

Druckreiferklärung für die Zeitschrift

Kinderärztliche Praxis 6/06

Verfasser: Prof. Dr. med. Karl E. Bergmann
Beitrag: Beratung junger Eltern

Der Autor versichert, daß er der Urheber dieses Beitrages ist und über sämtliche Verwertungsrechte hieran allein verfügen kann und darf. Ferner steht er dafür ein, daß sein Beitrag keine Rechte Dritter, insbesondere deren Persönlichkeitsrechte, verletzt. Er überträgt hiermit dem Verlag Kirchheim & Co GmbH das ausschließliche, übertragbare, örtlich und inhaltlich unbegrenzte Nutzungs- und Verwertungsrecht an diesem Beitrag, insbesondere das ausschließliche und beliebige Recht zur Vervielfältigung, zur Verbreitung, zur Bearbeitung, zur Übersetzung sowie zur Veröffentlichung mittels elektronischer Medien (z.-B. Internet, Datenträger, CD-ROM).

Wir bitten um Erteilung der Druckgenehmigung bis

23. 10. 2006

an den Verlag Kirchheim + Co GmbH, Postfach 2524 , 55015 Mainz,
Telefon 0 61 31/ 9 60 70 27, Fax 0 61 31 / 9 60 70 70.

Später eingehende Korrekturen können nicht mehr berücksichtigt werden.
Über 10 Prozent hinausgehende Korrekturen gehen zu Lasten des Autors.
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Mann.

Ihre Bemerkungen:

Datum/Unterschrift:

Mit freundlichen Grüßen

Verlag Kirchheim + Co GmbH
VERLAG KIRCHHEIM + CO GMBH
- Herstellung -
Dipl.Des. Klaudia Mann

Kaiserstraße 41, 55116 Mainz
Tel. (0 61 31) 9 60 70 27
Fax: (0 61 31) 9 60 70 70
E-Mail: mann@kirchheim-verlag.de



Vorausschauende Beratung junger Eltern ist wirksam

Karl E. Bergmann, Renate L. Bergmann, Rolf Richter, Joachim W. Dudenhausen

Kaiserin Auguste Victoria Gesellschaft für Präventive Pädiatrie,
Charité Universitätsmedizin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Geburtsmedizin

Einleitung

Werdende und junge Eltern sind an fundierter, authentischer Beratung durch Personen ihres Vertrauens interessiert. Wie unsere repräsentative Erhebung (Bergmann et al. 1993) zeigen konnte, gehören Kinderärzte und nach ihnen Hebammen und Kinderkrankenschwestern zu dem Personenkreis, dem junge Eltern besonders gern ihr Vertrauen schenken. Sie erwarten von Ihnen verlässliche und praktikable Ratschläge, die es ihnen erlauben, ihre Kinder körperlich und mental gesund aufzuziehen und die Grundlagen für ein langes, erfülltes Leben in Gesundheit zu legen. Es besteht also eine Nachfrage, die auf gute Angebote wartet. Damit dieses Interesse gepflegt werden kann, müssen sich die Angebote bewähren, d.h. sie müssen im rechten Augenblick an die Eltern herangetragen werden, auf ihre Bedürfnisse angemessen eingehen, akzeptabel, kostengünstig, praktisch umsetzbar und vor allem auch wirksam sein.

In der täglichen Praxis geht es vor allem um die Lösung vorhandener Gesundheitsprobleme. Dazu bringt ein Leidensdruck die Familien in die Praxis, wo dann gezielt diagnostiziert und behandelt wird. Die Kindervorsorge bringt ebenfalls einen großen Teil der

Kinder in die Praxis. In der geltenden Form dient sie aber nur der Früherkennung und frühen Behandlung bereits bestehender Gesundheitsprobleme. Primäre Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung – d.h. Entwicklung der Kompetenz zur Erhaltung der eigenen Gesundheit – ist im U-Programm bisher leider nicht verankert. Viele niedergelassene Kollegen geben ihren Patienten und ihren Familien aber auch ohne Vergütung gern gute Ratschläge mit, die der Erhaltung der Gesundheit und der Förderung der Entwicklung dienen. Wir bezeichnen dies als „vorausschauende Beratung“ in Anlehnung an und Modifikation von „Anticipatory Guidance“ der American Academy of Pediatrics. Für gute vorausschauende

Gute Ratschläge durch niedergelassene Kollegen, die der Erhaltung der Gesundheit und der Förderung der Entwicklung der Kinder dienen, bezeichnen wir als „vorausschauende Beratung“ in Anlehnung an und Modifikation von „Anticipatory Guidance“ der American Academy of Pediatrics.

