen basiert auf der dem Menschen angeborenen Fähigkeit der Nachahmung. Der Säugling beginnt bereits in den ersten Lebenswochen damit, sich die Formen der menschlichen Kommunikation selbstständig durch das Nachahmen von Gestik, Mimik und Lauten zu erschließen. Dieser Prozess erstreckt sich weit über das gesamte erste Lebensjahr und dient zudem der Aneignung des Gebrauchs von Gegenständen (beispielsweise die Benützung eines Löffels). Aus diesem Grund ist es bedeutend, das Kind möglichst oft an gemeinsamen Aktivitäten und am sozialen Umgang teilhaben zu lassen, wodurch automatisch ein vielfältiges Lernumfeld für das Kind geschaffen wird (vgl. Largo 2015, S. 21ff.).

Die materielle Welt eignet sich das Kind durch exploratives Lernen an. Dies geschieht in der frühen Kindheit ausschließlich durch Selbsterfahrung, vor allem durch spielerisches Begreifen und Erleben von Gegenständen und der Umgebung. Die materielle Umgebung wird je nach Entwicklungsstand unterschiedlich erschlossen, zuerst erkundet der Säugling Gegenstände mit dem Mund und lernt deren Beschaffenheit, Größe und Form mittels Zunge und Lippen kennen. Im weiteren Verlauf der Entwicklung werden diese dann mit den Händen und Fingern betastet und mit den Augen betrachtet. Das kindliche Interesse ändert sich im Verlauf des ersten Lebensjahres ständig. Eltern können den kindlichen Lernprozess vor allem darin unterstützen und fördern, indem sie dem Kind seinem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechende Gegenstände zur selbstständigen Erkundung und zum Spielen anbieten und ihm dadurch vielfältige Sinneserfahrungen ermöglichen (vgl. Largo 201, S. 24f.).

2.4.2 Phasen der Denkentwicklung nach Piaget

Laut Piaget verläuft die kognitive Entwicklung bei allen Kindern weitgehend gleich, in vier aufeinanderfolgenden Stufen, nämlich der sensomotorischen Phase (von Geburt bis zum vollendeten 2. Lebensjahr), der Phase des voroperatorischen anschaulichen Denkens (2.-7. Lebensjahr), der Phase der konkreten Operationen (7.-10. Lebensjahr) und der Phase der formalen Operationen (ab dem 11. Lebensjahr) (vgl. Rossmann 2004, S. 76).

Im Folgenden wird nur der Abschnitt der sensomotorischen Phase ausführlicher beschrieben, der das erste Lebensjahr betrifft.

In der sensomotorischen Phase, die wiederum in sechs Stadien unterteilt wird und sich über die ersten beiden Lebensjahre des Kindes erstreckt, werden laut Piaget (1969, S. 28) die Wurzeln des Denkens gelegt und das Kind erwirbt das „*elementare sensomotorische Anpassungsverhalten.*“ In diesem Stadium resultiert das kindliche Verhalten aus einem Zusammenspiel von sinnlichen Wahrnehmungen und motorischer Aktivität (vgl. ebd., S. 28ff.).

Das erste Stadium der sensomotrischen Phase nennt Piaget *„Betätigung und Übung der Reflexe.“* Das Kind verfügt wie bereits erwähnt ab der Geburt über eine Reihe an angeborenen Reflexen (Saugreflex, Greifreflex, usw.), die im ersten Lebensmonat durch ständige Wiederholung, Übung und Anpassung an die Umwelt ausdifferenziert werden (vgl. Piaget 1969, S. 40ff.).

Zwischen dem ersten und dem vierten Lebensmonat durchläuft das Kind das zweite Stadium der sensomotorischen Phase, das Piaget als *„Die ersten erworbenen Anpassungsverhalten und die primäre Zirkulärreaktion“* (ebd., S. 57) bezeichnet. Das Kind wiederholt in diesem Stadium alle Handlungen und Aktivitäten, die eine angenehme oder interessante Wirkung haben. Es lernt am Erfolg und erwirbt dadurch erste Handlungsschemata. Diese gewonnenen Verhaltensweisen bleiben zunächst nur auf den eigenen Körper beschränkt. Berührt der Säugling beispielsweise zufällig mit der Hand die Lippen und empfindet dieses Gefühl als angenehm, wiederholt er diese Bewegung immer wieder und differenziert sie bis zum Daumenlutschen aus (vgl. Piaget 1969, S. 59f.). Ein weiteres Beispiel wäre das zuerst zufällige Berühren eines Gegenstandes mit der Hand, welches in weiterer Folge zu ersten Versuchen führt, mit der Hand nach etwas zu greifen (vgl. ebd., S. 97f.). Grundsätzlich können Handlungsschemata angeboren (Saugen) oder erworben (Greifen) werden, sie können im weiteren Entwicklungsverlauf ausdifferenziert, erweitert und miteinander kombiniert werden (beispielsweise das Sehen mit dem Greifen bei der Auge-Hand-Koordination) (vgl. Rossmann 2004, S. 76)

Das dritte Stadium, das Piaget (1969, S. 159) als *„sekundären Zirkulärreaktionen und die Verfahrensweisen, die dazu dienen, interessante Erscheinungen andauern zu lassen“* bezeichnet, erstreckt sich über das vierte bis achte Lebensmonat. In dieser Phase erwirbt das Kind die Fähigkeit, Handlungen mit interessanter Wirkung zu wiederholen und auch Gegenstände aus dem Umfeld mit einzubauen. Der Säugling beginnt demnach zu verstehen, dass eigene Handlungsweisen zu bestimmten Ergebnissen führen und als Mittel zum Zweck eingesetzt werden können. Er bemüht sich beispielsweise, nach Gegenständen die er sieht zu greifen und wiederholt diese Tätigkeit bis zum gewünschten Erfolg (vgl. Piaget 1967, S. 157ff.).

Zwischen dem achten und zwölften Monat erreicht das Kind das vierte Stadium der sensomotorischen Phase, das von Piaget (1967, S. 216) als *„Die Koordination der sekundären Verhaltensschemata und ihre Anwendung auf neue Situationen“* beschrieben wird. In dieser Stufe beginnt das Kind sein Verhalten erstmals zielgerichtet zu steuern, bereits bekannte Handlungsschemata zu kombinieren und auf neue Situationen zu übertragen, wodurch diese weiter ausdifferenziert und verfeinert werden. Laut Piaget ist dieses Entwicklungsstadium *„das Stadium der ersten, im eigentlichen Sinn intelligenten Verhaltensweisen“* (ebd.). Typisch für diese Stufe ist das Ausprobieren von unterschiedlichen Handlungsschemata auf einen Gegenstand. Das Kind beginnt beispielsweise eine Rassel zu erkunden, indem es sie begreift, in den Mund steckt, darauf beißt, sie betrachtet, schüttelt, wegwirft usw. (vgl. Rossmann 2004, S. 77).

Zwischen zwölf und achtzehn Monaten vollstreckt sich das fünfte Stadium der *„tertiären Zirkulärreaktion und die Entdeckung neuer Mittel durch aktives Ausprobieren.“* Den Abschluss der sensomotorischen Phase bildet bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr das sechste Stadium, das Piaget als *„Die Erfindung neuer Mittel durch geistige Kombination“* bezeichnet (vgl. Piaget 1969, S. 267 und S. 333). Im Verlauf des ersten Lebensjahres beginnt das Kind zusätzlich, sich das Konzept der Objektpermanenz zu verinnerlichen. Die Objektpermanenz zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind begreift, dass ein Gegenstand weiterhin existiert, auch wenn er aus dem Blickfeld des Kindes verschwunden ist (vgl. Rossmann 2004, S. 78).

Die kognitive Entwicklung und das Denkvermögen stellen wichtige Wurzeln für die sprachliche Entwicklung und den Spracherwerb dar. Laut Largo geht *„die geistige Entwicklung [geht] der sprachlichen voraus: Zuerst entwickelt das Kind eine innere Vorstellung, dann versteht es den sprachlichen Begriff, der diese Vorstellung bezeichnet, und schließlich wendet es den Begriff selbst an“* (Largo 2016, S. 375).

2.4.3 Sprachentwicklung

Die Sprache ist eine „*speziesspezifische*“ Errungenschaft des Menschen und ein wichtiges Kommunikationsmittel, um sich anderen Menschen mitzuteilen (vgl. Pauen/ Frey/Ganser 2012, S. 29). Mittels Sprache wird es möglich, Begriffe in Worte zu fassen. Sprachliche Entwicklung ist stark durch die Hirnreifung bestimmt, wobei vor allem die Hirnzentren für das Sprachverständnis und den sprachlichen Ausdruck bedeutsam sind. Bereits das ungeborene Kind kann hören und reagiert auf Geräusche und Klänge (vgl. Largo 2016, S. 376). Dies belegt auch die Studie von DeCasper u. Fifer (vgl. 1980, S. 1174ff.), die aufzeigt, dass Kinder direkt nach der Geburt die Stimme der Mutter anderen Stimmen gegenüber vorziehen und demnach zwischen vertrauten und unvertrauten Stimmen differenzieren können. Neugeborene kommunizieren mit ihrem Umfeld durch unterschiedliche Verständigungsformen, die aus sozialen Interaktionen entstehen und die Basis der späteren Sprachentwicklung darstellen. Die Kommunikation im ersten Lebensjahr verläuft fast ausschließlich über Körpersprache, Mimik, Blickverhalten, Tonlage, Melodie und Ausdruck der Stimme sowie den Körpergeruch (vgl. Largo 2016, S. 364ff.). Laut Paschon (vgl. 2011, S. 27ff.) lässt sich die sprachliche Entwicklung in den Bereichen Vorsprache (Weinen, Schreien, Lallen, Blickkontakt etc.), Körpersprache (Gestik, Mimik, Bewegungen des Körpers), Phonologische Bewusstheit (Fähigkeit, Geräusche ausfindig zu machen und im späteren Entwicklungsverlauf zu begreifen, dass Wörter in Silben etc. aufgeteilt werden können), Sprachgewandtheit (Sprache situationsspezifische einsetzten, z.B. Dialekt), Artikulation (Bildung von Lauten mit Mund, Zunge, Kehlkopf etc.), Sprachverständnis (Sinn des Geäußerten zu erfassen), Wortschatz (Gebrauch von richtigen Wörtern), Grammatik und Satzbau sowie dem Redefluss beobachten.

Die ersten Entwicklungsschritte hinsichtlich des Spracherwerbs beginnen bereits vor der Geburt. Neugeborene zeigen schon großes Interesse an der menschlichen Stimme, wobei der Inhalt des Gesprochenen zu Beginn noch nicht von Bedeutung ist. Vor allem eine langsame Sprechgeschwindigkeit, hohe Tonlage und das mehrmalige Wiederholen von Wörtern sind Sprechweisen, die im ersten Lebensjahr anregend auf das Kind wirken, dessen Aufmerksamkeitsfähigkeit stärken und sein Interesse an Sprache fördern. Die frühe Sprachentwicklung hängt sehr stark mit dem Beziehungsverhalten zusammen, weshalb im ersten Lebensjahr vor allem gefühlvolles Sprechen und zwischenmenschliche Kommunikation von Bedeutung sind (vgl. Largo 2016, S 398).

In den ersten Lebenswochen äußert sich der Säugling vorrangig über das Schreien, im weiteren Entwicklungsverlauf beginnt er damit, selbst Laute zu bilden. Die ersten Lautäußerungen sind bei allen Kindern ähnlich und noch nicht durch die Muttersprache geprägt. In den folgenden Monaten spielt das Kind mit Tönen und plappert vor sich hin (vgl. Largo 2016, S. 380ff.). Auch gehörlose Kinder durchlaufen im ersten Lebenshalbjahr dieselben sprachlichen Entwicklungen und verstummen erst ungefähr im sechsten Monat (vgl. Kany/Schöler, S. 472). Es wird davon ausgegangen, dass es bei Menschen eine genetische Prädisposition zum Spracherwerb gibt, wofür unter anderem dessen ähnlicher Ablauf in unterschlichen Sprachkreisen spricht: Auf die Schreiphase folgt eine Lallperiode und daran anschließend werden erste Worte gebildet. Wie bei der motorischen Entwicklung benötigt auch die sprachliche ein bestimmtes Reifestadium des Kindes (vgl. Rossmann 2004, S. 80). Die Geschwindigkeit der Sprachentwicklung ist bei Kindern sehr individuell. Die ersten Wörter werden von Kindern zwischen zehn und dreißig Monaten gesprochen, in der Regel jedoch mit ungefähr zwölf Monaten. Grundsätzlich verstehen Kinder zu jeder Zeit mehr, als sie selbst in Wörtern ausdrücken können. Ihr passives Wortverständnis ist wesentlich höher als die Fähigkeit zur aktiven Sprachproduktion (vgl. Rossmann 2004, S. 82). Mädchen sind zudem generell in ihrer sprachlichen Entwicklung weiter fortgeschritten als gleichaltrige Jungen (vgl. Largo 2016, S. 440).

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht der sprachlichen Entwicklung im ersten Lebensjahr. Die angeführten Werte sind lediglich als Richtwerte zu verstehen, da die kindliche Entwicklung auch in diesem Bereich sehr unterschiedlich und individuell verläuft.

Sprachliche Entwicklung	
0-3 Monate	Kindliches Schreien bildet die erste vorsprachliche Kommunikation Kind reagiert auf Geräusche und die menschliche Stimme und wendet sich Geräuschquellen zu Beginnt verschiedenartige Laute zu bilden (beispielsweise „aaaaaa“, „rrrrrr“ oder „ooooo“) Zeigt Freude durch Quieklaute Beobachtet Lippenbewegungen, wenn mit ihm gesprochen wird Beginnt mit singenden Lauten (beispielsweise „are are are“) Erkennt die Mutter und begrüßt sie mit freudigem Geplapper
3-6 Monate	Beginnt Vokallaute zu bilden (beispielsweise „oh oh“ oder „ah ah“) Bildet Lautketten (beispielsweise „pooo“ oder „me“) Spielt mit seinen Lippen und dem Speichel (macht Speichelblasen) Begreift die Bedeutung bestimmter Wörter
6-8 Monate	Erstes Sprachverständnis setzt ein - Kind bringt zuerst Namen mit Menschen in Verbindung (wendet den Blick der genannten Person zu), im späteren Verlauf erkennt es Gegenstände beim Namen und versteht die Bedeutung von Situationen wie essen oder baden Ahmt Gesprochenes nach und beginnt zurück zu plaudern, wenn mit ihm gesprochen wird (erste Form der Konversation) Plaudert in vielfältigen Situationen (beispielsweise vor dem Einschlafen, vor dem Spiegel) Drückt Unbehagen immer mehr in Lauten und weniger durch Schreien aus
8-10 Monate	Bildet Silbenketten („tata“, „mama“, „baba“) Entwickelt Interesse an der Mimik, betastet gerne Gesicht und Mund von Personen Beginnt unterschiedliche Gesten nachzuahmen und deren Bedeutung zu verstehen (beispielsweise Auf-Wiedersehen-Winken, In-die-Hände-Klatschen, Kopfschütteln) Beginnt auf Gegenstände zu zeigen, die es haben möchte
10-12 Monate	Benutzt Begriffe personenbezogen (beispielsweise „Mama“ oder „Papa“) Kennt Gegenstände und Personen, mit welchen es häufigen Kontakt hat, beim Namen Versteht einfache Aufforderungen und Fragen (beispielsweise „Gib mir bitte das Buch“, „Wo ist der Papa/ die Mama?“) Interessiert sich für Gespräche und hört aufmerksam zu Beginnt die ersten Worte zu sprechen

Tabelle 2: Sprachliche Entwicklung
(eigene Darstellung, vgl. Largo 2016, S. 361-389; vgl. auch Rossmann 2004, S. 79-82.; vgl. auch Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 29; vgl. auch Paschon 2011, S. 25-30; vgl. auch Ayres 1992, S. 29f.)

Die Eltern nehmen eine wichtige Rolle bei der sprachlichen Entwicklung des Kindes ein, da die Wurzeln der Sprache im Beziehungsverhalten des Menschen liegen und gerade die frühen zwischenmenschlichen Erfahrungen die Basis des späteren Spracherwerbs sowie der Entwicklung sozialer Kompetenz bilden. Eltern können die Sprachentwicklung des Kindes fördern, indem sie es an gemeinsamen Aktivitäten teilhaben lassen, auf vielfältige Weise mit dem Kind sprechen, mit ihm bereits im ersten Lebensjahr Bilderbücher betrachten, offene Fragen stellen und Interesse daran zeigen, wie das Kind die Welt sieht und sie sich aneignet. Zudem

wirken sich eine fehlerfreundliche, bejahende Erziehungshaltung sowie die Orientierung an dem Sprachverständnis des Kindes positiv auf dessen sprachliche Entwicklung aus (vgl. Largo 2016, S. 373f.).

2.5 Sozial-emotionale Entwicklung

Menschen sind soziale und emotionale Wesen und vor allem soziale Beziehungen und die daraus resultierenden Bindungen sind für eine gesunde frühkindliche Entwicklung notwendig. Laut Largo (2016, S. 48) sind

> *„bereits neugeborene Kinder [sind] sozial kompetente Wesen, wenn auch noch in sehr eingeschränkter Weise. Das Beziehungsverhalten benötigt aber die ganze Kindheit für seine vollständige Entfaltung. Jedem Lebensabschnitt kommt dabei seine eigene Bedeutung für die sozioemotionale Entwicklung des Kindes zu und geht mit bestimmten Verhaltenseigenheiten einher, wie beispielsweise dem Fremdeln gegen Ende des 1. Lebensjahres."*

Die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes ist ein komplexer Prozess, der in wechselseitiger Beziehung mit kognitiven, sprachlichen sowie motorischen Entwicklungen steht, wonach laut Pauen, Frey und Ganser (2012, S. 35)

> *„z. B. Wahrnehmen und Denken stark mit der emotionalen Erlebniswelt zusammen hängen: Einerseits ist das subjektive Erleben der Emotionen von der Denk- und Wahrnehmungsentwicklung abhängig, und anderseits bestimmt unser emotionales Empfinden, was wir wahrnehmen und wie wir das Wahrgenommene bewerten. Auch die alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen und Bindungserfahrungen des Kindes sind eng mit der Entwicklung der Gefühle verbunden."*

Die Eltern-Kind-Bindung bildet die Grundlage für die Entstehung von sozial-emotionaler Kompetenz (vgl. Paschon 2011, S. 19). Kinder sind von Geburt an mit der Fähigkeit ausgestattet, soziale Kontakte aufzubauen und ihre ersten Gefühle durch Zuwenden und Schreien zu äußern, wobei die Gefühle zunächst mit körperlichen Bedürfnissen, beispielsweise nach Nähe, Nahrung, Wärme usw., in Verbindung stehen (vgl. Pauen/ Frey/Ganser 2012, S. 31). Um die sechste Lebenswoche tritt beim Säugling das soziale Wiederlächeln auf, welches ein aktives Beziehungsherstellen des Säuglings ist, mit dem er auf sein Umfeld reagiert. Dieses Lächeln ist die Reaktion auf vertraute Gesichter und wird anfänglich sogar durch die Umrisse eines menschlichen Kopfes ausgelöst (vgl. Largo 2015, S. 85). Dennoch ist dieses Ereignis für die meisten Eltern von großer Bedeutung und laut Rossmann (vgl. 2004, S. 83) der Beginn der echten Eltern-Kind-Interaktion, da sich Eltern ab diesem Zeitpunkt nicht mehr vorwiegend pflegerisch, sondern auch vermehrt spielerisch mit dem Kind beschäftigen.

Der Säugling reguliert seine Emotionen zunächst interpsychisch, also durch eine andere Person. Doch im Verlauf des ersten Lebensjahres entwickelt er auch erste Selbstregulationsstrategien, die dafür sorgen, dass er seine Emotionen selbst, also intrapsychisch, ohne eine andere Person regelt. Dazu zählen beispielsweise Verhaltensweisen wie selbstberuhigendes Daumenlutschen oder Blickabwendungsbewegungen bei Müdigkeit. Diese Veränderung ist der Beginn eines wichtigen Entwicklungsschrittes der sozial-emotionalen Entwicklung (vgl. Boeger 2009, S. 125f.). Der Säugling kann durch Körperempfindungen und Sinne (vor allem durch den Geruchssinn) bereits in den ersten Lebensmonaten zwischen vertrauten und fremden Personen unterscheiden. Um den achten Monat erreicht das Kind jedoch eine neue, enorm wichtige Entwicklungsstufe, es ist in der Lage bewusst zwischen vertrauten und fremden Personen zu differenzieren und hat Angst vor Unbekannten. Dies wird durch das „Fremdeln“ und die Trennungsangst, die auch Achtmonatsangst genannt wird, sichtbar (vgl. Rossmann 2004, S. 84), die das Kind noch mehr an die Bezugspersonen binden und bei jedem Kind unterschiedlich stark ausgeprägt sind (vgl. Largo 2015, S. 92ff.). Gegen Ende des ersten Lebensjahres ist das Kind fähig, Gegenstände die ihm von einer Person gezeigt werden, zu erkennen und entwickelt ein Bewusstsein dafür, dass die Person denselben Gegenstand meint, weshalb auch von geteilter Aufmerksamkeit gesprochen werden kann (vgl. Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 31).

Da die Bindung im ersten Lebensjahr u.a. als Grundlage für die Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenz gesehen wird und Einfluss auf die gesamte kindliche Entwicklung und Gesundheit hat, wird die Bindung und deren Aufbau nachfolgend näher betrachtet.

2.5.1 Bindungsverhalten

Stabile Bindungs- und Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit zählen, wie in Kapitel 1 aufgezeigt wurde, zu den Einflüssen, die die gesunde Entwicklung des Kindes begünstigen und damit einen wichtigen Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung darstellen. Hurrelmann, Hafen sowie Dahlgren und Whitehead thematisieren unter anderem den Stellenwert von Bindungen für die Gesundheit des Menschen. Nachfolgend wird auf wichtige Aspekte des Bindungsverhaltens im ersten Lebensjahr sowie auf die daraus resultierenden Bindungsmuster eingegangen.

Die Bindungstheorie wurde von Bowlby begründet und basiert auf dem angeborenen Bedürfnis des Menschen, sich emotional an andere Personen zu binden. Bindungsverhalten basiert auf den kindlichen Bedürfnissen nach Geborgenheit, körperlicher Nähe, Schutz, emotionaler Sicherheit und Zuwendung zu vertrauten Personen. Bindung bezeichnet laut Brisch (2015, S. 12) *„ein unsichtbares emotionales Band, das zwei Menschen über Raum und Zeit sehr spezifisch miteinander verbindet. Ein Säugling kommt mit der genetisch angeborenen Bereitschaft auf die Welt, sich eine sichere Bindungsperson zu suchen, die ihm Schutz, Pflege und Unterstützung zukommen lässt.“* Boeger (2009, S. 127) zufolge ist Bindung *„nicht eine Eigenschaft, sondern eine zwischenmenschliche Qualität, die von den Interaktionspartnern hergestellt wird*.“ Im Verlauf der ersten Lebensmonate bindet sich das Kind bedingungslos an die Personen, die es versorgen und ihm vertraut sind und sucht deren Zuwendung (attachment). Bindung entsteht überwiegend aufgrund gemeinsam gemachter Erfahrungen sowie gegenseitiger Vertrautheit. Auch bei Eltern wird die Bindung an ihr Kind (bonding) und ihr Fürsorgeverhalten umso stärker, je mehr Zeit sie gemeinsam verbringen. Das Bindungsverhalten ist von Kind zu Kind unterschiedlich stark ausgeprägt und verändert und entwickelt sich im Verlauf der Kindheit. Eine stabile emotionale Bindung ist für die Entwicklung des Säuglings sowie für dessen psychisches Wohlbefinden grundlegend (vgl. Largo 2016, S. 50ff.). Im ersten Lebensjahr entwickelt das Kind im Normalfall Bindungsbeziehungen zu mehreren Personen, wobei die Beziehung zur Hauptbindungsperson am bedeutendsten, intensivsten und vertrautesten ist. Diese Person sollte Bedürfnisse und Signale des Säuglings wahrnehmen, interpretieren und möglichst prompt darauf reagieren (vgl. Brisch 2015, S. 24).

Bindungsmuster

Vor allem im Verlauf des ersten Lebensjahres werden unterschiedliche Bindungsmuster gebildet, die unbewusst wirksam werden. Die Eltern-Kind-Interaktionen und das Verhalten der Bezugsperson bilden die Grundlage aller Bindungsmuster, wobei zwischen folgenden vier Bindungstypen unterschieden werden kann:

- sichere Bindung,
- unsicher-vermeidende Bindung,
- unsicher-ambivalente (zwiespältig-ängstliche) Bindung,
- desorganisierte, unsichere Bindung (vgl. Brisch 2015, S. 40).

Welches Bindungsmuster ein Kind erworben hat, kann mit dem von Ainsworth entwickelten Fremde-Situations-Test beurteilt werden, bei dem das Kind bewusst kurzzeitig in eine „Alarmsituation“ versetzt wird, um dessen Bindungsverhalten zu beobachten (vgl. Rossmann 2004, S. 86; vgl. auch Boeger 2009, S. 129).

Eine sichere Bindung wird aufgebaut, wenn das Kind eine Bezugsperson hat, die verlässlich, prompt und feinfühlig auf dessen Signale reagiert und auf bestehende Bedürfnisse eingeht, wodurch emotionale Sicherheit vermittelt wird (vgl. Largo 2016, S. 41). Die sichere emotionale Bindung ist ein bedeutender Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung, da sicher-gebundene Kinder beispielsweise widerstandsfähiger gegenüber emotionalen und psychischen Belastungen sind, ein höheres Selbstwertgefühl sowie Einführungsvermögen und bessere Problemlösekompetenzen entwickeln und sich im Regelfall besser mit Gleichaltrigen verstehen (vgl. Rossmann 2004, S. 86; vgl. auch Brisch 2015, S. 54). Kinder mit diesem Bindungsmuster reagieren zwar bei Trennung von der Bezugsperson mit Angst und protestieren, lassen sich aber bei deren Rückkehr schnell wieder durch Körperkontakt beruhigen (vgl. Brisch 2006, S. 382).

Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung protestieren hingegen kaum wenn die Bezugsperson geht und wenden sich bei deren Widerkehr eher von ihr ab (vgl. Brisch 2015, S. 46). Ihr Bindungsbedürfnis wurde im ersten Lebensjahr von den Bezugspersonen eher zurückgewiesen, der Umgang der Bezugspersonen ist nicht sehr feinfühlig, distanziert, weist wenig Körperkontakt auf und ist auf eine frühzeitige Selbstständigkeit des Kindes ausgerichtet. Unsicher-vermeidend-

gebundene Kinder haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für aggressives und impulsives Verhalten (vgl. Rossmann 2004, S. 87).

Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindung sind in Trennungssituationen deutlich gestresst und reagieren mit lautem Weinen. Bei der Wiederkehr der Bezugsperson antworten sie jedoch mit ganz widersprüchlichen Signalen, einerseits mit Klammern und dem Wunsch nach Nähe, andererseits wollen sie diese jedoch vermeiden, weshalb es auch sehr lange dauert, bis sie sich wieder beruhigen lassen. Dieses Bindungsverhalten resultiert aus einem zwiespältigen Verhalten der Bezugspersonen in Bezug auf die kindliche Bedürfnisbefriedigung (vgl. Brisch 2015, S. 49). Diese Kinder verhalten sich oftmals ängstlich und scheu und ihr Erkundungsverhalten ist weniger stark ausgeprägt (vgl. Rossmann 2004, S. 86).

Eine unsichere, desorganisierte Bindung kann zu Bindungsstörungen führen und gilt als Risikofaktor für die psychische Entwicklung. Diese Kinder verfügen nicht über ausreichende Bewältigungsmöglichkeiten wie beispielsweise sicher-gebundene Kinder und sind eher zurückgezogen. Ihre Bezugspersonen haben meist selbst traumatische Erfahrungen gemacht und sind daher nicht in der Lage, das Bindungsbedürfnis ihres Säuglings angemessen zu befriedigen (vgl. Brisch 2015, S. 58f.). Ihr Verhalten ist sehr widersprüchlich, denn einerseits reagieren sie nicht feinfühlig auf die kindlichen Bedürfnisse und ihr Verhalten wirkt in manchen Situationen eher bedrohlich, beängstigend und beunruhigend auf das Kind. In anderen Situationen verhalten sie sich jedoch fürsorglich und schützend, weshalb es dem Kind nicht möglich ist, eine Bindungssicherheit aufzubauen (vgl. Grossmann/Grossmann 2008, S. 280). Kinder mit einem desorganisierten Bindungsmuster weisen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine im Entwicklungsverlauf entstehende psychische Störung auf, weshalb es wichtig erscheint, dass betroffene Eltern Hilfe durch psychotherapeutische Beratung für sich und ihr Kind in Anspruch nehmen, denn im Regelfall korreliert die frühe Bindungsqualität mit der im Erwachsenenalter (vgl. Brisch 2015, S. 58f.).

2.5.2 Sozial-emotionale Entwicklungsschritte

Nachdem die Entstehung einer Eltern-Kind-Bindung, die als Basis der sozial-emotionalen Entwicklung gesehen werden kann, näher betrachtet wurde, gibt die nachfolgende Tabelle eine Übersicht der entscheidendsten sozial-emotionalen Entwicklungsschritte im ersten Lebensjahr.

Sozial-emotionale Entwicklung	
0-3 Monat	Kind baut ab der Geburt soziale Kontakte auf Erstes Auftreten des Engelslächelns (lächelt während des Schlafens, Vorläufer des Lächelns) Interessiert sich für die menschliche Stimme und das menschliche Gesicht Erkennt Mutter und Vater am Geruch Teilt seine Bedürfnisse bzw. sein Unbehagen durch Schreien mit Nimmt direkten Blickkontakt auf 6. Woche – erstes soziales Wiederlächeln beim Anblick eines Gesichts (zunächst reichen Umrisse des menschlichen Kopfes, um ein Lächeln hervorzurufen)
3-6 Monate	Beginnt zwischen Freude, Ärger, Traurigkeit und Angst zu unterscheiden Erstes Lachen Reagiert auf mimischen Ausdruck des Gesichtes
6-12 Monate	Nimmt durch Zulächeln, Greifen, Hinbewegen bewusst Kontakt auf Kind unterscheidet zwischen bekannten und fremden Gesichtern Beginn von Trennungsangst und „Fremdeln“ Entwickelt geteilte Aufmerksamkeit Entwickelt erste Selbstberuhigungsstrategien (regelt Emotionen intrapsychisch)

Tabelle 3: Sozial-emotionale Entwicklung
(eigene Darstellung, vgl. Largo 2016, S. 77-119; vgl. auch Rossmann 2004, S. 82-88.; vgl. auch Pauen/Frey/Ganser 2012, S. 31; vgl. auch Paschon 2011, S. 35-38)

Im Verlauf der kindlichen Entwicklung dient die Bezugsperson dem Kind als sichere Basis, von der aus es die Welt erkunden kann, weshalb die Eltern-Kind-Beziehung und das Bindungsverhalten auch eine entscheidende Rolle für die Entwicklung der Erkundungsfähigkeit spielen. Das kindliche Explorationsverhalten ist komplementär zu dessen Bindungsverhalten, denn je sicherer die Bindung eines Kindes ist, umso weiter entfernt es sich von seiner Bezugsperson und erkundet sein Umfeld, wodurch wiederum mehr Lernerfahrungen gesammelt werden können. Die Fähigkeit zur Erkundung der Welt schließt auch das kindliche Spielverhalten mit ein und bildet die Grundlage für das kindliche Lernen und den Erwerb von unterschiedlichsten Kompetenzen und Fähigkeiten (vgl. Rossmann 2004, S. 85f.; vgl. auch Boeger 2009, S. 129).

Im bisherigen Verlauf der Arbeit wurde beleuchtet, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist und welchen Beitrag diese für das Säuglings- und Kleinkindalter leisten kann. Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf das erste Lebensjahr gerichtet ist, das für die weitere Entwicklung des Kindes von großer Bedeutung ist, wurde auch der kindliche Entwicklungsverlauf dieses Lebensabschnitts ausführlich beschrieben. Im kommenden Kapitel richtet sich der Blick auf die Gesundheitsförderung in Österreich und auf konkrete Strategien hinsichtlich deren Umsetzung.

3 Gesundheitsförderung für Kinder in Österreich

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, was Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr auf nationaler Ebene bedeutet und wie diese umgesetzt wird. Zu Beginn werden die gesetzlichen Grundlagen, die für die Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr von Bedeutung sind, erläutert. Im Anschluss daran wird auf die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sowie die Kinderrechte eingegangen. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Zusammenstellung der österreichweiten Basisangebote der Gesundheitsvorsorge für Kinder im ersten Lebensjahr.

Zu Jahresbeginn 2016 lebten in Österreich 8.700.471 Menschen, 83.341 davon waren Kinder unter einem Jahr, was 0,96 Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht (vgl. Statistik Austria 2016, o.S.). Die Säuglings- und Kindersterblichkeit in Österreich hat sich in den letzten Jahrzehnten aufgrund des medizinischen Fortschritts stark verringert und Kinder und Jugendliche bilden derzeit die gesündeste Bevölkerungsgruppe des Landes. In den letzten Jahren kann jedoch laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein deutlicher Anstieg an chronischen Erkrankungen, psychischen Störungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt werden (vgl. BMG 2016, S. 1). Dies hinterlässt nicht nur Spuren in der Kindheit und Jugend der Betroffenen, sondern kann sich wie auch andere gesundheitliche Defizite, bis ins späte Erwachsenenalter auswirken. In der Kindheits- und Jugendphase werden Verhaltensweisen erlernt, die auch die zukünftige Gesundheit maßgeblich mitbestimmen, weshalb gerade der Kinder- und Jugendgesundheit ein besonders hoher Stellenwert zugeschrieben werden kann (vgl. BMG 2015, S. 4).

