

Hans-Joachim Hannich, Ulrike Plötz, Christine Altenstein, Wolfgang Hannover, Ulrich Wiesmann (Hrsg.)

G E M E I N S A M E R  
KONGRESS

Medizinische Psychologie  
Medizinische Soziologie

# Kontexte



Greifswald  
17.-20.9.2014



## Abstractband



Wir bedanken uns bei der Gesellschaft von Freunden und Förderern der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald für die freundliche finanzielle Unterstützung.

---

*Hans-Joachim Hannich, Ulrike Plötz,  
Christine Altenstein, Wolfgang Hannöver,  
Ulrich Wiesmann (Hrsg.)*

---

# Kontexte

GEMEINSAMER KONGRESS  
Medizinische Psychologie  
Medizinische Soziologie



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Lengerich

*Kontaktadresse:  
Wolfgang Hannover  
PD Dr. phil., Dr. rer. med. habil, Dipl.-Psych. PP  
Universitymedicine Greifswald  
Institute for Medical Psychology  
Walther-Rathenau-Str. 48  
D-17475 Greifswald  
hannoeve@uni-greifswald.de*

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

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

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2014 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany

Druck: KM-Druck, D-64823 Groß Umstadt

ISBN 978-3-89967-991-5

# Inhaltsverzeichnis

Kontexte - Einführung.....	3
Abstracts .....	7
DGMS: Kinder Jugendliche.....	8
DGMP: Entwicklungspsychologie .....	19
DGMS: Prävention und Gesundheitsförderung.....	23
DGMP: Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung .....	36
DGMS: Sozialepidemiologie .....	52
DGMS: Lehre .....	64
DGMP: Lehre .....	72
DGMP: Kommunikationspsychologie und Arzt-Patient-Beziehung .....	75
DGMP/DGMS: Sozialpsychologie und Prävention von Krankenhausinfektionen.....	79
DGMS: Psychosoziale Einflüsse auf die Gesundheit.....	86
DGMP: Sozialpsychologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit .....	93
DGMS: Wissenschaftlicher Nachwuchs.....	105
DGMS: Medizinsoziologische Theorie .....	106
DGMS: Methoden .....	109
DGMS: Versorgungsforschung .....	121
DGMP: Psychosoziale Versorgungsforschung .....	141
DGMP/DGMS: Onkologie in der Versorgungsforschung und Psychoonkologie.....	148
DGMS: Arbeit und Gesundheit.....	161
DGMP: Psychodiagnostik und Evaluation.....	182
DGMP: Intercultural Perspectives .....	191
DGMP: Psychobiologie .....	198
DGMP: Krankheitsverarbeitung .....	207
Menschenmedizin .....	216
Political and Economic Contexts of Health and Health Care.....	218
Risikokommunikation .....	220
Frauen und Gesundheit .....	221

ErstautorInnen.....	225
Autorenverzeichnis.....	239

## Kontexte - Einführung

Hans-Joachim Hannich

Zu ihrem in einem Abstand von zwei Jahren stattfindenden gemeinsamen Kongress haben die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) die Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald als Veranstaltungsort gewählt. Die diesjährige Veranstaltung steht unter dem Leitthema „Kontexte“, das zuallererst auf das Beziehungsverhältnis beider Fächer zueinander verweist. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie sind durch das gemeinsame Denken in biopsychosozialen Kategorien miteinander verwandt. Sie stehen somit als „Schwester“-Fächer in einem gemeinsamen Kontext, der das gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Erleben und Verhalten von Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten und Gesellschaften umfasst. In einem weitergehenden Zusammenhang prägen sie gemeinsam mit den naturwissenschaftlichen Fächern der Vorklinik den Ausbildungskanon zum ersten Prüfungsabschnitt in der Medizin. Erst mit der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie wird die Subjekt-Objekt-Einheit des Menschen angemessen abgebildet.

Dementsprechend wird an der Universitätsmedizin Greifswald eine gemeinsame Einführungsveranstaltung der Lehrenden in der Vorklinik für Medizinstudenten im ersten Semester durchgeführt. Sie befasst sich mit dem Herzen, das der Anatom als Muskel, der Biochemiker als Kraftwerk, der Physiologe als Steuerungsorgan beschreibt. Für den Medizinpsychologen ist das Herz vor allem ein Empfindungsorgan mit einer stark psychosomatischen Komponente, der Medizinsoziologe sieht aus der Makroperspektive auf die Auswirkungen sozialer Verhältnisse auf das Herz-Kreislauf-Geschehen. Jede dieser Sichtweisen hat für sich selbst Berechtigung, greift aber – isoliert von den anderen betrachtet – zu kurz. Erst indem man die unterschiedlichen Perspektiven zu einem Gesamtbild „zusammenwebt“ (lat.: *contexere*), wird ein umfassendes Verstehen möglich.

Das Herstellen von Zusammenhängen erfordert – wie dieses Beispiel im Kleinen lehrt – einen synthetisierenden Denkstil, der einer Fragmentierung und Vereinseitigung von Wissen entgegensteht. Die Integration verschiedener Denkrichtungen zu einem gemeinsamen Ganzen wird vorbildhaft von den beiden Autoren **Annina Hess-Cabalzar** und **Christian Hess** vorgestellt. In dem Beitrag „**Menschenmedizin**“ beschreiben Annina Hess-Cabalzar als Psychotherapeutin und Christian Hess als Internist und früherer Chefarzt des Spitals Affoltern (Schweiz) ihr Krankenhausmodell, in dem neben naturwissenschaftlicher Medizin Erkenntnisse aus Philosophie, Ethik und Sozialwissenschaften patientennah zur Anwendung kommen. Dieses Projekt wurde initiiert durch die Regierung des Kantons Zürich als Antwort darauf, dass Patienten sich zunehmend von der Schulmedizin

## Kontexte - Einführung

ab- und den Alternativverfahren zuwendeten. Nicht zuletzt waren es also auch ökonomische Überlegungen, die zu einem Über- und Neudenken von medizinischen Behandlungsangeboten in einem breiteren Kontext führten.