Beratung braucht man Zeit und in der Regel mehr Kompetenz als sie in der Weiterbildung erworben werden kann. Auch Eltern müssen dafür Zeit mitbringen. Obwohl wir wissen, daß sie grundsätzlich interessiert sind, müssen sie im Einzelfall dafür gewonnen werden, es sind zusätzliche Treffen, am besten in kleinen Gruppen, zu organisieren, die Beratungen müssen sich bewähren und ansprechend sein, damit die Familien dabei bleiben. Das gesundheitspolitische Interesse an Prävention nimmt zu, und es ist zu hoffen, daß vorausschauende Beratung möglichst bald Teil des kinderärztlichen Vorsorgeprogramms wird und flächendeckend allen jungen Familien zur Verfügung gestellt werden kann. Bis dahin sollte es wenigstens als „IGeL“ verfügbar gemacht werden.

Aus einem vom Bundes-Forschungsministerium geförderten Projekt berichten wir hier über praktische Erfahrungen und darüber, ob und in wieweit Ratschläge an junge Eltern wirksam sind, d.h. ihr Wissen vermehren, ihr Verhalten verbessern, Gesundheitsrisiken vermindern und Krankheiten verhüten. Dabei werden wir auf die Prävention der Milchzahnkaries exemplarisch genauer eingehen, aber auch die Ergebnisse zu einigen weiteren Gesundheitsproblemen vorstellen.

Wie läßt sich die Wirksamkeit vorausschauender Beratung nachweisen?

Der Nachweis der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen ist schwierig. Dies gilt besonders für die vorausschauende Beratung zur Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung: Denn um zu prüfen, ob eine Beratung etwas bringt, muß man beratene und nicht beratene Familien in kontrollierten Studien miteinander vergleichen. Würden wir aber, wie es sonst in der biomedizinischen Forschung gefordert wird, Rat suchende Familien nach einem Zufallsverfahren einer zu beratenden und einer nicht zu beratenden Gruppe zuordnen, so würden wir der nicht beratenden Gruppe bewußt wichtige Informationen zur Erhaltung ihrer Gesundheit vorenthalten. Dadurch entstünde ein ethischer Konflikt.

Auf der anderen Seite kann man einen guten Rat aber auch nicht „versiegeln“ und somit nicht verhindern, daß er auch bei der nicht beratenden Gruppe durch Mundpropaganda ankommt. Ein möglicher Unterschied zwischen den Gruppen würde dann aufgehoben. Man bezeichnet dies als „Kontamination“. Aussagekräftige Studien mit klarer Trennung der Untersuchungs- und Kontrollgruppe wären damit gar nicht möglich. Es kommt hinzu, daß nicht beratene Eltern durchaus etwas wissen und nicht alles falsch machen. Sie haben selbst ihre Strategien, an Informationen zu kommen, sie lesen Bücher, Zeitschriften für Familien, erhalten Ratschläge von ihren Eltern und Freunden von ihrer Heb-

amme und wertvolle Hinweise in der kinderärztlichen Praxis.

Methodik

Weil wir es für wichtig halten, auch auf dem Gebiet der vorausschauenden Beratung gut kontrollierte Studien durchzuführen, entwickelten wir ein neuartiges Studiendesign: Die Kontrollgruppen (KG) für den Vergleich mit der beratenden Gruppe („Interventionsgruppe“, IG) untersuchten wir unmittelbar vor der kritischen Beratungsphase und zwar in dem gleichen Alter, zu dem die Eltern und Kinder der Interventionsgruppe, also 6, 12 und 24 Monate nach der Entbindung, zu untersuchen waren. Damit konnten die Kontrollgruppen einen Rat gar nicht erhalten haben, es gab keinen ethischen Konflikt und keine Kontamination. Um die Vergleichbarkeit sicherzustellen, gewannen wir sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppen nach dem gleichen Verfahren und den gleichen Kriterien aus dem Kreißsaalbuch der Klinik für Geburtsmedizin der Charité im Campus Virchow-Klinikum, also dem gleichen Einzugsgebiet, und zwar durch eine „befristete“ strikte Vollerhebung: Alle in Betracht kommenden Familien mit einem ersten Kind, die der deutschen Sprache mächtig waren und deren Kind weder unmittelbar nach der Geburt stationär behandelt werden mußte, noch an einer chronischen Krankheit litt, wurden aus dem gleichen Kreißsaalbuch entweder vorher aus den früher stationär Entbundenen zu einer der drei Kontrolluntersuchungen oder aus den aktuellen Fällen zur Interventionsgruppe eingeladen.