In Österreich gibt es noch keine regelmäßige Erhebung über den gesundheitlichen Zustand von Kindern und Jugendlichen (vgl. Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2016, S. 11). Deutschland hingegen erfasst bereits seit 2003 umfassend Gesundheitsdaten von Kindern und Jugendlichen in der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS-Studie) des Robert-Koch-Instituts (vgl. Hölling et al. 2012, S. 836 ff.). Eine erfreuliche Entwicklung ist allerdings der erstmals im Februar 2016 veröffentlichte

„Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsbericht“, der vom Gesundheitsministerium publiziert wurde und den ersten Schritt zu einem regelmäßigen Gesundheitsbericht darstellt (vgl. Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2016, S. 9). Dieser Bericht zeigt auf, dass die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich mit zwei Prozent sehr gering sind und Österreich damit im Vergleich mit den OECD-Ländern nur im untersten Drittel liegt. Die Kinderliga fordert daher eine Erhöhung dieser Ausgaben. Bildung wird in dem Bericht als Faktor, der den gesundheitlichen Zustand positiv beeinflussen kann, beschrieben. Daher sollte diesem Sektor hinsichtlich der Gesundheitsförderung ein hoher Stellenwert eingeräumt werden und die Elementarpädagogik, also Krippen und Kindergärten als Bildungseinrichtungen gestärkt werden (vgl. ebd., S. 13f.). Zudem betont die Liga die entscheidende Rolle der Eltern bei der Entwicklung von Gesundheit und Lebensstil, weshalb sie sich dafür einsetzt, Eltern in ihren Erziehungsaufgaben zu unterstützen und den Ausbau von Angeboten fordert, die deren Erziehungskompetenz fördern (vgl. ebd., S. 20).

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Gesundheitsförderung und Prävention sind seit 1998 im Gesundheitsförderungsgesetz (GfG), das sich an den Inhalten der Ottawa-Charta orientiert, gesetzlich verankert (vgl. RIS 1998, o.S.). Zusätzlich wurde 2005 das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) erlassen, das die Sicherung und Qualität von Gesundheitsleistungen regelt. Der PatientInnenorientierung, PatientInnensicherheit, Transparenz, Effektivität, Effizienz und der Qualitätsarbeit wird darin ein hoher Stellenwert eingeräumt (vgl. RIS 2004, o.S.; vgl. auch BMGF o.J., o.S.).

Die „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG) wurde 2006 per Gesetz als nationale Forschungs- und Planungseinrichtung für das Gesundheitswesen errichtet. Sie gliedert sich in die drei Geschäftsbereiche „Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ (ÖBIG), „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ (BIQG) und „Fonds Gesundes Österreich“ (FGÖ), welche unterschiedliche Aufgabenbereiche im Gesundheitswesens und der Gesundheitsförderung über haben (vgl. RIS 2006, o.S.; vgl. auch BMGF o.J., o.S.). Der FGÖ ist ein gemeinnütziger Verein, der mit der Durchführung aller Gesundheitsförderungsaktivitäten sowie der weiteren Entwicklung der Gesundheitsförderung beauftragt wurde (vgl. RIS 1998, o.S.).

Im Jahr 2011 wurden die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) erarbeitet, die dazu beitragen sollen, die Gesundheit aller ÖsterreicherInnen zu erhalten und zu verbessern. Die zehn darin formulierten Ziele heben den Stellenwert der Gesundheitsförderung in Österreich hervor und lauten wie folgt:

„Ziel 1 Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
Ziel 2 Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen
Ziel 3 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
Ziel 4 Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
Ziel 5 Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
Ziel 6 Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
Ziel 7 Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
Ziel 8 Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
Ziel 9 Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
Ziel 10 Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ (BMG 2015, S. 25 – 62).

Diese Gesundheitsziele bilden laut dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) die inhaltliche Grundlage für die 2014 beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Das zentrale Ziel dieser Strategie ist es, der österreichischen Bevölkerung *„durch verstärkte Umsetzung von breit abgestimmten, qualitätsgesicherten, wirksamen und effizienten Gesundheitsförderungsmaßnahmen“ (BMGF 2016, S. 10)* zu einem längeren, gesünderen, selbstbestimmten Leben zu verhelfen. Die 2016 aktualisierte Fassung gibt bis 2022 einen Orientierungsrahmen für alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Bund, Ländern und Sozialversicherung vor und bildet eine verbindliche Grundlage für die Verwendung von Mitteln der Gesundheitsförderungsfonds (vgl. BMGF 2016, S. 4f.). Diese Mittel belaufen sich jährlich auf 15 Mio. Euro (vgl. BMG 2014, S. 8).

Folgende Bereiche gelten bis 2022 als priorisierte Schwerpunkte und müssen mit mindestens 66 Prozent aller Mittel des Gesundheitsförderungsfonds gefördert werden (vgl. BMGF 2016, S. 4f.):

1. *„Frühe Hilfen*
2. *Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten*
3. *Gesunde Schulen*
4. *Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter*
5. *Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen*
6. *Soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen“* (BMGF 2016, S. 5).

Hier wird ersichtlich, dass der frühen Kindheit ein hoher Stellenwert zugeschrieben wird und diese Lebensphase dadurch eine zentrale Rolle für die Gesundheitsförderung einnimmt.

Im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs wurde 2011 auch die österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie erarbeitet, die durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlicht und seither jährlich mit neuen Schwerpunkten erweitert wurde.

3.2 Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

Das Ziel der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie ist es, durch die darin erarbeiteten Handlungsempfehlungen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu stärken und zu verbessern und somit einen Beitrag zu einer gesünderen Gesellschaft zu leisten. Der frühzeitigen Gesundheitsförderung und Prävention wird darin ein sehr hoher Stellenwert zugeschrieben, wie folgendes Zitat verdeutlicht: *„Die Prävention von Risikofaktoren für Gesundheit und die Förderung der Schutzfaktoren für Gesundheit müssen weiter ausgebaut und vor allem bundesweit koordiniert werden und sollten so früh wie möglich ansetzen, um ihr volles Potenzial entfalten zu können“* (BMG 2011, S. 9).

In der Strategie wurden 20 Ziele in fünf Themenfelder eingeordnet, die der Verbesserung und Aufrechterhaltung der Kindergesundheit dienen und gesundheitsfördernde Entwicklungen anregen sollen (vgl. ebd., S. 4-9):

Themenfeld 1: Gesellschaftlicher Rahmen
- Ziel 1: Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken
- Ziel 2: Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit („health in all policies“) stärken

Themenfeld 2: Gesunder Start ins Leben
- Ziel 3: Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen
- Ziel 4: In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen

Themenfeld 3: Gesunde Entwicklung
- Ziel 5: Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken
- Ziel 6: Bildung als zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit positiv nutzen
- Ziel 7: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern
- Ziel 8: Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen fördern

Themenfeld 4: Gesundheitliche Chancengleichheit
- Ziel 9: Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern
- Ziel 10: Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche fördern
- Ziel 11: Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern
- Ziel 12: Ambulante Erstversorgung optimieren und zu Tagesrandzeiten und am Wochenende verbessern

Themenfeld 5: Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen
- Ziel 13: Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken
- Ziel 14: Versorgung in Krankenhäusern kinderfreundlicher machen
- Ziel 15: Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie)
- Ziel 16: Integrierte Versorgung der „modernen Morbidität“ verbessern
- Ziel 17: Neonatologische Versorgung an die geänderten demografischen Verhältnisse anpassen
- Ziel 18: Angebot für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern
- Ziel 19: Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen
- Ziel 20: Verfügbarkeit von kindgerechten Arzneimitteln verbessern

(vgl. ebd., S. 10-31).

Durch diese 20 Ziele wird die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in den Mittelpunkt gestellt und ihre Wichtigkeit hinsichtlich der Gesundheitsförderung unterstrichen. Themenfeld zwei *‚Gesunder Start ins Leben‘* sowie Ziel vier *‚In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen‘* sind von besonderem Belang für diese Arbeit, weshalb diese nachfolgend näher behandelt werden.

Kinder und Jugendliche sind die Bevölkerungsgruppe, die gesundes Verhalten am einfachsten erlernen kann und zudem den längsten Benefit davon hat (vgl. ebd., S. 41). Je früher Gesundheitsförderung ansetzt, desto effektiver und nachhaltiger ist deren Wirkung. Hierzu heißt es wie folgt:

> *„Wichtige Grundlagen für lebenslange Gesundheit werden bereits in frühester Kindheit gelegt. Das Wissen um die große Bedeutung eines gesunden Starts ins Leben hat sich in den letzten Jahren verdichtet. Maßnahmen, die dazu beitragen, dass möglichst viele Kinder möglichst gesund zur Welt kommen und in ihren ersten Lebensjahren optimal begleitet, betreut, unterstützt und gefördert werden, haben daher aus gesundheitspolitischer Sicht einen zentralen Stellenwert. Solche Maßnahmen sind Investitionen in die Zukunft - in die Zukunft jedes einzelnen Kindes, dessen Entwicklungschancen verbessert werden und das damit lebenslang an Gesundheit und Lebensqualität gewinnen kann“* (BMG 2011, S. 12).

Durch frühzeitig ansetzende gesundheitsfördernde Angebote werden Eltern ehest möglich bei der Versorgung ihrer Kinder unterstützt. Zudem soll der Aufbau einer sicheren Bindung gefördert werden, da eine positive Eltern-Kind-Beziehung einen wichtigen Schutzfaktor für Gesundheit darstellt, wie bereits in Abschnitt 2.5.1 ausführlich beschrieben wurde. Als konkrete Maßnahmen zur Umsetzung des Ziels werden der Aufbau der Frühen Hilfen sowie eine Erweiterung der Gratis-Impfungen und des Kinderimpfkonzeptes genannt, die im Abschnitt 3.4 näher ausgeführt werden (vgl. BMI 2011, S. 14).

3.3 Kinderrechte - Kinderschutz

Da für Kinder unter einem Jahr das Risiko an einer Vernachlässigung oder Misshandlung zu sterben sechsmal höher ist als für Kinder über fünf Jahren, kommt dem Kinderschutz gerade in der frühen kindlichen Lebensphase ein hoher Stellenwert zu (UNICEF 2003, S. 12). Das Besondere des Kinderschutzes bei Säuglingen und Kleinkindern ist deren Abhängigkeit von ihrem unmittelbaren Umfeld, denn sie sind ihrer Umgebung bzw. ihren Bezugspersonen körperlich sowie psychisch völlig ausgesetzt. Die kindliche Entwicklung kann beispielsweise durch eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung, Gewalt oder Vernachlässigung gefährdet werden, weshalb gesetzliche Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls von hoher Relevanz für die kindliche Gesundheit sind (Mahrer et al., o.J., S. 5ff.).

Kinderrechtskonvention (KRK)

Mit der UN-Kinderrechtskonvention wurden 1989 die Rechte des Kindes durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und weltweit gültige Grundwerte sowie persönliche, wirtschaftliche und kulturelle Rechte für alle Kinder, unabhängig von Geschlecht, sozialer, kultureller, ethnischer oder religiöser Herkunft formuliert. Die KRK umfasst 54 Artikel, wurde von Österreich bereits am ersten Tag ihrer Verabschiedung unterzeichnet und ist am 5. September 1992 in Kraft getreten (vgl. UNICEF o.J., o.S.).

Die Kinderrechtskonvention folgt folgenden vier Leitprinzipien:

- Recht auf Gleichbehandlung, Schutz vor Diskriminierung (Artikel 2);
- Vorrang des Kindeswohls (Artikel 3);
- Sicherung von Entwicklungschancen, Recht auf Leben (Artikel 5; 6);
- Achtung vor der Meinung und dem Willen des Kindes (Artikel 12) (vgl. ebd.).

Zusätzlich ist für diese Arbeit Artikel 24 der KRK bedeutsam, der den Kindern das Recht auf Gesundheit zusichert und daher vollständig angeführt wird:

> *„1. Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, daß [sic!] keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.*
>
> *2. Die Vertragsstaaten bemühen sich, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um*
>
> *a) die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern;*
>
> *b) sicherzustellen, daß [sic!] alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird;*
>
> *c) Krankheiten sowie Unter- und Fehlernährung auch im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung zu bekämpfen, unter anderem durch den Einsatz leicht zugänglicher Technik und durch die Bereitstellung ausreichender vollwertiger Nahrungsmittel und sauberen Trinkwassers, wobei die Gefahren und Risiken der Umweltverschmutzung zu berücksichtigen sind;*
>
> *d) eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen;*
>
> *e) sicherzustellen, daß [sic!] allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes,*

> *die Vorteile des Stillens, die Hygiene und die Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung vermittelt werden, daß [sic!] sie Zugang zu der entsprechenden Schulung haben und daß [sic!] sie bei der Anwendung dieser Grundkenntnisse Unterstützung erhalten;*
>
> *f) die Gesundheitsvorsorge, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen.*
>
> *3. Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, abzuschaffen.*
>
> *4. Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die internationale Zusammenarbeit zu unterstützen und zu fördern, um fortschreitend die volle Verwirklichung des in diesem Artikel anerkannten Rechts zu erreichen. Dabei sind die Bedürfnisse der Entwicklungsländer besonders zu berücksichtigen"* (UNICEF o.J.a, S. 10).

Artikel 24 sichert Kindern das Recht auf Gesundheit, Gesundheitsvorsorge und medizinische Betreuung zu und führt in Absatz 2 und 3 viele Maßnahmen an, die zur Verwirklichung dieses Rechtes beitragen. Besonders erwähnenswert sind im Kontext dieser Arbeit die Forderung nach der Vermittlung von Grundkenntnissen *„über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens, die Hygiene und die Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung"* und die Forderung nach dem Ausbau der Elternberatung und Aufklärung.

Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern

Am 16. Februar 2011 wurden einige Kinderrechte der UN-Konvention in der österreichischen Bundesverfassung verankert. Die dort angeführten Artikel haben eine Aufwertung der Kinderrechte in Österreich zur Folge und sichern Kindern das Recht auf Schutz und Fürsorge, den Anspruch auf persönliche Beziehungen, das Verbot von Kinderarbeit sowie das Recht auf Beteiligung und Mitsprache zu (vgl. RIS 2011, o.S.).

Artikel 5 des Bundesverfassungsgesetzes besagt:

> *„(1) Jedes Kind hat das Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, die Zufügung seelischen Leides, sexueller Missbrauch und andere Misshandlungen sind verboten. Jedes Kind hat das Recht auf Schutz vor wirtschaftlicher und sexueller Ausbeutung.*
> *(2) Jedes Kind als Opfer von Gewalt oder Ausbeutung hat ein Recht auf angemessene Entschädigung und Rehabilitation. Das Nähere bestimmen die Gesetze"* (RIS 2011, o.S.).

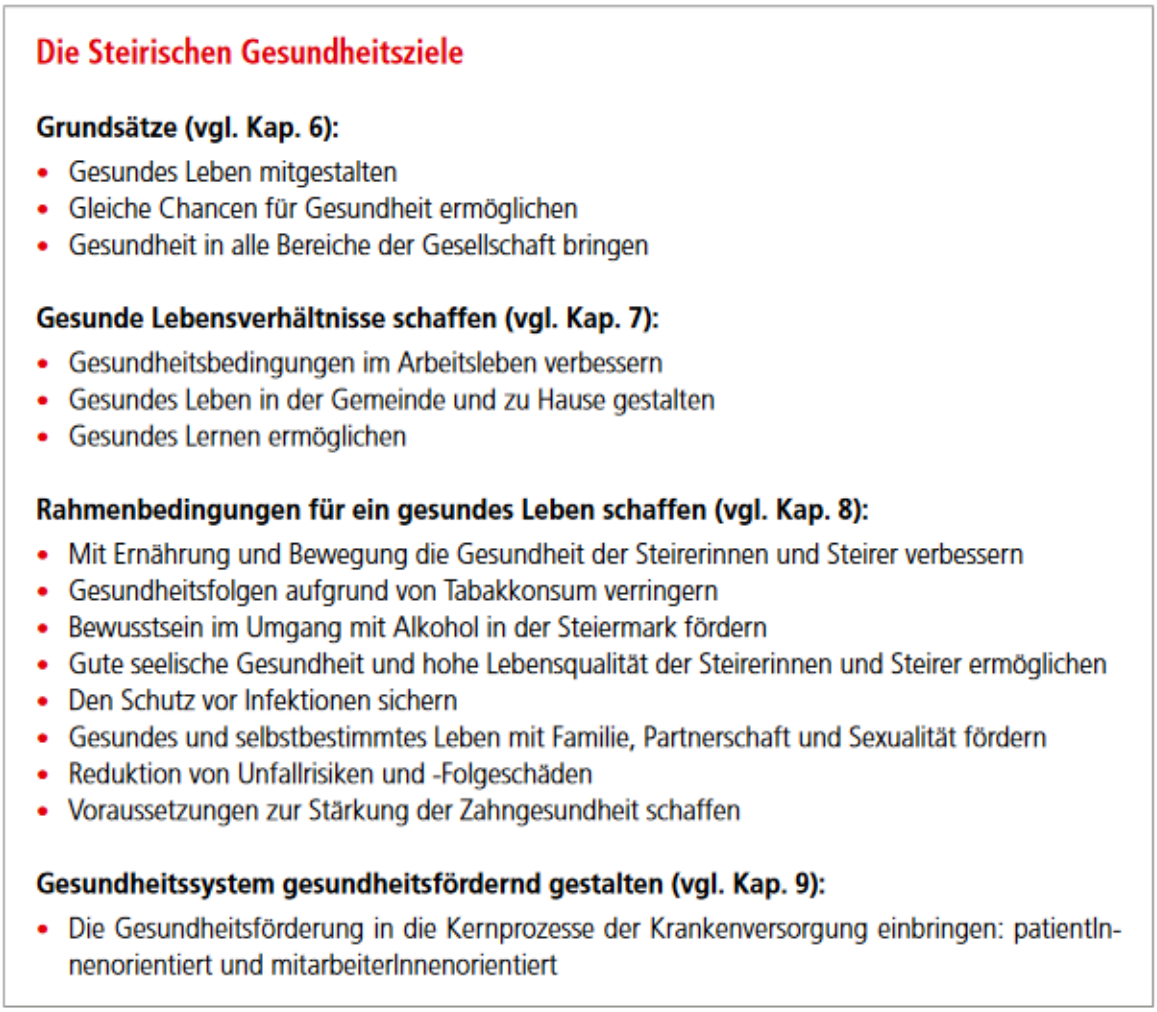
Dieser Artikel schützt Kinder vor jeglicher Form von körperlicher und geistiger Gewalt, fördert dadurch die Gesundheit und ist somit für die Gesundheitsförderung von Kindern von großer Relevanz.

3.4 Gesundheitsförderungsstrategie Steiermark

Die Steiermark erarbeitete 2012 als erstes Bundesland Österreichs eine politische Strategie, die den Rahmen für die Gesundheitsförderung auf Landesebene vorgibt. Diese Gesundheitsförderungsstrategie wurde vom Landtag verabschiedet und fasst die Schwerpunkte der steierischen Gesundheitsförderung bis 2016 zusammen. Sie umfasst drei Wirkungsbereiche (Politik und Politikbereiche, Lebenswelten und Lebensphasen, Zivilgesellschaft), fünf Handlungsfelder (Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, gesundheitspolitische Konzepte, Forschung und Entwicklung, angewandte Gesundheitsförderung und gesundheitsförderliche Krankenversorgung) und 27 Maßnahmen, die die Lebensqualität, das Wohlbefinden sowie den Gesundheitszustand der steirischen Bevölkerung steigern und eine systematische Zusammenarbeit von Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft koordinieren und sicherstellen sollen (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2012, S. 4ff.).

Die Gesundheitsförderungsstrategie strebt Chancengleichheit, „Design for all“, Empowerment, Ganzheitlichkeit, Nachhaltigkeit und Solidarität an. Sie folgt den methodischen Zugängen von Partizipation, Transparenz, Niederschwelligkeit, aufsuchendem und zielgruppenspezifischem Vorgehen und soll auf erprobtem bzw. gesichertem Wissen und vorhandenen Stärken aufbauen (vgl. ebd., S. 25ff.).

Die Grundlage der steirischen Gesundheitsförderungsstrategie bilden die im Jahr 2007 entwickelten „Gesundheitsziele Steiermark“, welche in nachfolgender Abbildung ersichtlich sind.



Die Steirischen Gesundheitsziele

Grundsätze (vgl. Kap. 6):

- Gesundes Leben mitgestalten
- Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen
- Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen

Gesunde Lebensverhältnisse schaffen (vgl. Kap. 7):

- Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern
- Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten
- Gesundes Lernen ermöglichen

Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen (vgl. Kap. 8):

- Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer verbessern
- Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern
- Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern
- Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der Steirerinnen und Steirer ermöglichen
- Den Schutz vor Infektionen sichern
- Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern
- Reduktion von Unfallrisiken und -Folgeschäden
- Voraussetzungen zur Stärkung der Zahngesundheit schaffen

Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten (vgl. Kap. 9):

- Die Gesundheitsförderung in die Kernprozesse der Krankenversorgung einbringen: patientIn-nenorientiert und mitarbeiterInnenorientiert

Abbildung 4: Die steirischen Gesundheitsziele (entnommen aus Peinhaupt et al. 2016, S. 28)

Die steierischen Gesundheitsziele sind inhaltlich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung orientiert und sollen vorhandene Ressourcen der Bevölkerung sowie von Einzelpersonen möglichst nachhaltig nutzen und diese stärken. Die drei Grundsätze der Gesundheitsziele beziehen sich auf Partizipation, Chancengleichheit und Etablierung von Gesundheit in allen gesellschaftlichen Bereichen. Der Arbeitswelt, Gemeinde, Familie und dem Bildungswesen wird hinsichtlich der Gestaltung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen besonderer Stellenwert eingeräumt (vgl. Peinhaupt et al. 2016, S. 26ff.). Diese Rahmenbedingungen, die ein gesundes Leben schaffen sollen *„reichen vom Themenbereich Bewegung und Ernährung über Tabak- und Alkoholkonsum, seelische Gesundheit, Schutz vor Infektionen, Leben in Partnerschaft und Familie, Reduktion von Unfallrisiken bis zur Stärkung der Zahngesundheit“* (Peinhaupt et al. 2016, S. 26ff.). Die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Gesundheitssystems

bezieht sich vor allem auf Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen sowie auf den Zugang zur medizinischen Versorgung (vgl. ebd., S. 179).

Mit den Mitteln des Gesundheitsfonds Steiermark werden Programme und Maßnahmen gefördert, die die Ziele der nationalen Gesundheitsförderungsstrategie sowie die steirischen Gesundheitsziele verfolgen und unterstützen (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, o.S.). Die jährlichen Mittel des Gesundheitsförderungsfonds für die Steiermark belaufen sich auf 2.177.007 Euro (vgl. BMG 2014, S.8).

3.5 Basisangebote der Gesundheitsvorsorge für Kinder im ersten Lebensjahr

Gesundheitsförderung bekommt, wie gezeigt wurde, in Österreich einen immer höher werdenden Stellenwert und es existieren landesweit zahlreiche Projekte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Zusätzlich wird versucht, die Bevölkerung mit umfangreichen Informationsmaterialien zu sensibilisieren und aufzuklären. Im folgenden Kapitel werden die auf das erste Lebensjahr bezogenen gesundheitsfördernden Strategien und Angebote dargestellt.

3.5.1 Mutter-Kind-Pass

Die Gesundheitsvorsorge für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder wird in Österreich bereits seit vierzig Jahren im Rahmen der so genannten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gewährleistet. Der Mutter-Kind-Pass (MUKIPA) umfasst und dokumentiert Untersuchungen und Gesundheitsdaten während der Schwangerschaft bis zum fünften Lebensjahr des Kindes. Das ursprüngliche Ziel dieses Untersuchungsprogramms bei dessen Einführung im Jahr 1974 war die Verringerung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Heutzutage dienen die Untersuchungen der bestmöglichen Versorgung von Mutter und Kind und verfolgen das Ziel, eventuelle Krankheiten frühzeitig zu erkennen, um angemessen darauf reagieren und diese behandeln zu können. Zudem erfolgt durch die regelmäßigen Untersuchungen eine Kontrolle des kindlichen Entwicklungsstandes. Alle Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes sind, sofern sie bei

VertragsärztInnen in Anspruch genommen werden, kostenlos. Der Mutter-Kind-Pass ist mit dem Kinderbetreuungsgeld gekoppelt, denn die Durchführung der vorgesehen Untersuchungen in der Schwangerschaft sowie der Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat sind Voraussetzung für die Gewährung des Kinderbetreuungsgeldes (vgl. BMGF o.J.a, o.S.).

Folgende Untersuchungen sind im Rahmen des Mutter-Kind-Passes im ersten Lebensjahr des Kindes vorgesehen:

- Eine Untersuchung in der 1. Lebenswoche,
- Eine Hüftultraschalluntersuchung in der 1. und in der 6.–8. Lebenswoche,
- Eine Untersuchung in der 4.–7. Lebenswoche inklusive orthopädischer Untersuchung,
- Eine Untersuchung im 3.–5. Lebensmonat,
- Eine Untersuchung im 7.–9. Lebensmonat inklusive HNO-Untersuchung,
- Eine Untersuchung im 10.–14. Lebensmonat inklusive Augenuntersuchung (vgl. ebd., o.S.).

3.5.2 Frühe Hilfen

Frühe Hilfen sind kostenlose, niederschwellige, freiwillige und aufsuchende Unterstützungssysteme für Eltern und deren Kleinkinder, die bereits in der Schwangerschaft starten und zum gesunden Aufwachsen von Kindern beitragen sollen. Frühe Hilfen bezeichnet ein

> *„Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in Schwangerschaft und früher Kindheit, das die Ressourcen und Belastungen von Familien in spezifischen Lebenslagen berücksichtigt. Ein zentrales Element von Frühen Hilfen ist die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung von vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteur/inn/en in allen relevanten Politik- und Praxisfeldern“* (Fruehehilfen.at, o.J., o.S.).

Grundsätzlich sind Frühe Hilfen für werdende Eltern und deren Kinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres angedacht, wobei bei Bedarf eine mögliche Ausweitung bis zum Schulbeginn möglich ist. Die Angebote und Maßnahmen basieren auf multiprofessioneller Kooperation, stammen von unterschiedlichen miteinander vernetzten Bereichen (Schwangerschaftsberatung, Elternbildung, interdisziplinäre Frühförderung, Kinder- und Jugendhilfe etc.) und werden von zentralen Stellen koordiniert. Frühe Hilfen verfolgen das Ziel, möglichst frühzeitige und nachhaltige Unterstützungsmöglichkeiten für Familien bereit zu stellen, um

deren Gesundheitschancen und Entwicklungsmöglichkeiten zu erhöhen und Entwicklungsstörungen bzw. -verzögerungen zu verringern. Der Förderung der Elternkompetenz wird hierbei ein besonders hoher Stellwert eingeräumt (vgl. ebd.).

Frühe Hilfen sind in der Gesundheitsförderungsstrategie, den Rahmen-Gesundheitszielen sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verankert und tragen zur Durchsetzung der Rechte von Kindern laut UN-Kinderrechtskonvention auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, sowie auf Schutz, Förderung und Teilhabe bei (vgl. Haas/Sagerschnig/Weigl 2014, S. 9). Seit Beginn des Jahres 2015 wurden in allen Bundesländern regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke aufgebaut, die durch das ebenfalls 2015 etablierte Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) fachlich begleitet und unterstützt werden (vgl. Winkler 2015, S. 9).

Das Grundmodell von Frühen Hilfen besteht, wie in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich, aus dem Basisangebot, welches für alle Familien vorgesehen ist (universelle Prävention) und den Frühe-Hilfen-Netzwerken, welche Familien in belastenden Situationen unterstützen und stärken sollen (indizierte Prävention). Dieses Modell kann an die unterschiedlichen Rahmenbedingungen einer Region angepasst werden (vgl. Haas/Weigl 2017, S. 2).

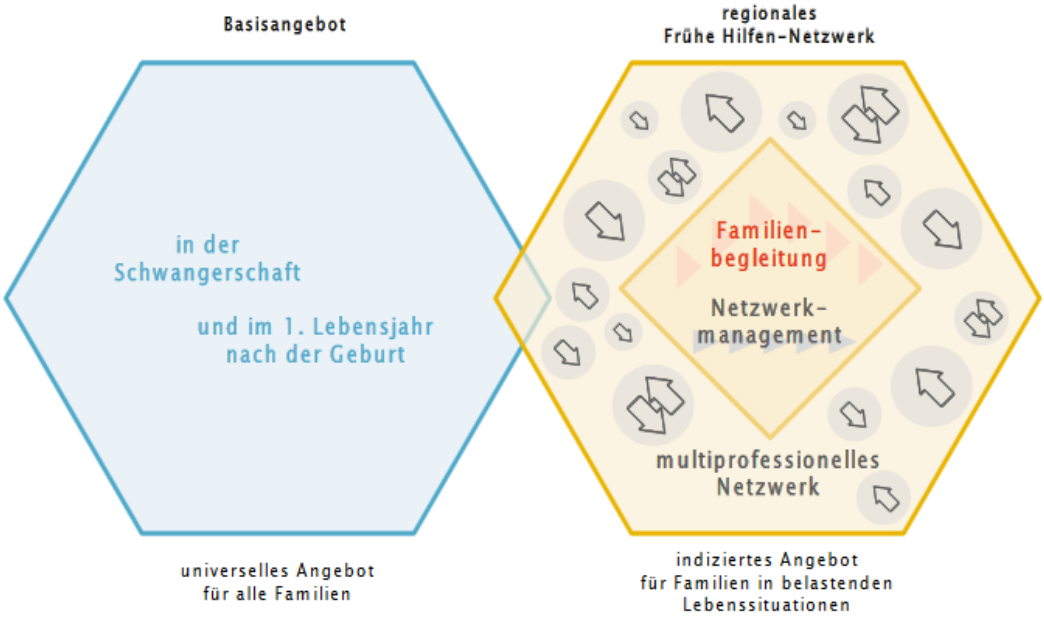


Abbildung 5: Grundmodell Frühe Hilfen
(Auszug entnommen aus Haas/Weigl 2017, S. 2)

Die Unterstützung aller Familien im Rahmen des Basisangebots soll mittels Erstkontakt in der Schwangerschaft und mehreren Hausbesuchen im ersten Lebensjahr erfolgen und im Idealfall mit dem Mutter-Kind-Pass kombiniert werden. Dies ist ein Angebot im Rahmen der Gesundheitsförderung, das zeitlich auf das erste Lebensjahr des Kindes begrenzt ist. Es zielt darauf ab, alle Familien zu erreichen, psychosozial zu unterstützen und ihnen Informationen über weiterführende Unterstützungsangebote zu vermitteln. Zudem soll das Angebot dazu dienen, Familien in belastenden Lebenssituationen zu identifizieren und ins Frühe-Hilfen-Netzwerk weiterzuvermitteln, um ihnen weitere Hilfsmaßnahmen zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 14).

Die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke bestehen aus drei Kernelementen (Multiprofessionelles Netzwerk, Netzwerkmanagement, Familienbegleitung), die Familien in belastenden Lebenssituationen bedarfsgerechte Unterstützung bieten. *„Im Rahmen des Frühe-Hilfen-Netzwerks begleitet eine Bezugsperson (Familienbegleiter/in) die Familie in belastenden Situationen kontinuierlich und unterstützt dem spezifischen Bedarf entsprechend mit dem jeweils passenden Angebot aus dem multiprofessionellen System, das von einer zentralen Stelle koordiniert (Netzwerkmanagement) wird“* (ebd., S. 4). Dadurch sollen die Familien, das psychosoziale Wohlbefinden sowie deren Eltern-Kind-Bindung gestärkt und die gesunde Entwicklung von Kindern gefördert werden. Um dies zu ermöglichen sind unter anderem die Vernetzung aller relevanten Unterstützungsangebote einer Region sowie eine zentrale Stelle, die passgenaue Hilfen an die Familien vermittelt notwendig. Zudem sollte ein niederschwelliger Zugang und eine längerfristige psychosoziale Unterstützung der Familien durch zielgruppenorientierte Angebote gewährleistet werden (vgl. ebd., S. 5).

3.5.3 Kostenfreies Impfprogramm

Zu einer der effizientesten präventiven bzw. gesundheitserhaltenden Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten zählen Schutzimpfungen. Im österreichischen Impfplan (2017) wird auf die UN-Kinderrechtskonvention, genauer gesagt auf das Recht des Kindes auf beste Gesundheitsversorgung, Bezug genommen und darauf verwiesen, dass zu diesem Recht auch der Schutz vor Erkrankungen, die durch Impfungen vermeidbar wären, zählt. Durch das in Österreich bereits seit fast 20

Jahren bestehende kostenfreie Impfprogramm haben alle Kinder bis zum 15. Lebensjahr freien Zugang zu den wichtigsten Basis-Impfungen. Für das kostenlose öffentliche Impfkonzept wurden Impfungen ausgewählt, die vor allem vor sehr häufig vorkommenden sowie schwer verlaufenden Krankheiten schützen. Zusätzlich werden von ExpertInnen des Nationalen Impfgremiums und vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen allerdings noch weitere Impfungen für den Individualschutz vorgeschlagen (vgl. BMGF 2017, S. 1f.).

Abbildung 5 gibt einen Überblick über die derzeit empfohlenen Impfungen für Kinder im ersten Lebensjahr.

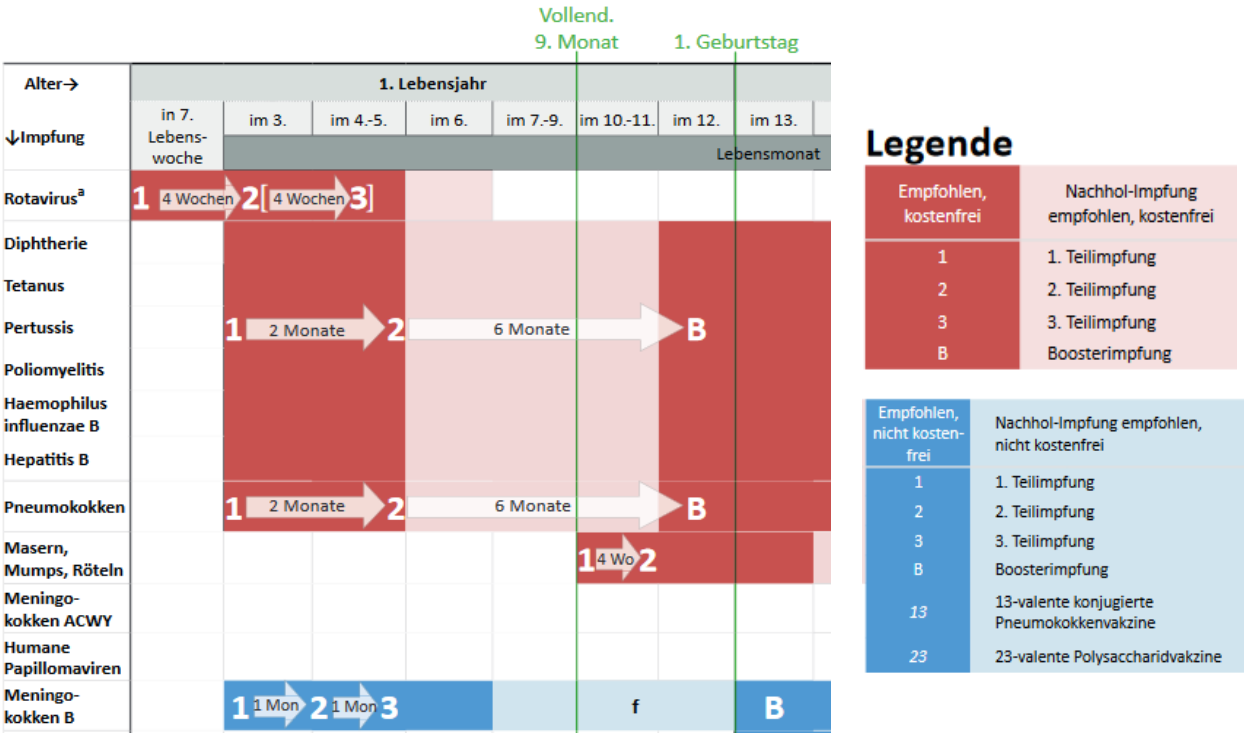


Abbildung 6: Impfplan für das erste Lebensjahr (Auszug entnommen aus BMGF 2017, S. 4)

3.5.4 Richtig essen von Anfang an! (REVAN)

Das Programm „Richtig essen von Anfang an!“ besteht seit 2008 als Kooperation zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH. Im Rahmen des Programms werden Informationsmaterialien erstellt und flächendeckend kostenlose Workshops

angeboten, die den Eltern die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich Säuglings- und Kinderernährung sowie Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit vermitteln (vgl. Richtig essen von Anfang an! o.J., o.S.).