Eine Betrachtung des Gesundheitswesens von heute ist immer auch eine Frage nach den finanziellen Ressourcen, die für die Behandlung von Patienten bereit gestellt werden müssen. Wer soll das bezahlen? Wer hat so viel Geld? – Diese Frage aus einem alten Karnevalsschlager ist heutzutage aktueller denn je. Und natürlich rückt in diesem Kontext die vor sich hinschwelende Finanzkrise in Europa mit ihren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem in den Vordergrund. In Form eines internationalen Vergleichs mit dem Titel **„Health policy influences on healthcare provision and access to medical care“** beschreibt **Claus Wendt**, wie unterschiedliche europäische Gesundheitssysteme auf die erschwerten ökonomischen Bedingungen reagieren. Die Antwort darauf hat unmittelbaren Einfluss darauf, ob bzw. wie der Zugang zu medizinischer Behandlung für alle Patienten gewährleistet werden kann. Dass damit die grundlegenden Bedürfnisse der Bevölkerung nach Daseinsvorsorge und -fürsorge berührt werden, liegt auf der Hand.

**„Do economic downturns make us sick? Economic developments as contexts of changes in health“** – der so betitelte Beitrag von **Espen Dahl** befasst sich mit der wichtigen Frage zum Zusammenhang von ökonomischer Krise und dem Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Zu diesem Zwecke werden bevölkerungsbezogene Gesundheitsdaten von Staaten Osteuropas, die infolge von Transformationsprozessen und wirtschaftlichen Umbrüchen eine tiefe Krise durchlaufen haben, herangezogen. Sie werden mit Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Wohlfahrts-Staaten Schweden und Finnland verglichen, als diese sich in den 1990er Jahren in einer wirtschaftlichen Rezession befanden.

Geht man bei der Betrachtung des gemeinsamen Kontexts von Medizin und Ökonomie von der Makro- auf die Meso-Ebene über, stellt sich das Problem der Vermeidung von Über- und Unterversorgung. Überversorgung liegt dann vor, wenn das Potential der medizinischen Leistungen für einen Schaden größer ist als für einen möglichen Nutzen bzw. wenn Leistungen keinen hinreichenden Zusatznutzen aufweisen. Unterversorgung besteht, wenn Leistungen nicht erbracht werden, die ein günstiges Ergebnis für den Patienten bewirken würden. Sowohl Unter- als auch Überversorgung bedingen Fehlversorgung, und alle zusammen führen zu ernsthaften Qualitätsdefiziten in der medizinischen Behandlung. Das gewünschte Ziel, effektiv und effizient die objektiven und subjektiven Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen, wird nicht erreicht.

Aus Sicht der Gesundheitssystemforschung werden Unter-, Über- und Fehlversorgung durch fehlgesteuerte finanzielle Anreizsysteme bedingt. Als Weiteres können auf der Mikro-Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung Defizite in der ärztlichen Entscheidungsfindung für dieses Ergebnis herangezogen werden (vgl.

## *Kontexte - Einführung*

Sachverständigenrat, 2002). Sie sind Folge eines mangelnden Einbezugs des Patienten in den Entscheidungsprozess.

Die Medizinische Psychologie hat auf dieses offensichtliche Defizit reagiert. An einer Reihe von medizinpsychologischen Instituten wird das Unterrichtsmodul „Partizipative Entscheidungsfindung“ (PEF) für zukünftige Ärzte angeboten. Basierend auf Daten zum Informationsbedürfnis von Patienten werden Fähigkeiten zu einem gelungenen Miteinander von Arzt und Patient im Entscheidungsfindungsprozess vermittelt.

Wichtiger Bestandteil einer Behandlungsentscheidung unter Einbezug des Patienten ist eine adäquate Risikobewertung und -kommunikation, denn: Den Nutzen, aber auch den Schaden ärztlicher Handlung trägt nicht der Arzt, sondern der Patient. Er kann im schlimmsten Falle an Behandlungsfehlern versterben.

Der Problematik, dass unterschiedliche Formen der Risikodarstellung mit z.T. fatalen Folgen für den Patienten möglich sind, geht **Gerd Gigerenzer** in seinem Beitrag „**Die Kunst der Risikokommunikation**“ nach. Er weist darauf hin, dass Risiken oftmals verdrängt und stattdessen Illusionen von Gewissheit erzeugt werden bzw. dass Risiken schwer verständlich und damit irreführend vermittelt werden. Die Prinzipien einer effizienten Risikokommunikation werden auf dem Hintergrund wissenschaftlicher Studien dargestellt.

Im Anschluss an die Beiträge der genannten Autoren schließen sich die Abstracts der auf dem Kongress vorgestellten Präsentationen an. Die in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie aktiven Arbeitskreise

- Entwicklungspsychologie
- Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung
- Sozialpsychologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit
- Psychosoziale Versorgungsforschung
- Psychodiagnostik und Evaluation
- Psychobiologie
- Lehre
- Kommunikationspsychologie und Arzt-Patient-Beziehung
- Krankheitsverarbeitung

sind mit ihren Ergebnissen vertreten. Auch werden die Diskussionsbeiträge aus der Lehrwerkstatt der Fachgesellschaft in Kurzform vorgestellt.