Verbleibende Unterschiede zwischen den Gruppen, etwa im Alter, Bildungsstand, Familieneinkommen etc. wurden bei der statistischen Analyse ausgeglichen. Um stärkere zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, wurden die Untersuchungen parallel vorgenommen: Während wir also Familien mit neugeborenen Kindern in die Interventionsgruppe aufnahmen, untersuchten wir bereits die erste Kontrollgruppe 6 Monate alter Kinder etc., so daß die Studie nach Beendigung der Beratung und Untersuchung der Interventionsgruppe auch abgeschlossen werden konnte.

Von den 202 Familien, die wir mit ihrem ersten Kind bei Geburt in die Interventionsgruppe aufgenommen hatten, nahmen nach 2 Jahren noch 157 (78 %) an der Untersuchung teil. Drop-out also 22 %, meist durch Umzug. Die Familien, d.h. Mutter und Kind - und soweit vorhanden - Partner, wurden in Gruppen von 5 – 8 zu insgesamt 6 Seminaren 1, 3, 6, 9, 12 und 18 Monate nach der Entbindung eingeladen. Die Einladungen wurden am besten angenommen, wenn wir auf der Wochenstation Mutter und Vater (Partner) gleichzeitig ansprachen. Jedes Seminar dauerte 2 Stunden. Unsere PowerPoint Folien erhielten die Eltern als Material zum Nachlesen. Die Termine für die Seminare waren so gewählt, daß das Beratungsprogramm künftig auch in die bestehende Kindervorsorge integriert werden kann. Mit 6, 12 und 24 Monaten wurden die Familien befragt, die Kinder untersucht, ihre Entwicklung getestet, und es wurden Blut- und Urinuntersuchungen angeboten. Dies sollte Aufschluß über Wissen, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken und Krankheiten geben. Ein zusätzlicher Termin mit 18 Monaten diente ausschließlich Erhebungen und Untersuchungen zur Zahngesundheit. Als Kontrollen dienten insgesamt 514 Familien mit erstem Kind; sie waren auf die drei Untersuchungstermine verteilt. Für die zahnmedizinischen Untersuchungen diente die 6-Monats – Kontrollgruppe.

Wesentliches für die Praxis ...

- Primärprävention in Form einer vorausschauenden Beratung ist nicht Bestandteil des bestehenden U-Programms.
- Es besteht aber ein großes Interesse bei Eltern, so daß ein Angebot im Sinne der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sinnvoll erscheint.
- Wirksam sind insbesondere Beratungen zur Prävention der Milchzahnkaries, der Adipositas und von Beeinträchtigungen der psychomotorischen Entwicklung



Die Familien wurden in Gruppen von 5 – 8 zu insgesamt 6 Seminaren 1, 3, 6, 9, 12 und 18 Monate nach der Entbindung eingeladen. Jedes Seminar dauerte 2 Stunden.

Mit 6, 12 und 24 Monaten wurden die Familien befragt, die Kinder untersucht, ihre Entwicklung getestet, und es wurden Blut- und Urinuntersuchungen angeboten.

Beratungsinhalte

Unter Einbeziehung der Familien und Beantwortung ihrer Fragen gingen wir in diesen Seminaren darauf ein, was in den kommenden Wochen bezüglich Ernährung, Wachstum, Entwicklung, Hygiene, Impfungen, Hautpflege, Schreien, Koliken, Schlaf, Zahngesundheit, Unfallrisiken, Entwicklungsförderung/ Erziehung (z.B. Spielen, Kommunikation, Disziplin, Sauberkeit), Partnerschaft u.a. auf sie zukommen würde. Das für jeden Termin relevante (umfangreiche) Material wurde als Power-Point Präsentation angeboten und zusätzlich in Schriftform verteilt. Für den AOK Bundesverband haben wir im Jahr 2000 aus diesen Materialien ein Programm für die Gesundheitsförderung in den ersten drei Lebensjahren entwickelt. Die Seminare waren sehr lebendig, weil viele Fragen beantwortet werden konnten, weil es möglich war, an den Kindern bestimmte Entwicklungsphänomene zu zeigen und weil es zu einem lebhaften Austausch auch zwischen den Familien kam. Der vorliegende Artikel konzentriert sich auf Beratungsinhalte, für die wir hier auch Ergebnisse vorstellen.

Das Projekt wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie gefördert, durch die Ethik-Kommission des Virchow-Klinikums begutachtet und zur Durchführung freigegeben.