Da die Geschmacksprägung des Kindes bereits im Mutterleib stattfindet, ist eine ausgewogene und gesunde Ernährung in der Schwangerschaft von hoher Bedeutung. Die Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr kann Einfluss auf das weitere Ernährungsverhalten des Kindes haben. Um den sechsten Lebensmonat reicht Muttermilch bzw. Pre-Milch als Nahrung für das Kleinkind nicht mehr aus, weshalb es wichtig ist, mit der Beikost zu beginnen. Die Einführung der Beikost sollte zum richtigen Zeitpunkt erfolgen, der bei jedem Kind individuell ist. Diese Phase stellt Eltern vor neue Herausforderungen, weshalb es wichtig ist, ihnen ausreichend Informationen und Hilfestellungen zu liefern und sie dadurch in ihrer Erziehungstätigkeit und -kompetenz zu stärken. Die beiden Workshops „Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit“ und „Babys erstes Löffelchen“ thematisieren unter anderem die Bereiche Schwangerschaft, Stillen, Säuglingsanfangsnahrung, Beikost und Zahngesundheit von Mutter und Kind (vgl. BMG/HVB/AGES 2014, S. 2ff.).

3.5.5 SIDS-Vorsorgeprogramm

Beim sogenannten „Plötzlichen Säuglingstod“ („Sudden Infant Death Syndrome: SIDS“) handelt es sich laut Definition *„um den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings oder Kleinkindes [handelt], welcher auch durch eine sorgfältige Obduktion einschließlich histologischer Untersuchungen und Exploration der Auffindesituation nicht ausreichend erklärt werden kann“* (Kerbl 2008, S. 22). Der Großteil der kindlichen Todesfälle ereignet sich im Schlaf. Im Rahmen der Primärprävention werden von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde sowie der SIDS-Austria folgende Empfehlungen zur Risikominimierung abgegeben:

- Schlafposition in Rückenlage auf einer festen Matratze,
- Rauchfreie Umgebung (auch in der Schwangerschaft),
- Raumtemperatur zwischen 18° und 20°C,
- Kind während des Schlafens nicht zu warm anziehen,

- Häufiger Körperkontakt,
- Stillen,
- Regelmäßige Arztbesuche (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen)
  (vgl. SIDS-Austria, o.J, o.S.).

Informationsfolder und -plakate über SIDS liegen in vielen Kinderarztpraxen und Krankenhäusern auf.

3.5.6 Baby-friendly Hospital Initiative in Österreich (BFHI)

Die WHO und UNICEF gründeten 1991 die „Baby-friendly Hospital Initiative“, deren Ziel es ist, Müttern und deren Neugeborene einen möglichst gelungenen Start ins gemeinsame Leben zu ermöglichen bzw. diese dabei zu unterstützen. Dies passiert

> *„durch das Einhalten sehr hoher, einheitlicher Qualitätsstandards, die alle vier Jahre durch externe GutachterInnen überprüft werden. Alle Baby-friendly Hospitals müssen zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen, Kriterien der Mütterfreundlichkeit und den WHO-Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten einhalten. Unter anderem müssen alle MitarbeiterInnen in Fragen der Stillförderung geschult sein, um den Müttern einheitliche Informationen vermitteln zu können. Großer Wert wird auch auf den Hautkontakt zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt sowie auf das 24 Stunden Rooming-In gelegt“* (BMGF o.J.b, o.S.).

Seit 1996 wurden auch in Österreich 15 Einrichtungen mit der BFHI zertifiziert, die ein Teil des „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ONGKG) ist (vgl. ebd.). Im Zentrum der Initiative steht das Stillen, welches laut BMFG als *„eine der wirksamsten Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit des Kindes“* gesehen wird (ebd.).

3.5.7 Informationsmaterialien und Broschüren des BMGF

Videoratgeber für Eltern - „Fred, der Exbärte“

Der Videoratgeber liefert Eltern Tipps für die erste gemeinsame Zeit mit dem Baby und beantwortet Fragen rund um das Schlafen, Stillen, Spielen, Weinen, die Eltern-Kind-Bindung, Pflege und Sicherheit. Die Inhalte beziehen sich auf die Bedürfnisse von Babys bis zu drei Monaten und vermitteln Informationen zu angemessenem Erziehungsverhalten (vgl. BMGF o.J.c, o.S.).

Stillen - ein guter Beginn

Stillen ist die gesündeste und natürlichste Art, einen Säugling zu ernähren und hat positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind sowie auf deren Mutter-Kind-Beziehung. Besonders wichtig für ein positives Stillerlebnis ist ausreichende Information über das Stillen, denn gerade zu Beginn treten oft Schwierigkeiten und Unsicherheiten auf. Durch Aufklärung sollen Mütter bei ihrer individuellen Stillentscheidung unterstützt und begleitet werden (vgl. BMGF 2016a, S. 5f.).

Postpartale Depression ... eigentlich sollte ich glücklich sein ...

Dieser Ratgeber befasst sich mit den psychischen und sozialen Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Eltern und Angehörige werden darin u.a. darüber informiert, dass sich nicht bei jeder Mutter automatisch während der Schwangerschaft bzw. nach der Geburt Glücksgefühle einstellen. Es gibt auch Frauen, bei welchen gerade in dieser Zeit belastende Gedanken und Gefühle die Überhand nehmen und die dadurch Depressionen bzw. psychische Krisen entwickeln. Die Broschüre soll Eltern in dieser Phase unterstützen, ihnen Antworten liefern und sie darüber informieren wo es Hilfsangebote und weitere Informationen zu dieser Thematik gibt (vgl. BMGF o.J.d, o.S.).

Zahngesundheit: Zähne - Ausdruck unserer Gesundheit und Schönheit

In diesem Folder des BMGF wird auf die Wichtigkeit der regelmäßigen Zahnpflege und der Kontrollbesuche beim Zahnarzt bzw. der Zahnärztin hingewiesen. Es wird erwähnt, dass bereits in der frühen Kindheit der Grundstein für gesunde Zähne gelegt wird und dass Zähneputzen ab dem ersten Zahn wichtig ist. Zudem wird erläutert, wie richtige Mundhygiene praktiziert wird und angemerkt, dass auch die Ernährungsgewohnheiten großen Einfluss auf die Zahngesundheit haben (vgl. BMGF o.J.d, o.S.).

Die österreichische Ernährungspyramide

Dieser Folder zeigt die Wichtigkeit von gesunder Ernährung für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Die darin enthaltene und ausführlich beschriebene Ernährungspyramide bietet eine übersichtliche bildliche Darstellung darüber, wie ausgewogene Ernährung aussehen und in welchen Mengen die einzelnen Lebensmittel am Speiseplan stehen sollten (vgl. BMGF 2016b, S. 1-6).

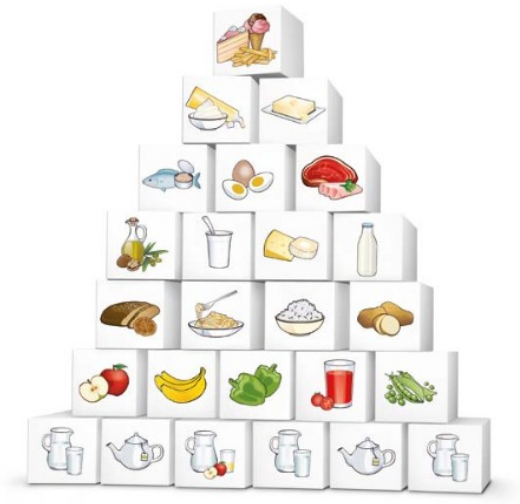


Abbildung 7: Österreichische Ernährungspyramide (entnommen aus BMGF 2016b, S. 1)

Projekt Kids: healthy feet - healthy life

Bei dem Forschungsprojekt „Kinderfüße-Kinderschuhe“, das von 2001-2003 durchgeführt wurde, konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der österreichischen Kindergartenkinder zu kleine Schuhe tragen. Nichtpassende Schuhe können bei Kindern negative Auswirkung auf die Entwicklung der Füße haben. Aus diesem Grund wurde ein Folder erstellt, der Eltern über diese Thematik informieren soll und ihnen erklärt, wie wichtig die geeignete Passform von Schuhen ist bzw. worauf es beim Schuhkauf zu achten gilt (vgl. BMFG o.J.e, o.S.).

Help4baby-App

Die App des Bundeskanzleramts bietet Unterstützung für Eltern in Form von Erinnerungen und Informationen. Eltern werden bei Interesse ab Beginn der Schwangerschaft automatisch an Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes sowie an Impftermine des kostenlosen Kinderimpfprogramms erinnert. Zudem werden mittels App Informationen über Behördengänge, die im Zuge der Geburt eines Kindes anfallen, sowie arbeitsrechtliche Themen, wie beispielsweise Kündigungsschutz, an die Eltern weitergegeben (vgl. Bundeskanzleramt Österreich o.J., o.S.).

In diesem Kapitel wurde die Gesundheitsförderung in Österreich betrachtet und die konkreten Strategien hinsichtlich deren Umsetzung beschrieben. Im nachfolgenden empirischen Forschungsteil wird die Angebotslandschaft in der Stadt Graz anhand einer Sammlung erhoben und mittels ExpertInneninterviews analysiert.

Zusammenfassung

Gesundheit ist ein allgegenwärtiges Thema, das seit dem vollzogenen Paradigmenwechsel in der Mitte des 20. Jahrhunderts einen immer höheren Stellenwert in der Gesellschaft bekommen hat. Dieser Paradigmenwechsel wurde 1986 durch die Verabschiedung der Ottawa-Charta im Rahmen der internationalen WHO-Gesundheitskonferenz eingeleitet. Vom ursprünglich krankheitsorientierten Gesundheitsbegriff wurde Abstand genommen und man konzentrierte sich von nun an auf eine gesundheitsfördernde Perspektive. Nicht die Krankheit, sondern die Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit und Wohlbefinden wurden in den Fokus genommen. Gerade das Kindesalter und vor allem die ersten Lebensjahre spielen im Rahmen der Gesundheitsdynamik eine entscheidende Rolle, denn sie bilden die Basis für die Gesundheit des weiteren Lebens.

Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit sollen Risikofaktoren minimieren sowie Schutzfaktoren generieren und somit zur Herstellung eines für die kindliche Entwicklung adäquaten Umfelds beitragen. Das Bewusstsein für die Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert, was den Ausbau gesundheitsfördernder Angebote für diesen Lebensabschnitt zur Folge hatte. Vor allem Elternbildungsangebote sowie entwicklungs- und situationsbegleitende Maßnahmen, die die kindliche Entwicklung und somit die Gesundheit von Kindern fördern, wurden zunehmend erweitert. Solche Angebote fußen auf dem wissenschaftlichen Fundament der sogenannten Gesundheitsdeterminanten. Dahlgren und Whitehead entwickelten ein Modell, das verdeutlicht, dass neben persönlichen auch soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren die Gesundheit der Menschen beeinflussen. In ihrem Regenbogenmodell wird sichtbar, dass Gesundheit abhängig von unterschiedlichen Faktoren ist, die, abgesehen von Alter, Geschlecht oder Erbanlagen, weitestgehend beeinflussbar sind. Die Steuerung dieser Einflussfaktoren stellt einen wichtigen Ansatz in der Gesundheitsförderung dar, wobei dies im ersten Lebensjahr des Kindes vor allem über die Eltern bzw. Bezugspersonen geschieht.

Damit Eltern adäquat auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen und eine starke Eltern-Kind-Bindung aufbauen können, erscheint es wichtig, dass sie über die kindlichen Entwicklungsprozesse und Verhaltensweisen Bescheid wissen. Stabile

Bindungen in den ersten Lebensjahren stellen einen wichtigen Schutzfaktor des Kindes vor Krankheiten dar und bilden das Fundament für dessen weitere Entwicklung. Darum gelten Angebote, Maßnahmen und Programme als gesundheitsfördernd, die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz stärken, sie in ihrem Erziehungsverhalten unterstützen und ihnen Hilfeleistungen in belastenden Situationen bieten. Dies passiert beispielsweise durch Elternbildungsangebote, Elternberatungen, Stillkurse, Schlafberatung usw. Je früher Eltern mit diesen Angeboten erreicht werden, desto deutlicher und nachhaltiger wirken sich deren Effekte aus. Die Erreichbarkeit der Eltern stellt eine besondere Herausforderung dar, wobei vor allem die Niederschwelligkeit als wichtiges Kriterium betrachtet werden kann, um möglichst viele Eltern aus allen sozialen Schichten zu erreichen.

Die kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr ist gekennzeichnet von Individualität. Jedes Kind entwickelt sich in seinem eigenen Tempo, wobei der Entwicklungsprozess mit den verschiedenen Entwicklungsstadien bei den meisten Kindern gleich verläuft. Das zeitliche Auftreten und die Ausprägung von bestimmten Verhaltensweisen können jedoch sehr unterschiedlich sein. Ähnlich verhält es sich auch mit den kindlichen Bedürfnissen. Wie viel Nahrung, Zuwendung, Fürsorge, Nähe, Unterstützung, Grenzen usw. ein Kind benötigt, ist von Kind zu Kind verschieden. Darum ist es für die kindliche Entwicklung besonders förderlich, dass sich Eltern in ihrem Erziehungsverhalten am aktuellen Entwicklungsstand und an den Verhaltensweisen ihres Kindes orientieren, um auf die momentanen Bedürfnisse des Kindes adäquat reagieren und eingehen zu können

In Österreich sind die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention seit 1998 gesetzlich verankert. Zusätzlich wurde 2005 das Gesundheitsqualitätsgesetz erlassen, das die Sicherung und Qualität von Gesundheitsleistungen sicherstellt. Im Rahmen der 2014 erarbeiteten Gesundheitsförderungsstrategie wird der hohe Stellenwert der frühen Kindheit für die Gesundheitsförderung ersichtlich, da die Förderungsschwerpunkte unter anderem bei Frühen Hilfen sowie gesunden Krippen, Kindergärten und Schulen liegen. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen soll auch durch die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie nachhaltig gestärkt und verbessert werden.

Die Kinderrechte sind in der UN-Kinderrechtskonvention seit 1989 verankert. In Österreich ist diese 1992 in Kraft getreten. Zusätzlich wurden 2011 weitere Kinderrechte in der österreichischen Bundesverfassung festgeschrieben. Gerade Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls sind von hoher Relevanz für die frühkindliche Gesundheitsförderung, da vor allem Säuglinge durch deren körperliche sowie psychische Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen einem erhöhten Risiko für Vernachlässigungen oder Misshandlungen ausgesetzt sind.

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche bekommt erfreulicherweise einen immer höher werdenden Stellenwert in Österreich und die Angebote in diesem Bereich sind sehr vielfältig. Gerade im ersten Lebensjahr sind Kinder vor allem durch den Mutter-Kind-Pass gut versorgt, der zumindest fünf Untersuchungen in dieser Lebensphase vorsieht, wodurch die kindliche Entwicklung begleitet und der Entwicklungsstand regelmäßig kontrolliert wird. Durch die kostenlose Untersuchungsmöglichkeiten sowie die Koppelung mit dem Kinderbetreuungsgeld werden damit fast alle Kinder im ersten Lebensjahr erreicht. Eine weitere wichtige gesundheitsfördernde bzw. -erhaltende Maßnahme ist das kostenfreie Impfprogramm. Zusätzlich sollen Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern durch möglichst frühzeitige und nachhaltige Unterstützungsmöglichkeiten für Familien beitragen. Dieses Gesamtkonzept befindet sich gerade im Aufbau und umfasst einerseits kostenlose, niederschwellige Angebote für alle Eltern und deren Kinder im ersten Lebensjahr, die bereits während der Schwangerschaft starten. Des Weiteren wird versucht, die Bevölkerung mit umfangreichen Programmen, Kampagnen und Informationsmaterialien zu sensibilisieren und aufzuklären.

Der nachfolgende empirische Teil soll anhand qualitativer Datenerhebung die aktuelle Situation bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz beleuchten.

III EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Nachdem die theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr sowie deren praktische Umsetzung auf nationaler Ebene dargestellt wurden, befasst sich der folgende Teil dieser Masterthesis mit der eigenen Forschung. Das erste Kapitel des empirischen Abschnitts behandelt das methodische Forschungsdesign, indem Ziel und Fragestellungen, Erhebungsinstrumente sowie die Datenerhebung und -auswertung beschrieben werden. Im anschließenden Kapitel werden die Ergebnisse der Sammlung sowie der ExpertInneninterviews dargestellt. Im abschließenden Kapitel erfolgt eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.

4 Methodisches Design

Für die vorliegende Arbeit wurden qualitative Forschungsmethoden als Studiendesign gewählt. Zu Beginn des folgenden Kapitels werden Zielsetzung und Fragestellungen der Untersuchung beschrieben, die verwendeten Erhebungsinstrumente sowie die Durchführung der Datenerhebung und der Untersuchungsverlauf näher erläutert. Im weiteren Verlauf wird auf die Datenauswertung und deren methodisches Design eingegangen.

4.1 Ziel und Forschungsfragen

Die grundlegende Idee dieser Forschungsarbeit war es, einen Überblick und eine Analyse der gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz zu erstellen. Dies erfolgte durch leitfadengestützte ExpertInneninterviews und mit Hilfe einer Sammlung der bestehenden Angebote. Für die empirische Erhebung wurden folgende forschungsleitende Fragen entwickelt:

- Wie und in welcher Form findet Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr statt?
- Welche gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr gibt es in der Stadt Graz? Wie werden diese umgesetzt?
- Gibt es laut ExpertInnen ein Über- oder Unterangebot in der Stadt Graz?
- Was sind laut ExpertInneneinschätzungen die Gründe der Eltern für eine Inanspruchnahme der Angebote?
- Gibt es Unterschiede bei der Inanspruchnahme in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Eltern?
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Bedürfnisse von Eltern in Bezug auf deren sozioökonomischen Status?
- Wie werden Eltern erreicht?
- Welche Anregungen, Wünsche, Verbesserungsvorschläge gibt es seitens der ExpertInnen?

4.2 Erhebungsinstrumente und -methoden

Die empirische Forschung dieser Masterarbeit teilt sich in zwei sich überschneidende und ergänzende Erhebungsmethoden. Einerseits wurde versucht mit Hilfe einer Sammlung die gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz zu erfassen. Zudem sollte die Angebotssituation in Graz anhand von ExpertInneninterviews analysiert und die forschungsleitenden Fragen beantwortet werden.

Die Sammlung wurde als Methode gewählt, da sich diese für das Erheben der unterschiedlichen gesundheitsfördernden Angebote als besonders geeignet erwies. Sammeln ist ein Forschungsansatz, der sich aus dem Recherchieren, Zusammentragen und Sortieren von Wissen zu einem bestimmten Thema zusammensetzt, das anschließend in einem neuen Schema zusammengeführt wird (vgl. Sommer 1999, S. 398ff.). Sammeln bedeutet *„wissen, wie man sich sinnvoll in dem Schema zusammenführender Wege bewegt. Und wirklich sammeln heißt, darin Dinge so bewegen, daß [sic!] danach viele von ihnen am zentralen Sammelort beieinander sind. Eine Sammlung ist somit etwas Zustandegebrachtes, ist unser Werk, ist ein Ganzes mit eigener Identität“* (Sommer 1999, S. 9).

Als zweite Erhebungsmethode wurde das teilstandardisierte Leitfadeninterview (ExpertInneninterview) gewählt. Das qualitative Interview erwies sich für das Forschungsvorhaben als angebracht, denn dadurch wurde es möglich, *„gezielte Information(en) und Berichte über persönliche Erfahrungen, Bewertungen und Meinungen zu erhalten, auf neue, zuvor nicht bedachte Inhalte einzugehen, sich dem sprachlichen Niveau der befragten Person anzupassen, Nachfragen zu stellen und die gegenseitige Verständigung (zu) sichern“* (Stadler Elmer 2011, S. 177). Zudem wird den Interviewten durch diese Befragungsmethode ein größerer Spielraum bei der Beantwortung der Fragen eingeräumt, als dies bei einer quantitativen Befragung der Fall wäre, wodurch die InterviewpartnerInnen die Möglichkeit bekommen, die Befragung aktiv zu beeinflussen und mitzugestalten (vgl. Bamler/Werner/Wustmann 2010, S. 105).

Der Gesprächsverlauf von leitfadengestützten Interviews wird durch den im Vorfeld erstellten Leitfaden strukturiert, wodurch auch die Erhebungssituation erleichtert wird. Der große Vorteil dieser Methode besteht darin, dass weitere Fragen bzw.

Inhalte, die im Gesprächsverlauf aufkommen, spontan aufgegriffen und thematisiert werden können (vgl. Flick 2006, S. 135f.). *„Ein Leitfaden standardisiert in gewissem Sinn die inhaltliche Struktur der Erzählungen und erleichtert dadurch die Auswertung. Er ermöglicht es zudem, Unterthemen quer durch alle Interviews zu verfolgen“* (Helfferich 2009, S. 179f.).

Eine spezielle Anwendungsform von Leitfadeninterviews stellt das ExpertInneninterview dar (vgl. Flick 2006, S. 139). Als Argument für die Durchführung von ExpertInneninterviews nennen Bogner und Menz (vgl. 2005, S. 7) das hohe komprimierte Wissen, über das ExpertInnen verfügen, weshalb schon die Befragung einiger Personen sehr aussagekräftig sein kann. Zudem können ExpertInnen auch als VermittlerInnen neuer InterviewpartnerInnen und zusätzlicher Informationen dienen (vgl. ebd.). Um bei ExpertInneninterviews eine kompetente Rolle als ForscherIn einzunehmen, ist ein Interviewleitfaden mit einem Grundgerüst an Fragen von besonders hoher Bedeutung (vgl. Meuser/Nagel 2006, S. 58).

Auf Grundlage der gewählten Forschungsfragen wurde ein Interviewleitfaden für die ExpertInneninterviews erstellt, welcher im Anhang ersichtlich ist und den Interviewgesprächen eine einheitliche Struktur verleiht. Dieser gliedert sich in folgende sechs Themenblöcke, die zugleich als Basis für die computergestützte Auswertung mit MAXQDA dienen:

- Allgemeine Angaben zur Person und Institution,
- Angebote der Institution,
- Eltern (Inanspruchnahme, Bedürfnisse, Erreichbarkeit, Wirkung),
- Angebote der Stadt Graz,
- Verbesserung des Angebots.

Der Ablauf aller ExperInneninterviews wurde aufgrund dieser zuvor definierten Themenblöcke des Leitfadens strukturiert und die Gespräche orientierten sich dadurch an dem Untersuchungsinteresse der Verfasserin.

4.3 Untersuchungsablauf und Durchführung

Im Folgenden wird dargestellt, wie die gewählten Methoden in der eigenen empirischen Erhebung umgesetzt wurden und wie die Durchführung der Interviews verlief.

4.3.1 Sammlung

Die gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr wurden im Zuge einer Sammlung durch unterschiedliche Herangehensweisen erhoben, die nachfolgend erläutert werden. Erwähnenswert erscheint, dass diese Strategien nicht der Reihe nach angewandt wurden, sondern sich gegenseitig ergänzt haben und immer wieder verschränkt für die Recherche herangezogen wurden. Die Sammlung wurde von Jänner bis Juli 2017 erstellt und verlief parallel mit der Literaturrecherche und den ExpertInneninterviews.

Internet

Ein Teil der Angebote wurde mittels Internetrecherche ermittelt, wobei zu Beginn anhand verschiedener Schlagworte in unterschiedlichsten Kombinationen (Gesundheits-förderung, Förderung, Gesundheit, Kinder, Kindergesundheit, Säuglinge, Stadt Graz, erstes Lebensjahr, Angebote etc.) in öffentlichen Suchmaschinen gesucht wurde. Im Verlauf der Recherche wurden die Suchoptionen weiter eingegrenzt und auf konkrete Angebote und Leistungen fokussiert. Im Zuge der Internetrecherche ist die Verfasserin auf die Website family@graz gestoßen, die auch im Experteninterview von Dr. Sauseng erwähnt wurde.

family@graz

Family@graz ist eine Datenbank der Stadt Graz, die 300 Angebote für Grazer Familien enthält, die von der Schwangerschaft bis ins Jugendalter reichen. Die BenutzerInnen können dort gezielt nach Angeboten suchen, da diese nach Alter, Art der Hilfe sowie nach Bezirken und Kosten abgerufen werden können. Die Angebote umfassen *„Beratung und Information, aber auch Therapien für Kinder, Unterstützung für Eltern in schwierigen Familien-Situationen, Spiel- oder Lerngruppen für Kinder. Auch ein Austausch mit anderen Familien ist in dieser Angebotspalette bei dem einen oder anderen Anbieter zu finden“* (Graz 2016, o.S.).

Facebook-Gruppe „Grazer Mamas“

Zudem wurde die Facebook-Gruppe „Grazer Mamas“ für die Recherche herangezogen. Diese Gruppe umfasst 7.751 Mitglieder (Stand: 18.06.2017) und dient dem Erfahrungs- und Meinungsaustausch von Grazer Eltern. Die Themen reichen von Ernährungstipps, Stillfragen, Kinderkrankheiten, Impffragen, über Erziehungsfragen bis hin zu Urlaubs- und Freizeittipps mit Kindern. Die Verfasserin hat am 3. und 9. Februar, 9. Mai und am 18. Juni 2017 selbst in der Gruppe gepostet und bekam insgesamt 110 Antworten (Stand: 14.07.2017). Der letzte Post lautete wie folgt:

> *„Hallo liebe Grazer Mamas! Ich haben eine große Bitte an Euch - bitte unterstützt mich mit Euren Erfahrungen und Wissen! Ich habe selbst zwei Kinder (2,5 Jahre und 6 Monate). Ich schreibe gerade an meiner Masterarbeit zum Thema „Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr“ und erhebe darum alle gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr. Wer hat Anregungen/Ideen für mich? Was macht Ihr mit Euren Kinder in diesem Alter? Wo holt Ihr Euch Unterstützung wenn Ihr Fragen habt? Vielen Dank!“*

Zusätzlich zu den erhaltenen Kommentaren wurden weitere Konversationen der Gruppe von März bis Juni 2017 regelmäßig verfolgt, wodurch zusätzliche Angebote erhoben werden konnten.

Austausch mit anderen Müttern

Weitere Angebote konnten durch den persönlichen Austausch mit anderen Müttern eruiert werden. Dieser erfolgte beispielsweise während Besuchen in der Elternberatung, im Eltern-Kind-Zentrum und im Hebammenzentrum.

ExpertInneninterviews

Im Zuge der geführten ExpertInneninterviews wurden ebenfalls zahlreiche Angebote erwähnt, die in die Sammlung integriert werden konnten.

4.3.2 Leitfadengestützte ExpertInneninterviews

Im Zuge der Masterthesis wurden im Zeitraum von April bis Mail 2017 sechs leitfadengestützte ExpertInneninterviews geführt, die anschließend wörtlich transkribiert wurden. Die Ergebnisse wurden mittels computerunterstützter, qualitativer Datenanalyse (MAXQDA) strukturiert und orientiert an der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet und interpretiert.

Auswahl der InterviewpartnerInnen

Bei der Auswahl der Stichprobe handelte es sich um eine bewusste Fallauswahl (Sample). *„Das Sampling setzt voraus, dass der Forscher weiß, worauf er seine Aufmerksamkeit zu richten hat. Danach wählt er seine Versuchspersonen aus. Er sucht sich insoweit repräsentative Fälle heraus, als diese geeignet erscheinen, seine Forschungsfrage zu beantworten“* (Lamnek 2010, S. 237). Als InterviewpartnerInnen wurden ExpertInnen aus unterschiedlichen Berufsgruppen gewählt, die in verschiedenen Bereichen tätig sind, die für die Entwicklung von Kindern im ersten Lebensjahr von Bedeutung sind. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, ein möglichst breites Spektrum der gesundheitsfördernden Bereiche für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz abzudecken. Aus diesem Grund wurden folgende GesprächspartnerInnen für die Interviews ausgewählt:

Name	Beschreibung der InterviewpartnerInnen
Verena Panzitt	Hebamme Arbeitet derzeit als freiberufliche Hebamme in Graz in einem Hebammenteam und in Zusammenarbeit mit einem Gynäkologen. Hat seit 2005 ca. 1.000 Geburten begleitet und weist Berufserfahrung im klinischen Bereich und als Familienhebamme bei Jugend am Werk auf. Bietet Geburtsvorbereitungskurse, Geburtsbegleitung und Nachbetreuungen an.
Christine Magerl, MA	Sozialpädagogin Pädagogische Mitarbeiterin im Bereich Elternbildung beim Katholischen Bildungswerk. Referentin beim Ausbildungslehrgang für Eltern-Kind-GruppenleiterInnen, leitet selbst die Eltern-Kind-Gruppe in St. Leonhard.
Elfi Guggi-Pachler	Arbeitet bereits seit über 22 Jahren im EkiZ (Eltern-Kind-Zentrum). Sie ist Lebens- und Sozialberaterin, Mediatorin und Ansprechpartnerin für Beratung bzgl. EKiZ-Angeboten, zuständig für Kursanmeldung, Zahlungsverkehr sowie für die Organisation und Administration des Programmangebotes.
Mag. Maria Kuzmits	Sozialpädagogin Arbeitet bereits seit 17 Jahren beim Magistrat Graz im Amt für Jugend und Familie, ist angestellt beim ärztlichen Dienst in der Elternberatung. Absolvierte viele Zusatzausbildungen und bietet die Babymassage in der Elternberatung an.
Astrid Ehall	Dipl. Kinderkrankenschwester Arbeitet auf der Wochenbettstation der Universitätsfrauenklinik in Graz. Sie ist bereits über 20 Jahre in diesem Bereich tätig. Bietet Geburtsvorbereitung an der Gebärklink am LKH Graz an und leitet dort die Stillsprechstunde. Zudem absolviert sie gerade den Early Life Care Universitätslehrgang der PMU in Salzburg.

Dr. Werner Sauseng	Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde Leiter des Ärztlichen Dienstes der Stadt Graz beim Amt für Jugend und Familie. Ist zuständig für alle Elternberatungsstellen, die Schuluntersuchungen im Pflichtschulbereich, alles Medizinische im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und die Frühen Hilfen. Zusätzlich leitet er die Arbeitsgruppe Schlafmedizin und Schlafforschung der Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und bietet einmal wöchentlich Beratung bei Schlafproblemen von Säuglingen und Kindern an. Nebenbei arbeitet er auch als Kinderarzt in einer Wahlarztordination in Graz Umgebung.

Tabelle 4: InterviewpartnerInnen
(eigene Darstellung)

Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme mit den ExpertInnen erfolgte individuell, absolut problemlos und alle kontaktierten Personen erklärten sich sofort für ein Gespräch bereit. Mit Frau Panzitt, Frau Ehall, Frau Magerl und Frau Guggi-Pachler wurde telefonisch Kontakt hergestellt. Da die Verfasserin selbst mit ihren Kindern die Elternberatung besucht, wurden die Interviewtermine mit Frau Kuzmits und Dr. Sauseng dort persönlich vor Ort vereinbart. Vor der Durchführung der Interviews wurde allen ExpertInnen der Interviewleitfaden per Mail zugesandt, da dies von einigen InterviewpartnerInnen gewünscht wurde, um sich auf das Gespräch vorbereiten zu können.

Durchführung der Interviews

Zu Beginn des Interviews stellte sich die Verfasserin selbst und die Inhalte und Ziele der Masterarbeit vor. Zudem wurde von den ExpertInnen die Zustimmung zur Aufnahme des Gespräches eingeholt und erfragt, ob es in Ordnung sei, dass sie namentlich in der Arbeit angeführt werden. Alle befragten Personen stimmten zu, sodass die Daten der Interviews nicht anonymisiert werden mussten. Der Interviewleitfaden gab dem Gespräch Struktur und diente als Gedankenstütze, die Fragen wurden jedoch nicht strikt der Reihenfolge nach gestellt und einige Fragen wurden bereits vorweg im Gesprächsverlauf angesprochen bzw. beantwortet. Abschließend wurde den InterviewpartnerInnen noch die Möglichkeit gegeben selbst Fragen zu stellen und für sie offen gebliebene Themen anzusprechen, um die Arbeit dadurch mitzugestalten.

Die Interviews fanden, wie in Tabelle 5 ersichtlich ist, an ganz unterschiedlichen Orten statt. Bei allen Interviews herrschte eine angenehme, entspannte Atmosphäre und erfreulicherweise haben sich alle ExpertInnen bereits im Vorfeld mit dem Leitfaden auseinandergesetzt und waren darum sehr gut auf die Fragen vorbereitet, weshalb die Interviews flüssig geführt werden konnten.