Die Abstracts aus den Workshops der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie umfassen die Themenbereiche

- Kinder und Jugendliche
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Sozialepidemiologie
- Lehre
- Wissenschaftlicher Nachwuchs

## *Kontexte - Einführung*

- Psychosoziale Einflüsse auf die Gesundheit
- Versorgungsforschung
- Medizinsoziologische Theorie
- Methoden
- Frauen und Gesundheit.

Weiter finden sich Veranstaltungen mit sowohl medizinpsychologischem als auch -soziologischem Bezug (Prävention, Versorgungsforschung, Psychosoziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit). Die in diesen Kontexten behandelten Beiträge verweisen auf die Schnittstellen zwischen den zwei Fachdisziplinen.

Aus einer Kooperation des Greifswalder Instituts für Medizinische Psychologie mit der International Association of Rural Health and Medicine (IARM) und der European Association for Community Health Care (EACHC) ist die Veranstaltung "Intercultural Perspectives" entstanden. Die Kurzbeiträge aus diesem Symposium gehen inhaltlich auf die Notwendigkeit und auf die Möglichkeiten zur Ausbildung interkultureller Kompetenzen bei Ärzten und bei verwandten Berufssparten ein. Angesichts der zunehmenden Globalisierung ist zu erwarten, dass dieses Thema zukünftig mehr und mehr an Bedeutung gewinnen wird.

„Kontexte“ – der für den Kongress und für den vorliegenden Abstractband gewählte Titel hat sich als stimmig erwiesen. Die vielfältigen Zusammenhänge, in die Medizinische Psychologische und Medizinische Soziologie in Forschung und Lehre verwoben sind, werden durch das breite Spektrum an präsentierten Themen, Theorien und Ergebnissen beeindruckend widergespiegelt. Auch die Wahl der Universitätsmedizin Greifswald als Kongressort passt zum Thema. An ihr hat zurzeit die bislang größte gesundheitsbezogene Bevölkerungsstudie begonnen mit dem Ziel, mehr über die Kontextgrößen Lebensumwelt, Genetik und Verhalten in ihrem Einfluss auf Gesundheit und Krankheit zu erfahren.

Zum Abschluss noch ein Hinweis in eigener Sache: Im Jahre 1994 wurde das Institut für Medizinische Psychologie an der Universitätsmedizin Greifswald ins Leben gerufen und ich zu seinem Gründungsprofessor berufen. Das Institut feiert demnach in diesem Jahr seinen 20. Geburtstag. Nachdem bereits 2001 eine Tagung für Medizinische Psychologie in Greifswald stattgefunden hat, ist es mir eine große Freude und Ehre, dass die Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie sich erneut für Greifswald als Kongressort des gemeinsamen Kongresses entschieden haben. Ich hoffe sehr, dass Ihnen die „Geburtstagsveranstaltung“ gefällt und dass wir im Kontext des Kongressfestes ausreichend Gelegenheit haben werden, mit Musik und Tanz die „20“ zu feiern.

### Literatur:

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Bd.III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden, 2002.

# Abstracts

# DGMS: Kinder Jugendliche

Lüdecke, D., Kofahl, C.

*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie*

## **Informiertheit über Krankheit und Bedarfsdeckung von Beratungsleistungen bei Eltern chronisch erkrankter und/oder behinderter Kinder**

**Hintergrund und Fragestellung:** Eltern von chronisch erkrankten oder behinderten Kindern benötigen frühzeitig umfassende Informationen über die jeweilige Krankheit/Behinderung und dem damit verbundenen Betreuungsbedarf sowie Unterstützungsmöglichkeiten für die Familie. Anhand unterschiedlicher Profile von Betreuungsbedarfen chronisch erkrankter oder behinderter Kinder wird untersucht, a) wie gut Eltern über Krankheitsbild und Versorgungsnotwendigkeiten informiert sind, und b) ob Information und Beratung für sie ausreichend waren.

**Methoden:** Von Juli bis November 2013 wurden per Online-Befragung Daten von 1570 Eltern (87 % Mütter) betroffener Kinder erhoben. Teilnehmende waren Mitglieder des Kindernetzwerkes e.V., verschiedener Elterninitiativen sowie Eltern außerhalb der Selbsthilfeszusammenschlüsse. Erhoben wurden u.a. der Pflege- und Betreuungsbedarf der Kinder, Information und Beratung, Versorgung und Unterstützung. Mit Clusteranalysen wurden vier Bedarfsprofile der Kinder bezogen auf deren funktionelle Beeinträchtigungen ermittelt. Unterschiede zwischen diesen Profilen bezüglich Information und Beratung wurden mit Chi<sup>2</sup>-Tests geprüft.

