SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Sozialmedizinische Aspekte der familienbegleitenden Betreuung von Kindern

Reis, Karin

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Reis, K. (1992). Sozialmedizinische Aspekte der familienbegleitenden Betreuung von Kindern. *Zeitschrift für Familienforschung*, *4*(3), 238-247. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-292611

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Zeitschrift für Familienforschung, 1992, 4, 238 - 247

FORUM

SOZIALMEDIZINISCHE ASPEKTE DER FAMILIENBEGLEITENDEN BETREUUNG VON KINDERN

Karin Reis

1. Fakten und Erfahrungen aus der DDR

1.1 Plätze für familienbegleitende Betreuung

In der ehemaligen DDR besuchten nahezu alle Kinder, die in einer Familie lebten, irgendwann eine Einrichtung zur Tagespflege. Im Jahre 1989 wurden 802 von 1000 "dafür in Frage kommenden Kindern" in einer Krippe betreut. D.h., die Zahl der potentiellen Krippenkinder reduzierte sich seit 1976 bis 1986 um jene Zahl, deren Mütter/Väter bezahlte Freistellung zur häuslichen Pflege im ersten Lebensjahr bzw. bis zum 18. Lebensmonat (Babyjahr) in Anspruch nahmen. 94% der Vorschulkinder besuchten einen Kindergarten und 818 von 1000 Schülern der ersten vier Klassen gingen in den Schulhort.

Nahezu 90% der Mütter nahmen ihr Recht auf Freistellung in Anspruch. Infolge der Freistellung kam es nach 1976 zu einem deutlichen Rückgang der Säuglingsbetreuung in den Krippen, so daß 1985 nur noch 8,2% der Krippenkinder unter einem Jahr alt waren. Der Anteil der Wochenkrippenplätze wurde kontinuierlich abgebaut. Im Jahr 1989 lag er nur noch bei 1,6%. Über private Fremdpflege von Säuglingen gibt es keine Daten. Die Ergebnisse einer eigenen Studie von 1966 sind veraltet.

Seit 1980 konnte jedes Vorschulkind, dessen Eltern es wünschten, diese Einrichtung besuchen. In der Regel war dies eine Ganztagsbetreuung mit Mittagessenversorgung und Mittagssschlaf. Die Plätze im Schulhort waren ausreichend. Die außerfamilialen staatlichen Betreuungsangebote für die Kinder enthoben die Familien, vor allem die Alleinerziehenden, die bei der Platzvergabe bevorzugt wurden, der Pflicht und Sorge, nach individuellen Betreuungsmög-

lichkeiten für ihre Kinder zu suchen. Die Kindertagesstätten sind von den Familien mit einer großen Selbstverständlichkeit in Anspruch genommen worden; sie gehörten bei einem Frauenbeschäftigungsgrad von 91% zu den Normalitäten des Alltags, über die nur relativ wenig reflektiert wurde. Auf der europäischen Skala außerfamiliärer Betreuung nehmen die beiden vormaligen deutschen Staaten Extrempositionen ein. Sehr verschiedene frauen- und familienpolitische Konzeptionen zeichnen dafür verantwortlich. Angaben dazu finden sich bei Zeiher (1991), im 3. Familienbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen sowie bei Hörburger (1991) und Großmann (1991).

1.2 Gesundheitliche Auswirkungen

Aus sozialmedizinischer Sicht stellen sich die genannten Einrichtungen sehr verschieden dar.

Häufiges, zum Teil schwerwiegendes Kranksein der Kinder belastete vor allem die Krippen. Sowohl während der Adaptationsphase als auch während des weiteren Besuches lag die Morbidität höher als bei Familienkindern (Brunner und Grosch, 1977; Grosch und Niebsch, 1987; Grindel und Lorenz, 1989).