Um eine bessere Übersicht über die geführten Interviews zu geben, folgt im Anschluss eine tabellarische Darstellung:

Datum/Zeit	Ort	InterviewpartnerIn	Dauer
25.04.2017 9:00 Uhr	Privathaus von Fr. Panzitt	Verena Panzitt	52 Min
26.04.2017 15:00 Uhr	Büro Katholisches Bildungswerk, Bischofsplatz 4	Christine Magerl, MA	41 Min
02.05.2017 16:00 Uhr	Büro EKIZ Graz Petersgasse 44a	Elfi Guggi-Pachler	53 Min
08.05.2017 13:00 Uhr	Büro Keesgasse 6, 2. Stock	Mag. Maria Kuzmits	55 Min
09.05.2017 17:00 Uhr	Privathaus von Frau Ehall	Astrid Ehall	47 Min
10.05.2017 9:30 Uhr	Büro Keesgasse 6, 2. Stock	Dr. Werner Sauseng	71 min

Tabelle 5: Übersicht der geführten Interviews (eigene Darstellung)

4.4 Auswertungsmethode

Die geführten ExpertInneninterviews wurden wörtlich transkribiert und durch Kategorienbildung, orientiert an der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, computerunterstützt durch das Programm MAXQDA ausgewertet.

Aufbereitung des Datenmaterials - Transkription

Die Verschriftlichung der Interviews erfolgte mit Hilfe der kostenfreien Software „f4 transkript“. Die Transkription erfolgte wörtlich und es wurden auch Wortwiederholungen sowie abgebrochene Sätze in das Transkript aufgenommen. Die Interviewerin wurde mit einem „I“ gekennzeichnet, die befragten ExpertInnen durch ein „B“. Wörter im Dialekt wurden bei der Verschriftlichung ins Schriftdeutsche übersetzt, der gesprochene Satz jedoch beibehalten (z.B. ich statt i). Diese Transkripte stellten die Grundlage für die Inhaltsanalyse dar.

Auswertung mittels MAXQDA

Im nächsten Schritt wurden die erhobenen und verschriftlichten Daten in das elektronische Programm MAXQDA eingespielt und codiert. Laut Heimgartner (vgl. 2012, S. 304) zählen die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring sowie die qualitative data analysis (QDA), wie beispielsweise das für die Auswertung dieser Forschung ausgewählte Programm MAXQDA, zu den zentralen Verfahren der qualitativen Auswertung. Durch computerunterstützte Softwareprogramme wie MAXQDA werden *„bestimmte (Forschungs-)Schritte vereinfacht und beschleunigt oder andere Möglichkeiten der Darstellung eröffnet“* (Flick 2006, S. 363).

Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Datenauswertung orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. 2010, S. 57), die sich durch ihre Regelgeleitetheit und die Theoriegeleitetheit der Interpretation auszeichnet und deren Stärke darin liegt, dass damit *„streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert“* werden kann (Mayring 2002, S. 114). Durch diese Auswertungsmethode soll das erhobene Datenmaterial einer systematischen und regelgeleiteten Analyse unterzogen, ausgewertet und interpretiert werden, was durch folgende Stufen der qualitativen Inhaltsanalyse gewährleistet wird: *„Festlegung des Materials, Analyse der Entstehungssituation, Formale Charakterisierung des Materials, Richtung der Analyse, Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung, Bestimmung der Analysetechnik, Definition der Analyseeinheiten, Analyse des Materials und Interpretation“* (Lamnek 1995, S. 207ff.).

Im Rahmen dieser empirischen Erhebung wurde eine theoriegeleitete Inhaltsanalyse durchgeführt, was bedeutet, dass *„die Fragestellung der Analyse vorab genau geklärt sein muss, theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden und in aller Regel in Unterfragestellungen differenziert werden muss“* (Mayring 2010, S. 58). Mayring unterscheidet bei den Analysetechniken zwischen drei Grundformen des Interpretierens, nämlich Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung, welche abhängig von Fragestellung und Material gewählt werden können. Für die vorliegende Forschung wurde die inhaltliche Strukturierung verwendet, mit der das Ziel verfolgt wird, *„bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“* (Mayring 2002, S. 115). Die für die

Erhebung relevanten Aspekte wurden aus den Interviewdaten herausgearbeitet und einem zuvor festgelegten Kategoriensystem zugeordnet, weiter strukturiert und mit Blick auf die Fragestellung interpretiert (vgl. ebd., S 110f.). Laut Lamnek (vgl. 1995, S. 204) ist bei dieser Auswertungsmethode kritisch anzuführen, dass die Generalisierung anhand einer Typisierung vorgenommen wird und zudem ein großer Interpretationsspielraum besteht.

Kategorienbildung

Die gewonnenen und wörtlich transkribierten Daten aus den Interviews wurden, wie bereits beschrieben, in das Programm MAXQDA eingespielt, codiert und im Anschluss daran ausgewertet, analysiert und interpretiert. Die einzelnen Kategorien des Codesystems wurden deduktiv gebildet, denn die Kategorienbildung wurde durch zuvor angestellte theoretische Überlegungen geleitet und orientierte sich an den forschungsleitenden Fragestellungen sowie an dem auf diesen aufbauenden Interviewleitfaden. Im Verlauf des Codierprozesses wurde das Codesystem jedoch auch induktiv durch einige Subcodes erweitert, die sich aus dem Text der Interviewaussagen heraus entwickelt haben. Durch die Zuweisung zu den betreffenden Codes wurden die Inhalte strukturiert und zudem wurde es möglich, Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Besonderheiten aus den Daten herauszuarbeiten.

Das im Zuge dieser Forschung in MAXQDA entwickelte Kategoriensystem (Codebaum) ist zur Veranschaulichung in nachfolgender Abbildung ersichtlich und bildete die Basis der anschließenden Darstellung der Ergebnisse.

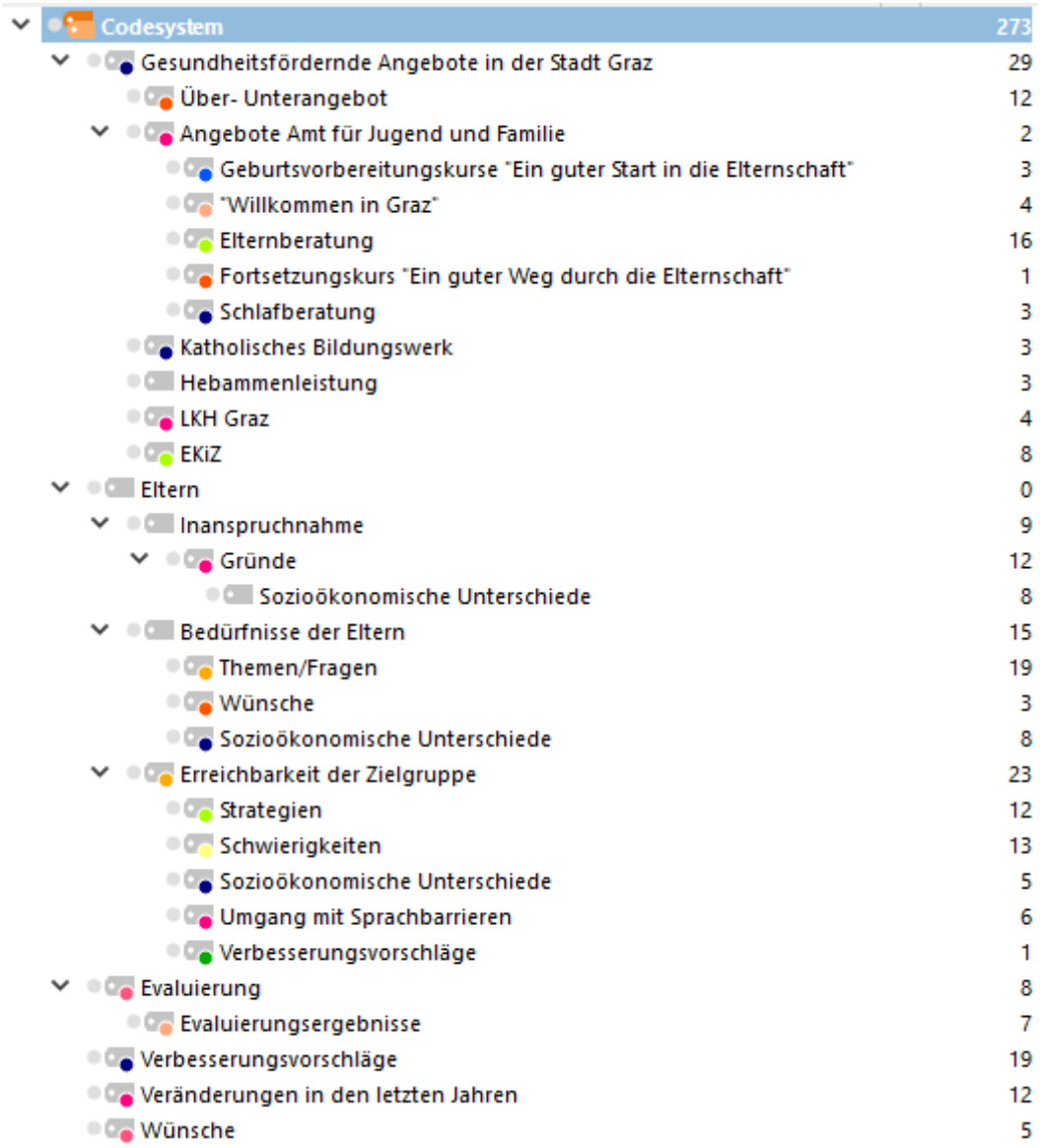


Abbildung 8: Kategoriensystem (eigene Darstellung)

Anhand des Codesystems wird ersichtlich, dass 273 Textpassagen den unterschiedlichen Codes und Subcodes zugewiesen wurden. Dieser Codebaum bildete die Grundlage für die Auswertung und Interpretation der Interviews sowie für die im nachfolgenden Kapitel veranschaulichte Darstellung der Ergebnisse.

5 Darstellung der Ergebnisse

Im diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Sammlung mit den Inhalten der ExpertInneninterviews zusammengeführt, gemeinsam dargestellt und in Anlehnung an die zuvor gebildeten Kategorien beschrieben. Zur Verdeutlichung der Ergebnisse werden indirekte und direkte Zitate aus den Interviews verwendet. Eine Interpretation der jeweiligen Daten erfolgt im Kapitel „Schlussfolgerungen und Ausblick“. Zu Beginn werden die gesundheitsfördernden Angebote in der Stadt Graz für Kinder im ersten Lebensjahr aufgezeigt, wobei diese Darstellung der Angebotslandschaft den Kern des Kapitels bildet. Im Abschnitt „Zielgruppe: Eltern“ wird auf die Inanspruchnahme, die Bedürfnisse und die Erreichbarkeit von Eltern eingegangen. Zudem werden die sozioökonomischen Unterschiede hinsichtlich dieser Punkte herausgearbeitet. Abschließend befasst sich dieses Kapitel mit den Anregungen, Wünschen und Verbesserungsvorschlägen seitens der ExpertInnen.

5.1 Angebotslandschaft in Graz

Der Schwerpunkt dieses Abschnitts liegt in der Darstellung der gesundheitsfördernden Angebote der Stadt Graz für Kinder im ersten Lebensjahr. Diese wurden, anhand entwickelter Kategorien, in Anlehnung an Kapitel 2, wie folgt geordnet:

- Vorbereitung auf die Elternschaft – Rund um die Geburt
- Grundbedürfnisse
- Körperliche Entwicklung
- Kognitive Entwicklung
- Sozial-emotionale Entwicklung
- Elternbildungsveranstaltungen
- Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen
- Frühförderung - Familienbegleitung - Familienentlastung
- Sonstige Angebote
- ExpertInneneinschätzung: Über- Unterangebot

Anzumerken ist, dass sich manche Angebote nicht eindeutig einer der genannten Kategorien zuordnen lassen, da sie unterschiedliche Bereiche betreffen bzw. bereichsübergreifend wirken. Solche Angebote werden der Kategorie zugeordnet, die laut Ansicht der Verfasserin den Kerninhalt des Angebots am stärksten erfasst. Die Sammlung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ziel ist es, einen Überblick über die Angebotslandschaft in Graz zu geben. Die AnbieterInnen von Angeboten werden beispielhaft angeführt, da es in Graz eine sehr hohe

Angebotsdichte auf diesem Gebiet gibt. Alle AnbieterInnen für die jeweiligen Angebote einzeln anzuführen, würde daher den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

5.1.1 Vorbereitung auf die Elternschaft – Rund um die Geburt

Nachfolgend werden Angebote angeführt, die sich an werdende Eltern sowie an Eltern kurz nach der Entbindung richten. Durch diese Angebote erhalten Eltern Informationen und Unterstützung für die erste Zeit mit dem Kind, wodurch sie besser auf die Herausforderungen der Elternschaft vorbereitet sind und dadurch adäquater auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren können.

Geburtsvorbereitung

Mit Geburtsvorbereitungskursen wird das Ziel verfolgt, optimale Startvoraussetzungen für das Kind zu schaffen, indem Eltern noch während der Schwangerschaft auf bevorstehende Veränderungen und Anforderungen der Schwangerschaft, der Geburt und in der ersten postpartalen Zeit mit dem Säugling vorbereitet werden. Eltern sind gerade in der Zeit vor der Geburt sehr empfänglich für Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten. Wie aus der Literatur hervorgeht, nehmen Eltern die bereits in der Schwangerschaft eine Elternbildungsveranstaltung besucht haben auch im weitern Verlauf ihrer Elternschaft eher Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen bei Herausforderungen oder Problemen in Anspruch (vgl. Abschn. 1.3.5). Laut Sauseng (4-4) seien Geburtsvorbereitungskurse *„der erste, ganz frühe Kontakt, um Eltern in ihrer zukünftigen Funktion zu stärken. Das hat auch wichtige Auswirkungen auf die Gesundheit vom Kind und ist demnach zur Gesundheitsförderung zu zählen.*“ Der Fokus der Geburtsvorbereitungskurse, die vom Amt für Jugend und Familie der Stadt Graz angeboten werden, liege auf der Zeit nach der Geburt. Diese kostenfreien Kurse dauern fünf Abende, laufen unter dem Titel „Ein guter Start in die Elternschaft“ und werden von einem interdisziplinären Team, bestehend aus Hebamme, Arzt/Ärztin, PsychologIn, SozialarbeiterIn und JuristIn, abgehalten (vgl. ebd.).

In Tabelle 6 werden Institutionen angeführt, die Geburtsvorbereitungskurse in Graz anbieten.

Geburtsvorbereitungskurse	
Amt für Jugend und Familie der Stadt Graz „Ein Guter Start in die Elternschaft“	Keesgasse 6, 8010 Graz
Beratungszentrum für Schwangere Caritas Steiermark	Grabenstraße 39, 8010 Graz
EKiZ Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
Sanatorium St. Leonhard	Schanzelgasse 42, 8010 Graz
Hebammenzentrum Graz	Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz
LKH Universitätsklinikum Graz Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Auenbruggerplatz 14, 8036 Graz
Sozial Medizinisches Zentrum Liebenau	Liebenauer Hauptstraße 141, 8041 Graz
Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz
Mobiles Familienzentrum	Brauhausstraße 84p, 8053 Graz

Tabelle 6: Geburtsvorbereitungskurse
(eigene Darstellung)
Anzahl: 9

„Willkommen in Graz“

Im Jahr 2016 gab es 3.067 Geburten von Kindern mit Wohnsitz in der Stadt Graz (vgl. Stadt Graz 2016, S. 11). Alle Eltern dieser Neugeborenen in Graz erhalten seit Juni 2015 in den ersten Lebenstagen des Kindes noch auf der Gebärstation einen persönlichen Besuch von MitarbeiterInnen des Amtes für Jugend und Familie. Im Rahmen dieses Willkommensbesuchs werden die Eltern zur Geburt beglückwünscht und erhalten wertvolle Auskünfte über die erste Zeit mit dem Kind sowie eine Dokumentenmappe, die folgende Informationen enthält:

- „Willkommen zur Beratung - Graz Gutschein im Wert von 40 Euro,
- Folder Elternberatung. Von Anfang an gut aufgehoben,
- Antrag auf Förderung für den Grazer Windelscheck,
- Vorsorgen ist besser als Heilen - Impfen,
- Liste aller Grazer KinderfachärztInnen,
- Liste von wichtigen Notruf- und Notfallnummern,
- Informationsmaterial des Landes Steiermark“ (Graz o.J., o.S.).

Sauseng (4-4) zufolge sei vor allem die Information über die Elternberatungsstellen der Stadt Graz ein wichtiger Teil dieses Besuchs, denn

> *„wir fanden heraus, dass es, obwohl es in Graz 15 Elternberatungsstellen gibt und das schon über viele Jahrzehnte, viele Eltern nicht wissen, dass es das gibt. Manche Eltern wissen nicht, was es genau ist oder haben Berührungsängste. Seit wir diese Besuche anbieten, haben auch die Besuchszahlen der Elternberatung noch einmal zugenommen.“*

Eltern, die im Krankenhaus nicht erreicht werden, weil sie beispielsweise zuhause, ambulant oder auswärts gebären, werden vom Amt für Jugend und Familie per Post kontaktiert und haben die Möglichkeit einen Besuch zuhause zu erhalten um über die Beratungsangebote etc. informiert zu werden oder können auf das Amt kommen (vgl. Sauseng, 6-6).

Im Jahr 2016 wurden, laut dem Jahresbericht des Ärztlichen Dienstes der Stadt Graz, mit dem Projekt „Willkommen in Graz“ 85 % aller Grazer Familien mit Neugeborenen erreicht. 2.178 Familien konnten an den Geburtenstationen und 170 Familien zuhause erreicht werden. Zudem holten 165 Familien ihre Willkommensmappe selbst im Amt für Jugend und Familie ab (vgl. Stadt Graz 2016, S. 15).

Zusätzlich bekommen Eltern bei Geburten im LKH Graz, in der Privatklinik Ragnitz und im Sanatorium St. Leonhard die Broschüren des BMGF über Stillen, postpartale Depression und Zahngesundheit ausgehändigt.

Hebammennachbetreuung

Alle Frauen haben seit 01.01.2017 in den ersten acht Lebenswochen des Kindes Anspruch auf Hebammenbetreuung in Form von Hausbesuchen nach der Entbindung, unabhängig vom Tag ihrer Entlassung. Die Anzahl der von der Krankenkasse finanzierten Hausbesuche ist dennoch abhängig vom Tag der Entlassung und wird durch das Vorliegen bestimmter Probleme (Stillschwierigkeiten, Dammverletzungen oder anderen Indikationen) erhöht. Zudem bieten manche Hebammen in der Nachbetreuung beispielsweise Still- und Ernährungsberatung, Rückbildungsgymnastik oder Beckenbodentraining an. Hebammen unterstützen die Familien in ihrer neuen Lebenssituation, beraten und begleiten, geben den Eltern Sicherheit und stärken dadurch die elterlichen Kompetenzen (vgl. Binder 2017, o.S.).

Ehall (8-8) zufolge sei es ratsam für Eltern, sich bereits in der Schwangerschaft an eine Hebamme bezüglich der Nachbetreuung zu wenden, *„egal ob sie es dann brauchen oder nicht, aber es ist ganz gut, wenn man vorweg schon einmal Kontakt aufgenommen hat und dann, wenn der Hut brennt, weiß, wen man akut anrufen kann und keine Scheu davor hat.“*

Panzitt (4-4) führt hinsichtlich der Nachbetreuung an:

> *„Wir begleiten das frühe Wochenbett und das stationäre Wochenbett sowieso. In der ersten Zeit nach der Geburt bieten wir zudem eine Babysprechstunde mit Stillberatung, Babywiegen und Gewichtskontrolle an, das ist einmal in der Woche, da können die Frauen zu uns kommen, denn gerade am Anfang gibt es da viele Unklarheiten, Fragen und viele Unsicherheiten und da geht es meistens hauptsächlich darum, wieder Sicherheit zu vermitteln. Es gibt auch eine Trageberatung und das im Zeitraum bis zur ersten MUKIPA-Untersuchung, also vier bis sieben Wochen nach der Geburt."*

Auf der Homepage des Österreichischen Hebammengremiums können unter folgendem Link http://www.hebammen.at/eltern/hebammensuche/ alle verfügbaren österreichischen Hebammen nach Postleitzahl und gewünschter Leistung gesucht werden. Die Suchanfrage für Graz ergab **37 Treffer** (Stand: 12.07.2017). In Tabelle 7 sind zusätzlich Organisationen angeführt, die Hebammennachbetreuung in Graz anbieten.

Hebammennachbetreuung	
Sanatorium St. Leonhard	Schanzelgasse 42, 8010 Graz
Hebammenzentrum Graz	Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz
Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz
Sozial Medizinisches Zentrum Liebenau	Liebenauer Hauptstraße 141, 8041 Graz

Tabelle 7: Hebammennachbetreuung
(eigene Darstellung)
Anzahl: 4

5.1.2 Grundbedürfnisse

In diesem Abschnitt werden die gesundheitsfördernden Angebote angeführt, die sich mit den Grundbedürfnissen des Kindes beschäftigen. Die Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse nach Essen, Trinken, Schlafen, Nähe und Zuwendung sind für eine normale und gesunde Entwicklung des Kindes notwendig (vgl. Abschn. 2.2). Die Ernährung des Kindes sei allen ExpertInnen zufolge ein besonders wichtiges Thema im ersten Lebensjahr, was sich auch in der großen Angebotsdichte dieser Thematik widerspiegelt.

Ernährung - Stillberatung und Stillgruppen

Stillen wird laut BMFG (o.J.b, o.S.) als *„eine der wirksamsten Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit des Kindes"* gesehen. Stillen stellt aus biologischer und psychologischer Sicht die ideale erste Ernährungsform des Säuglings dar, es fördert unter anderem die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung, unterstützt die Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt, schützt den Säugling vor

Infektionen und reduziert das Risiko des plötzlichen Kindstod. Zudem ist die Menge, Temperatur und die Zusammensetzung der Muttermilch perfekt an die Bedürfnisse des Säuglings angepasst. Die WHO, UNICEF sowie die American Academy of Pediatrics (AAP) empfehlen, Kinder in den ersten sechs Monaten ausschließlich zu stillen. Zwischen fünf und neun Monaten kann die flüssige Ernährung den Energie- und Nährstoffbedarf des Kindes nicht mehr ausreichend decken, weshalb ungefähr im sechsten Monat mit zusätzlicher Ernährung in Breiform begonnen werden soll, die im weiteren Verlauf des ersten Lebensjahres die flüssige Ernährungsform gänzlich ablöst (vgl. Prell/Koletzko 2016, 436ff.; vgl. auch Largo 2016, S. 416-469).

Stillen kann mit Schwierigkeiten einhergehen, die sich oftmals durch praktische Hinweise beheben lassen, weshalb Stillberatungen und -gruppen für die Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr von Relevanz sind. Dass Stillen ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema ist, zeigt auch die 1990 von WHO und UNICEF in Florenz verabschiedete „Innocenti Declaration“ zum Schutz bzw. zur Förderung und Unterstützung des Stillens weltweit sowie der im Jahr 2004 entstandene Aktionsplan zum Schutz sowie zur Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa. (vgl. Prell/Koletzko 2016, 436ff.).

In Graz gibt es laut Ehall Stillgruppen und Einzelberatungen. Die Einzelberatungen würden durch StillberaterInnen geführt und seien sehr individuell. *„In den meisten Fällen liegt irgendein spezielles Problem vor, wenn eine Stillberatung in Anspruch genommen wird“* (Ehall, 31-31). Stillgruppen seien meist offene Treffen, die unterschiedlich gestaltet werden:

> *„Es kann so ablaufen, dass Frauen in der Gruppe sind, die irgendein Problem haben und das dann gemeinsam in der Gruppe besprechen. Oft haben oder hatten auch andere Mütter in der Gruppe dasselbe Problem und können dadurch hilfreiche Informationen geben. Oder sonst gibt es natürlich Unterstützung durch die Leiterin der Stillgruppe […]. Wenn nichts Spezielles von den TeilnehmerInnen der Stillgruppe anfällt, ist es meistens so, dass die Leiterin ein aktuelles Thema für die Gruppe vorbereitet, zum Beispiel Beikost, Schlafen oder Sexualität in der Stillzeit können so Themen sein, die dann aufgegriffen werden und dann darüber diskutiert wird“* (Ehall, 32-32).

In Stillberatungen und -gruppen sind auch die Einführung der Beikost sowie die weitere Ernährung des Kindes gewichtige Themen (vgl. ebd.).

In der nachfolgenden Tabelle sind einige StillberaterInnen sowie Stillgruppen in Graz beispielhaft angeführt.

Stillberatung	
EKiZ Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
Sanatorium St. Leonhard	Schanzelgasse 42, 8010 Graz
Hebammenzentrum Graz	Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz
Elternberatungsstellen der Stadt Graz	Siehe Elternberatungsspiegel im Anhang
Bettina Schilling	Zieglerstraße 20 G, 8045 Graz
Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz
Sandra Schrempf, IBCLC	Raiffeisenstraße 46, 8052 Graz
Mobiles Familienzentrum	Brauhausstraße 84p, 8053 Graz
Sozial Medizinisches Zentrum Liebenau	Liebenauer Hauptstraße 141, 8041 Graz
Mammalia: Annemarie Schuh	Süd-Ost-Siedler-Straße 47, 8053 Graz
Stillgruppen	
Stillgruppe EKiZ Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
Stillgruppe SoTraLa	Raiffeisenstraße 46, 8010 Graz
Stillgruppe im Stadt.Wohnzimmer	Karlauplatz 1, 8020 Graz
Stillgruppe RABE	Stattegger Straße 135 a, 8045 Graz
Stillgruppe Regenbogenwelt	Plabutscherstraße 63, 8051 Graz
Stillgruppe Straßgang	Kärntner Straße 411, 8053 Graz

Tabelle 8: Stillberatung und -gruppen
(eigene Darstellung)
Anzahl: 16

Zusätzlich sind auf der Homepage des Verbands der Still- und LaktationsberaterInnen Österreich (VSLÖ) die Kontaktdaten aller IBCLC geprüften (International Board Certified Lactation Consultant) Still- und LaktationsberaterInnen der Steiermark unter folgendem Link zu finden: http://www.stillen.at/stillberaterinnen/steiermark/, wobei **vier Suchtreffer** für die Stadt Graz erzielt wurden (Stand: 19.08.2017).

Baby-friendly Hospital Initiative in Österreich (BFHI)

Das Sanatorium St. Leonhard in Graz wurde mit der „Baby-friendly Hospital Initiative“ zertifiziert und ist eines von 15 stillfreundlichen Krankenhäuser Österreichs.

Richtig essen von Anfang an! (REVAN)

Wie bereits in Abschnitt 3.4.4 beschrieben, werden im Rahmen des Programms REVAN kostenlose Workshops zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie zur Säuglings- und Kinderernährung angeboten. Auf der Gebärklinik

im LHK Graz lägen laut Ehall (vgl. 28-28) Folder für diese Workshops auf. In Graz werden REVAN Workshops regelmäßig an folgenden Standorten abgehalten:

REVAN Workshops	
Steiermärkische GKK Graz	Josef-Pongratz-Platz1, 8010 Graz
Frauengesundheitszentrum	Joanneumring 3, 8010 Graz
EKiZ Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
LKH Graz	Auenbrugger Platz 19, 8036 Graz
Privatklinik Graz Ragnitz Hebammenordination "In guten Händen"	Berthold-Lindner-Weg 15, 8047 Graz
Kraxl, Maxl & Co	Hangweg 14, 8052 Graz
Regenbogen-Apotheke	Weblinger Gürtel 25, 8054 Graz
Bildungshaus Schloss St. Martin	Kehlbergstraße 35, 8054 Graz

Tabelle 9: REVAN Workshops
(eigene Darstellung)
Anzahl: 8

Schlafen - Schlafberatung

Schlaf hat vor allem bei Kindern Einfluss auf das Lernverhalten, da sich körperliche und geistige Funktionen während dieser Zeit regenerieren können. Schlaf-Wach-Zyklen und Schlafdauer verändern sich ständig und sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt (vgl. Largo 2016, S. 186ff.). Das Amt für Jugend und Familie bietet einmal wöchentlich eine Beratungsstelle zum Thema Kinderschlaf an. Eltern erhalten eine individuelle Beratung sowie Informationen über das normale Schlafverhalten von Kindern. Durch die Schlafberatung wird eine Besserung des kindlichen Schlafverhaltens sowie der damit verbundenen familiären Situation angestrebt, weshalb die Schlafberatung zum Kinderschutz bzw. zur Gewaltprävention gezählt werden kann. Dies kann einerseits durch das Stärken von elterlichen Kompetenzen oder durch eine Verhaltensänderung der Eltern bewerkstelligt werden. Sauseng (10-10), der die Schlafberatung in Graz anbietet, führt hinsichtlich deren Bedeutung für das erste Lebensjahr an:

> *„Das ist ein Bereich, der Eltern stärken soll, das reicht bis zum Gewaltschutz. Man kann das absolut als Prophylaxe sehen, weil natürlich die Erschöpfung sehr groß ist, wenn ein Kind die Eltern ständig aufweckt und sie nicht mehr schlafen können. Und wenn man die Situation ein bisschen verbessern kann, ist das schon eine Möglichkeit auch in dem Bereich wirksam zu werden.“*

Die Schlafberatung findet jeden Montag von 10:30-12:00 Uhr in der Keesgasse 6/II, 8011 Graz, nach telefonischer Voranmeldung statt.

SIDS - Schlaflabor

Das Schlaflabor am Universitätsklinikum LKH Graz (Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz) ist die Zentrale der Präventionskampagne gegen den "Plötzlichen Säuglingstod". Bei Geburten in Graz erhalten Eltern eine SIDS-Informationsbroschüre sowie einen SIDS Risikofragebogen, der mögliche Gesundheitsrisiken erfragt und von den Eltern vier Wochen nach der Geburt ausgefüllt an das Schlaflabor Graz geschickt werden sollte. Werden bei der Auswertung Auffälligkeiten festgestellt, werden die Eltern kontaktiert, individuell beraten und die Kinder eventuell ins Schlaflabor bestellt. Bei einer Schlaflaboruntersuchung werden physiologische Messgrößen während des Schlafes erfasst, wodurch eine Veränderung von Vitalparametern erkannt werden kann. Ergebnisse können zur Beruhigung der Eltern beitragen oder dazu führen, dass das Kind während des Schlafes durch einen speziellen Monitor überwacht wird. Zudem werden im Schlaflabor alle Schlafstörungen des Kindes- und Jugendalters klinisch betreut (vgl. LKH-Univ. Klinikum Graz, o.S.).

Tragen - Trageberatung

Säuglinge besitzen ein angeborenes Bedürfnis nach Nähe zu vertrauten Bezugspersonen. Die Befriedigung dieses kindlichen Verlangens hat Einfluss auf das spätere Bindungsverhalten des Säuglings und fördert somit die gesunde Entwicklung des Kindes (vgl. Abschn. 2.2). Largo (vgl. 2016, S. 157) zufolge werden durch das Tragen des Kindes in einer Tragehilfe dessen Bedürfnisse nach Körperkontakt und Bewegung am besten gestillt. Durch häufigen Körperkontakt erhält es viele taktile Anregungen und Reize und verspürt zusätzlich körperliche Nähe. Zudem kann das Tragen des Kindes auch Entspannung in den Tagesablauf der Eltern bringen, da alltägliche Aufgaben erledigt werden können und das Kind parallel die benötigte Nähe und Geborgenheit der Bezugsperson verspürt. Dadurch wird es auch vermehrt in den Alltag der Erwachsenen miteinbezogen. Der direkte Körperkontakt und die körperliche Nähe während des Tragens fördern laut VSLÖ das elterliche Kompetenzgefühl sowie die Sensitivität der Eltern und tragen zum Aufbau einer sicheren Bindung des Kindes bei (vgl. Kirkilionis 2017, 2ff.).

Bei einer Trageberatung erhalten (werdende) Eltern grundlegende Informationen über das Tragen eines Säuglings und bekommen einen Überblick der unterschiedlichen Tragemöglichkeiten (Tragetuch, Sling, Tragehilfe etc.) sowie über deren richtigen Gebrauch.

In der nachfolgenden Tabelle sind einige Trageberatungen in Graz angeführt:

Trageberatung	
EKiZ Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
Sanatorium St. Leonhard	Schanzelgasse 42, 8010 Graz
Mobiles Familienzentrum	Florianibergstraße 13, 8020 Graz
Hebammenzentrum Graz	Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz
Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz
Mammalia: Annemarie Schuh	Süd-Ost-Siedler-Straße 47, 8053 Graz
Pia Melanie Gebhart	Weiberfelderweg 14a, 8054 Graz

Tabelle 10: Trageberatung
(eigene Darstellung)
Anzahl: 7

5.1.3 Körperliche Entwicklung

Besonders im ersten Lebensjahr liegt ein hohes Augenmerk auf der körperlichen Entwicklung des Kindes, da diese für Eltern und ihr Umfeld besonders sichtbar ist. Zudem geben Gewichts- und Wachstumszunahme Auskunft über den Gesundheitszustand des Kindes (vgl. Abschn. 2.3). Alle ExpertInnen sind sich einig, dass die motorische Entwicklung sowie das Wachsen und Gedeihen des Kindes die wichtigsten Themen für Eltern im ersten Lebensjahr darstellten. Kuzmits (155-155) führt beispielsweise diesbezüglich an:

> *„Die motorische Entwicklung ist natürlich wichtig. Da kommt immer die Frage, passt das alles, macht mein Kind alles richtig, also zum richtigen Zeitpunkt, das ist ganz was Wichtiges. Und auch das Wachstum ist natürlich wichtig, gerade bei stillenden Müttern. Ja, das ist sehr wichtig, grad im ersten Lebensjahr.“*

Im Folgenden werden die gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr dargelegt, die auf die körperliche Entwicklung des Kindes abzielen.

Kinder- und JugendfachärztInnen

„KinderärztInnen sind sehr wichtig für die Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr“ (Sauseng, 2-2). Kinder- und JugendfachärztInnen begleiten und beraten Eltern und behandeln deren Kinder ab der Geburt bis zu deren vollendetem 18. Lebensjahr. Sie führen im ersten Lebensjahr die fünf Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durch und informieren Eltern bei Bedarf über weiterführende Untersuchungen, Behandlungen bzw. Förderungsmöglichkeiten des Kindes.

Panzitt (39-39) unterstreicht den Stellenwert der Untersuchungen für die Gesundheitsförderung und gibt zudem an: *„Mit der MUKIPA-Untersuchung ist man wirklich gut aufgehoben und hat einen guten Leitfaden durch das erste Lebensjahr."*

Kinder- und JugendfachärztInnen sind eine wichtige Drehscheibe für diverse Informations- und Aufklärungskampagnen (z.B. SIDS-Vorsorgeprogramm) und zudem Ansprechpersonen für Themenbereichen wie beispielsweise Stillen, Beikost, Impfungen, Unfallverhütung, Zahnpflege etc. (vgl. Müller 2007, o.S.). Impfen sei laut Sauseng (vgl. 45-46) ein großes Thema im ersten Lebensjahr und immer mehr Eltern seien verunsichert, ob sie ihr Kind überhaupt impfen sollen.