**Ergebnisse:** Die betroffenen Kinder sind durchschnittlich 10 Jahre alt. 56 % von ihnen sind Jungen. Die häufigsten Hauptdiagnosen sind Down-Syndrom (11 %), Morbus Perthes (7 %), Diabetes mellitus I (5 %), Rett-Syndrom (4 %) sowie Autismus und/oder Asperger-Syndrom (5 %). 55 % aller Kinder haben mehr als eine Diagnose, 60 % eine Pflegestufe. Drei Viertel der Eltern bewerten das Ergebnis der MDK-Begutachtung als angemessen, allerdings empfindet die Hälfte

## *DGMS: Kinder Jugendliche*

die SGB XI-Leistungen als unzureichend – untere Einkommensgruppen signifikant häufiger als die oberen. Eltern von primär chronisch kranken, nicht-behinderten Kindern (A) erhielten signifikant häufiger frühzeitige Informationen über die Erkrankung (67 %) als Eltern primär körperlich behinderter (B) (52,3 %), geistig behinderter (C) (47 %) oder mehrfachbehinderter Kinder (D) (50,4 %). Allerdings empfand insgesamt nur jedes dritte Elternteil die erhaltenen Informationen als ausreichend. Die größte Hilfe erhielten die Eltern noch vor den Ärztinnen von den Selbsthilfegruppen. Eine professionelle Anleitung zur Krankheitsbewältigung, die etwa jede vierte Familie nutzte, wird vom Großteil der Eltern als bedarfsgerecht bewertet (A = 95 %, B = 95 %, C = 84 %), nur bei den Eltern mehrfach behinderter Kindern (D) weicht die positive Resonanz signifikant ab (68 %).

**Diskussion:** Es zeigen sich Verbesserungspotenziale in Bezug auf Information und Beratung, vor allem in Erstkontakten mit Ärzten, aber insbesondere bei den Kranken- und Pflegekassen, die als potenzielle Ratgeber nur sehr selten in Anspruch genommen werden. Administrative, organisatorische und verwaltungstechnische Hindernisse erschweren die Inanspruchnahme. Es wird empfohlen, Information, Beratung und Leistungsbewilligung aus einer Hand anzubieten.

**Dadaczynski, K.**

*Leuphana Universität Lüneburg, Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften*

### **Gesundheit im schulischen Kontext: Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung**

Seit Verabschiedung der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung hat sich die Schule in den zurückliegenden Jahrzehnten zu einem zentralen Setting zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit sowie auch der Lehrer\*innen-Gesundheit entwickelt. Auf konzeptioneller Ebene lassen sich verschiedene Strömungen unterscheiden, die auf die Person und ihr Verhalten und auf das System Schule und ihre Entwicklung abzielen. In den letzten Jahren wird zunehmend argumen-

tiert, dass sich die schulische Gesundheitsförderung in den Dienst der Erziehungs- und Bildungsqualität stellen sollte. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die Entwicklung der schulischen Gesundheitsförderung und ihre aktuelle Umsetzung in Deutschland. Darüber hinaus werden auf Basis der fachlichen Diskussion und der vielfältigen Praxiserfahrungen sechs Herausforderungen abgeleitet, denen sich die schulische Gesundheitsförderung in Zukunft widmen sollte.

**Krause, L., Lampert, T.**

*Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring*

### **Psychische Gesundheit bei Übergewicht und Adipositas im Jugendalter**

**Einleitung und Fragestellung:** Internationale Studien zeigen, dass sich bei übergewichtigen und adipösen Jugendlichen häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten finden als bei normalgewichtigen Gleichaltrigen. Im Folgenden wird untersucht, ob dies auch für übergewichtige und adipöse Jugendliche in Deutschland zutrifft und inwiefern diesbezüglich geschlechts- und altersspezifische Unterschiede zu beobachten sind. **Methoden:** Datengrundlage ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS, Basiserhebung 2003-2006). Im Rahmen der KiGGS-Studie wurden Körpergröße und -gewicht standardisiert gemessen und auf Basis dieser Angaben der Body Mass Index (BMI) erfasst. Hinweise zur psychischen Gesundheit wurden bei Jugendlichen (n = 6813, 11-17 Jahre) mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in vier Problembereichen „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme“ sowie „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und in einem Stärkenbereich „Prosoziales Verhalten“ erfasst. Ausgewiesen werden alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen und durch binär logistische Regression ermittelte Odds Ratios mit 95 %-Konfidenzintervallen.

**Ergebnisse:** Bei adipösen Jungen sowie übergewichtigen und adipösen Mädchen finden sich häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten als bei normalgewichtigen Gleichaltrigen (adipöse Jungen: OR 2,50; 95 %-KI = 1,73 - 3,62;

## *DGMS: Kinder Jugendliche*

übergewichtige Mädchen: OR 1,48; 95 %-KI = 1,06 - 2,08; adipöse Mädchen: OR 2,42; 95 %-KI = 1,73 - 3,40). Die dabei von ihnen am häufigsten genannten Problembereiche sind Verhaltensprobleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Bei adipösen Mädchen finden sich außerdem häufiger Hinweise auf emotionale Probleme als bei normalgewichtigen Mädchen. Eine altersstratifizierte Analyse offenbart, dass die Unterschiede im Auftreten psychischer Auffälligkeiten zwischen normalgewichtigen und adipösen Jungen sowie zwischen normalgewichtigen und übergewichtigen/adipösen Mädchen im Alter von 11-13 Jahren stärker ausgeprägt sind als im Alter von 14-17 Jahren.

**Diskussion:** Die KiGGS-Ergebnisse zeigen, dass sich bei übergewichtigen und adipösen Jugendlichen häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten finden als bei normalgewichtigen Gleichaltrigen. Die Ergebnisse unterstreichen damit die Bedeutung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen, die auf übergewichtige und adipöse Jugendliche zielen.