Ergebnisse

Beratung zur Prävention der Milchzahnkaries

Während Zahnkaries insgesamt rückläufig ist, stellt die Milchzahnkaries immer noch ein Problem dar, das in manchen Regionen Deutschlands neuerlich sogar zugenommen hat. Eine Ursache dafür liegt wohl in den verunsichernden, unwirksamen Empfehlungen, die zahnmedizinische Fachverbände ohne Abstimmung mit der Kinderheilkunde von 1999 an verbreitet haben. Da der Ansprechpartner für das Thema „Kariesprävention“ in den ersten Lebensjahren der Kinderarzt ist, sollte er von seinen Beratungsmöglichkeiten Gebrauch machen. Unsere Darstellung berücksichtigt sowohl eigene Forschungsergebnisse als auch die später mühsam zustande gekommenen Abstimmungsergebnisse zwischen Kinderheilkunde und Zahnmedizin.

Bereits bei den ersten drei Treffen unseres Elternschulprojekts, also vor dem Durchbruch der Zähne, wurde den jungen Familien vermittelt, daß

- Karies (über Karies erregende Bakterien) übertragbar ist,
- sie deshalb zu ihrem Zahnarzt gehen und ihre Zähne gründlich sanieren, also von Karies und Zahnstein befreien lassen sollten,

- sie ihre Zähne regelmäßig und sorgfältig pflegen müssen,
- sie ihrem Kind keine Flasche zur Beruhigung oder zum Einschlafen geben sollten, schon gar nicht mit süßem Inhalt,
- sie auf Hygiene beim Schnuller achten müssen
- ihr Kind in Mahlzeiten zu ernähren ist, es soll speisen und nicht „grasen“, also nicht ständig etwas zu essen bekommen.

Wer auf Süßigkeiten verzichten kann, möge dies tun und auch sein Kind nicht daran gewöhnen. Wenn Süßigkeiten für unverzichtbar gehalten werden, sollten sie selten und nicht zwischen den Mahlzeiten genossen werden. Die Mütter in der Interventionsgruppe erhielten außerdem Fluorid- und Chlorhexamed-Spüllösungen, mit der sie 1x in 4 Wochen 1 Woche lang ihre Zähne täglich spülen sollten. Schließlich wurde auf die Wichtigkeit der Verwendung von Fluorid hingewiesen, d.h. die Familien sollten Fluorid-Speisesalz verwenden und ihrem Kind Fluorid-Tabletten geben, im 1. Jahr in Kombination mit Vitamin D, im zweiten täglich 0,25 mg Fluorid und im dritten 0,5 mg. Tabelle 1 faßt die Ratschläge noch einmal übersichtlich zusammen. Darin sind auch die Ergebnisse der Diskussion mit der Zahnheilkunde berücksichtigt.

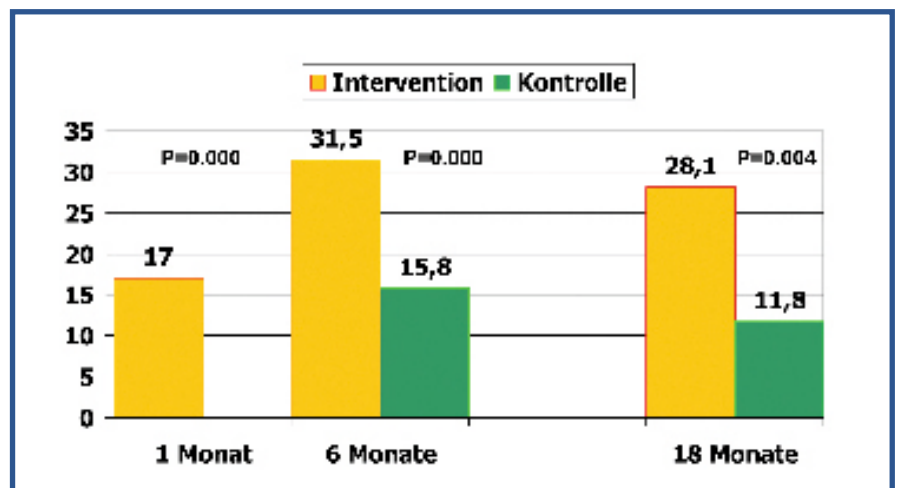


Abb. 1: Anteil der Mütter mit niedrigem Kariesrisiko (Mutans Streptokokken im Speichel).