> *„Da kann man als Arzt meiner Ansicht nach viel Verunsicherung nehmen, indem man differenziert aufklärt. Ich sage den Leuten immer, wir haben 95% der Kinderärzte, WHO, UNICEF, Gesundheitsministerium, Staat Österreich, die Impfungen empfehlen und auf der anderen Seite stehen ein paar Leute, wo man auch fragen kann, wie viel sie mit Infektiologie oder Impfen überhaupt zu tun haben"* (Sauseng, 50-50).

Zusätzlich bieten einige WahlärztInnen in ihren Ordinationen Stillberatung, Hebammensprechstunden oder diverse therapeutische Angebote an (vgl. Kuzmits, 115-117). Tabelle 11 gibt Auskunft über die Kinder- und JugendfachärztInnen (Kassen- und WahlärztInnen) der Stadt Graz (Stand: 03.07.2017).

Kinder- und JugendfachärztInnen	
Heinzl, Bernd	Rechbauerstraße 6, 8010 Graz
Kröpfl, Thomas	Glacisstraße 69/I, 8010 Graz
Krottmayer, Günther	Schörgelgasse 33, 8010 Graz
Schober, Doris	Leonhardplatz 3/II, 8010 Graz
Grigorow, Irina	Brunngasse 3, 8010 Graz
Kurz, Ronald	Lehargasse 26, 8010 Graz
Müller, Wilhelm	Schanzelgasse 42, 8010 Graz
Schwarz, Reinhard	Quellengasse 42, 8010 Graz
Stein, Jörg Ingolf	Zusertalgasse 78, 8010 Graz
Wittmann, Robert	Plüddemanngasse 67 a, 8010 Graz
Lindinger, Michael	Keplerstraße 88, 8020 Graz
Mangge, Harald	Polzergasse 10, 8010 Graz
Deutsch, Johann	Schaftalstraße 41, 8010 Graz
Gindl, Sonja	Friedrichgasse 31, 8010 Graz
Maurer-Fellbaum, Ute Angelika	Roseggerkai 5, 8010 Graz
Höntzsch, Julia	Alte Poststraße 134, 8020 Graz
Kutschera, Jörg	Liebenauer Hauptstraße 119, 8041 Graz
Zotter, Heinz	St.-Peter-Hauptstraße 29b/2, 8042 Graz
Fritsch, Peter Paul	Lindenhofweg 2, 8043 Graz
Baumgart, Heike	Mariatroster Straße 382a, 8044 Graz
Dornbusch, Hans Jürgen	Grazer Straße 34 c, 8045 Graz
Heher, Christoph Edmund	Ziegelstraße 20 G, 8045 Graz
Nagel, Bert	Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz

Kaltenbäck, Gertrud	Klara-Fietz-Gasse 6, 8051 Graz
Staudacher, Michaela	Brehmstraße 4, 8053 Graz
Prehsfreund-Krieghammer, Olga	Kärntner Straße 410/1. Stock, 8054 Graz

Tabelle 11: Kinder- und JugendfachärztInnen
(vgl. Die Ärztekammer Steiermark 2017, o.S.)
Anzahl: 26

Gewichts- und Entwicklungskontrolle

In Graz nehmen die 15 Elternberatungsstellen des Amts für Jugend und Familie eine wichtige Position im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr ein, diesbezüglich sind sich alle befragten ExpertInnen einig. Die Elternberatungsstellen sind Treffpunkte für Eltern und deren Kinder, bei welchen Kuzmits (4-4) zufolge die zentralen Bereiche das *„Wiegen, Messen, medizinische Beratung und viel Gespräch und Austausch“* seien. Zusätzlich würden in einigen Elternberatungsstellen Babymassage, Stillberatung sowie ergotherapeutische Beratungen angeboten (vgl. ebd., 52-52). Sauseng (8-8) beschreibt die Elternberatung der Stadt Graz wie folgt:

> *„Egal was das Problem ist, egal ob ein medizinisches, soziales oder erzieherisches Problem vorliegt, Eltern können einmal dorthin gehen, es ist immer eine ÄrztIn vor Ort, man braucht keinen Termin, es ist sehr niederschwellig und es werden einmal viele medizinische Fragen abgedeckt. Es ist auch eine SozialarbeiterIn vor Ort oder zumindest ist der Kontakt zu einer SozialarbeiterIn leicht möglich, wodurch alle sozialen Dinge und Fragen abgedeckt werden. Und wenn es dann etwas gibt, das dieses Team eventuell nicht abdecken oder beantworten kann, beispielsweise ganz spezielle medizinische Fragen oder Themen im Bereich der Erziehung, versucht man, die Eltern an die passenden Stellen weiter zu vermitteln.“*

Wie dem Elternberatungsspiegel im Anhang entnommen werden kann, findet von Montag bis Freitag zumindest an zwei Stellen in Graz täglich eine kostenfreie Elternberatung statt, bei der immer auch eine Ärztin oder ein Arzt vor Ort ist. Dies hebt auch Panzitt (14-16) folgendermaßen hervor:

> *„Ich brauche nur schauen, wenn ich irgendetwas habe, was mich nur ein bisschen, aber nicht sehr beunruhigt, wo ist denn morgen eine Elternberatung […]. Ein absolut tolles Angebot und ich hoffe, das gibt es noch lange, weil das auch nicht mit dem niedergelassenen Kinderarzt konkurriert, weil der Arzt in der Beratung verschreibt ja auch nichts. Es geht eher um eine erste Diagnose und das ist wirklich toll, das können wir auch nicht ersetzen mit unserer Babysprechstunde in der Hebammenordination. Ja, wir haben das auch öfter, dass wer angerufen hat, wo ich dann gesagt habe, schau doch, wo morgen eine Elternberatungsstelle ist, und dann geh dort hin, das ist unkompliziert und echt klasse.“*

Die Stadt Graz hat für jedes Kind ein Willkommensgeschenk in Form von Graz-Gutscheinen im Wert von 40 Euro, die den Eltern bei ihrem Erstbesuch in einer Elternberatungsstelle ausgehändigt werden. Durch dieses Anreizsystem sollen Eltern zusätzlich motiviert werden, zumindest einmal eine Beratungsstelle

aufzusuchen. Es komme häufig vor, dass Eltern nur einmal in die Beratung kommen, um die Gutscheine abzuholen, was laut Kuzmits (vgl. 64-67) und Sauseng (vgl. 37-38) dennoch als positiv gewertet werden könne, da die Eltern nach diesem Besuch zumindest wissen würden, dass es die Elternberatung gibt, wo das Angebot stattfindet, was da gemacht wird und wie es abläuft. Dadurch seien sie für den Fall, dass einmal ein Problem auftaucht, zumindest darüber informiert, wo es Unterstützung gibt, und könnten diese in Anspruch nehmen. Sauseng (ebd.) erwähnt diesbezüglich: *„Wenn sie für sich entscheiden, dass sie das nicht brauchen, dann kommen sie eben nicht mehr. Aber wenn sie es einmal brauchen, dann wissen sie, dass es das gibt und wo es das gibt."*

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 7.260 medizinische Untersuchungen in den Elternberatungsstellen durchgeführt, wobei sich der Anteil der untersuchten fremdsprachigen Kinder auf 2.431 beläuft. Anzumerken ist hierbei, dass die Besuchszahlen der Elternberatungsstellen wesentlich höher sind, da Eltern oftmals auch nur zum Austausch oder zur Babymassage in die Beratungsstellen kommen und keine medizinische Untersuchung in Anspruch nehmen. Zudem wurden laut dem Jahresbericht des Ärztlichen Dienstes im Jahr 2016 52 % aller Neugeborenen mit Wohnsitz in der Stadt Graz in den Elternberatungsstellen betreut (vgl. Stadt Graz 2016, S. 10ff.).

Zusätzlich zu den **15 Elternberatungsstellen** der Stadt Graz, werden Gewichts- und Entwicklungskontrollen auch von Kinder- und JugendfachärztInnen sowie im Rahmen der Hebammennachbetreuung angeboten. Zudem gibt es in Graz auch an folgenden Stellen die Möglichkeit, das Kind zu wiegen und zu messen.

Gewichts- und Entwicklungskontrolle	
Elternberatungsstellen der Stadt Graz	Siehe Elternberatungsspiegel im Anhang
Verein INPUT Elternberatungsassistenz „Mein Baby und ich"	Fröhlichgasse 90, 8010 Graz
Mobiles Familienzentrum	Brauhausstraße 84p, 8053 Graz

Tabelle 12: Gewichts- und Entwicklungskontrolle
(eigene Darstellung)
Anzahl: 3

Ergotherapie, Physiotherapie, Mototherapie

Ergotherapie, Physiotherapie und Mototherapie sind therapeutische Methoden um die individuelle Entwicklung von Kindern mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, Behinderungen etc. zu fördern. Einige KinderärztInnen in Graz bieten in ihren Praxen diese therapeutischen Unterstützungen an, wie beispielsweise Dr. Fritsch, Dr. Heher, Dr. Dornbusch oder Dr. Kutscherer. Bei manchen Elternberatungsstellen der Stadt Graz gibt es auch die Möglichkeit einer ergotherapeutischen Beratung (siehe Elternberatungsspiegel im Anhang).

In der folgenden Tabelle sind einige der großen TherapieanbieterInnen in Graz exemplarisch aufgelistet. Neben diesen gibt es eine Vielzahl kleiner AnbieterInnen, die hier nicht angeführt werden.

Ergotherapie	
Institut für Familienförderung (IFF)	Elisabethstraße 59,8010 Graz
Universitätsklinik LKH Graz	Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz
Therapiezentrum LiLo	Messendorfer Str. 72, 8041 Graz
Praxis Lebensbaum Interdisziplinäre Praxisgemeinschaft	Haydngasse 3, 8010 Graz
Physiotherapie	
Institut für Familienförderung (IFF)	Elisabethstraße 59,8010 Graz
Universitätsklinik LKH Graz	Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz
Therapiezentrum LiLo	Messendorfer Str. 72, 8041 Graz
Praxis Lebensbaum Interdisziplinäre Praxisgemeinschaft	Haydngasse 3, 8010 Graz
Physimo Phyikalisches Ambulatorium	Körösistraße 66c, 8010 Graz
Mototherapie	
Institut für Familienförderung (IFF)	Elisabethstraße 59,8010 Graz
Universitätsklinik LKH Graz	Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz
Therapiezentrum LiLo	Messendorfer Str. 72, 8041 Graz
Lebenshilfe	Conrad-von-Hötzendorf-Str. 37, 8010 Graz
Therapiezentrum Rabe	Statteggerstrasse 135a, 8045 Graz

Tabelle 13: Ergotherapie, Physiotherapie, Mototherapie
(eigene Darstellung)
Anzahl: 14

Unter dem Link http://www.ergotherapeuten.at können ErgotherapeutInnen nach Standorten gesucht werden. Die Suchanfrage für Graz ergab **24 Treffer** (Stand: 10.07.2017).

PhysiotherapeutInnen können auf der Website http://www.physiotherapie.at gesucht werden. Bei der Anfrage für Graz schienen **130 PhysiotherapeutInnen** auf (Stand: 11.07.2017).

Komplementärmedizinische Angebote

In der nachfolgenden Tabelle werden einige komplementärmedizinische Angebote für das erste Lebensjahr aufgezeigt:

Komplementärmedizinische Angebote	
Cranio Sacrale Osteopathie	Sanatorium St. Leonhard Schanzelgasse 42, 8010 Graz Hebammenzentrum Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz Therapie Zentrum Villefortgasse 13, 8010 Graz Osteopathie Krasser Davidgasse 4, 8010 Graz Cranio Sacralpraxis Silvia Potzinger Haydngasse 7/3, 8010 Graz Dr. Schneider Mariatroster Straße 28, 8043 Graz Sabine Kollingbaum-Fabian Rothweg 9, 8047 Graz
Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) für Mama und Baby	EKiZ Graz Petersgasse 44a, 8010 Graz Sanatorium St. Leonhard Schanzelgasse 42, 8010 Graz Dr. Lemp-Dorfer Peinlichgasse 3, 8010 Graz Dr. Kiesel Grazbachgasse 13, 8010 Graz

Tabelle 14: Komplementärmedizinische Angebote
(eigene Darstellung)
Anzahl: 11

5.1.4 Kognitive Entwicklung

Den Eltern wird hinsichtlich der kognitiven und sprachlichen Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr eine hohe Bedeutung zugeschrieben, da diese zu einem entscheidenden Teil den kindlichen Entwicklungsverlauf dieser Lebensphase durch die unterschiedlichen Erfahrungsmöglichkeiten, die sie dem Kind eröffnen, bestimmen (vgl. Abschn. 2.4).

In Tabelle 15 finden sich die Angebote in der Stadt Graz, durch welche kognitive und sprachliche Entwicklung des Kindes spielerisch gefördert werden.

Angebote für die kognitive und sprachliche Entwicklung	
Babyzeichensprache - Zwergensprache Mit Babys auf dem Weg zur Sprache Babyzeichensprache basiert auf einfachen Handzeichen und dient der Verständigung zwischen Eltern und Babys, bevor die Kinder ihre ersten Wörter sprechen. Dadurch soll unter anderem die Kommunikationsfähigkeit des Kindes gefördert werden.	Maria Gfrerer Mehrgenerationenhaus Schulgasse 22, 8010 Graz Sanatorium St. Leonhard Schanzelgasse 42, 8010 Graz Karin Ingolitsch Unterschiedlichen Örtlichkeiten Mobiles Familienzentrum Unterschiedliche Örtlichkeiten IFF – Institut für Frau und Familie Feuerbachgasse 1, 8020 Graz Privatklinik Graz Ragnitz Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz Regenbogen-Apotheke Weblinger Gürtel 25, 8054 Graz
Musivana - Zentrum für Musik und Bewegung	Geidorfgürtel 38, 8010 Graz
Eltern-Baby-Musizieren	Mobiles Familienzentrum Unterschiedliche Örtlichkeiten Kraxl Maxl & Co Hangweg 14, 8052 Graz

Tabelle 15: Angebote zur kognitiven und sprachlichen Entwicklung (eigene Darstellung)
Anzahl: 10

Logopädische Beratung und Logopädie

Das Amt für Jugend und Familie der Stadt Graz bietet in einigen Elternberatungsstellen logopädische Beratungen an (siehe Elternberatungsspiegel im Anhang), zudem gibt es eine eigene logopädische Beratungsstelle, an die sich Eltern wenden können, um mögliche Verzögerungen der kindlichen Sprachentwicklung frühzeitig zu erkennen und darauf gezielt durch logopädische Behandlung reagieren zu können.

Logopädie	
Institut für Familienförderung (IFF)	Elisabethstraße 59,8010 Graz
Mosaik	Wiener Str. 148, 8020 Graz
Krankenhaus der Elisabethinen	Elisabethinergasse 14, 8020 Graz
Universitätsklinik LKH Graz	Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz

Tabelle 16: Logopädie
(eigene Darstellung)
Anzahl: 4

Zusätzlich können unter folgendem Link http://www.logopaeden.at LogopädInnen nach Standorten gesucht werden. Für Graz erzielte die Suchanfrage **40 Treffer** (Stand 11.07.2017).

5.1.5 Sozial-emotionale Entwicklung

Wie in Abschnitt 2.5 aufgezeigt wurde, sind soziale Beziehungen und Bindungen für eine gesunde frühkindliche Entwicklung unumgänglich. Die Eltern-Kind-Bindung wird vor allem im ersten Lebensjahr aufgebaut und bildet die Basis der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes. Ein im besten Fall sicheres Beziehungs- und Bindungsverhältnis des Kindes entsteht aus gemeinsamen, qualitativ hochwertigen Erfahrungen und einer gegenseitigen Vertrauensbeziehung zwischen der Bezugsperson und dem Kind. Zusätzlich ist das Verhalten der Bezugsperson hinsichtlich der Bedürfnisbefriedigung des Kindes von entscheidender Bedeutung (vgl. Abschn. 2.5).

In der nachfolgenden Tabelle finden sich Angebote, die die Bindung zum Kind stärken und dadurch zu einer Intensivierung und Vertiefung der Eltern-Kind-Beziehung beitragen, weshalb ihnen eine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben werden kann.

Eltern-Kind-Beziehung und Bindung	
fein.fühlen Verein INPUT Unterstützung beim Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung für Familien mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren.	Das Angebot findet an 10 Terminen bei den Familien zuhause statt.
PEKiP - Das Prager Eltern Kind Programm Die Kommunikation zwischen Eltern und Kind steht im Vordergrund. Ziel ist es, die Beziehung zum Kind zu stärken.	Kirchengasse 4, 8010 Graz
Bewegung mit dem Kind	
Kanga Sport bzw. Tanz mit dem Baby. Dient einerseits der Rückbildung und Fitness der Mutter und der Bindung von Mutter und Kind.	Wird an unterschiedlichen Örtlichkeiten angeboten, siehe: www.kangatraining-graz.at
Mama und Baby Yoga	Sanatorium St. Leonhard Schanzelgasse 42, 8010 Graz EKiZ Graz Petersgasse 44a, 8010 Graz Hebammenzentrum Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz Privatklinik Graz Ragnitz Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz Regenbogen-Apotheke Weblinger Gürtel 25, 8054 Graz
Moving Mamas mit Baby	EKiZ Graz Petersgasse 44a, 8010 Graz
Rückbildungsgymnastik mit Kind	EKiZ Graz Petersgasse 44a, 8010 Graz Sanatorium St. Leonhard Schanzelgasse 42, 8010 Graz Hebammenzentrum Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz Privatklinik Graz Ragnitz Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz Regenbogen-Apotheke Weblinger Gürtel 25, 8054 Graz

Tabelle 17: Angebote zur sozial-emotionalen Entwicklung (eigene Darstellung)
Anzahl: 14

Babymassage und Babyschwimmen

Das Massieren des Babys dient ebenfalls dem Beziehungsaufbau und stärkt und vertieft die Bindung zum Kind, da durch die Berührung und den intensiven Kontakt automatisch Beziehung aufgebaut wird. Durch das Massieren des Babys werden das Kind und dessen Vorlieben besser kennen gelernt, zudem können sich viele Kinder während der Massage entspannen und sind danach ruhiger und ausgeglichener. Viele Kinder genießen die liebevolle Zuwendung, Aufmerksamkeit und Zärtlichkeit während der Massage (vgl. Walker 1993, S. 297f.). Kuzmits (vgl. 93-94) zufolge

> *„ist die Babymassage eine ganz tolle Sache, bei der vor allem die Beziehung gefördert wird. Es ist jetzt nicht nur ‚Ja gut, gehen wir ein bisschen streicheln', sondern, da ist schon viel mehr dahinter. Während der Babymassage sehe ich ganz viel, wie greift eine Mutter das Kind an, wie bewegt eine Mutter das Kind und auch da können wir schon ganz sanft eingreifen und die Mütter in eine Richtung führen."*

Auch das Babyschwimmen fördert die Beziehung zwischen Eltern und Kind durch die gemeinsame Aktivität im Wasser. Das Kind kommt spielerisch mit dem Element Wasser in Kontakt und kann dadurch neue Erfahrungen sammeln (vgl. Walker 1993, S. 297f.). In Graz werden Babymassage- und Schwimmkurse unter anderem an folgenden Stellen angeboten:

Babymassage	
Elternberatungsstellen der Stadt Graz	Siehe Elternberatungsspiegel im Anhang
EKiZ Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
Sanatorium St. Leonhard	Schanzelgasse 42, 8010 Graz
Mobiles Familienzentrum	Florianibergstraße 13, 8020 Graz
Hebammenzentrum Graz	Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz
Cornelia Winterheller	Joseph-Marx-Straße 5, 8043 Graz
Bettina Schilling	Zieglerstraße 20 G, 8045 Graz
Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz
Mammalia Annemarie Schuh	Süd-Ost-Siedler-Straße 47, 8053 Graz
Babyshiatsu	
EKiZ Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
Mag. Monika Kanduth	Praxisgemeinschaft Liebraum, Grillparzerstraße 24, 8010 Graz
Gudrun Kupfer	Ruckerlberggürtel 27/P, 8010 Graz
Hebammenzentrum Graz	Griesplatz 2/2/5, 8020 Graz
Daniela Tisch-Merkus	Maiffredygasse 7, 8010 Graz

Babyschwimmkurse	
EKiZ Graz	Kurse im Union Hallenbad
Privatklinik Graz Ragnitz	Berthold-Linder-Weg 15, 8047 Graz
Delphinchen Schwimmschule	Union Hallenbad, Auster Sportbad, Mosaik Schwimmbad, BG/BORG HIB Liebenau
Schwimmschule Birgit	Bad zur Sonne
Schwimmkurse Manuela Stefanski	Bad zur Sonne, Auster Sportbad, Hotel Novapark

Tabelle 18: Babymassage und Babyschwimmen
(eigene Darstellung)
Anzahl: 19

5.1.6 Elternbildungsveranstaltungen

Da Eltern den Entwicklungsverlauf des Kindes zu einem entscheidenden Teil bestimmen und prägen, wird ihnen bzw. den Bezugspersonen hinsichtlich der Gesundheitsförderung von Kindern im ersten Lebensjahr ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Durch Elternbildung sollen Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe unterstützt und begleitet sowie in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. Dies passiert einerseits durch die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten und andererseits durch die Ermutigung der Eltern zu einem reflexiven Umgang mit ihren Erziehungs- und Beziehungsaufgaben (vgl. Abschn. 1.3.5). Der folgende Abschnitt gibt eine Übersicht über die „Zwei und Mehr“ ElternbildungsanbieterInnen in Graz sowie die Eltern-Kind-Gruppen, die eine niederschwellige Form der Elternbildung anbieten. Zudem werden weitere Begegnungs- und Vernetzungsorte für Eltern in Graz angeführt, die ebenfalls durch Information, Austausch usw. einen wichtigen Beitrag zur Elternstärkung und damit zur Gesundheitsförderung leisten.

Elternbildung

Die Tabelle im Anschluss gibt einen Überblick der ElternbildungsanbieterInnen in Graz, die dem „Netzwerk Elternbildung“ angehören und aufgrund dessen den Qualitätskriterien der Elternbildung des Landes Steiermark entsprechen. Bei Seminaren und Workshops dieser AnbieterInnen ist es möglich, den Zwei und Mehr Elternbildungsgutschein einzulösen.

ElternbildungsanbieterInnen des „Netzwerk Elternbildung“	
Eltern-Kind-Zentrum Graz	Petersgasse 44a, 8010 Graz
Familienakademie der Kinderfreunde Steiermark	Schlossergasse 4, 8010 Graz
Verein Hazissa	Karmeliterplatz 2, 8010 Graz
Katholisches Bildungswerk	Bischofplatz 4, 8010 Graz
Kinderbüro - Die Lobby für Menschen bis 14	Karmeliterplatz 2, 8010 Graz
Lebenshilfe Soziale Dienst GmbH	Conrad-von-Hötzendorf-Straße 37a, 8010 Graz
RAINBOWS Steiermark	Theodor-Körner-Straße 182/1, 8010 Graz
Steirisches Volksbildungswerk	Herdergasse 3, 8010 Graz
Styria vitalis	Marburger Kai 51, 8010 Graz
VIVID - Fachstelle für Suchtprävention	Zimmerplatzgasse 13/1, 8010 Graz
Lesezentrum Steiermark	Eggenberger Allee 15a, 8020 Graz
Mosaik Bildung und Kompetenz (BuK) GmbH	Wiener Straße 148, 8020 Graz
Volkshochschule Steiermark	Hans-Resel-Gasse 6, 8020 Graz
WIKI	Ziehrerstraße 83, 8041 Graz
Institut für Familienfragen (IFF)	Mariatrosterstraße 41, 8043 Graz
Bildungshaus Mariatrost	Kirchbergstraße 18, 8044 Graz
Bildungshaus Schloss St. Martin	Kehlbergstraße 35, 8054 Graz
Österreichisches Rotes Kreuz Steiermark	Laubegg 1, 8413 Ragnitz

Tabelle 19: ElternbildungsanbieterInnen des Netzwerks Elternbildung (vgl. Land Steiermark 2017a, o.S.)
Anzahl: 18

Magerl (vgl. 8-8) gibt an, dass vom Katholischen Bildungswerk hinsichtlich des ersten Lebensjahres Einzelveranstaltungen sowie Seminare angeboten würden. Sie erwähnt bezüglich der Themenfelder: *„Große Themen im ersten Lebensjahr sind einfach das Thema Ernährung, das Thema Bindung, das Thema Bewegung“ (ebd.).*

Im Folgenden werden die auf das erste Lebensjahr des Kindes bezogene Elternbildungsangebote des Katholischen Bildungswerks exemplarisch aufgelistet, um zu veranschaulichen, welchen Themenfeldern sich Elternbildungs-veranstaltungen widmen können:

Vorträge:
Kunterbunt im Babybauch – Bewusste Ernährung in der Schwangerschaft
Zahngesundheit von Anfang an – Styria vitalis. Gesundheit für die Steiermark
(vgl. Katholisches Bildungswerk 2015a, S. 22ff.)

Seminare:
Abenteuer BABY
- Teil 1: Alles ist anders, das Baby ist da
- Teil 2: Rund um das Baby
- Teil 3: Entwicklungsfördernde Erziehung
- Teil 4: Frau, Mutter, Partnerin
- Teil 5: Meine Kraftquellen entdecken und stärken

Fit-vif-lebenslustig: Wie können Eltern das körperliche (fit), geistig-seelische (vif) und soziale Wohlbefinden (lebenslustig) von Kindern unterstützen und fördern?
Teil 1: Bewegung
Teil 2: Ernährung
Teil 3: Suchtprävention
Teil 4: Lebenssinn (vgl. ebd., 47ff.)

Die Familienakademie der Kinderfreunde Steiermark bietet für diesen Lebensabschnitt beispielsweise folgende Elternbildungsveranstaltungen an:

Klapperstorch im Anflug
Alles rund ums Baby
Babyblues
Das 1x1 der Baby-Ernährung
Wie viel Mama/ Papa braucht mein Kind?
Kinder stark machen fürs Leben
Glückliche Eltern – Glückliche Kinder
Life-Balance Inseln der Entspannung im Familienalltag
Eltern werden & sein und dabei PartnerIn bleiben! (vgl. Kinderfreunde Steiermark 2016, S. 7-19)

Unter dem Link www.elternbildung.steiermark.at können alle steirischen Elternbildungsveranstaltungen des Netzwerks Elternbildung in einem Veranstaltungskalender betrachtet und nach Postleitzahl und Datum gesucht und aufgelistet werden.

Eltern-Kind-Gruppen

Eltern-Kind-Gruppen sind eine niederschwellige Form der Elternbildung, die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz stärken. Eltern-Kind-Gruppen bilden für Eltern *„einen Erfahrungs- und Erlebnisraum, der über die Kleinfamilie hinaus Kontakte, Austausch, Unterstützung und Anregungen ermöglicht“* (Rix, 1999, S.11). Bei den regelmäßigen Eltern-Kind-Gruppen Treffen wird gemeinsam mit den Kindern, Eltern, Großeltern etc. gesungen, getanzt und experimentiert. Zudem gibt es genügend Raum für Erfahrungsaustausch und Beobachtung. Die Treffen werden von einer/m ausgebildeten Eltern-Kind-GruppenleiterIn geleitet und unterstützen und fördern die ganzheitliche Entwicklung des Kindes (vgl. Katholisches Bildungswerk 2015, S.3). Magerl (vgl. 22-22) zufolge seien Eltern-Kind-Gruppen von hohem Stellenwert für die Elternbildung und damit verbunden auch für die Entwicklung und Gesundheit der Kinder. Sie ist der Ansicht, *„Eltern-Kind-Gruppen sind Gesundheitsförderung pur“* (ebd.).

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der Eltern-Kind-Gruppen in Graz.

Eltern-Kind-Gruppen	
Zwergerltreff	Pfarre St. Leonhard Leonhardplatz 14, 8010 Graz
Zwergerlgruppe	Pfarre Graz-Graben Kirchengasse 4, 8010 Graz
Eltern-Kleinkinder-Treffen	Katholische Stadtpfarre Graz Herz Jesu Sparbersbachgassse 58, 8010 Graz
Münzemäuse	Pfarrsaal der Pfarre Münzgraben Münzgrabenstraße 61, 8010 Graz
EKI – integrative Eltern-Kind-Gruppe	Lebenshilfe Anzengrubergasse 8, 8010 Graz
Marienkäfer	Stadtpfarre Herrengasse 23, 8010 Graz
Offene Baby- und Kleinkindertreffen	EKiZ Graz Petersgasse 44, 8010 Graz
Eltern-Kind-Treffen	Begegnungsraum der Salvatorpfarre Robert-Stolz-Gasse 3, 8010 Graz
SOMM – BabyKlein-Treff	SOMM – Selbstorganisation von und für MigrantInnen und MuslimInnen Wielandgasse 23, 8010 Graz
Eltern-Kind-Gruppe	Vinzenz-Muchitsch-Haus Vinzenz Muchitsch-Straße 6b, 8020 Graz
Zwergerltreffen	Pfarre Schutzengel Hauseggerstraße 72, 8020 Graz
Eltern-Kind-Treff	Pfarre Don Bosco Südbahnstraße 100, 8020 Graz
Integrative Spielgruppe	Mosaik GmbH Wiener Straße 148, 8020 Graz
Zwergerltreff der Pfarre Mariahilf	Pfarre Mariahilf Mariahilferplatz 3, 8020 Graz
Eltern-Kind-Treff	Pfarre Kalvarienberg Kalvarienbergstraße 155, 8020 Graz
Andrä Zwergerl	Pfarre St. Andrä Kernstockgasse 9, 8020 Graz
EKI-Runde	Pfarre St. Vinzenz Vinzenzgasse 42, 8020 Graz
Krabbeltreff	Pfarre Graz-Süd Anton-Lippe-Platz 1, 8041 Graz
Eltern-Kind-Gruppe	Pfarre Thondorf Liebenauer Hauptstr. 291, 8041 Graz
Stöpseltreff	Pfarre St. Peter Gruber-Mohr-Weg 9, 8042 Graz
Zwergerlgruppe „Mariatrost“	Pfarre Mariatrost Kirchplatz 8, 8044 Graz
Bambini-Treff	ABC der Pfarre Andritz Haberlandtweg 17, 8045 Graz
Zwergerltreffen „Ragnitz“	Pfarre Ragnitz Ragnitzstraße 168, 8047 Graz
Zwergerltreff	Pfarre St. Anna Gösting Göstingerstr. 189, 8051 Graz
Zwergerltreff	Pfarre Christkönig Ekkehard-Hauer-Straße 28, 8052 Graz

Zwergerltreffen	Pfarre St. Elisabeth Glesingerstr. 36, 8054 Graz
Zwergerltreff	Pfarre Straßgang Florianibergstraße 13, 8054 Graz
EKI-Treff	Pfarre Puntigam Gradnerstraße 28, 8055 Graz

Tabelle 20: Eltern-Kind-Gruppen
(vgl. Katholisches Bildungswerk 2015, S. 6-33)
Anzahl: 28

Auf der Homepage des Katholischen Bildungswerks http://bildung.graz-seckau.at/ ist es möglich, alle steirischen Eltern-Kind-Gruppen nach Postleitzahl zu suchen.

Zusätzlich gibt es in Graz auch einige sogenannte „Küchenkastlgruppen“ vom Sozialamt, also Eltern-Kind-Gruppen speziell für bildungsbenachteiligte Eltern, die den Eltern auf ganz niederschwellige Art und Weise unterschiedliche Themen wie beispielsweise Babypflege, Ernährung usw. näher bringen (vgl. Magerl 38-38).

Begegnungs- und Vernetzungsorte für Eltern

In der nachfolgenden Tabelle sind Treffen bzw. Gruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten angeführt, die alle der Begegnung, Vernetzung und dem Gespräch von Eltern dienen. Die Eltern bekommen dort die Möglichkeit zum Erfahrungstausch mit Gleichgesinnten, erhalten Informationen zu unterschiedlichen Themen, können Fragen, Sorgen und Ideen äußern und erhalten Unterstützung in den unterschiedlichsten Bereichen des Elterndaseins.

Begegnungs- und Vernetzungsorte	
Babylounge	Arbeitsgemeinschaft Sozialraum 2 Grazbachgasse 39, 8010 Graz
Bleiben wir in Verbindung? Initiative für Früh- und Neugeborene	Neonatologie LKH Graz Schlossergasse 4, 8010 Graz
Bi-Ba-Butzegruppe	Institut für Kind, Jugend und Familie Adolf-Kolping-Gasse 1, 8010 Graz
Babytreff	Institut für Familienförderung Schulgasse 22, 8010 Graz
Café für Alleinerziehende	Katholische Aktion Steiermark Kirchengasse 4, 8010 Graz
Eltern Treff	DELTA Reitschulgasse 12/1, 8010 Graz
Eltern- und Angehörigentreffs Für Eltern und Angehörige von Kindern mit Behinderung	Lebenshilfe Conrad-von-Hötzendorf-Straße 37a, 8010 Graz
Mutter-Kind-Gruppe für Migrantinnen - Mamas International	Beratungszentrum für Schwangere Grabenstraße 39, 8010 Graz

Schwanger! - Gut begleitet durch 40 Wochen	Frauengesundheitszentrum Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz
Stadt.Wohnzimmer	Caritas Karlauplatz 1, 8010 Graz
Elterngruppe Ein Gruppenangebot für syrische und afghanische Flüchtlingsfamilien.	Jugend am Werk Lauzilgasse 25, 8020 Graz
Mutter-Kind-Treff	Verein a:pfl Wienerstraße 68, 8020 Graz
MiMi - Mittwoch miteinander Eltern-Kind-Treff	Caritas Kärntner Straße 411, 8054 Graz
Spielgruppen nach Emmi Pikler	EntfaltungsRaum Klosterwiesg. 6, 8010 Graz EKiZ Petersgasse 4, 8010 Graz SchrittWeise Paulustorgasse 12/1, 8010 Graz Beratungszentrum für Schwangere Grabenstraße 39, 8010 Graz
Zwei und Mehr Elterntreff zu unterschiedlichen Themen	Karmeliterplatz 2, 8010 Graz
Treff.Eltern	Katholisches Bildungswerk Einmalige Gesprächsrunden, wo mittels Gesprächskarten unterschiedlichste Themen (z.B. Ernährung) erarbeitet werden.