### **Rattay, P., von der Lippe, E., Lampert, T., KiGGS Study Group**

*Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring*

### **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)**

**Fragestellung:** Unterscheidet sich die Gesundheit von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen aus Kern-, Eineltern- und Stieffamilien? Haben die Unterschiede auch nach Kontrolle für den elterlichen Sozialstatus und das familiäre Miteinander Bestand? Analysiert wird dies für die allgemeine Gesundheit, chronische Erkrankungen, emotionale und Verhaltensprobleme, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie den Obst- und Gemüseverzehr.

**Methoden:** Datenbasis bildet die 1. Folgebefragung der KiGGS-Studie, die 2009-2012 als telefonische Befragung vom RKI durchgeführt wurde. Die Stichprobe besteht aus einer neu gezogenen Querschnittstichprobe (0-6-Jahre; Response: 42 %) sowie aus Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung (6-24 Jahre;

## *DGMS: Kinder Jugendliche*

Response: 72 %). Die Telefoninterviews wurden mit den Eltern und ab dem Alter von 11 Jahren zusätzlich mit den Proband(inn)en selbst durchgeführt. Für die Gesundheitsparameter wurden für den Altersbereich 3-17 Jahre ( $n = 10.298$ ) nach Familienform differenzierte, gewichtete Prävalenzen berechnet (Rao Scott-Test;  $p < 0,05$ ). Eine Quantifizierung des Effekts der Familienform auf die Gesundheitsoutcomes erfolgte mittels binär log. Regressionen (adjustiert für Alter, Geschlecht, Wohnregion, Sozialstatus und familiäres Miteinander; Ref.: Kernfamilie).

**Ergebnisse:** Während die allgemeine Gesundheit unabhängig von der Familienform ist, zeigen sich bei allen anderen Outcomes signifikante Unterschiede in den Prävalenzen zwischen Kern-, Eineltern- und Stieffamilien. Auch nach Adjustierung lassen sich emotionale und Verhaltensprobleme häufiger bei Heranwachsenden aus Eineltern- (OR 1,62; 95 %-KI 1,17-2,26) und Stief- (OR 2,36; 95 %-KI 1,63-3,41) als aus Kernfamilien feststellen. Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien sind zudem häufiger chronisch krank (OR 1,53; 95 %-KI 1,20-1,96) als Gleichaltrige, die mit beiden leiblichen Elternteilen zusammenleben. Kinder und Jugendliche aus Stieffamilien unterscheiden sich von Gleichaltrigen aus Kernfamilien durch das höhere Risiko für eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität (OR 2,91; 95 %-KI 1,76-4,80) sowie einen geringen Obst- und Gemüseverzehr (OR 1,30; 95 %-KI 1,01-1,67). Während die höheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Einelternfamilien zu einem gewissen Teil auf den niedrigeren Sozialstatus zurückgeführt werden können, trifft dies auf Stieffamilien nicht zu. Der Einfluss des familiären Miteinanders auf den Zusammenhang zwischen Familienform und Gesundheit ist gering.

**Diskussion:** Die Familienform besitzt – neben der sozioökonomischen Lage der Familie und dem Familienklima – in Teilen einen unabhängigen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dies gilt insbesondere für die psychische Gesundheit. Die Ergebnisse weisen somit auf spezifische Problemlagen von Eineltern- und Stieffamilien hin. Die vorgestellten Querschnittsanalysen erlauben jedoch keine Aussage zur Richtung des Zusammenhangs von Gesundheit und Familienform, längsschnittliche Analysen sind in Planung.

**Rathmann, K., Hurrelmann, K., Richter, M.**

*Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

**Merkmale des Bildungssystems als Determinanten der sozial bedingten Ungleichheit in der Gesundheit von Jugendlichen im internationalen Vergleich: Eine Mehrebenenanalyse**

**Fragestellung:** Neben individuellen Determinanten der Gesundheit finden in ländervergleichenden Studien zunehmend makro-strukturelle Determinanten Berücksichtigung. Der Beitrag untersucht die Bedeutung struktureller Merkmale des Bildungssystems (öffentlicher, privater und vorschulischer Bildungssektor, sowie das Ausmaß der externen Differenzierung und sozialen Segregation) für die sozial bedingten Unterschiede in der psychischen Beschwerdelast von Jugendlichen im internationalen Vergleich.

**Methoden:** Die Stichprobe berücksichtigt 34 Länder (n = 159.824) der internationalen „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie 2005/06. Der familiäre Wohlstand diene als Proxy für den sozioökonomischen Status. Die Bedeutung der strukturellen Merkmale des Bildungssystems (Ausgaben für den öffentlichen und privaten Bildungssektor, Größe des öffentlichen und privaten Vorschulsektors sowie das Ausmaß der Differenzierung und sozialen Segregation) wurde für die psychische Beschwerdelast von 11-, 13- und 15-jährigen Jugendlichen anhand logistischer Mehrebenenmodelle untersucht.

**Ergebnisse:** Die Befunde zeigen, dass insbesondere ein großer privater Vorschulsektor mit einem geringeren Ausmaß sozial bedingter Ungleichheit in der psychischen Beschwerdelast der Jugendlichen assoziiert ist, während ein hohes Ausmaß sozialer Segregation im Bildungssystem mit einer größeren gesundheitlichen Ungleichheit einhergeht. Jugendliche in Ländern mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben für den öffentlichen Bildungssektor wiesen ebenfalls geringere sozial bedingte Ungleichheiten in psychischen Beschwerden auf. Für den privaten Bildungssektor sowie das Ausmaß der externen Differenzierung im Bildungs-

system konnten dagegen keine signifikanten Assoziationen mit der Ungleichheit in der Beschwerdelast nachgewiesen werden.