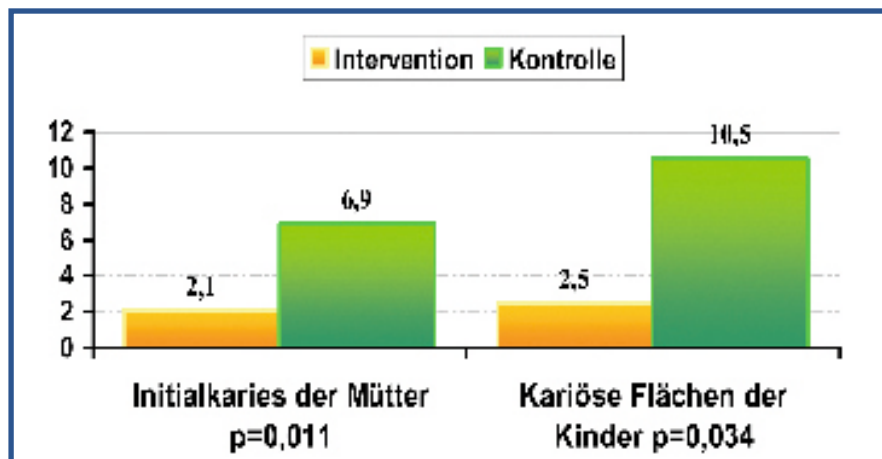


Abb. 2: Neue kariöse Flächen der Mütter und Kinder

Bei der zusätzlichen standardisierten zahnmedizinischen Untersuchung von Müttern und Kindern zeigte sich, daß unsere Ratschläge das Wissen, das Verhalten, aber auch das Kariesrisiko (Mutans - Streptokokken im stimulier-

ten Speichel), vor allem aber die Initialkaries bei den Müttern und den Kariesbefall der Kinder signifikant günstig beeinflussen konnten (s. Abb. 1 und 2). In der multivariaten Analyse erwies sich das Wissen der Mütter „Karies ist an-

steckend“ als besonders starker, günstiger Einfluß auf das Kariesrisiko (Mutans-Streptokokkenbefall).

Frühe Prävention von Adipositas

Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas hat in den zurückliegenden Jahrzehnten sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern zugenommen. Adipositas kann in jedem Lebensalter neu entstehen. Ihre Ursachen sind vielfältig. Im vorliegenden Zusammenhang soll auf Möglichkeiten der frühen Prävention eingegangen werden. Dadurch läßt sich Übergewicht und Adipositas nicht lebenslänglich verhindern. Jenseits von Schwangerschaft und Kleinkindesalter sind die jeweils wirksamen Möglichkeiten, wie Vermeidung übermäßigen Fernsehkonsums, Beachtung einer gesundheitsfördernden Ernährung, genügend körperliche Aktivität etc. zu beachten.

Was frühe Einflußfaktoren auf das Risiko für späteres Übergewicht oder Adipositas betrifft, so spielen offensichtlich bereits bestehendes Übergewicht von Schwangeren, übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, Rauchen in der Schwangerschaft, ungünstige soziale Verhältnisse und zu kurzes Stillen oder frühe Flaschenernährung eine Rolle. Entsprechend kann vorausschauende Beratung auf den folgenden Gebieten einen günstigen Einfluß ausüben: Während der Schwangerschaft sollte übermäßige Gewichtszunahme vermieden und das Rauchen eingestellt werden. Die Mütter sollten auf das Stillen vorbereitet und nach der Entbindung sowohl in der Entbindungsabteilung als auch danach, etwa durch Hebammen und in der kinderärztlichen Praxis, zum Stillen so beraten werden, daß sie möglichst 4 – 6 Monate lang ausschließlich stillen können. Nach der Etablierung des Stillens, also etwa nach 8 Wochen, sollte den Müttern empfohlen werden, vorhandenes Übergewicht allmählich abzubauen mit dem Ziel, das prägravidale Gewicht 1 Jahr nach Entbindung wieder zu errei-