Tabelle 21: Begegnungs- und Vernetzungsorte (eigene Darstellung)
Anzahl: 19

Magerl (34-34) zufolge sei Treff.Eltern *„ein ganz niederschwelliges Angebot in den Muttersprachen der Eltern, die einfach mit Gesprächskarten unterschiedlichste Themen erarbeiten, wo es eben auch um Gesundheitsförderung von Kleinkindern geht.“*

5.1.7 Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen

Gerade die Zeit nach der Geburt eines Kindes ist für Eltern eine Zeit großer Herausforderungen und auch Belastungen. In der nachfolgenden Tabelle sind Angebote angeführt, die den Eltern Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen der Elternschaft bieten.

Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen	
Kinderschutz-Zentrum Graz Hilfe und Unterstützung zur Bewältigung von schwierigen Problemsituationen und Hilfestellung in Krisen sowie bei der Entwicklungsförderung von Kindern.	Griesplatz 32, 8020 Graz
Gewaltschutzzentrum Steiermark Hilfe in Krisensituationen	Granatengasse 4/2, 8020 Graz
Kinder- und Jugendanwaltschaft Steiermark Hilfe für Kinder und Jugendliche	Paulustorgasse 4, 8010 Graz
Im Notfall: Bereitschaftsdienst Erreichbarkeit rund um die Uhr für Anfragen und Sofort-Hilfe in Not- und Krisensituationen von Kindern und Jugendlichen in Graz. Möglichkeit zur Meldung von Gefährdungen von Kindern oder Jugendlichen.	Amt für Jugend und Familie, Stadt Graz +43 316 872-3043 Wochenende und Nacht: +43 316 872-5858
Babysprechstunde Bei Fragen hinsichtlich Problemlagen zum Schlaf-, Schrei- und Essverhalten von Babys.	Beratungszentrum für Schwangere Grabenstraße 39, 8010 Graz
Projekt „Startfee“ Angebot für Eltern von Kindern zwischen null und zwei Jahren. Die Startfeen der Caritas entlasten, begleiten und unterstützen Eltern bzw. Familien.	Beratungszentrum für Schwangere Das Angebot findet bei den Familien zuhause statt.
Schreiambulanz	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH Graz Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz
Hilfe bei unruhigen Kindern, 24h-Kindern, Schreibabys	Mobiles Familienzentrum Brauhausstraße 84p, 8053 Graz
Krisendienst für Familien Angebot bietet Hilfe in Krisensituationen. Durch ein Krisendienstteam wird die Familie drei Monate lang unterstützt und aus der Krise begleitet.	Alpha Nova Das Angebot findet bei den Familien zuhause statt.
MoKiDi - Mobiler Kinderkrankenpflegedienst Das Angebot zielt darauf ab, dass kranke Kinder zuhause gepflegt werden können und reicht von Intensivpflege über Beratung bei der Therapie.	Hilfswerk Das Angebot findet bei den Familien zuhause statt.
Familienhilfe - Hilfe für Daheim Unterstützung von Familien in akuten Notsituationen, durch Support in der gewohnten Umgebung (Hausarbeiten, Kinderbetreuung, Einkaufen, Kochen etc.)	Caritas Das Angebot findet bei den Familien zuhause statt.

Familienberatung, Erziehungs- und Beziehungsberatung Begleitung für Familien in schwierigen Lebensphasen und -situationen durch psychologische Beratung, Rechtsberatung, interkulturelle Sozialberatung, Elterncoaching, Mediaton etc.	Frauenservice Graz Lendplatz 38, 8020 Graz Magistrat Stadt Graz Pestalozzistraße 59, 8010 Graz Institut für Familienberatung und Psychotherapie der Diözese Graz-Seckau Kirchengasse 4, 8010 Graz Institut für Familienfragen Mariatroster Str. 41, 8043 Graz Lebenshilfe Conrad-von-Hötzendorf-Straße 37a, 8010 Graz Institut für Familienförderung (IFF) Elisabethstraße 59, 8010 Graz

Tabelle 22: Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen (eigene Darstellung)
Anzahl: 17

5.1.8 Frühförderung - Familienbegleitung - Familienentlastung

Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsrisiken, Verhaltensauffälligkeiten oder Behinderungen gibt es das Angebot der Frühförderung, das auch deren Eltern oder Bezugspersonen mit einbindet. Dieses entwicklungsfördernde Hilfsangebot richtet sich an Kinder ab der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr, wobei es wichtig ist, dass betroffene Kinder so früh wie möglich damit erreicht werden. *„Unter Berücksichtigung ihres präventiven wie Hilfe-Auftrags gilt die Aufmerksamkeit der Frühförderung besonders Säuglingen und Frühgeborenen mit Entwicklungsrisiken, mehrfachbehinderten Kindern, Kindern mit Verhaltensbesonderheiten und Lern- und Leistungsstörungen, entwicklungsgefährdeten Kindern aus sozial benachteiligten Familien und auch verunsicherten Eltern und Familien“* (Thurmair/Naggl 2010, S. 19). Zudem besteht für pflegende Familienmitglieder die Möglichkeit der Familienentlastung, ein Angebot das Unterstützung im Alltag sowie in Krisensituationen bietet. In der nachfolgenden Tabelle werden einige Träger angeführt, die Frühförderung bzw. Familienentlastung anbieten.

Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung	
Kinderfreunde Steiermark	Schlossergasse 4, 8010 Graz
Lebenshilfe	Conrad-von-Hötzendorf-Str. 37a, 8010 Graz
SHFI - Sozial- und Heilpädagogisches Förderungsinstitut	Puchstraße 85/1, 8020 Graz
Alpha Nova	Idlhofgasse 63, 8020 Graz
La Vida Elterninitiative	Steinfeldgasse 63a, 8020 Graz
Humanistische Initiative Frühförderstelle	Hangweg 29, 8052 Graz
Familienentlastung	
Caritas	Grabenstraße 39, 8010 Graz
Lebenshilfe	Conrad-von-Hötzendorf-Str. 37a, 8010 Graz
ISI – Integrative Soziale Integration	Bahnhofgürtel 59 8020 Graz
Alpha Nova	Idlhofgasse 63, 8020 Graz
SHFI Sozial- und Heilpädagogisches Förderinstitut	Puchstraße 85/1, 8020 Graz
Jugend am Werk	Lauzilgasse 25/3, 8020 Graz
La Vida Elterninitiative	Steinfeldgasse 63a, 8020 Graz
Mosaik	Wiener Straße 148, 8020 Graz

Tabelle 23: Frühförderung und Familienentlastung
(eigene Darstellung)
Anzahl: 15

5.1.9 Sonstige Angebote

In der nachfolgenden Tabelle finden sich gesundheitsfördernde Angebote, die nach Ansicht der Verfasserin keinem der bereits angeführten Punkte zuzuordnen sind.

Sonstige Angebote	
Säuglingswiederbelebungskurse im Rahmen von SIDS	Österr. Rotes Kreuz Steiermark Univ. Klinik für Kinderchirurgie Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz Physiologisches Institut Harrachgasse 21, 8010 Graz,
Erste-Hilfe Kindernotfallkurs	Österr. Rotes Kreuz Steiermark Bezirksstelle Graz-Stadt (RKG) Münzgrabenstraße 151, 8010 Graz Wiki-Akademie (WIKI) Ziehrerstraße 83, 8041 Graz
Notfälle im Kindesalter (NIK)	Arbeiter-Samariter-Bund Puchstraße 216, 8055 Graz
Bärenburg Schauhaus für Kindersicherheit und Unfallprophylaxe, ein Projekt von GROSSE SCHÜTZEN KLEINE (Österreichisches Komitee für Unfallverhütung im Kindesalter)	Auenbruggerplatz 49, 8036 Graz

Zwei und Mehr Netzwerk Elternbildung Steirischer Familienpass Unterstützungs- und Serviceleistung des Landes Steiermark für Familien durch Familien-ermäßigungen, **Elternbildungsgutschein** im Wert von 20 Euro/Jahr und weitere Informationsleistungen.	Amt der Stiermärkischen Landesregierung A6 Bildung und Gesellschaft Karmeliterplatz 2, 8010 Graz

Tabelle 24: Sonstige Angebote
(eigene Darstellung)
Anzahl: 7

5.1.10 Frühe Hilfen in der Stadt Graz

In Österreich gibt es derzeit 23 regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke, drei davon in der Steiermark, nämlich Bruck-Mürzzuschlag/Leoben, Hartberg-Fürstenfeld und Südoststeiermark, die mit Mitteln des Gesundheitsförderungsfonds finanziert werden (vgl. Fruehehilfen.at o.J.a, o.S.). Graz ist derzeit noch nicht in dieses regionale Frühe-Hilfen-Netzwerk aufgenommen. Sauseng zufolge (vgl. 28-30) sei die Möglichkeit jedoch gegeben, dass die Subventionen bald auch für Graz verwendet werden, da diesbezüglich bereits Gespräche mit der GKK stattfänden. In der Stadt Graz würden jedoch bereits eine Vielzahl an Projekten im Bereich der Frühen Hilfen realisiert, Sauseng (26-26) erwähnt diesbezüglich:

> *„Alles was wir machen sind eigentlich Frühe Hilfen. Das ist ein Konzept, das es im Jugendamt gibt, wo wir sagen, wir wollen die Eltern ein Stück begleiten, wir wollen sie stärken und das beginnt bei den Geburtsvorbereitungskursen, über Willkommen in Graz, Elternberatung, Schlafberatung und natürlich über die Datenbank family@graz, wo die Leute sich die Informationen selbst im Internet suchen können.“*

Derzeit ist die Koordinationsstelle der Frühen Hilfen in Graz der Ärztliche Dienst gemeinsam mit Frau Sandner-Koller, die ebenfalls beim Amt für Jugend und Familie tätig ist und darauf achtet, dass in den vier Grazer Sozialräumen die gleichen Qualitätsstandards gelten und inhaltlich ähnlich gearbeitet wird. Zudem wird versucht, ein Netzwerk aufzubauen, „*damit das Frauengesundheitszentrum weiß, was das EkiZ tut und was das Amt für Jugend und Familie macht*“ (ebd. 26-26).

5.1.11 Über- Unterangebot: Einschätzung der ExpertInnen

Bezogen auf die Angebotssituation in Graz sind alle ExpertInnen geschlossen der Meinung, dass das bestehende Angebot im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz als gut und ausreichend einzustufen sei. Panzitt (57-57) erwähnte in diesem Zusammenhang: *„Ich sage meinen Frauen immer, man ist in Graz wirklich gut aufgehoben, in der Schwangerschaft schon und dann die Elternberatung und das ganze Rundumangebot, also was will man mehr, es ist wirklich ein tolles Angebot da.“* Kuzmits (104-104) gab an: *„Also ich finde, dass Graz ein irrsinniges Angebot hat und dass jede Mutter was findet.“*

Keine/r der InterviewpartnerInnen ist der Meinung, dass Graz ein Unterangebot in diesem Bereich aufweise. Sauseng meint dazu, *„Eigentlich muss man in Graz nichts mehr neu erfinden, es gibt ganz viel“* (Sauseng, 26-26). *„Vor allem im ersten Lebensjahr wird eigentlich wirklich viel gemacht und es gibt auch zahlreiche Möglichkeiten für Austausch“* (ebd., 58-58). Laut Panzitt (39-39) gebe es trotz des reichlichen Angebots: „*kein Überangebot [gibt], weil ich kann mir ja aussuchen was ich will und es passt ja nicht für jeden alles, außerdem muss ich als Mutter ja auch nicht alles mitmachen.“*

Magerl und Guggi-Pachler sind der Ansicht, dass es nicht notwendig sei weitere Förderungsprogramme in Graz zu etablieren, sondern in erster Linie das Augenmerk darauf gelegt werden solle, bestehende Institutionen und deren Angebote weiterhin zu fördern. Magerl meint dahingehend: *„Es gibt ein sehr gutes Angebot muss man sagen und das sollte auch weiter gefördert werden, das finde ich einfach ganz, ganz wichtig. Man muss nicht hundert neue Sachen erfinden, sondern man soll auch mal gewisse Sachen fördern, die einfach da sind und die auch gut sind“* (Magerl, 59-62).

5.2 Zielgruppe: Eltern

Im folgenden Abschnitt werden die Inanspruchnahme von Angeboten, die Bedürfnisse sowie die Erreichbarkeit von Eltern aus Sicht der ExpertInnen näher dargestellt. Zusätzlich wird auf die sozioökonomischen Unterschiede hinsichtlich der angeführten Punkte eingegangen.

5.2.1 Inanspruchnahme

„Unterstützung ist ganz wichtig, weil sich das Leben so verändert hat. Junge Familien sind heutzutage in der Regel sehr auf sich alleine gestellt und es ist sehr viel Isolation da. Junge Eltern brauchen wirklich Austausch und dass das alles ein bisschen normalisiert wird, dass sie nicht glauben sie sind die Einzigen mit einem Problem. Es geht darum zu normalisieren, abzuschwächen, ein bisschen herunter zu fahren, zu unterstützen, zu informieren und die Eltern ein bisschen über die Umstellung mitzutragen“ (Guggi-Pachler, 56-56).

Wie Guggi-Pachler führt auch Ehall die Veränderung in der Lebenssituation der Familien als einen Grund für die Inanspruchnahme bzw. den Bedarf von gesundheitsfördernden Angeboten an. Sie erwähnt dahingehend:

> *„Es hat sich in den letzten Jahren ja sehr viel verändert. Früher war man eine Großfamilie und da ist der Einstieg in die Elternschaft so Hand in Hand gegangen und das ist leider verloren gegangen. Ich sehe das auch immer wieder, wenn ich nachfrage ob es eine Oma gibt die präsent ist und die Frauen sagen, Omas gibt es schon, aber sie sind alle noch berufstätig oder nicht in der Nähe“* (Ehall, 16-16).

Eltern sind demnach immer öfter auf sich allein gestellt, weshalb sie unterschiedlichste Angebote in Anspruch nehmen, um sich dadurch ein außerfamiliäres Beziehungs-, Beratungs- und Unterstützungsnetz aufzubauen.

Ein weiterer Grund, der von den ExpertInnen erwähnt wurde, ist die zunehmende Informationsüberflutung und die daraus resultierende Verunsicherung und Überforderung der Eltern. Ehall (16-16) führt diesbezüglich beispielsweise an:

> *„Die Eltern sind auch definitiv mit ihrem Umfeld überfordert, weil es nach wie vor so ist, dass jeder gute Ratschläge gibt und die Eltern mit unglaublich vielen verschiedenen Meinungen konfrontiert sind und darum nicht mehr wissen, was eigentlich richtig ist oder was sie selbst wollen. Zudem gibt es so unglaublich viel Ratgeberliteratur am Markt. Dann suchen sie sich im besten Fall eine professionelle Unterstützung, wo sie viel erfahren und nachfragen können.*“

Magerl (27-27) erwähnt in diesem Zusammenhang:

> *„Also der Hauptgrund ist einmal Austausch. Austausch mit anderen Eltern, Austausch auch mit einer Fachperson, die sich über ein Thema auskennt. Da sind Unsicherheiten der Eltern, die sie einfach haben, weil man hört ja von überall, man bekommt viele unterschiedliche Informationen und möchte einfach auch einmal wissen wie machen das andere, mach ich es richtig, passt das so, oder welche Möglichkeiten gibt es noch."*

Laut Guggi-Pachler (12-12) *„gibt es sehr viel Ratgeberliteratur, die oft das Gefühl vermittelt, dass man es genau so machen sollte. Aber Erziehung läuft nicht über den Kopf, das ist schon etwas anderes und die Frauen sind zum Teil sehr verunsichert. Das Treffen und der Austausch auf Augenhöhe machen diesbezüglich sehr viel aus."*

Diese Ergebnisse decken sich mit der Fachliteratur, beispielsweise erwähnt Tschöpfe-Scheffler, dass mit dem Traditionenwandel auch zunehmende Verunsicherungen für Eltern einher gehen (vgl. Abschn. 1.3.5). Largo beschreibt, dass durch Normvorstellungen und die Vielzahl an Erziehungsratgebern teilweise falsche Erwartungen seitens der Eltern geweckt werden, was zu starken Verunsicherungen führen kann (vgl. Abschn. 2.2).

Der Austausch wurde von den ExpertInnen geschlossen als intensiver Beweggrund seitens der Eltern für die Inanspruchnahme diverser Angebote angeführt. Zusätzlich wurden die Suche nach Unterstützung, Sicherheit, Bestätigung und Stärkung von den ExpertInnen als Gründe für die Inanspruchnahme genannt. Panzitt (18-18) gibt beispielsweise an: *„Es gibt gerade zu Beginn viele kleine Unsicherheiten, wo man der Frau oft nur Sicherheit vermitteln muss. Es tut oft einfach gut, wenn sie hört, dass sie alles gut und richtig macht, das ist es dann oft schon."* Magerl (30-30) erwähnt hinsichtlich dieser Thematik: *„Es geht viel um Bestätigung und Sicherheit. Schauen, dass man es richtig macht, dass man für das Kind das Beste tut."*

Sauseng weist zudem darauf hin, dass die elterlichen Gründe für die Inanspruchnahme von Angeboten sehr vielseitig seien, da sie zusätzlich zu den individuellen Gründen auch abhängig von der Art des Angebotes wären.

> *„Bei Fortbildungskursen sind die Gründe sicher, ich will mich fortbilden, ich will gestärkt werden in meinem Tun mit meinem Kind. Bezogen auf die Elternberatung kommen Eltern beispielsweise weil sie wissen, da gibt es einen Arzt, da kann ich mein Kind abhören lassen und da brauche ich mich nicht zwei Stunden anzustellen. Ein ganz großer Grund in der Elternberatung ist sicherlich auch der Austausch mit anderen Eltern. Und wenn es dann etwas Spezielleres wird, wie z.B. die Schlafberatung, ist eindeutig ein Problem da, wo man sagt, da gibt es die Möglichkeit sich informieren oder beraten zu lassen“* (Sauseng, 18-18).

Dies wird durch die Ergebnisse in Abschn. 1.3.5 untermauert, denn die Fachliteratur weist ebenfalls darauf hin, dass die Gründe für die Inanspruchnahme von Elternbildungsangeboten sehr individuell sind und vom Bedürfnis nach Austausch mit anderen Eltern, über bestehende Unsicherheit in der kindlichen Erziehung bis hin zum Hilfebedarf aufgrund konkreter Probleme, variieren. Es komme auch vor, dass Angebote von Eltern nicht freiwillig, sondern als Auflage in Anspruch genommen werden müssen. In diesen Fällen gehe es darum, das Kindeswohl zu gewährleisten und regelmäßig zu überprüfen, ob eine adäquate Versorgung des Kindes gegeben ist (vgl. Kuzmits, 34-42; vgl. auch Panzitt, 27-27).

Sozioökonomische Unterschiede

> *„Es gibt klare Unterschiede. ‚Treffpunkt Eltern‘ wird von einer ganz anderen Personenschicht angenommen wie Elternbildungsveranstaltungen. Oft ist einfach eine Überwindung da, in eine Eltern-Kind-Gruppe zu gehen oder auch Elternbildungsveranstaltungen zu besuchen“*
> (Magerl 38-38).

Aus den ExpertInneninterviews geht hervor, dass es eindeutig Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Eltern gibt. Alle ExpertInnen sind sich darüber einig, dass gesundheitsfördernde Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr vorwiegend von Eltern mit hohem sozioökonomischen Status in Anspruch genommen würden. Gestützt wird diese Ansicht auch durch die Ergebnisse des Forschungsberichtes des ÖIF, die aufzeigen, dass vor allem finanzkräftige, bildungsnahe Eltern der Mittelschicht Elternbildungsangebote besuchen (vgl. Abschn. 1.3.5).

Ehall (vgl. 17-18) erwähnt beispielsweise, dass Eltern mit niedrigen sozioökonomischen Status aus verschiedensten Gründen Hemmungen davor hätten, Angebote in Anspruch zu nehmen und aufgrund dessen eher selten an Geburtsvorbereitungskursen oder Stillsprechstunden teilnehmen würden. Wie Magerl (vgl. 38-38) führt auch Ehall (vgl. 18-18) Sprachbarrieren als Gründe für die Verschiedenheiten hinsichtlich einer Inanspruchnahme an. Kuzmits (vgl. 20-24) zufolge würden sozial besser gestellte, bildungsnahe Eltern die Elternberatung vorwiegend aufsuchen, um fachlich fundierte Informationen zu erhalten und sich mit Fachpersonen und anderen Eltern auszutauschen. Zudem hinterfragten sie Dinge sehr genau, während Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status tendenziell wenig Interesse an solchen Gesprächen zeigen würden, sondern eher wegen der medizinischen Beratung und vorwiegend aufgrund der finanziellen Zuwendung durch die Gutscheine in die Elternberatung kämen.

Panzitt (vgl. 7-8) gibt an, dass Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status wesentlich weniger Hebammennachbetreuung in Anspruch nehmen würden. Gründe dafür sehe sie einerseits im unterstützenden Familienbackground, den vor allem Familien mit Migrationshintergrund aufweisen, und anderseits im finanziellen Bereich. Sie gibt diesbezüglich an:

> *„Nachdem es in Graz keine Kassenhebamme für die Nachbetreuung gibt, kommt natürlich die finanzielle Situation auch dazu, dass eine Nachbetreuung immer was kostet und da ist es der Kostenpunkt natürlich auch, warum vielleicht viele Frauen, die eben nicht sozial höher gestellt sind, sich das einfach auch nicht leisten können“ (*Panzitt 10-10).

5.2.2 Bedürfnisse und Themen

> *„Es gibt ganz unterschiedliche Bedürfnisse von Eltern. Also der Austausch ist ein ganz großes Bedürfnis und auch Information zu bekommen*“ (Magerl 40-40).

Obwohl die ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen und Branchen des Gesundheitswesens kommen und daher auch verschiedene Zugänge zu den Eltern haben, werden die elterlichen Bedürfnisse nach Bestätigung, Sicherheit, Information und Austausch von allen ExpertInnen genannt. Diese ExpertInneneinschätzungen hinsichtlich der Bedürfnisse von Eltern decken sich auch größtenteils mit deren Angaben bezüglich der Gründe für die Inanspruchnahme von Angeboten.

Sauseng (48-49) führt hinsichtlich der elterlichen Bedürfnissen an: *„Unsicherheiten nehmen ist schon ein Hauptpunkt. […] Und natürlich ist der Mensch auch so gestrickt, dass er ganz gerne seine eigenen Vorstellungen bestätigt haben möchte."* Magerl (30-30) erwähnt diesbezüglich:

> *„Ja, das ist das, was Eltern auch einfach mal brauchen, eben Sicherheit. Und natürlich Dinge, wie auch einmal aus dem Alltag herausgehen, um einfach Kontakt zu anderen Eltern, auch erwachsenen Personen zu haben."*

Kuzmits (vgl. 56-56), Panzitt (vgl. 18-18) und Guggi-Pachler (12-12) zufolge sei es für Eltern wichtig, sie in ihrer Eigenkompetenz und ihrem Tun zu bestätigen, wodurch Unsicherheiten genommen und Sicherheit vermittelt werden könnten. Kuzmits (56-56) bemerkt beispielsweise:

> *„Es geht nicht nur darum, dass man sagt, das und das könntet ihr machen. Es geht auch oft darum, das zu stärken, was sie eh schon können. Also darum, die Elternkompetenz zu stärken. Da gilt es auch oft zu sagen, es passt eh so, wie du das machst, wie Sie das machen. Und manchmal brauchen Eltern das einfach.*"

Themen

Hinsichtlich der Themen, die bei den Eltern im Verlauf des ersten Lebensjahres ihres Kindes aufkommen, werden von den ExpertInnen Ernährung, Schlaf, alltagspraktische Themen und der Entwicklungsverlauf bzw. das Entwicklungstempo genannt, wobei Ernährung als das Hauptthema angeführt wird (vgl. Kuzmits 22-24; vgl. auch Guggi-Pachler 12-14, vgl. auch Ehall 40-42, Sauseng 47-47; vgl. auch Panzitt 17-18).

Kuzmits (22-24) gibt dahingehend an: *„Die Eltern wollen ganz genaue Informationen haben und Ernährung ist das große Thema in der Elternberatung. Ob Stillberatung, Ernährungsberatung, Beikost aber auch Anziehen, Schlafen, Pflege usw., ich sage immer, es gibt keine dummen Fragen."* Magerl (44-44) erwähnt: *„Themen sind Ernährung, wann isst mein Kind, muss ich selber kochen, wann kommt der erste Zahn, krabbelt mein Kind, warum krabbelt mein Kind nicht, wann sitzt es, also das ist ein ganz breites Thema."* Guggi-Pachler (52-52) bemerkt: *„Ich denke mir oft, das ist die Generation der essgestörten Mütter. Ich kann mich nicht erinnern, dass das Thema Essen früher so stark war, wirklich, es ist alles fixiert auf das Essen."*

Zusätzlich geben Guggi-Pachler (vgl. 25-26) und Kuzmits (vgl. 30-30) auch Veränderungen in der Paarbeziehung als Themen an, die bei manchen Eltern im Verlauf des ersten Lebensjahres ihres Kindes zu Problemen führen würden und bei welchen sie teilweise Unterstützung benötigten:

> *„Es ist auch so, dass viele sehr glückliche Paare das erste Jahr nicht schaffen, auch Paare, die lange zusammen sind. Weil die Beziehung so eingespielt ist und unbewusst Rollen festgelegt werden und auf einmal ist da ein Baby da. Das erste Jahr ist einfach auch ein Beziehungsthema und wenn man den Eltern vermittelt, dass das keine persönliche Geschichte ist, sondern in der Natur der Sache liegt und dass das Zeit braucht bis sich das eingespielt hat, hat man schon viel erreicht“* (Guggi-Pachler 26-26).

Um die Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe bestmöglich zu unterstützen, sei es laut Kuzmits (vgl. 159-160) und Ehall (vgl. 24-24) unumgänglich eine Vertrauensbasis mit den Eltern aufzubauen.

> *„Und ich denke mir einmal, das was ich mache ist eigentlich Sozialarbeit in der ursprünglichen Form. Kontakt zu den Menschen, zu den Leuten zu kriegen, um so ein Vertrauen aufzubauen und wenn es dann einmal ein Problem gibt, wissen sie, ok, da kann ich hingehen, da kann ich fragen“* (Kuzmits, 159-159).

Sozioökonomische Unterschiede

Befragt nach sozioökonomischen Unterschieden hinsichtlich der Bedürfnisse von Eltern, geben die ExpertInnen zwar an, dass Unterschiede bestünden, jedoch werden diese nicht genauer ausgeführt. Sauseng und Kuzmits gehen allerdings näher auf Unterschiede bezüglich der Themen, die Eltern beschäftigen ein.

Kuzmits (vgl. 26-26) erwähnt diesbezüglich, dass das Thema Essen für Menschen mit hohem sozioökonomischen Status wesentlich wichtiger sei als für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status.

> *„Ja, Essen ist wirklich das Überthema und wenn ich da vergleiche: In St. Peter, wo eben eher die sozial mittlere, höhere Schichte kommt, die sezieren das Essen fast. Da muss man das Essen fast zerlegen. Während in Lend bei der eher sozial schwächeren Schicht, da ist das alles nicht so wichtig“* (Kuzmits 26-26).

Laut Sauseng (vgl. 52-53) seien zwar die Themen im ersten Lebensjahr bei allen Eltern sehr ähnlich, da sie vom Kind selbst vorgegeben würden und alle Kinder essen oder wachsen müssten. Unterschiede ließen sich ihm zufolge jedoch bei den Problemen, die sich im ersten Lebensjahr des Kindes auftun, festmachen.

> *„Die Probleme sind schon sehr unterschiedlich. Ich bekomme manchmal mit, was das für die Situation einer Familie bedeutet, wenn Menschen beispielsweise auf ganz engem Raum wohnen. Das reicht von: ich habe keinen Platz, wo mein Kind laufen kann, ich kann nicht einfach eine Tür aufmachen und mein Kind kann rauslaufen, bis hin zu, wir stehen uns gegenseitig auf den Beinen oder es gibt jemanden in der Familie, der immer den Fernseher laufen lässt, und das Kind kriegt das immer mit, solche Dinge gibt es. Was auch nicht so selten vorkommt, ist, dass Leute in der Eltern- oder Schlafberatung sagen, ich habe Probleme, wenn das Kind schreit, weil sich die Nachbarn aufregen“ (ebd.).*

5.2.3 Erreichbarkeit

> *„Programm, Internet, Mundpropaganda. Am günstigsten ist es, wenn sie in der Schwangerschaft bereits auf uns aufmerksam werden und dann bleiben“*
> (Guggi-Pachler, 16-16).

Bezogen auf die Erreichbarkeit von Eltern werden unterschiedliche Strategien genannt. Diese reichen von persönlicher Ansprache, über Mundpropaganda, Folder, Broschüren, Plakaten bis hin zu diversen digitalen Medien (Homepage, WhatsApp, Facebook etc.) und Zeitungsinseraten.

Einigkeit herrscht bei den ExpertInnen darüber, dass Eltern aller sozioökonomischen Schichten am besten über persönlichen Kontakt auf Angebote aufmerksam gemacht würden bzw. diese dann am besten annähmen.
Magerl (20-20) erwähnt diesbezüglich beispielsweise: „*Wir erreichen Eltern über Internet, über Folder, über Plakate, aber was immer noch am besten funktioniert, grad im ersten Lebensjahr, ist über persönliche Ansprache, über persönliche Einladung beispielsweise in den Eltern-Kind-Gruppen.“* Sauseng (21-21) ist der Ansicht, „*Ich glaube es geht am ehesten über persönlichen Kontakt, ein bisschen so, wie wir das machen, das ist die nachgehende Arbeit, wir gehen dorthin, wo die Leute ihr Kind bekommen haben, und begrüßen sie und informieren sie über Beratungsangebote.“* Dies deckt sich auch, wie in Abschnitt 1.3.5 aufgezeigt wurde, mit der Fachliteratur, aus der hervor geht, dass Mundpropaganda und persönliche Ansprache als hoch effektive Strategien hinsichtlich der Erreichbarkeit von Eltern einzustufen sind.

Sozioökonomische Unterschiede

Laut den ExpertInnen gebe es keine Probleme dabei, Eltern zu erreichen, die sich informieren wollen bzw. Unterstützung oder Hilfestellungen suchen und vorwiegend der mittleren bzw. höheren Bildungsschicht angehören. Schwierigkeiten bestünden allerdings vor allem bei der Erreichbarkeit von Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status. Auch aus der Literaturrecherche geht hervor, dass Eltern aus bildungsfernen sozial benachteiligen Familien oder Familien mit Migrationshintergrund eher selten an Elternbildungsveranstaltungen teilnehmen (vgl. Abschn. 1.3.5).

Guggi-Pachler (14-14) beschreibt die Schwierigkeiten hinsichtlich der Erreichbarkeit von Eltern folgendermaßen: *„Wir haben hier schon eher die gebildete Schichte, es gelingt leider sehr schwer, Leute, die es wirklich brauchen, in das EKiZ zu kriegen."* Sauseng (4-4) gibt an: *„Es ist ganz schwierig, die Leute zu erreichen, von denen wir glauben, dass sie es brauchen würden, ob das jetzt wirklich so ist, das sei dahingestellt."* Ehall (30-30) meint diesbezüglich: *„Also ich finde in Graz gibt es ein sehr gutes Angebot, aber es ist natürlich so, dass die, die es wissen wollen, damit erreicht werden und bei den anderen ist es leider oft sehr schwierig."*

Sauseng (20-20) erklärt diese Unterschiede damit, dass gewisse Personengruppen mit Informationskampagnen leider schlecht bis gar nicht erreicht würden. *„Sie lesen sich nicht die 17 Zettel durch, die man nach der Geburt bekommt, denn Leute, die nicht gewohnt sind, viel zu lesen oder vielleicht mit Sprache überhaupt ein Problem haben, sehen sich das nicht alles an."* Diese Ansicht teilen auch Haug-Schnabel und Bensel (2003), die ebenfalls beschreiben, dass Gesundheitskampagnen vor allem sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten kaum erreichen würden (vgl. Abschn. 1.3.5).

Zudem ist erwiesen, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten durch allgemeine Gesundheitskampagnen, beispielsweise zur Förderung der Elternkompetenz oder zur Information über bestimmte Risiken (beispielsweise den plötzlichen Kindstod), kaum bis gar nicht erreicht werden (vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2003, S. 23).

Gründe für Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit von Eltern

Die ExpertInnen führen unterschiedliche Gründe für die Schwierigkeiten hinsichtlich der Erreichbarkeit an. Diese reichen vom Finanziellen, Kulturellen, Zeitlichen über zu wenig Niederschwelligkeit bis hin zu Vorurteilen gegenüber den AnbieterInnen von Angeboten.

Bezogen auf das EKiZ erwähnt Guggi-Pachler (22-22):

> *„Es liegt sicher auch daran, das muss man schon sagen, dass ein EKiZ nicht vom Land und von der Stadt finanziert ist, wobei bei uns natürlich jeder, der es brauchen würde, einen Geburtsvorbereitungskurs gratis bekommt und es gibt ja auch die offenen Treffen. Aber es ist eben nicht möglich, alles gratis anzubieten. […] Ja und das andere ist, dass einfach viele keinen Schritt heraus gehen, gerade die, die es unbedingt brauchen würden."*

Kuzmits (86-86) bezieht sich auf die Workshops der GKK sowie auf die Fortbildungsreihe „Ein guter Weg durch die Elternschaft" des Amtes für Jugend und Familie und erwähnt: *„Da muss ich sagen, dass das vielleicht ein bisschen zu hoch angesetzt ist, weil Leute, die das wirklich brauchen würden, die erreicht man leider nicht. Die gehen dort nicht hin. Und das ist ja auch bei uns oft der Wunsch, dass gerade diese Personen erreicht werden."* Ehall (vgl. 20-20) bemerkt, dass sozial benachteiligte Familien ihrer Erfahrung nach tendenziell lieber *„unter sich bleiben"* und deshalb diverse gesundheitsfördernde Angebote eher weniger in Anspruch nehmen würden.

Kuzmits (vgl. 60-60) und Ehall (vgl. 4-4) zufolge sei vor allem die Zeit kurz nach der Geburt eine sehr sensible Phase, in der Eltern intensiv mit dem Neugeborenen und sich selbst beschäftigt sind, weshalb sie Informationen über Angebote, die sie in dieser Zeit erreichen nicht wirklich aufnehmen könnten. Ehall (4-4) führt diesbezüglich an: *„Es liegen zwar Information über diverse Angebote auch in jedem Zimmer auf, aber die Frauen sind in den ersten Tagen mit ihren Babys so mit sich beschäftigt, dass sie mit der Informationsflut oft überfordert sind"* (Ehall, 4-4).