**Diskussion:** Damit liefert diese Studie erstmals Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Merkmalen des Bildungssystems und den sozial bedingten Disparitäten in der Gesundheit von Jugendlichen, die erste wichtige Elemente zur Generierung von Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis ermöglichen.

**Pucher, K., Boot, N., De Vries, N.**

*Universität zu Maastricht (in den Niederlanden), Abteilung der Gesundheitsförderung*

**Systematic review - School health promotion interventions targeting physical activity and nutrition can improve academic performance in primary- and middle school children**

**Purpose:** A systematic review of effects and mediators was conducted to determine whether school health promotion interventions (SHPIs) can enhance children's academic performance (AP).

**Design/methodology/approach:** PubMed and PsycINFO database searches and subsequent reference list reviews were conducted for papers published before 18 January 2012 with a standard form of eligibility criteria encompassing standardized measures of AP (e.g. grade-point averages, end of year marks) and methodology sound studies (e.g. randomized controlled trials, cross-over controlled trials, quasi-experimental designs with pre- and posttest) of interventions addressing healthy lifestyles in the general school population. Information for the study description was extracted from the original article (e.g. country, study purpose, research design, effects on AP measures, components of Health Promoting School, author's explanations for observed effects). Effect sizes were calculated for effects on AP measures.

**Findings:** Remaining SHPIs targeted exclusively the maintenance of energy balance (physical activity (PA) and nutrition) and had small to large positive effects on AP; no negative effects were reported. Effects of different kinds of inter-

ventions varied across academic domains. One PA intervention reported large effects of vigorous activity on mathematics; another PA intervention had small to medium impact on language scores. Small to medium effects were found for interventions combining nutrition and PA elements; one affected mathematics and another both mathematics and language scores. Slight improvements in language scores were observed for breakfast provision in schools.

**Discussion:** The most important limitations of this review are that we end up with a small number of interventions, little homogeneity in intervention components (content, length and measurement instruments), reporting bias and some inconsistent results should be considered when interpreting our results. In addition, our review did not allow definite conclusions concerning mechanisms responsible for effects of SHPIs on AP. Despite these limitations, this review provides evidence that SHPIs promoting energy balance can affect AP, also if they do not target children at risk or with specific symptoms, nor employ elements directly connected to school education. Our practical implications are that planned development of school health promotion will need to be based on evidence. Therefore, measures of AP should be included in evaluations of SHPIs and schools and health professionals should be made aware of the importance of these measures.

**Hofmann, F., Flaschberger, E., Felder-Puig, R.**

*Ludwig Boltzmann Institut - Health Promotion Research*

### **Wirkung schulischer Gesundheitsförderung auf soziale Ungleichheit: systematischer Review**

**Fragestellung:** Ausgangspunkt bildete die u.a. von Vitoria et al. (2000) vertretene und empirisch getestete Hypothese, dass gesundheitspolitische Maßnahmen eher Personen aus jenen sozialen Schichten zugutekommen, die ohnehin einen besseren Gesundheitszustand aufweisen und sich gesundheitsförderlicher verhalten. Grund sei die größere Innovationsbereitschaft dieser Gruppen, die dazu führe, dass neue gesundheitsförderliche Angebote bestehende Ungleich-

## *DGMS: Kinder Jugendliche*

heiten zunächst weiter vergrößern. Der Beitrag geht der Frage nach, inwieweit sich diese sogenannte 'Inverse-Equity-These' auch auf die schulische Gesundheitsförderung (GF) übertragen lässt.

**Method:** Ein systematisch durchgeführter Literaturreview lieferte die Evidenz, um zu beurteilen, ob einschlägige Interventionen zur Vergrößerung sozialer Unterschiede hinsichtlich diverser Gesundheitsmerkmale führen. Zwei Reviewer nahmen unabhängig voneinander eine Durchsicht der Ergebnisse umfassender Datenbankabfragen vor. Auf Basis vorab definierter Inklusionskriterien wurden schließlich 25 kontrollierte Studien ausgewählt und narrativ ausgewertet.

**Ergebnisse:** Studien, die Wirkungsunterschiede nach Geschlecht berücksichtigen, zeigen meist eine Vergrößerung der Ungleichheit zwischen Mädchen und Burschen, vor allem im Falle schulischer GF zu Ernährungs- und Bewegungsthemen. Auf die anderen Ungleichheitsformen trifft dies nur vereinzelt zu. Die meisten der Studien, die ethnische Unterschiede berücksichtigen, zeigen sogar deren Verkleinerung. Die Wirkung auf gesundheitliche Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen scheint vom Design der implementierten Maßnahmen abzuhängen. Durch besonders umfassende und konsequente Verhältnisorientierung lässt sich diese Form der Ungleichheit offenbar auch reduzieren.

**Schlussfolgerung:** Die Ausgangsthese lässt sich nur eingeschränkt auf die schulische Gesundheitsförderung übertragen. Je nach Ungleichheitsdimension, Outcome und Art der gesetzten Maßnahme kann die Implementation von GF an Schulen bestehende 'health inequalities' zwischen den Schüler/innen vergrößern, verkleinern oder auch unbeeinflusst lassen. Bei der Gestaltung schulischer GF-Programme sollten mögliche Wirkungsunterschiede zwischen sozialen Gruppen jedenfalls mit bedacht werden.