In der Schwangerschaft, 1, 3 und 6 Monate post partum

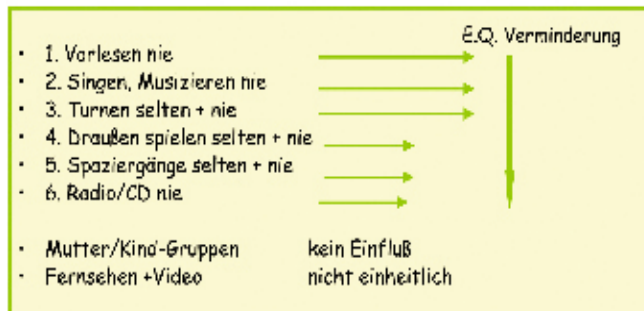
- Zahnkaries ist übertragbar.
- Eltern sollen ihre Zähne sorgfältig sanieren und durch ihren Zahnarzt regelmäßig überwachen lassen.
- Speisesalz mit Jod, Fluorid, Folsäure sollte als das normale Salz der Familie verwendet werden. Die Kinder erhalten vom frühen Säuglingsalter an, also vor dem Durchbruch der Milchzähne, täglich Fluoridsupplemente, im 1. Jahr 0,25 mg Fluorid mit Vitamin D, im 2. Jahr nur 0,25 mg Fluorid, im dritten 0,5 mg. 3 - 24 Monate post partum
- Kinder dürfen nicht an eine Nuckelflasche zum Einschlafen und zur Beruhigung gewöhnt werden.
- Kinder sollen speisen, d.h. in Mahlzeiten ernährt werden, und nicht ständig essen („grasen“) oder trinken. 6 – 36 Monate post partum
- Süßigkeiten gibt es selten und nicht zwischen den Mahlzeiten.
- An fluoridiertes Salz und Fluoridtabletten erinnern.
- Die Zähne werden bald nach ihrem Durchbruch vorsichtig mit einem feuchten Wattestäbchen oder einer Säuglingszahnbürste von Speiseresten oder Zahnbelag gereinigt.
- In den ersten Lebensjahren schlucken Kinder Zahnpasta weitgehend. Zahnpasta ist aber ein kosmetisches Mittel und nicht für den regelmäßigen Verzehr geeignet. Es wird deshalb empfohlen, sie erst zu verwenden, wenn Kinder sie zuverlässig ausspucken (meist nach dem Alter von 3 Jahren).
- 500 ppm. Fluorzahnpasta ist wahrscheinlich unwirksam. Sobald Kinder Zahnpasta zuverlässig ausspucken, sollten sie deshalb eine Zahnpasta mit einem höheren Fluoridgehalt verwenden.
- Die Zahnpflege sollte bis ins Schulalter hinein unter kompetenter Überwachung von Erwachsenen erfolgen.

Tab. 1: Ratschläge an Eltern zur Vermeidung von Milchzahnkaries



	EQ Intervention	EQ Kontrolle	p
Sprachverständnis	101,3	98,5	0,021
Sprache expressiv	101,3	98,5	0,020
Feinmotorik	101,5	98,3	0,006
Grobmotorik	100,3	99,7	0,597
Persönlich-sozial	100,9	99,0	0,121
Situationsverständnis	101,1	98,8	0,047
Selbsthilfe	101,3	98,6	0,023
Gesamtskala	101,2	98,6	0,026

Tab. 2: Gruppenvergleich des Entwicklungsquotienten im Alter von 24 Monaten



Tab. 3: Welche Defizite der Zuwendung beeinträchtigen die Entwicklung?
 E.Q.: Signifikante Verminderung des Entwicklungsquotienten (5 Ausprägungsgrade, Varianzanalyse)

chen oder zu unterschreiten.

Die Kinder brauchen einen sicheren Raum für ihren natürlichen Bewegungsdrang. Die Selbstregulation der Nahrungsaufnahme ist zu unterstützen, d.h. Kinder sollten nicht gezwungen werden, zu essen, wenn sie satt sind. Eltern brauchen keine Sorge zu haben, daß ihr Kind bei einer Mahlzeit zu wenig bekommen hat, denn es wird sein Nahrungsbedürfnis bei einer der nächsten Mahlzeiten befriedigen, es sei denn, es ist krank. Diese Empfehlungen lassen sich aus epidemiologischen Befunden ableiten (KE Bergmann et al., 2005). Unsere kontrollierte Interventionsstudie, in der wir den Eltern erklärt haben, wie wichtig das Stillen und die Selbstregulation der Nahrungsaufnah-

me ist, wie bei der Einführung von Löffelkost die Essfähigkeiten zu berücksichtigen sind, daß Kinder in Mahlzeiten ernährt werden und nicht „grasen“ sollen, daß Nahrung nicht zur Beruhigung verwendet werden darf, wie man auf die Entwicklung seines Kindes eingeht, mit ihm altersgemäß redet und spielt, und wie ein sicherer Raum für seinen natürlichen Bewegungsdrang aussieht, hatte offensichtlich auch Wirkungen auf die Fettgewebsentwicklung: Die Kinder der Interventionsgruppe hatten im Alter von 12 und 24 Monaten signifikant schlankere Hautfalten (s. Abb. 3).