Hinsichtlich der Elternberatung der Stadt Graz führen Kuzmits und Sauseng an, dass es für einige Eltern eine Hemmschwelle darstelle, Angebote des Amtes für Jugend und Familie zu besuchen, da dieses nach wie vor mit Vorurteilen behaftet sei, was teilweise zu Berührungsängsten führe. Sauseng (56-56) erwähnt diesbezüglich: *„Dass die Elternberatung vom Jugendamt angeboten wird, ist ein Grund, warum Menschen diese Angebote auch nicht annehmen."*

Kuzmits (73-73) beschreibt dieselbe Thematik wie folgt:

> *„Die Elternberatung ist ja ein Angebot des Jugendamtes. Die sozial schwächeren Personen meinen teilweise noch immer, das Jugendamt ist was Böses, da geht's um Fürsorge, das ist negativ besetzt und das sieht man. Da glaube ich, braucht es noch ein paar Aktionen. Früher war eben die SozialarbeiterIn die FürsorgerIn. Und das wird vielleicht noch immer mit Kontrolle verbunden."*

Strategien

Sauseng (4-4) zufolge versuche das Amt für Jugend und Familie die jeweiligen Angebote so zu konzipieren, dass alle Eltern davon angesprochen werden, wobei immer auch überlegt werde, wie Eltern erreicht werden könnten, die *„nicht vor dem Internet sitzen und nachsehen, wo sie diesen oder diesen Kurs bekommen und schon zwei Bücher darüber gelesen haben. So wichtig auch das ist, weil natürlich auch AkademikerInnen Fragen haben und Unterstützung brauchen. Aber wir erreichen mit unseren Angeboten leider zum Großteil eine Bildungsschicht."* Um den Anteil der Familien von Kindern mit Migrationshintergrund zu erhöhen werde zudem versucht, die Idee der Elternberatung in Communitys zu bringen und Kontakt zu Vereinen herzustellen, die mit MigrantInnen arbeiten (vgl. ebd., 4-4).

Das Projekt „Willkommen Graz", mit dem ungefähr 85 % der Eltern aller Neugeborenen in Graz erreicht werden, trage auch maßgeblich dazu bei, dass die Besuchszahlen der Elternberatung angestiegen sind, wobei unter anderem das finanzielle Anreizsystem mit den Gutscheinen dazu führe, dass auch Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status zumindest einmal die Elternberatung aufsuchen. Dies könne, wie bereits beschrieben (vgl. Abschn. 5.3.1), als Erfolg gesehen werden, da die Eltern dadurch das Angebot der Elternberatung zumindest kennen gelernt haben und wissen, wo es statt findet. Derzeit besuchten 50 % der Grazer Eltern zumindest einmal eine Elternberatungsstelle (vgl. Kuzmits, 59-59, vgl. auch Sauseng, 8-8 und 60-60).

Laut Magerl (vgl. 34-34) biete das Katholische Bildungswerk unterschiedlichste Angebote an, um möglichst alle Personengruppen zu erreichen. Beispielsweise würden bewusst Eltern-Kind-Gruppen und Elternbildungsveranstaltungen in Begegnungsräumen (z.B. im Vinzenz-Muchitsch-Haus) angeboten. Zudem gebe es unter anderem das niederschwellige Bildungsangebot „Treff.Eltern".

Umgang mit Sprachbarrieren

„Es gibt leider immer wieder Sprachbarrieren, entweder eine andere Sprache oder sie verstehen nicht was wir sprechen, auch wenn man die gleiche Sprache spricht. Das gibt es einfach“ (Magerl, 38-38).

Sprachbarrieren seien laut Ansicht der ExpertInnen ein sehr aktuelles Thema in der Stadt Graz, mit dem unterschiedlich umgegangen werde. Magerl (vgl. 36-38) erwähnt, dass über das Katholische Bildungswerk niederschwellige Bildungsangebote (z.B. Treff.Eltern) in unterschiedlichen Sprachen, beispielsweise mit türkischsprachigen ExpertInnen, durchgeführt würden. Zudem würden in sogenannten „Küchelkastlgruppen“ verschiedenste Themen gemeinsam mit den Eltern in sehr einfacher Sprache erarbeitet, da Sprachbarrieren nicht nur auf Fremdsprachen bezogen werden könnten.

Laut Guggi-Pachler arbeite das EKiZ mit dem Verein Omega zusammen, der bei Bedarf DolmetscherInnen zur Verfügung stelle. Zudem gäbe es die Möglichkeit, englische oder französische Geburtsvorbereitungskurse abzuhalten. Außerdem könnten Frauen für die Zeit vor, während und nach der Geburt Unterstützung durch Doulas erhalten, „*das sind Frauen für Frauen, das ist auch wirklich für Frauen die nicht Deutsch können, dass sie begleitet werden von jemandem, der eigentlich ihr Sprachrohr ist, auch wenn sie andere kulturelle Hintergründe haben“* (Guggi-Pachler, 17-18).

Ehall zufolge würden am LKH Graz sehr viele MigrantInnen entbinden, weshalb es täglich Sprachbarrieren gebe. Daher arbeite das LKH intensiv mit verschiedensten Institutionen wie beispielsweise der Caritas zusammen, um die Frauen gut unterstützen und begleiten zu können. *„Auf der Frauen- und auf der Kinderklinik haben wir laut Statistik die meisten Dolmetschanforderungen“* (Ehall 24-24).

Die Stadt Graz sei laut Sauseng (vgl. 34-36) sehr bemüht einfache Sprache bei Formularwesen, Homepage und Foldern zu verwenden und arbeite diesbezüglich auch mit der Karl-Franzens-Universität Graz zusammen. Der Elternberatungsspiegel sei bewusst nicht in andere Sprachen übersetzt worden, da er lediglich Wochentage, Uhrzeiten und Adressen enthalte. Die genaue Beschreibung darüber, was Elternberatung ist, mit welchen Fragen man dorthin gehen kann etc. sei jedoch in die sechs gängigsten Sprachen übersetzt worden.

Bei der Elternberatung gebe es hinsichtlich des Umgangs mit Sprachbarrieren ein logistisches Problem, da diese an 15 verschiedenen Standorten in Graz zu unterschiedlichen Zeiten angeboten wird, weshalb es nicht möglich sei, ständig DolmetscherInnen vor Ort zu haben. Es gäbe die Option, bei Bedarf für die nächste Woche eine/einen DolmetscherIn zu organisieren, was jedoch nicht wirklich in Anspruch genommen werde. *„Die Möglichkeit hätten wir theoretisch schon, aber wenn sie schon hier waren und es nicht funktioniert hat, ist es üblicherweise so, dass sie die Woche darauf selbst jemanden mitnehmen, der dann übersetzt“* (Sauseng, 34-34). Sauseng führt weiter aus „*Wenn man so viele Standorte hat und so viele unterschiedliche Sprachen, läuft es eigentlich über die Selbstorganisation, wobei es dann natürlich nicht mehr so niederschwellig ist“ (ebd.).* Kuzmits (vgl. 70-70) zufolge funktioniere die Zusammenarbeit mit den Eltern in der Elternberatung auch teilweise non-verbal.

5.3 Zukunftsvisionen: Einschätzung der ExpertInnen

In diesem Abschnitt werden die Anregungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge seitens der ExpertInnen zusammenfassend dargestellt.

Das Amt für Jugend und Familie, das EKiZ Graz und das Katholische Bildungswerk seien laut Angaben der ExpertInnen sehr darum bemüht, ihre Angebote zu evaluieren sowie zu verbessern und würden durchwegs positive Rückmeldungen seitens der Eltern erhalten (vgl. Sauseng, 63-65, vgl. auch Guggi-Pachler, 43-46, vgl. auch Magerl, 65-70). Magerl (65-65) führt beispielsweise an: *"Ich habe jetzt noch einmal nachgesehen und 90 % würden unsere Veranstaltung weiter empfehlen.“*

Nach Wünschen, Anregungen und Verbesserungsvorschlägen für die Zukunft gefragt, kamen von den ExpertInnen unterschiedliche Antworten. Der Großteil der Zukunftsvisionen dreht sich jedoch um die Erreichbarkeit von Menschen mit niedrigen sozioökonomischen Status und um finanzielle Themen.

Kuzmits (vgl. 129-129) und Ehall (vgl. 33-34) würden es beispielsweise für sinnvoll und wichtig erachten, dass Geburtsvorbereitungskurse oder Ernährungsworkshops in den Mutter-Kind-Pass aufgenommen und mit dem Kinderbetreuungsgeld gekoppelt werden, damit diese auch von Menschen mit niedrigem

sozioökonomischen Status in Anspruch genommen werden. Ehall (33-34) führt diesbezüglich an:

> *„Ich würde mir total wünschen, dass die Geburtsvorbereitung in den Mutter-Kind-Pass aufgenommen und dort verankert wird, da man ansonsten die Frauen, die es wirklich brauchen würden, meiner Ansicht nach nie wirklich erreichen wird. Geburtsvorbereitung leistet ja auch sehr viel für die erste Zeit nach der Geburt. Und es sollte dann auch mit dem Kinderbetreuungsgeld verstrickt werden, denn man hat ja gesehen, dass eigentlich alle Frauen seit das eingeführt wurde, regelmäßig mit ihren Kindern zu den Untersuchungen gehen."*

Kuzmits (89-90) erwähnt bezogen auf die sozioökonomischen Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten: *„Ich glaube, ohne dass man gewisse Dinge irgendwie verpflichtend macht, vielleicht im Rahmen mit dem Mutter-Kind-Pass, wird da nie irgendetwas anders sein. Das wäre eine ganz wichtige Sache."*

Zudem gebe es laut Ehall (vgl. 18-18) in Graz Bedarf an Geburtsvorbereitungskursen bzw. Treffen speziell für Teenagermütter, da diese ihrer Erfahrung nach Hemmungen hätten „normale" Kurse zu besuchen, jedoch eine spezielle Begleitung benötigen würden.

Kuzmits (vgl. 131-131) hätte für die Elternberatung noch die Anregung, den Bereich am Nachmittag auszubauen, sodass zumindest in jedem der der vier Grazer Sozialräume eine Nachmittagsberatung angeboten wird. Sie begründet den Bedarf wie folgt:

> *„Die Mütter gehen viel früher wieder arbeiten. Die haben dann am Vormittag nicht mehr die Möglichkeit. Oder die Kinder sind fremd betreut. Und der zweite Aspekt ist, dass am Nachmittag oft die Väter Zeit haben, mitzukommen. Oder zumindest sie holen sie ab und sie haben danach einen Eindruck davon"* (ebd.).

Magerl (vgl. 63-64) bezieht sich auf den steirischen Bildungspass mit den „Zwei und Mehr-Elternbildungsgutscheinen", der ihr zufolge einen wichtigen Bereich hinsichtlich der Gesundheitsförderung darstelle, jedoch nicht weiter finanziert werde. Durch die Gutscheine könnten Familien Elternbildungsveranstaltungen teilweise kostenlos besuchen, was vor allem für Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status von Bedeutung sei und daher ihrer Ansicht nach unbedingt fortgeführt werden solle. Zusätzlich setzt sie sich dafür ein, dass Eltern-Kind-Gruppen finanziell weiter unterstützt und vorhandene Angebote in Graz auch künftig gefördert werden.

Guggi-Pachler (vgl. 40-40) zufolge wäre es wünschenswert, wenn die öffentliche Hand mehr Geld für Eltern-Kind-Zentren aufbringen und eine finanzielle Absicherung sicherstellen würde, denn aktuell würden Subventionen ihr zufolge teilweise sehr kurzfristig vergeben, was beispielsweise das Planen von Angeboten sehr schwierig mache.

Sauseng (vgl. 59-60) erwähnt, dass es hinsichtlich der Kostenübernahmen für Therapieangebote im Bereich der Logopädie, Ergo- und Physiotherapie Erweiterungspotenzial gäbe, da in den meisten Fällen ein Selbstbehalt von den Eltern zu entrichten sei, der gerade für Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status eine Hürde hinsichtlich der Inanspruchnahme darstellen könne. Laut Sauseng *„sollte jedes Kind, das ein Therapieangebot benötigt, dieses von der öffentlichen Hand zur Verfügung gestellt bekommen. Aber das ist eine reine Gesundheitssystemfrage“* (ebd.).

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse werden nachfolgend interpretiert und diskutiert.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Wie die Darstellung der Ergebnisse zeigt, konnten im Rahmen der empirischen Untersuchung eine Reihe an Resultaten erhoben werden. Die gewonnenen Erkenntnisse werden im folgenden Kapitel ausgehend von den Forschungsfragen zusammengefasst und diskutiert.

Zu Beginn wird der Frage nachgegangen, wie und in welcher Form Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr stattfindet. Diesbezüglich konnte aufgezeigt werden, dass ein wesentlicher Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr die Förderung, Stärkung und Festigung der Elternkompetenz darstellt, da Eltern eine Schlüsselposition bei der Entwicklung ihrer Kinder einnehmen und diese durch ihr Verhalten, ihren Lebensstil und andere Verhaltensmuster nachhaltig prägen. Der Einfluss der Familie hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes wird auch von Dahlgren und Whitehead (1991) in ihrem Regenbogenmodell verdeutlicht, welches Aufschluss darüber gibt, welche Faktoren die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen und wie diese zusammenwirken. Die Familie bekommt vor allem in der frühen Kindheit als Determinante der sozialen Unterstützung einen hohen Stellenwert zugeschrieben. Der sozioökonomische Status einer Familie kann erheblichen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern nehmen, denn ein niedriges Bildungsniveau sowie ein in vielen Fällen damit einhergehendes niedriges Familieneinkommen können beispielsweise die kognitive Entwicklung und den späteren Bildungsweg des Kindes entscheidend prägen. Durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und Angebote, die auf dem Salutogenese-Konzept basieren, soll die Herstellung eines adäquaten Umfelds für die kindliche Entwicklung begünstigt und die Schutzfaktoren der Kinder gestärkt werden (vgl. Kap. 1). Die Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung sind in Österreich seit 1998 gesetzlich verankert. Zudem werden Sicherung und Qualität von Gesundheitsleistungen durch das 2005 erlassene Gesundheitsqualitätsgesetz sichergestellt. Einen Förderschwerpunkt der aktuellen Gesundheitsförderungsstrategie stellen Frühe Hilfen dar, was den Stellewert der frühen Kindheit für die Gesundheitsförderung verdeutlicht. Zudem tragen Kinderrechte, die in der UN-KRK sowie in der österreichischen Bundesverfassung festgeschrieben sind, maßgeblich zur Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr bei. Gerade Maßnahmen die das Kindeswohl sicherstellen, sind

aufgrund der hohen körperlichen und psychischen Abhängigkeit der Kleinkinder von ihren Bezugspersonen von großer Bedeutung (vgl. Kap. 3).

Weiters befasst sich die vorliegende Forschungsarbeit mit der Frage nach den bestehenden gesundheitsfördernden Angeboten für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz sowie deren Umsetzung. Die Beantwortung dieser Fragestellung erfolgte mittels einer Sammlung, die durch Inhalte der ExpertInneninterviews ergänzt wurde und den Kern der Masterthesis bildet (siehe Abschn. 5.1). Die gesundheitsfördernde Angebotslandschaft für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz reicht von Angeboten, die auf die Elternschaft vorbereiten, über Ernährungs- Schlaf- und Trageberatungen, hin zu Angeboten, die die Grundbedürfnisse betreffen sowie die körperliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung fördern. Des Weiteren werden in Graz eine Vielzahl an Elternbildungsveranstaltungen sowie Hilfestellungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern in belastenden Situationen angeboten. Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, -risiken, Verhaltensauffälligkeiten oder Behinderungen gibt es zudem Möglichkeiten der Frühförderung, Familienbegleitung und -entlastung. Auffallend bei der Recherche war, dass es ein besonders hohes Angebot rund um das Stillen gibt. Auch aus den ExpertInneninterviews geht hervor, dass Ernährung und Stillen bei Eltern sehr präsente Themen im ersten Lebensjahr des Kindes sind (vgl. Abschn. 5.2.2). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Stillen vor allem zu Beginn oftmals mit Schwierigkeiten einher geht. Zudem könnten Verunsicherungen bei den Frauen entstehen, ob ihr Kind durch das Stillen ausreichend Muttermilch zu sich nimmt, da die Trinkmenge nicht messbar ist.

Betreffend der Frage nach einem Über- oder Unterangebot in der Stadt Graz stufen alle ExpertInnen die bestehenden Angebote als gut und ausreichend ein. Diese Meinung wird auch von der Verfasserin geteilt, denn die Angebotssituation präsentiert sich vielfältig und umfangreich und ermöglicht es den Eltern, aus einem breiten Spektrum verschiedener Angebote zu wählen (vgl. Abschn. 5.1.11).

Als Gründe von Eltern für deren Inanspruchnahme von Angeboten wurden von den ExpertInnen Bestätigung, Sicherheit, Information, Hilfebedarf sowie Austausch genannt. Der Bedarf an Unterstützungs- und Elternbildungsangeboten sowie situations- und entwicklungsbegleitenden Maßnahmen etc. ist in den letzten Jahrzehnten unter anderem aufgrund der zunehmenden Verunsicherung von Eltern

sowie durch Veränderungen in der Lebenssituation von Familien gestiegen. Zudem konnten eindeutige sozioökonomische Unterschiede hinsichtlich der elterlichen Inanspruchnahme von Angeboten festgestellt werden. Diese Erkenntnisse decken sich auch mit der fachspezifischen Literatur (vgl. Abschn. 1.3.5; vgl. auch Abschn. 5.2.1).

Befragt nach den Bedürfnissen der Eltern im ersten Lebensjahr ihres Kindes decken sich die Aussagen der ExpertInnen sowie die Ergebnisse der Literaturrecherche größtenteils mit den Angaben bezüglich der Gründe für die Inanspruchnahme. Betreffend der Fragestellung „Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Bedürfnisse von Eltern in Bezug auf deren sozioökonomischen Status?“ geben die ExpertInnen zwar an, dass Unterschiede existierten, sie werden jedoch nicht weiter ausgeführt. Aufschlussreicher waren die Inhalte der Interviews bezogen auf sozioökonomische Unterschiede betreffend der Erreichbarkeit von Eltern, welche nachfolgend näher ausgeführt werden (vgl. Abschn. 5.2.2.).

Bei der Thematik der Erreichbarkeit von Eltern sind den ExpertInnen sowie der Fachliteratur zufolge unterschiedliche Strategien notwendig, um Eltern auf gesundheitsfördernde Angebote aufmerksam zu machen. Diese reichen von Foldern, Broschüren, Plakaten, über Internetauftritte und Zeitungsinserate bis hin zu Mundpropaganda und persönlicher Ansprache, wobei die zwei zuletzt angeführten Maßnahmen als am effektivsten eingestuft werden. Die „perfekte“ Strategie gibt es jedoch nicht, da diese immer abhängig vom jeweiligen Angebot bzw. der Zielgruppe ist. Zudem hängt es von verschiedensten Rahmenbedingungen ab, ob Veranstaltungen in Anspruch genommen werden. Diese beziehen sich unter anderem auf Zeit, Kosten, Erreichbarkeit und Kinderbetreuung. In diesem Zusammenhang bekommt die Niederschwelligkeit der Angebote einen zentralen Stellenwert. Auch der Zeitpunkt, an dem Eltern mit Angeboten erreicht werden, hat Einfluss auf die Inanspruchnahme. Hier erweist es sich als sinnvoll, Eltern bereits während der Schwangerschaft anzusprechen, da sie in dieser Phase der Elternschaft besonders offen für Informations- und Unterstützungsangebote sind (vgl. Abschn. 1.3.5; vgl. auch Abschn. 5.2.3). Dies könnte unter anderem auf die vielen Unsicherheiten der werdenden Eltern hinsichtlich der neuen, herausfordernden Zukunftssituation zurückzuführen sein und deckt sich auch mit den persönlichen Erfahrungen der Verfasserin als Mutter.

Einigkeit herrscht unter den ExpertInnen darüber, dass es sich als unproblematisch erweist, bildungsnahe Eltern mit hohem sozioökonomischen Status zu erreichen, da ein Großteil davon von sich aus Interesse an gesundheitsfördernden Angeboten für ihr Kind bekundet und sich selbstständig darüber informiert, welche Angebote existieren. Schwierigkeiten entstehen jedoch bei dem Versuch, Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status anzusprechen und zu erreichen. Dahingehend stimmen die ExpertInnen mit der Fachliteratur überein. Dies resultiert unter anderem daraus, dass diese Familien durch Gesundheitskampagnen kaum bis gar nicht erreicht werden. Der Fachliteratur zufolge erweisen sich bei Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status vor allem das direkte Zugehen und die persönliche Ansprache als Erreichbarkeitsstrategien als hoch effektiv (vgl. 1.3.5; vgl. auch 5.2.3).

Das Amt für Jugend und Familie der Stadt Graz setzt genau diese Erkenntnis um und besucht alle Familien von Neugeborenen im Rahmen des Projektes „Willkommen in Graz“ noch auf den Gebärstationen und informiert sie im Zuge dieses Besuchs über weitere Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten der Stadt Graz. Werden Familien dort nicht angetroffen, weil beispielsweise ambulant oder zuhause entbunden wurde, werden sie per Post verständigt und bekommen die Möglichkeit eines persönlichen Besuchs zuhause. Im Zuge des Besuchs erhalten Eltern eine Dokumentenmappe mit wichtigen Informationen für die erste Zeit mit dem Kind. In der Zeit nach der Geburt werden Eltern in der Stadt Graz von fünfzehn Elternberatungsstellen kompetent unterstützt und begleitet. Durch das Willkommensgeschenk in Form von Gutscheinen im Wert von 40 Euro, die den Eltern bei ihrem Erstbesuch in einer der Elternberatungsstellen ausgehändigt werden, wurde ein finanzielles Anreizsystem geschaffen, die Elternberatungsstelle zumindest einmal zu besuchen, was auch von Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status gut angenommen wird. Zusätzlich werden durch das Amt für Jugend und Familie beispielsweise Schlafberatung sowie Geburtsvorbereitungs- und Fortbildungskurse angeboten. Alleine durch diese kostenfreien Angebote sind Kinder in Kombination mit den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen laut Ansicht der Verfasserin im ersten Lebensjahr in Graz gut aufgehoben und betreut (vgl. Abschn. 5.1).

Abschließend wird der Frage nach Anregungen, Wünschen und Verbesserungsvorschlägen seitens der ExpertInnen nachgegangen. Deren Antworten drehen sich vor allem um die Erreichbarkeit von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und um finanzielle Themen. Besonders erwähnenswert erscheint die Anregung, gewisse gesundheitsfördernde Angebote (beispielsweise Geburtsvorbereitungskurs, Ernährungsworkshop) mit dem Mutter-Kind-Pass und dem damit verbundenen Kinderbetreuungsgeld zu kombinieren, was aller Wahrscheinlichkeit nach dazu führen würde, dass sie auch von Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status in Anspruch genommen würden (vgl. Abschn. 5.3). Zudem wurden die Weiterfinanzierung des steierischen Bildungspasses sowie ein Ausbau der Nachmittagstermine der Elternberatung als Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gesundheitsförderung im ersten Lebensjahr angeführt.

Bezüglich der gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz lässt sich allgemein feststellen, dass die Angebotslandschaft vielfältig und umfangreich ist und für Eltern laut Ansicht der ExpertInnen und der Verfasserin ausreichend Unterstützung und Hilfestellung bietet. Bei allen Angeboten, die es in der Stadt Graz im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr gibt, wäre es jedoch wünschenswert Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status besser einzubeziehen und erreichen zu können, da laut Aussagen der ExpertInnen eine starke Ungleichheit hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten im Bezug auf den sozioökonomischen Status der Eltern festzustellen ist. Gesundheitsfördernde Angebote leisten einen starken Beitrag hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, welche eines der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele darstellt. Je früher Angebote ansetzen, desto effektiver sind deren Wirkungen, weshalb der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr eine hohe Bedeutung zugeschrieben werden kann.

Der Rahmen dieser Arbeit ermöglichte es, die Dimensionen und Institutionen der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz zu erfassen und zuzuordnen. Das genaue Herausarbeiten von einzelnen Inhalten und detailierter Themen von Angeboten der jeweiligen Institutionen würde jedoch einer weiterführenden Arbeit bedürfen. Daher ist es beispielsweise nicht möglich, eine genaue Auskunft über die Anzahl der Elternbildungsveranstaltungen betreffend Kindern im ersten Lebensjahr bzw. deren genaue Inhalte zu geben, jedoch konnten

alle ElternbildungsanbieterInnen des „Netzwerk Elternbildung“ erfasst und aufgelistet werden. Aufgrund der bereits erwähnten Angebotsdichte in der Stadt Graz wurden im Zuge der Recherche die AnbieterInnen von gesundheitsfördernden Angeboten beispielhaft angeführt. Dennoch sollen in der nachfolgenden Tabelle die gesammelten Angebote zahlenmäßig erfasst werden, um mögliche Tendenzen hinsichtlich bestehender Schwerpunkte der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz zu erkennen.

Kategorien	Anzahl der AnbieterInnen
Vorbereitung auf die Elternschaft - Rund um die Geburt	13
Grundbedürfnisse	31
Körperliche Entwicklung	69
Kognitive Entwicklung	14
Sozial-emotionale Entwicklung	33
Elternbildungsveranstaltungen	65
Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen	17
Frühförderung - Familienbegleitung - Familienentlastung	15
Sonstige Angebote	7

Tabelle 25: Anzahl der AnbieterInnen nach Kategorien (eigene Darstellung)

Die Zahlen deuten darauf hin, dass ein starker Fokus auf die körperliche Integrität der Kinder gelegt wird. Angebote, die die körperliche Entwicklung betreffen, nehmen offenkundig einen besonders hohen Stellenwert hinsichtlich der Gesundheitsförderung von Kindern im ersten Lebensjahr ein (siehe Abschnitt 5.1.3). Dies deckt sich mit den Aussagen der ExpertInnen, die anführen, dass Eltern von Kindern im ersten Lebensjahr viel Unterstützung hinsichtlich des Wachsen und Gedeihens benötigen und diesbezüglich teilweise sehr verunsichert sind. Auch in der Fachliteratur wird angeführt, dass der körperlichen Entwicklung im ersten Lebensjahr besonders viel Augenmerk geschenkt wird. Die Besuchszahlen der Elternberatungsstellen in Graz unterstreichen dies ebenfalls und deuten darauf hin, dass die Entwicklungsbegleitung eine wichtige Unterstützungsmaßnahme für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern darstellt.

Zudem weist die Tabelle darauf hin, dass es in der Stadt Graz ein hohes Angebot an Elternbildungsveranstaltungen gibt. Unter diese Kategorie wurden ElternbildungsanbieterInnen, Eltern-Kind-Gruppen sowie Begegnungs- und

Vernetzungsorte gezählt, die alle dazu beitragen, Eltern in ihrer Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit zu stärken und deren Erziehungskompetenz zu festigen. Laut den ExpertInnen benötigen Eltern von Kindern im ersten Lebensjahr vor allem Bestätigung, Sicherheit, Information und Austausch. Durch die Angebote der Kategorie ElternbildungsanbieterInnen werden genau diese elterlichen Bedürfnisse angesprochen und abgedeckt, weshalb sie von hohem Belang für Eltern von Kindern dieser Lebensphase sind.

Von besonderer Bedeutung erscheint die Kategorie Hilfestellung und Unterstützung für Eltern in belastenden Situationen. Darunter fallen beispielsweise das Kinderschutz-Zentrum, das Gewaltschutzzentrum, die Schreiambulanz, der Krisendienst für Familien oder die Familienhilfe. Da es häufig vorkommt, dass es aufgrund von Überforderung zu gewalttätigen Handlungen kommt, zählen die Angebote dieser Institutionen zur Gewaltprävention, da sie Eltern in schwierigen Situationen und Krisen unterstützen und entlasten.

Abschließend werden sieben zukunftsorientiere Kernpunkte, die die Qualität und Effizienz des bestehenden Angebots der Stadt Graz verbessern könnten, angeführt.

1) Die Angebote sollen weiterhin möglichst niederschwellig sein, um die Hürde für sozioökonomisch schwache Familien so niedrig wie möglich zu halten.
2) Eine breitere Vernetzung und Kooperation zwischen den verschiedenen AngebotsanbieterInnen sollte angestrebt werden, was beispielsweise durch quartalsmäßige Vernetzungstreffen bewerkstelligt werden könnte.
3) Ein regelmäßiges Berichtwesen und Sammeln von Informationen und Daten sowie deren Evaluierung bezüglich der Kindergesundheit in Österreich wäre sinnvoll. Dadurch könnten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung noch effizienter und gezielter durchgeführt werden. Die deutsche „KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ könnte dahingehend als Vorbild dienen.
4) Die Implementierung eines Kassenhebammen-Systems in der Stadt Graz, um Menschen mit geringem Einkommen ebenfalls eine Geburtsnachbetreuung durch Hebammen zu ermöglichen.
5) Die Erweiterung des Mutter-Kind-Passes durch einen verpflichtenden Geburtsvorbereitungskurs und einen Ernährungsworkshop, die ebenfalls mit dem Kinderbetreuungsgeld gekoppelt sind.

6) Den Ausbau der Förderung und Finanzierung der bereits bestehenden Angebote, um die Angebotsvielfalt und deren Qualitätssicherung zu gewährleisten.
7) Da Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status tendenziell eher weniger Angebote von sich aus in Anspruch nehmen, sollte versucht werden, einen anderen Zugang zu dieser Zielgruppe zu erhalten bzw. auch andere Arten der Angebotsgestaltung zu wählen. Dies könnte beispielsweise durch den Ausbau von aufsuchenden Angeboten, wie es beispielsweise bei dem Projekt „Willkommen in Graz“ der Fall ist, bewerkstelligt werden.

Als Teil einer Gesellschaft trägt man eine gewisse Verantwortung für Mitmenschen und dabei vor allem für Kinder, die als vulnerable Gruppe gelten. Daher ist es staatliche aber auch persönliche Pflicht, sich um Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder zu kümmern, um ihnen die Basis für eine gute, lebenswerte Zukunft zu sichern. Die Gesundheitsförderung von Kindern im ersten Lebensjahr mit all ihren Bereichen und Facetten spielt dabei eine wesentliche Rolle. Sie bildet den Grundstein für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung und die damit einhergehende Gesundheit des gesamten späteren Lebens. Zum Ende wird diese Arbeit mit einem Zitat von Brisch (2014, o.S.), welches das Wesentliche noch einmal herausstreicht, geschlossen.

„Die frühe Zeit ist das ‚Fundament‘ für das Haus der Persönlichkeit. Wenn das Fundament gut angelegt ist, ist das Haus stabil.“

7 Literaturverzeichnis

Altgeld, T./ Kolip, P. ([4]2014): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 45-59.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2012): Gesundheitsförderungsstrategie Steiermark. Umsetzungsperiode: 2012-2016. Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen: Graz.

Andresen, S./ Hurrelmann, K. (2010): Bachelor/ Master: Kindheit. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.

Ayres, A. J. ([2]1992): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes. Berlin/ Heidelberg: Springer.

Bamler, V./ Werner, J./ Wustmann, C. (2010): Lehrbuch Kindheitsforschung: Grundlagen, Zugänge und Methoden. Weinheim/ München: Juventa Verlag.

Beelmann, A. (2006): Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35 (2), Hogrefe, S. 151-162.

Beoger, A. (2009): Entwicklungsaufgaben in den ersten drei Lebensjahren unter besonderer Berücksichtigung der emotionalen Entwicklung. In: Knauf, H. (Hrsg.): Frühe Kindheit gestalten. Perspektiven zeitgemäßer Elementarbildung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 122-136.

Berghändler, T. (2010): Spiritualität als Ergänzung des bio-psycho-sozialen Modells. In: Primary and Hospital Care. Primary Care. Ausgabe 9, 2010. Muttenz: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, S. 162-164.

Binder, E. (2017): Betreuung zu Hause. In: http://hebammenzentrum-graz.at/de/Betreuung-zu-hause/#jump2nav. Website. [Stand: 21.06.2017].

BMFJ (o.J.): Definition Elternbildung. Langfassung. Was ist institutionelle Elternbildung - Definition. In: https://www.eltern-bildung.at/hilfreiche-links/definition-elternbildung/definition-elternbildung-langfassung/. Website. [Stand: 07.06.2017].

BMG (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendbericht. Ergebnisbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. In: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf. Online Ressource. [Stand: 14.02.2017].

BMG (2015): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2014. Schwerpunkt Chancengerechtigkeit. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. In: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/7/7/CH1351/CMS1433931290209/kinder_jugendgesundheitsstrategie2014.pdf. Online Ressource. [Stand: 16.02.2017].

BMG (2015a): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. In: http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2015/11/RGZ_Langfassung_20150915.pdf. Online Ressource. [Stand: 21.02.2017].

BMG/ HVB / AGES (2014): Richtig essen von Anfang an! Babys erstes Löffelchen. Bundesministerium für Gesundheit, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH. In: http://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Broschuere_-_Richtig_essen_von_Anfang_an__-_Babys_erstes_L%C3%B6ffelchen.pdf. Online Ressource. [Stand: 24.03.2017].

BMG (2014): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungs-vertrags. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. In: https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjY75fV7ubVAhVCvBQKHf2YAs8QFggzMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.fgoe.org%2Fgesundheitsfoerderung%2Finfos%2Fgesundheitsforderungsstrategie-fur-osterreich%2F2014-05-21.0799754177%2Fdownload&usg=AFQjCNH1uZ0wVi1BZQKOtUdVGm2cgCar-Q. Online Ressource. [Stand: 21.08.2017].

BMG (2011): Kindergesundheitsstrategie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. In: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/1/CH1351/CMS1344847459935/kindergesundheitsstrategie_2011.pdf. Online Ressource. [Stand: 16.02.2017].

BMGF (2017): Impfplan Österreich 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. In: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/1/CH1100/CMS1452867487477/impfplan.pdf. Online Ressource. [Stand: 16.03.2017].

BMGF (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. In: https://www.salzburg.gv.at/gesundheit_/Documents/Gesundheitsf%C3%B6rderungsstrategie_Bund.pdf. Online Ressource. [Stand: 21.02.2017].

BMGF (2016a): Stillen - ein guter Beginn. Information für Mütter und Väter. In: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/stillbroschuere2016.pdf. Online Ressource. [Stand: 23.03.2017].

BMGF (2016b): Die österreichische Ernährungspyramide. In: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/3/0/CH1046/CMS1290513144661/folder_erpyr_web.pdf. Online Ressource. [Stand: 30.04.2017].