**Vonneilich, N., Lüdecke, D., Kofahl, C.**

*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie*

**Betreuungsaufwand, Belastungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Eltern von chronisch kranken und behinderten Kindern**

**Fragestellung:** Im Ergebnis bisheriger Studien sind Eltern von chronisch kranken oder behinderten Kindern gesundheitlich stärker belastet als Eltern von Kindern ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Viele der Studien sind indikationsspezifisch und unterscheiden i.d.R. nicht nach Ausmaß des Betreuungsaufwandes. Zudem stellt sich die Frage, welche Aspekte den Zusammenhang zwischen Betreuungsaufwand und gesundheitlichen Einschränkungen der Eltern vermitteln. Die vorliegende Studie untersucht, inwiefern erlebte familiäre, soziale und finanzielle Belastungen, welche mit der Erkrankung der Kinder im Zusammenhang stehen, die gesundheitlichen Auswirkungen des Betreuungsaufwandes erklären können.

**Methoden:** Die querschnittliche Studie umfasst die Angaben von 1570 Eltern chronisch kranker und behinderter Kinder, welche über das Kindernetzwerk e.V. rekrutiert und zwischen Juli und Dezember 2013 online befragt wurden. Erfasst wurden Informationen zu Diagnosen und Umfang der Betreuungsleistung, Pflegestufen, Einkommen und Bildung, Geschlecht und Alter der Eltern und ihrer Kinder. Zur Erfassung von familiären Belastungen wurde eine gekürzte Version des etablierten FaBel-Instruments eingesetzt. Diese enthält 20 Items zu familiären, sozialen und finanziellen Belastungen. Als Gesundheitsindikatoren wurden die Lebensqualität, gemessen mit dem SF-12 und differenziert nach körperlicher und psychischer Summenskala, und die generelle subjektive Gesundheit erfasst. Auf Grundlage mehrstufiger Regressionsmodelle werden die Erklärungsbeiträge von Belastungen analysiert.

**Ergebnisse:** Die betroffenen Kinder sind durchschnittlich 10 Jahre alt. Als häufigste Diagnosen wurden Down-Syndrom, Morbus Perthes, Diabetes Mellitus Typ I, Rett-Syndrom sowie Autismus und Asperger-Syndrom angegeben. Bivariate Analysen zeigen, dass mit zunehmendem Betreuungsaufwand auch gesundheit-

## *DGMS: Kinder Jugendliche*

liche Einschränkungen steigen. Höherer Betreuungsaufwand ist ebenso signifikant mit höheren familiären Belastungen assoziiert. Es kann gezeigt werden, dass vor allem soziale, aber auch finanzielle Belastungen signifikant zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Betreuungsaufwand und Gesundheit der Eltern beitragen. Die Erklärungsbeiträge variieren nach verwendetem Gesundheitsindikator.

**Diskussion:** Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind aufgrund ihres besonderen Betreuungsaufwandes eine vulnerable Gruppe hinsichtlich ihrer subjektiven Gesundheit und Lebensqualität. Dieser Zusammenhang kann durch Belastungen im sozialen Umfeld sowie durch finanzielle Einschränkungen erklärt werden. Die Verringerung von Belastungen im sozialen Umfeld und Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung können zu einer Reduzierung gesundheitlicher Risiken bei pflegenden Eltern beitragen

# DGMP: Entwicklungspsychologie

**Brauner, E., Haselbeck, C., Kulle, A., Niederberger, U., Holterhus, P.-M., Gerber, W.-D.**

*Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*

## **Fetale Programmierung: Untersuchungen zum Einfluss pränataler mütterlicher Stressbelastung auf das Temperament und die basale Kortisol-Achsen-Aktivität des Kleinkindes**

**Einleitung:** Die Theorie der fetalen Programmierung besagt, dass sich ungünstige pränatale Umweltfaktoren wie z.B. mütterlicher Stress nachteilig auf die kindliche Entwicklung und Etablierung funktioneller Regelkreise auswirken. Bisherige tierexperimentelle Studien geben Grund zur Annahme, dass insbesondere die HHNR-Achse entscheidende Anpassungsvorgänge vermittelt, deren Folgen lebenslang wirksam sind. Obwohl man beim Menschen von ähnlichen Mechanismen ausgeht, präsentiert sich die geringe Datenlage bislang uneinheitlich.

**Fragestellung:** Es wird untersucht ob eine erhöhte subjektive Stressbelastung sowie ein erhöhter Kortisolspiegel während der Schwangerschaft mit einer veränderten basalen Kortisolfreisetzung des Kleinkindes und einem schwierigen kindlichen Temperament einhergehen.

**Methoden:** In einer prospektiven Untersuchung wurden 30 Schwangere (17 bis 42 Jahre) nach ihrer subjektiven Stressbelastung (Fragebögen TICS, PSS, MDI, PDQ, ABF, STAI) sowie ihres Stresslevels (Kortisoltagesprofile) in jedem Trimenon in die Untersuchungsgruppen Stress hoch und niedrig eingeteilt. Anschließend wurde im Rahmen des Follow-up das kindliche Temperament der 16 Monate alten Kinder mithilfe des Infant Behaviour Questionnaire untersucht. Zeitgleich wurden durch Speichelkortisolmessungen (Massenspektrometrie) Tagesprofile der Kleinkinder erstellt um die HHNR-Achsen-Funktion abzubilden.

**Ergebnisse:** Kleinkinder von Müttern mit hoher subjektiver Stressbelastung zeigten eine signifikant höhere basale Kortisolfreisetzung und ein signifikant schwierigeres Temperament im Sinne einer erhöhten motorischen Aktivität, einem tendenziell stärkeren Unbehagen bei neuen Reizen und einer geringeren Beruhigbarkeit.