Einfluß vorausschauender Beratung auf die frühe psychomotorische Entwicklung

Psychomotorische Entwicklung

Ein wichtiges Anliegen unserer vorausschauenden Beratung war es, das Verständnis der Eltern für ihre Kinder zu unterstützen. Dazu erklärten wir ihnen bei jedem Termin, was in den kommenden Wochen bezüglich der Entwicklung zu erwarten ist und was es bedeutet. Es gibt erstaunlich viele Fehldeutungen von ganz normalem frühkindlichem Verhalten, etwa „bösaartig“, „egoistisch“, „unbeherrscht“, „raffiniert“, „hyperaktiv“, „faul“, „unordentlich“, „unanständig“, „Ablehnung anderer Personen“, die das Verständnis für Kinder manchmal regelrecht verbauen. Darauf gingen wir ein. Es war außerdem möglich, den Eltern an ihren mitgebrachten Kindern viel zu zeigen, etwa die vorsprachliche Entwicklung und die mögliche Kommunikation mit dem Kind, das Überführung von Gegenständen von der einen in die andere Hand („Transduzieren“), die ersten Versuche der Fortbewegung (wie das Kreisrutschen), die Objektpermanenz, den Pinzettengriff, den Umgang mit „Fremdeln“, das „Nein“, das kurze Gedächtnis, die Angemessenheit von Spielsachen, die gemeinsame Betrachtung von Bilderbüchern, das Singen, Gedichte aufsagen (die Eltern erhielten von uns Broschüren mit Kinderliedern und -reimen), den Einsatz einer Sicherheitsinsel, die zunehmende Einbeziehung der Kinder in das normale Leben der Familie, Schlaf- und Essstörungen

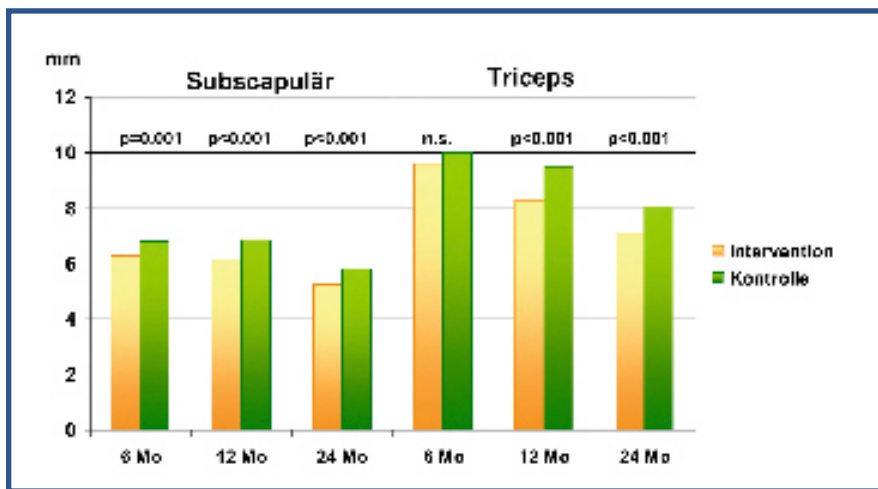


Abb. 3: Hautfaltendicke der Säuglinge (lineare multivariable Regression, adjustiert für Geschlecht, Frühgeburt, Nationalität, Schulbildung, BMI, Rauchen)

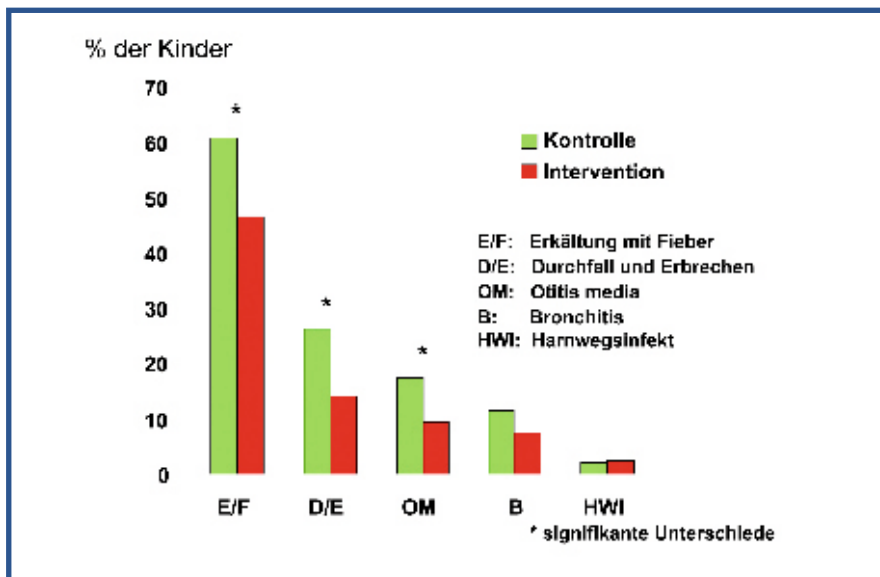


Abb. 4 Infektionskrankheiten

etc. Und mit der Entwicklung verbunden, mögliche Unfallrisiken und ihre Vermeidung. Bei jedem Termin wurde nur auf die aktuell zu erwartenden Entwicklungen eingegangen.