BMGF (o.J.): Gesundheit und Gesundheitsförderung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. In: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#f1. Website. [Stand: 21.02.2017].

BMGF (o.J.a): Gesundheitsförderung / Prävention, Eltern und Kind, Mutter-Kind-Pass. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. In: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass. Website. [Stand: 16.03.2017].

BMGF (o.J.b): Gesundheitsförderung / Prävention, Eltern und Kind, Baby-friendly Hospital Initiative in Österreich. In: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Baby_friendly_Hospital_Initiative_in_Oesterreich. Website. [Stand: 20.03.2017].

BMGF (o.J.c): Gesundheitsförderung / Prävention, Eltern und Kind, Baby-friendly Hospital Initiative in Österreich. In: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/_Fred_der_Exbaerte_Video_Ratgeber_fuer_Eltern. Website. [Stand: 22.03.2017].

BMGF (o.J.d): Gesundheitsförderung / Prävention, Eltern und Kind. In: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/. Website. [Stand: 23.03.2017].

BMGF (o.J.e): „Kids: Healthy feet-healthy life“ In: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/9/CH1101/CMS1187694242631/elterninformation_deutsch_aktualisiert.pdfOnline Ressource. [Stand: 30.04.2017].

Bogner, A./ Menz, W. (^{2}2005): Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstechnische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In: Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-30.

Brazelton, T. B./ Greenspan, S. I. (2002): Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein. BELTZ Verlag, Weinheim und Basel zit. n. Resch, F./ Lehmkuhl, U. (2008): Zur Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit: Grundbedürfnisse und Forderungen an die soziale Umwelt. In: Frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. 2/08.

Brisch, K. H. (^{7}2015): SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern. Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K.H. (2014): „Da kommt eine Lawine auf uns zu“. Süddeutsche Zeitung: München. In: http://www.khbrisch.de/files/brisch_sz_krippen_lawine_210614.pdf. Online Ressourece. [Stand: 28.07.2017.]

Brisch, K. H. (2010): Eltern-Säuglings-Therapie. Von der Prävention zur Beratung und Therapie. In: Brisch, K. H./ Hellbrügge, T. (Hrsg.): Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 313-346.

Brisch, K. H. (2006): Bindung und Trauma. Schutzfaktoren und Risiken für die Entwicklung von Kindern. In: PiD. Psychotherapie im Dialog. Aus der Praxis. Psychotrauma. 4−2006. 7. Jahrgang. Stuttgart: Thieme, S. 382-386.

Buchebner-Ferstl, S./ Baierl, A./ Kapella, O./ Schipfer R. K. (2011): Erreichbarkeit von Eltern in der Elternbildung. Forschungsbericht Nr.8. Österreichischen Institut für Familienforschung an der Universität Wien: Wien. In: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/36693/ssoar-2011-buchebner-ferstl_et_al-Erreichbarkeit_von_Eltern_in_der.pdf?sequence=1. Online Ressource. [Stand: 07.06.2017].

Bundeskanzleramt Österreich (o.J.): Help4baby-App. In: https://www.bka.gv.at/-/help4baby-app. Website. [Stand: 24.03.2017].

Cierpka, M. (2012): Familienunterstützende Prävention. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin: Springer, S. 523-530.

Dahlgren, G./ Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, Oxford University Press. In: https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf. Online Ressource. [Stand: 22.02.2017]. Verfasserin übersetzt sinngemäß.

DeCasper A. J./ Fifer W. P. (1980): Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. Science 208, Volume 208, Issue4448: S. 1174–1176. In: http://bernard.pitzer.edu/~dmoore/psych199s03articles/of_human_bonding.pdf. Online Ressource. [Stand: 05.06.2017]. Verfasserin übersetzt sinngemäß.

Die Ärztekammer Steiermark (2017): Ärztinnen und Ärztesuche. In: https://www.aekstmk.or.at/46?spam=59598d3127d7a&referer=%2F46&search=search&pageName=46&fachgruppe=KI&bezirk=g&arztname=&kassa=0&diplom=0&zusfach=0&geschlecht=&M01=0&M02=0&M03=0&M04=0&M05=0&M06=0&vu=0&park=0&roll=0&aufz=0&dmp=0&sprache=0Website. [Stand: 21.06.2017].

Egger, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: Psychologische Medizin. Ausgabe 16 / 2, 2005. Wien: facultas Universitätsverlag, S. 3-12.

Erhart, M./ Ottovà-Jordan, V./ Ravens-Sieberer, U. (^{4}2014): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindheitsalter. In: In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 59-69.

FGÖ (2014): Gesetzliche Grundlagen. In: http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/g-foerderungsgesetz. Website. [Stand: 24.07.2017].

Flick, U. (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Fröhlich-Gildhoff, K./ Rönnau-Böse, M. (^{2}2011): Resilienz. Durchgesehene Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Fruehehilfen.at (o.J.): Was sind Frühe Hilfen? - Headline. In: http://www.fruehehilfen.at/de/Fruehe-Hilfen/Was-sind-Fruehe-Hilfen.htm. Website. [Stand: 08.04.2017].

Fruehehilfen.at (o.J.a): Die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke. Name und Einzugsbereiche in den Bundesländern. In: http://www.fruehehilfen.at/de/Regionale-Netzwerke/Fruehe-Hilfen-Netzwerke.htm. Website. [Stand: 14.07.2017].

Gangl, V. (2015): „Gesundheit" ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung. In: Magazin Erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 24, 2015. Wien. S. 19 - 29. In: http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf. Online Ressource. [Stand: 01.09.2016].

Gesundheitsfonds Steiermark (2015): Gesundheitsförderungsfonds - Die Initiative. In: http://www.gesundheitsfoerderung-steiermark.at/themen/gesundheitsf%C3%B6rderungsfonds. Website. [Stand: 20.08.2017].

Graz (2016): family@graz.at. Amt für Jugend und Familie. In: http://www.graz.at/cms/beitrag/10278767/313658. Website. [Stand: 18.06.2017].

Graz (o.J.): Willkommen in Graz. Amt für Jungend und Familie. In: http://www.graz.at/cms/beitrag/10250265/6438573. Website. [Stand: 10.07.2017].

Greenberg, M. T./ Domitrovich, C./ Bumbarger, B. (2000): Preventing mental disorders in school-aged children. A review oft he effectiveness of prevention programs. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, Pensylvania State University. Verfasserin übersetzt sinngemäß.

Grossmann, K./ Grossmann, K. (^{3}2008): Die Entwicklung von Bindungen: Psychische Sicherheit als Voraussetzung für psychologische Anpassungsfähigkeit. In: Opp, G./ Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 279-299.

Haas, S./ Weigl, M. (2017): Frühe Hilfen. Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich 2017. Aktualisierter wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. In: http://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/NZFHat_Fr%C3%BChe%20Hilfen_Idealmodell_2017.pdf. Online Ressource. [Stand: 08.04.2017].

Hafen, M. (2014): ‚Better Together‘ - Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern - Soziale Arbeit. Verfügbar unter: http://www.gaimh.org/files/downloads/331ff15be9241251bef3e7b04372bf48/Hafen,%20M.%20(2014)_Better%20Together%3APr%C3%A4vention%20durch%20Fr%C3%BChe%20F%C3%B6rderung.pdf. Online Ressource. [Stand: 14.02.2017].

Hafen, M. (2001): Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung - Teil 1: Frühe Konzepte. In: SuchtMagazin 2/2001: S. 40-43. In: http://www.fen.ch/texte/mh_sm_01-2.pdf. Online Ressource. [Stand: 25.08.2016].

Haug-Schnabel, G./ Bensel, J. (2003): Niederschwellige Angebote zur Elternbildung. Eine Recherche im Auftrag der Katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle (KSA): Hamm. In: http://www.verhaltensbiologie.com/publizieren/fachartikel/elternbildung.pdf. Online Ressource. [Stand: 08.06.2017].

Helfferich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Lehrbuch. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Heimgartner, A. (2012): Computergestützte qualitative Inhaltsanalyse: Atlas.ti und MAXQDA im Match. In: Stigler, H./ Reicher, H. (Hrsg.): Praxisbuch empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: Studienverlag, S. 304-313.

Hölling, H./ Schlack, R./ Kamtsiuris, P./ Butschalowsky, H./ Schlaud, M./ Kurth, B.M. (2012): Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 6/7. Heidelberg: Springer Verlag, S. 836-842.

Haas, S./ Sagerschnig, S./ Weigl, M. (2014): Frühe Hilfen. Leitfaden zum Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Geschäftsbereich ÖBIG. Wien: Gesundheit Österreich GmbH..

Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (^{4}2014): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 13-24.

Hurrelmann, K. (^{6}2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Erweiterte und aktualisierte Auflage. Weinheim: Juventa.

Hurrelmann, K. (2004): Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. In: Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid, Gesundheitsforschung 2004/1, S. 11-23. In: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20217/ssoar-sofid-2004-gesundheitsforschung_20041-hurrelmann-gesundheitsrisiken_bei_kindern_und_jugendlichen.pdf?sequence=1. Online Ressource. [Stand: 03.03.2017].

Hurrelmann, K./ Franzkowiak, P. (^{4}2003): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, S. 52-55.

Hurrelmann, K. (1990): Familienstreß Schulstreß Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Jaede, W. (2011): Resilienzförderung - Neuorientierung für Erziehungs- und Familienberatung. In: Zander, M. (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag, S. 459-482.

Jenni, O. G./ Remo, R. H. (2014): Wachstum und Entwicklung. In: Hoffmann, G. F./ Lentze, M. J./ Spranger, J./ Zepp, F. (Hrsg.): Pädiatrie. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 8-65.

Kany, W./ Schöler, H. (2014): Theorien zum Spracherwerb. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Theorien in der Entwicklungspsychologie. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S. 468-483.

Katholisches Bildungswerk (2015): Von Zwergerln, Mäusen & Marienkäfern. Eltern-Kind-Gruppen. Graz. Informationsbroschüre.

Katholisches Bildungswerk (2015a): Angebote Elternbildung. Abenteuer Eltern Sein. Graz. Informationsbroschüre.

Kerbl, R. (2008): Plötzlicher Säuglingstod (SIDS) - was gibt es Neues? Serie Pädiatrie. Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Ärzte Krone, Fachmagazin für Ärzte. Heft 8, S. 22-24. In: http://www.paediatrie.at/home/PresseCorner/Aerzte Krone/Kerbl_SIDS_Was_gibt_es_Neues.pdf. Online Ressource. [Stand: 23.03.2017].

Kinderfreunde Steiermark (2016): Bildung mit Herz. Gut zu wissen für Eltern. Elternbildung der Familienakademie. Informationsbroschüre.

Kirkilionis, E. (2017): Haut an Haut. Tragen, Körperkontakt, Stillen ... ein unschlagbares Trio!. VSLÖ news. Verband der Still- und Laktations- beraterInnen Österreichs IBCLC. In: http://www.stillen.at/download/News_2_17.pdf. Online Ressource. [Stand: 02.07.2017].

Köhler, H. (2012): Die Elternschule. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin: Springer, S. 515-521.

Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag.

Lamnek, S. (^{3}1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Korrigierte Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Land Steiermark (2017): AnbieterInnen. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, A6 Fachabteilung Gesellschaft, Referat Familie, Erwachsenenbildung und Frauen. In: http://www.elternbildung.steiermark.at/cms/ziel/61931276/DE/. Website. [Stand: 12.07.2017].

Land Steiermark (2017a): Was ist Elternbildung. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, A6 Fachabteilung Gesellschaft, Referat Familie, Erwachsenenbildung und Frauen. In: http://www.elternbildung.steiermark.at/cms/ziel/61930178/DE/. Website. [Stand: 07.06.2017].

Largo, R. H. (^{18}2016): Babyjahre. Die Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren. Vollständig überarbeitete Neuausgabe. München/ Berlin: Piper Verlag GmbH.

Lenz, A./ Kuhn, J. (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? – Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, S./ Matteja, F./ Lenz, A. (Hrsg.): Kinder und ihre psychisch kranken Kinder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, S. 269-298.

Lenz, A./ Rademaker, A. L. (2013): Förderung psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen – eine Aufgabe der Jugendhilfe. In: Schneider, A./ Rademaker, A. L./ Lenz, A./ Müller-Baron, I. (Hrsg.): Soziale Arbeit - Forschung - Gesundheit: Forschung: biopsycho-sozial: Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Opladen/ Berlin/ Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 79-96.

Leppin, A. (^{4}2014): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 36-45.

LKH Univ. Klinikum Graz (2017): Interdisziplinäres Schlaflabor des Pädiatrischen Zentrums. In: http://kinderklinik.uniklinikumgraz.at/gemeinsameeinrichtung/Patientenbetreuung/Ambulanzen/Seiten/Interdisziplin%C3%A4res-Schlaflabor.aspx. Website. [Stand: 07.07.2017].

Lohaus, A. (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Gesundheitspsychologie 2. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Loss, J./ Leitzmann, M. (2011): Ansätze zur verhältnisorientierten Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 54.Jg., H.3, S. 281-289. In: http://www.uni-regensburg.de/medizin/epidemiologie-praeventivmedizin/medien/institut/professur-fuer-medizinische-soziologie/prof-dr-med-julika-loss/verh__ltnispr__vention___bergewicht_bundesgesundblatt_sonderdruck.pdf. Online Ressource. [Stand: 21.09.2016].

Mahrer, M./ Meier, P./ Mögel, M./ Pedrina, F./ Ryf, E./ Simoni, H. (o.J.): Kindesschutz in der frühen Kindheit 0-3 Jahre. Kinderschutz-Broschüre Österreich. GAIMH. In: http://www.gaimh.org/files/downloads/b5b3c8efbe6545967d7fb3e473d10db5/Kinderschutz-%C3%96sterreich-All.pdf. Online Ressource. [Stand: 12.03.2017].

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meuser, M./ Nagel, U. (^{2}2006): Experteninterview. In: Bohnsack, R./ Marotzki, W./ Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen/ Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, S. 57-58.

Müller, W. (2007): Ihre Kinder- und Jugendfachärzte/innen informieren. Vorsorge-Untersuchung-Diagnose-Beratung-Therapie. ÖGKJ. Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. In: http://www.paediatrie.at/home/News/Kinderaerztefolder_Auflage_3.pdf. Online Ressource. [Stand: 21.06.2017].

Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz/ Schweizerische UNESCO-Kommission (2015): Fokuspublikation Gesundheit: Aspekte und Bausteine qualitativ guter Gesundheitsförderung und Prävention in der Frühen Kindheit. Eine thematische Vertiefung des Orientierungsrahmens für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz. Zofingen. In: http://www.netzwerk-kinderbetreuung.ch/media/filer_public/cb/32/cb32a8d3-0ed8-4d52-a835-f246f53201ec/fokuspublikation_gesundheit_de.pdf. Online Ressource. [Stand: 14.02.2017].

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2016): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2016. Wien. In: http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Liga_JB16_LAST_Web_(2).pdf. Online Ressource. [Stand: 24.03.2017].

Österreichisches Institut für Familienforschung (2008): Endbericht. Eltern zwischen Anspruch und Überforderung. Eine psychosoziale Studie zu Erziehungswerten und -verhalten der Eltern unter dem Aspekt ihrer Lebensbedingungen und des subjektiven Befindens. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend über die Familie & Beruf Management GmbH: Universität Wien. In: https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjip7CW1qvUAhXxa5oKHfOWBdMQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.eltern-bildung.at%2Fdownload%2Ferziehungsstudie-2008-pdf-12mb%2F&usg=AFQjCNE4j6EjeDfcyXoHSi6rVTrB6YhUIg&cad=rja. Online Ressource. [Stand: 07.06.2017].

Paschon, A. (2011): Entwicklungspsychologisches Skriptum für SBK 0-3 (Salzburger Beobachtungskonzept für Kinder bis 3 Jahre). Salzburg: Eigenverlag.

Pauen, S. (2011): Vom Säugling zum Kleinkind. Entwicklungstagebuch zur Begleitung in den frühen Jahren. Heidelberg: Spektrum/ Springer Verlag.

Pauen, S./ Frey, B./ Ganser, L. (2012): Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebensjahren. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, S. 21-35.

Paulus, P. (1992): Zur Einführung: Prävention, Gesundheitsförderung und psychosoziale Praxis. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag, S. 9-16.

Peinhaupt, C./ Robl, E./ Plank, M./ Fassolder, G./ Krahulec, E./ König, C./ Schmidt, L./ Habacher, W. (2016): Gesundheitsbericht 2015 für die Steiermark. Hrsg.: Gesundheitsfonds Steiermark: Graz.

Piaget, J. (1969): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Prell, C./ Koletzko, B. (2016): Breastfeeding and complementary feeding-recommendations on infant nutrition. Deutsches Ärzteblatt International, Heft 25, Jg. 113. Berlin: Deutscher Ärzte Verlag, S. 435-444.

Richter, M./ Hurrelmann K. (2015): Determinanten von Gesundheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. BZgA. Köln. In: http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/. Online Ressource. [Stand: 02.02.2017].

Richtig essen von Anfang an! (o.J.): Über das Programm. In: http://www.richtigessenvonanfangan.at/eltern/ueber-das-programm/. Website. [Stand: 24.03.2017].

RIS (2011): Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern StF: BGBl. I Nr. 4/2011. In: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007136. Online Ressource. [Stand: 12.03.2017].

RIS (2006): Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG). StF: BGBl. I Nr. 132/2006. In: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004884. Online Ressource. [Stand: 22.02.2017].

RIS (2004): Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). StF: BGBl. I Nr. 179/2004. In: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883. Online Ressource. [Stand: 22.02.2017].

RIS (1998): Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz - GfG). StF: BGBl. I Nr. 51/1998. In: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011127. Online Ressource. [Stand: 22.02.2017].

Rix, C. (1999). Krabbelgruppe - ich mach' mit! Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.

Rossmann, P. (2004): Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Bern: Verlag Hans Huber.

Schwarz, M./ Johansson, T./ Ladurner, G. (2008): Familie als Determinante der Gesundheit. In: IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 15, Heft 3. Wien: Imago Hominis, S. 191-202.

Senckel, B. (2004): Wie Kinder sich die Welt erschließen. Persönlichkeitsentwicklung und Bildung im Kindergartenalter. München: Verlag C.H.Beck.

Slater, A./ Riddell, P./ Quinn, P. C./ Pascalis, O./ Lee, K./ Kelly, D. J. (2010): Visual Perception. In: Bremner, G./ Wachs, T. D.: The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development: Volume 1: Basic Research. Blackwell Publishing, Second Edition 2010: Wiley-Blackwell, S. 40-81. Verfasserin übersetzt sinngemäß.

Sommer, M. (1999): Sammeln. Ein philosophischer Versuch. Frankfurt am Main: Surkamp.

Stadler Elmer, S. (2011): Mündliche Befragung. In: Aeppli, J./ Gasser, L./ Gutzwiller, E./ Tettenborn, A. (Hrsg): Empirisches wissenschaftliches Arbeiten: Ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 175-186.

Stadt Graz (2016): Jahresbericht 2016. Ärztlicher Dienst - A6. Amt für Jugend und Familie. In: http://www.graz.at/cms/dokumente/10034658_266957/49cf2d5d/Jahresbericht_2016.pdf. Online Ressource. [Stand: 21.08.2017].

Steinbach, H. (2011): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 3. Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Schmidt, B./ Kolip, P. (2007): Gesundheit fördern - oder fordern? Eine Einführung. In: Schmidt, B./ Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag.

Statistik Austria (2016): Bevölkerung am 1.1.2016 nach Alter und Bundesland - Insgesamt. In: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023470.html. Online Ressource. [Stand: 24.03.2017].

Steen, R. (2005): Soziale Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst. München/ Basel: Ernst Reinhard Verlag.

SIDS-Austria (o.J.): Vorsorgemaßnahmen gegen den plötzlichen Säuglingstod. In: http://www.sids.at/vorsorgemassnahmen.html. Website. [Stand: 23.03.2017].

Siebert, D./ Hartman T. (2008): Themen Gesundheitsfördernder Hochschulen/Gesundheitspädagogik. In: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/G_Themen/G10_Gesundheitspaedagogik/G10_Gesundheitspaedagogik.pdf. Online Ressource. [Stand: 05.01.2017].

Thurmair, M./ Naggl, M. (^{4}2010): Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Tschöpe-Scheffler, S. (2005): Einleitende Überlegungen der Herausgeberin. In: Tschöpe-Scheffler (Hrsg.): Konzepte der Elternbildung - eine kritische Übersicht. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

UNICEF (2003): A league table of child maltreatment deaths in rich nations, Innocenti Report Card, No.5, September 2003. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. In: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf. Online Ressource. [Stand: 12.03.2017]. Verfasserin übersetzt sinngemäß.

UNICEF (o.J.): Die UN-Kinderrechtskonvention. In: https://www.unicef.at/kinderrechte/die-un-kinderrechtskonvention/. Website. [Stand: 12.03.2017].

UNICEF (o.J.a): UN-Konvention über die Rechte des Kindes. In: https://www.unicef.at/fileadmin/media/Kinderrechte/crcger.pdf. Online Ressource. [Stand: 12.03.2017].

VSLÖ Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs (o.J.): Stillberatung mit Qualität. In: http://www.stillen.at/eltern/stillberatung/. Website. [Stand: 21.06.2017].

Walker, P. (1996): Beziehung durch Berührung. Die Technik der Babymassage. In: Blume, A./ Bopp, A.: (Hrsg.): Das erste Jahr. Das umfassende Handbuch für die junge Familie. München: Kösel-Verlag.

Wallner, H. (^{2}1996): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Überarbeitete Auflage. Stuttgart/ Berlin/ Köln: Kohlhammer GmbH.

WHO (1948): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. In: https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf. Online Ressource. [Stand: 03.03.2017].

WHO Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1. Online Ressource. [Stand: 24.8.2016].

Winkler, P. (2015): Frühe Hilfen - Zahlen, Daten und Fakten zu den begleiteten Familien. FRÜDOK-Jahresbericht 2015. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim: Juventa.

Wustmann, C. (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. In: Zeitschrift für Pädagogik. Jahrgang 51, Heft 2. Frankfurt am Main: Beltz, S. 192-206.

Wustmann, C. (2004): Resilienz. Wiederstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Beltz.

Zimbardo, P. G./ Gerrig, R. J. (^{7}1999): Psychologie. Neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer.

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Motorische Entwicklung 41
Tabelle 2: Sprachliche Entwicklung 49
Tabelle 3: Sozial-emotionale Entwicklung....55
Tabelle 4: InterviewpartnerInnen 86
Tabelle 5: Übersicht der geführten Interviews....87
Tabelle 6: Geburtsvorbereitungskurse....93
Tabelle 7: Hebammennachbetreuung....95
Tabelle 8: Stillberatung und -gruppen....97
Tabelle 9: REVAN Workshops....98
Tabelle 10: Trageberatung 100
Tabelle 11: Kinder- und JugendfachärztInnen 102
Tabelle 12: Gewichts- und Entwicklungskontrolle....103
Tabelle 13: Ergotherapie, Physiotherapie, Mototherapie 104
Tabelle 14: Komplementärmedizinische Angebote....105
Tabelle 15: Angebote zur kognitiven und sprachlichen Entwicklung....106
Tabelle 16: Logopädie 107
Tabelle 17: Angebote zur sozial-emotionalen Entwicklung....108
Tabelle 18: Babymassage und Babyschwimmen 110
Tabelle 19: ElternbildungsanbieterInnen des Netzwerks Elternbildung....111
Tabelle 20: Eltern-Kind-Gruppen 114
Tabelle 21: Begegnungs- und Vernetzungsorte....115
Tabelle 22: Hilfestellung und Unterstützung in belastenden Situationen....117
Tabelle 23: Frühförderung und Familienentlastung 118
Tabelle 24: Sonstige Angebote....119
Tabelle 25: Anzahl der AnbieterInnen nach Kategorien....140

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen 15
Abbildung 2: Determinanten der Gesundheit 16
Abbildung 3: Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung 25
Abbildung 4: Die steirischen Gesundheitsziele 66
Abbildung 6: Grundmodell Frühe Hilfen 69
Abbildung 7: Impfplan für das erste Lebensjahr 71
Abbildung 8: Österreichische Ernährungspyramide 75
Abbildung 9: Kategoriensystem 90

10 Anhang

10.1 Leitfaden ExpertInneninterview

Karl-Franzens-Universität Graz
Institut für Bildungs- und Erziehungswissenschaften

Interviewleitfaden

Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr:

Eine Analyse der Angebote in der Stadt Graz

Institution und Person

- Bitte geben Sie mir einen Überblick über die Einrichtung in der Sie arbeiten?
  - In welchem Bereich sind Sie tätig?
  - Wie lange sind Sie bereits in diesem Bereich tätig?
  - Wie werden die Leistungen finanziert?
- Welche Ziele verfolgt die Institution?
- Gibt es Kooperationen Institutionen im Bereich der Gesundheitsförderung?

Angebot der Institution

- Welche Angebote im Rahmen der Gesundheitsförderung für Kinder im ersten Lebensjahr gibt es?
  - Was bezeichnen Sie als die gesundheitsförderlichen Aspekte des jeweiligen Angebots?
- Wie werden die Angebote angenommen?
  - Wie ist die Auslastung? Haben Sie noch Ressourcen/ freie Plätze übrig?
  - Sind die Angebote mit Kosten verbunden? Wenn ja, in welchem Ausmaß?

Eltern

Inanspruchnahme

- Aus welchen Gründen nehmen Eltern Ihrer Ansicht nach die jeweiligen Angebote in Anspruch? Welche Unterstützung brauchen Eltern im ersten Lebensjahr ihrer Kinder? Warum kommen sie?
- Welche Eltern nehmen die Angebote in Anspruch?
    - Gibt es Unterschiede bei der Inanspruchnahme in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Eltern? Wenn ja, welche?
    - Werden auch sozial benachteiligte Familien erreicht?

Bedürfnisse

- Mit welchen Bedürfnissen kommen Eltern zu Ihnen?
- Welche Einstellungen, Gefühle begegnen Ihnen häufig bei der Arbeit mit den Eltern?
    - Was sind die häufigsten Probleme/ Themen die Eltern beschäftigen?
    - Welche Fragen/ Erwartungen/ Wünsche gibt es seitens der Eltern?
- Gibt es Unterschiede bei den Bedürfnissen/Wünschen etc. der Eltern bezogen auf deren sozioökonomischen Status?

Erreichbarkeit

- Wie wird versucht, die Eltern zu erreichen? Wie werden Eltern auf Ihre Angebote aufmerksam?
- Wie wird mit Sprachbarrieren umgegangen?

Wirkung

- Haben Sie den Eindruck und/oder Rückmeldungen, dass sich das Erziehungsverhalten der Eltern durch die Angebote verändert? Wenn ja, wodurch und in welcher Form?
- Welche Auswirkungen haben die Angebote auf die Eltern-Kind-Beziehung?

Angebote in der Stadt Graz

- Welche anderen gesundheitsfördernden Angebote für Kinder im ersten Lebensjahr in der Stadt Graz sind Ihnen bekannt?
- Gibt es Ihrer Ansicht nach in Graz ein Über- bzw. Unterangebot in diesem Bereich?
    - Werden Grazer Eltern Ihrer Einschätzung nach im ersten Lebensjahr ihrer Kinder ausreichend unterstützt?
- Wo sehen Sie weiteren Bedarf? In welchen Bereichen würde sich ein Ausbau lohnen?

Verbesserung des Angebots

- Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Angebote? – bezogen auf die eigene Institution sowie auf die Stadt Graz
    - Welche Schwierigkeiten/ Probleme ergeben sich?
    - Was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?
- Evaluieren Sie Ihre Angebote? Gibt es eine Befragung?
    - Wenn ja, zu welchen Ergebnissen kam die Evaluation?

Abschluss

Gibt es noch etwas, das Sie erzählen möchten? Haben Sie noch Fragen an mich?

Vielen Dank!

10.2Elternberatungsspiegel der Stadt Graz

MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG
GRIES **Sozialraum III** Albert-Schweitzer-Gasse 36/2 (Geriatrisches Zentrum) Tel.: 872-3041 **Öffnungszeiten:** 8.00-10.30 Ärztin/Arzt: 8.00-9.30 Dr. Susanne Gregoritsch **Zusatzangebote:** *Babymassage:* 10.30 -11.30 *Stillberatung*: 3. Montag im Monat 8.30-10.30	**LEND** **Sozialraum IV** Wienerstraße 58a (neben dem Studentenwohnheim) Tel.: 872-4688 **Öffnungszeiten:** 8.00-11.00 Ärztin/Arzt: 8.00-9.30 Dr. Müzeyyen Gallnbrunner **Zusatzangebot:** *Stillberatung:* 1. Dienstag im Monat 9.00-11.00	**GÖSTING** **Sozialraum IV** Wienerstrasse 255 Tel.: 872-4600 **Öffnungszeiten:** 8.00-9.30 Ärztin/Arzt: 8.00-9.30 Dr. Edith Ornig **Zusatzangebot:** *Ergotherapeutische Beratung*: 4. Mittwoch im Monat 8.15-9.45	**ST. PETER** **Sozialraum II** St. Peter Hauptstraße 85 (im Bezirksamt) Tel.: 0664/608724633 **Öffnungszeiten:** 8.00-11.00 Ärztin/Arzt: 8.00-9.30 Dr. Ines Pamperl **Zusatzangebote:** *Stillberatung*: 2. Donnerstag im Monat 9.00-11.00 *Babymassage*: Donnerstag 11.00-12.00	**LIEBENAU** **Sozialraum II** Kloiberweg 1 (Puchsiedlung) Tel.: 872-3011 **Öffnungszeiten:** 8.00-11.00 Ärztin/Arzt: 8.00-9.30 Dr. Andrea Wirnsberger **Zusatzangebot:** *Stillberatung:* 2. Freitag im Monat 8.30-10.30
INNERE STADT **Zentrale Elternberatungsstelle** Keesgasse 6/2 Tel.: 872-4633 **Öffnungszeiten:** 15.00-17.00 Ärztin/Arzt: 15.00-16.30 Dr. Werner Sauseng **Zusatzangebot:** *Babymassage:* 14.00-15.00 *Logopädische Beratung:* 2.Montag im Monat 15.00-16.00	**TRIESTER** **Sozialraum III** Dornschneidergasse 41 Tel.: 872-3054 **Öffnungszeiten:** 10.30-12.00 Ärztin/Arzt: 10.30-12.00 Dr. Susanne Gregoritsch **Zusatzangebot:** *Stillberatung:* 4. Dienstag im Monat 10.30-12.00	**SCHÖNAU** **Sozialraum II** Fröhlichgasse 90 Tel.: 872-3027 **Öffnungszeiten:** 8.00-10.00 Ärztin/Arzt: 8.00-9.30 Dr. Ursula Proske-Heger	**GEIDORF** **Sozialraum I** Körösistraße 64 (Geidorfcenter) Tel.: 872- 3098 Dr. Ulrike Brunner-Karner **Öffnungszeiten:** 9.30-12.30 Ärztin/Arzt: 10.30-12.00 **Zusatzangebot:** *Ergotherapeutische Beratung*: 2. Donnerstag im Monat 9.30-11.00	**WETZELSDORF** **Sozialraum III** Straßgangerstraße 210 (Kreuzung Peter-Roseggerstraße) Tel.: 0676/88015574, 0676/88015291 **Öffnungszeiten:** 8.00-11.00 Ärztin/Arzt: 8.00-9.30 Dr. Susanne Gregoritsch **Zusatzangebote:** *Stillberatung*: 4. Freitag im Monat 8.45-10.45 *Ergotherapeutische Beratung:* 1. Freitag im Monat 8.00-9.30
 Foto: Ärztlicher Dienst Ärztliche Beratung	**STRASSGANG** **Sozialraum III** Kärntnerstraße 411 (im Bezirksamt) Tel.: 0676/88015257 **Öffnungszeiten:** 9.00-13.00 Ärztin/Arzt: 10.30-12.00 Dr. Ines Pamperl **Zusatzangebote:** *Stillberatung:* 3. Dienstag im Monat 10.00-12.00 *Ergotherapeutische Beratung:* 1. Dienstag im Monat 10.00-12.00	**ST. LEONHARD** **Sozialraum I** Elisabethstraße 59/4 (im Institut für Familienförderung) Tel.: 872-3098 **Öffnungszeiten:** 9.30-12.30 Ärztin/Arzt: 10.30-12.00 Dr. Ulrike Brunner-Karner **Zusatzangebot:** *Ergotherapeutische Beratung:* *3. Mittwoch im Monat 9.30-11.30*	**JAKOMINI** **Sozialraum II** Grazbachgasse 39 (Ecke Maygasse) Tel.: 872-3008 Dr. Ursula Proske-Heger **Öffnungszeiten:** 10.30-12.30 Ärztin/Arzt: 10.30-12.00	**MARIATROST** **Sozialraum I** Kirchbergstraße 1 Tel.: 872-3098 **Öffnungszeiten:** 9.30-12.30 Ärztin/Arzt: 10.30-12.00 Dr. Müzeyyen Gallnbrunner **Zusatzangebote:** *Stillberatung:* 1.Freitag im Monat 9.30-11.00 *Beratung in Gebärdensprache:* 14.07.2017 29.09.2017 01.12.2017 01.09.2017 27.10.2017 jeweils von 10.00-11.30

MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG
 Foto: Ärztlicher Dienst Gemütlicher Treffpunk	 Foto:Ärztlicher Dienst Babymassage	**EGGENBERG** **Sozialraum IV** Karl-Morrestraße 42 Tel.: 872-4617 **Öffnungszeiten:** 9.00-12.00 Ärztin/Arzt: 10.30-12.00 Dr. Andrea Wirnsberger **Zusatzangebote:** *Stillberatung*: 1. und 3. Mittwoch im Monat 9.30-11.30 *Ergotherapeutische Beratung*: 4. Mittwoch im Monat 10.30-12.00	 Foto: istock © PeopleImages Ergotherapeutische Beratung	**INNERE STADT** **Zentrale Elternberatungsstelle** Keesgasse 6/2 Tel.: 872/4633 **Öffnungszeiten:** 8.00-11.00 Ärztin/Arzt: 8.30-10.00 Dr. Werner Sauseng **Zusatzangebote:** *Stillberatung*: 3. Freitag im Monat 9.00-11.00 *Babymassage*: 11.00-12.00
Ein Kind ist ein Buch, aus dem wir lesen und in das wir schreiben sollten. (Peter Rosegger)		 Foto: istock © PeopleImages Stillberatung	Sterne fallen nicht vom Himmel, sie werden geboren. (Unbekannt)	

[Stand 21.06.2017]