Kleinkinder von Müttern mit hohen Kortisolspiegeln zeigten eine tendenziell höhere basale Kortisolfreisetzung und ein signifikant schwierigeres Temperament im Sinne einer geringeren Beruhigbarkeit.

**Diskussion** Eine erhöhte Stressbelastung während der Schwangerschaft scheint eine Aktivierung der HHNR-Achse mit einer erhöhten Kortisolfreisetzung zu bewirken. Die Datenlage hierzu zeigt sowohl bei tierexperimentellen als auch humanen Untersuchungen kontroverse Ergebnisse. In unseren Untersuchungen bei 5 Monate alten Säuglingen fand sich kein positiver Zusammenhang zwischen der pränatalen Stressbelastung und der basalen Kortisolfreisetzung.

Eine höhere pränatale Stressbelastung scheint modulierende Effekte auf die Entwicklung des kleinkindlichen Temperaments zu haben. Diese Schlussfolgerung steht im Einklang mit den erhobenen Ergebnissen aus unserem Institut bei 5 Monate alten Säuglingen. Auch in anderen Studien lassen sich diese Befunde in den Altersklassen zwischen 2 und 24 Monaten bestätigen.

Im Rahmen der Untersuchungen konnte kein Trimenon identifiziert werden in dem pränataler Stress besonders wirksam wird. In Zukunft gilt es weitere prospektive Studien bis ins fortgeschrittene Lebensalter durchzuführen um einen Verlauf und mögliche Langzeitfolgen zu untersuchen.

**Gutermuth, M., Haselbeck, C., Kulle, A., Niederberger, U., Holterhus, P.-M. , Gerber, W.-D.**

*Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*

### **Fetale Programmierung – der Einfluss von pränatalem mütterlichen Stress auf die Entwicklung des Kleinkindes und dessen HHNR-Achsenfunktion in einer Stresssituation**

**Einleitung:** Das Konzept der Fetalen Programmierung postuliert die langfristige Beeinflussung verschiedener Organsysteme und langfristiger Erkrankungsrisiken durch hormonelle Einwirkungen während kritischer Entwicklungsphasen des Kindes. Tierexperimentelle Studien zeigten einen Zusammenhang zwischen pränatalem Stress und Anpassungsvorgängen der HPA-Achse. Es wird angenommen, dass beim Menschen ähnliche Mechanismen wirksam sind. Die Befunde zum Zusammenhang von pränatalem Stress und kindlicher Entwicklung sind insgesamt uneinheitlich.

**Fragestellung:** Es werden die Effekte pränatalen mütterlichen Stresses auf die HPA-Achse des Kindes in einer Stresssituation sowie auf die Entwicklung hinsichtlich der Grob-, Feinmotorik und Kognition untersucht. Erwartet wird, dass erhöhte

1. physiologische Stressbelastung der Mutter einhergeht mit einer
  - höheren Kortisolstressreaktion des Kindes
  - geringeren Entwicklung
2. subjektive Stressbelastung der Mutter einhergeht mit einer
  - höheren Kortisolstressreaktion des Kindes
  - geringeren Entwicklung

**Methoden:** Untersucht wurden 30 gesunde Frauen (17 bis 42 Jahre) sowie deren Kinder. Subjektive pränatale Stressbelastung der Mütter - operationalisiert durch 6 Fragebögen (TICS, MDI, PSS, PDQ, ABF, STAI) - wurde zu jedem Trimenon erhoben. Physiologische Stressbelastung wurde je Schwangerschaftsdrittel mit 3 Tageskortisolprofilen erfasst. Die Messung der Entwicklung

mit 16 Monaten erfolgte mit dem Entwicklungstests ET 6-6. Die physiologische Reaktion der Kinder auf Stress (in Form des „Fremde-Situation“-Paradigmas) wurde als Kortisolstressprofil, analysiert aus Speichelproben durch Massenspektrometrie, erfasst. Die Gruppeneinteilung (Stress hoch vs. Stress niedrig) erfolgte anhand einer Hauptkomponentenanalyse subjektiv berichteter Stressbelastung.

**Ergebnisse:** Physiologische Stressbelastung der Mütter korreliert nicht mit höherer Kortisolstressreaktion und Kindesentwicklung. Subjektive Stressbelastung der Mütter korreliert signifikant mit geringerer Kindesentwicklung hinsichtlich der Feinmotorik; nicht hingegen mit Grobmotorik, Kognition und kindlicher Kortisolstressreaktion.

**Diskussion:** Bisherige Befunde hinsichtlich der kindlichen Entwicklung zeigen kein konsistentes Bild. Während Huizink et al. (2003) einen negativen Zusammenhang zwischen mütterlicher Stressbelastung und kindlicher motorischer und kognitiver Entwicklung fanden, war dieser bei DiPietro et al. (2006) positiv, bei Van den Berg (1990) hingegen zeigte sich kein Zusammenhang. In der vorliegenden Arbeit wurde im Unterschied zu o.g. Studien Fein- und Grobmotorik getrennt erfasst, wobei sich im Alter von 16 Monaten nur hinsichtlich der Feinmotorik ein negativer Zusammenhang mit berichtetem pränatalen Stress zeigte. Uneinheitliche Ergebnisse zur motorischen Entwicklung des Kindes sind somit möglicherweise auf eine unzureichend differenzierte Betrachtung der kindlichen Motorik zurückzuführen.