Zur Ermittlung des Entwicklungsstandes wurden je nach Alter verschiedene Instrumente - in der Interventionsgruppe und den Kontrollgruppen natürlich jeweils die gleichen - eingesetzt (Griffith - Test, Kess - Skalen, Minnesota - Skalen). Es zeigte sich, daß die Kinder der Interventionsgruppe auf den meisten Gebieten (nicht Grobmotorik), auch im multivariaten Modell, einen signifikanten Entwicklungsvorsprung gegenüber den Kontrollgruppen hatten. Tabelle 2 und 3 geben dies wieder.

Die Kinder der Interventionsgruppe litten signifikant seltener an Infektionskrankheiten (Abb. 4) und mußten entsprechend seltener medizinische Behandlung in Anspruch nehmen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Vorausschauende Beratung junger Eltern ist wirksam und sollte für alle werdenden und jungen Familien, besonders die mit einem ersten Kind, angeboten werden. Die meisten Eltern möchten von ihrem Kinderarzt

persönlich beraten werden. Aber auch von Hebammen und Kinderkrankenschwestern wird Rat zur Erhaltung der Gesundheit angenommen - eine Anforderung zu einvernehmlicher Kooperation.

Empfohlene Literatur

1. Bergmann KE, Bergmann RL (2003) Health Promotion and Disease Prevention in the Family. Communicating knowledge, competence, and health behaviour. W. de Gruyter Verlag, Berlin, New York
2. Bergmann KE, Bergmann RL, Richter R, Dudenhausen JW (2005) Möglichkeiten der frühen Prävention von Adipositas. Kinderärztl Prax Sonderheft 02/2005, 48-51
3. Bergmann RL, Bergmann KE (2004) Gesunde Haut für mein Kind. Hampp - Verlag, Stuttgart
4. Bergmann RL, Bergmann KE, Richter R, Dudenhausen JW (2005) Über die Beeinflussung der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern. Kinderärztl Prax Sonderheft 02/2005, 18-22
5. Brazelton TB (1995) Ein Kind wächst auf. Klett-Cotta, Stuttgart
6. Largo RH (1996) Babyjahre. Piper Verlag, München
7. Shelov SP, Hannemann RE (1997) Caring for your Baby and young child. Oxford University Press

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Karl E. Bergmann
 Charite Universitätsmedizin,
 ChariteCentrum XVII,
 Klinik für Geburtsmedizin
 Augustenburger Platz 1
 D 13353 Berlin
 Tel. +49 30 450564108,
 Fax +49 30 450564908
 e-mail: karl.bergmann@charite.de



Deutsche Akademie
 für Kinder- und
 Jugendmedizin e.V.
 Deutscher
 pädiatrischer
 Gesellschaften

Helmut- Stickl-Preis 2007

Im Jahr 2007 wird der Helmut-Stickl-Preis zur Förderung des Impfgedankens zum 15. Mal von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) ausgeschrieben und verliehen. Stifter des mit 10.000,- EUR dotierten Preises ist das Unternehmen Sanofi Pasteur MSD. Der Preis wird zu Ehren des 1991 verstorbenen Professors Helmut Stickl verliehen.

Bewerben können sich niedergelassene Ärzte, Medizinjournalisten oder andere engagierte Personen, die sich im Laufe der letzten fünf Jahre im Bereich des Impfwesens besondere Verdienste erworben und den Impfgedanken gefördert haben. Der Preis kann auch auf zwei Preisträger aufgeteilt werden.

Weitere Informationen und Teilnahmebedingungen sowie die Bewerbungsformblätter können Sie über die Geschäftsstelle der DAKJ sowie über die Internetseite www.dakj.de erhalten. Bewerbungen müssen bis zum 18.05.2007 in der Geschäftsstelle eingegangen sein.

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
 Eichendorffstr. 13
 10115 Berlin
 Tel.: 030.4000588-0
 Fax: 030.4000588-88
 E-Mail: kontakt@dakj.de
 Internet: www.dakj.de