Eine der frühesten Zusammenhangserklärungen für die Erkrankungsgefährdung beim Eintritt in die Krippe lieferte die Altershypothese im Zusammenhang mit der Exposition unter Gruppenbedingungen. Grosch und Niebsch (1987, S. 81) verweisen auf Untersuchungsergebnisse von Friedrich (1986), wonach die Erkrankungsgefährdung besonders im 2. Lebensjahr von den Familienkindern abweicht, während sie im ersten Lebensjahr nur gering erhöht ist, wenn das Kind eine Krippe sucht (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesamterkrankungshäufigkeit je Jahr

Alter	Hauskinder	Krippenkinder
1. Lebensjahr	5,2	7,4
2. Lebensjahr	3,9	11,3
3. Lebensjahr	2,9	8,3
über 3 Jahre	2,2	4,9
Gesamt	3,3	8,4

Seit 1965 sind die Fehltage und Morbiditätsstruktur der Krippenkinder ausgewertet worden. Die Ausfallquoten (d.h. Fehltage in Prozent der Solltage eines Kalenderjahres) waren nicht gleichbleibend (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausfallquoten infolge Krankheit

Jahr	Prozentsatz	Jahr	Prozentsatz
1965	9,5	1980	12,8
1970	8,3	1985	10,0
1975	11,2	1989	9,2

Auf eine Periode der Reduzierung folgte eine solche mit erhöhten Fehlquoten. Diese Trendänderung ist auf die veränderte Struktur der Krippenaufnahme zurückzuführen. Die Aufnahme des Kindes um den ersten Geburtstag herum erwies sich als besonders ungünstig. 80% der Kinder reagierten mit einer mittelschweren Adaption, sie zeigten Erkrankungen wie Verhaltensstörungen (Becher, 1987). Die Erkrankungshäufigkeit pro Kind stieg von 3,7 auf 4,0 an (Grosch, 1987). Das änderte sich erst, als die Freistellungszeit verlängert wurde. Wegen dieser Problematik ist versucht worden, Eltern für die Vorbereitung ihres Kindes auf die Krippenaufnahme zu gewinnen, was jedoch mißlungen ist. Göllnitz (1990) untersuchte Morbiditätsschwankungen zwischen verschiedenen Krippen. Sie erwiesen sich als altersabhängig. Dieses Ergebnis läßt die Frage nach einer "guten" oder "schlechten" Krippe in den Hintergrund treten. Der heutige Stand der Erkenntnisse spricht dafür, daß den gesundheitlichen Störungen der Krippenkinder Ursachenkomplexe zugrundeliegen, in denen auch familiale Bedingungen eine maßgebliche Rolle spielen. Familienbedingungen können durch die Krippe kompensiert oder aber verstärkt werden (Zwiener, 1987). Ob gesundheitliche Beeinträchtigung auch zu Entwicklungsbeeinträchtigung führt, ist gleichfalls vom Alter des Kindes abhängig.

Das 1985 schrittweise eingeführte neue Erziehungsprogramm für die Krippen hatte ungeachtet seiner betont politischen Absicht eine inhaltliche Struktur, die vor allem die Altersspezifik und die Individualität des Kindes stärker berücksichtigte. Mehr emotionale Zuwendung zum Kind sollte seine Entwicklung fördern.

Dem vorbeugenden Gesundheitsschutz war breiter Raum gegeben worden.

Gesundheitskontrollen durch Erzieherinnen wie Ärzte waren Bestandteil der Betreuung.

Wie sehr innerfamiliäre Beziehungen zum Kind seine Morbidität beeinflussen können, hat sich im Umgang mit sogenannten "infektanfälligen", nicht krippenfähigen Kindern herausgestellt. Seit 1986 sind in vielen Großstädten sogenannte Genesungsgruppen für infektanfällige Kinder eingerichtet worden. Das Prinzip dieser Genesungsgruppen bestand darin, der Familie ähnliche Betreuungsverhältnisse herzustellen. Die gesundheitliche Lage der Kinder verbesserte sich schnell. Die Mütter/Familien wurden merklich von der Angst vor dem erneuten Erkrankungsfall entlastet.

Andererseits soll nicht verschwiegen werden, daß gelegentliche Freistellung von der Arbeit zur Pflege eines kranken Kindes eine legitimierte Pause im Arbeitsalltag war und als solche von den Ärzten in stiller Übereinkunft mit den Müttern auch gewährt wurde. Bei der Diskussion der gesundheitlichen Gefährdung der Krippen-, aber auch der Vorschulkinder sollte das berücksichtigt werden.

2. Eigene Untersuchungen

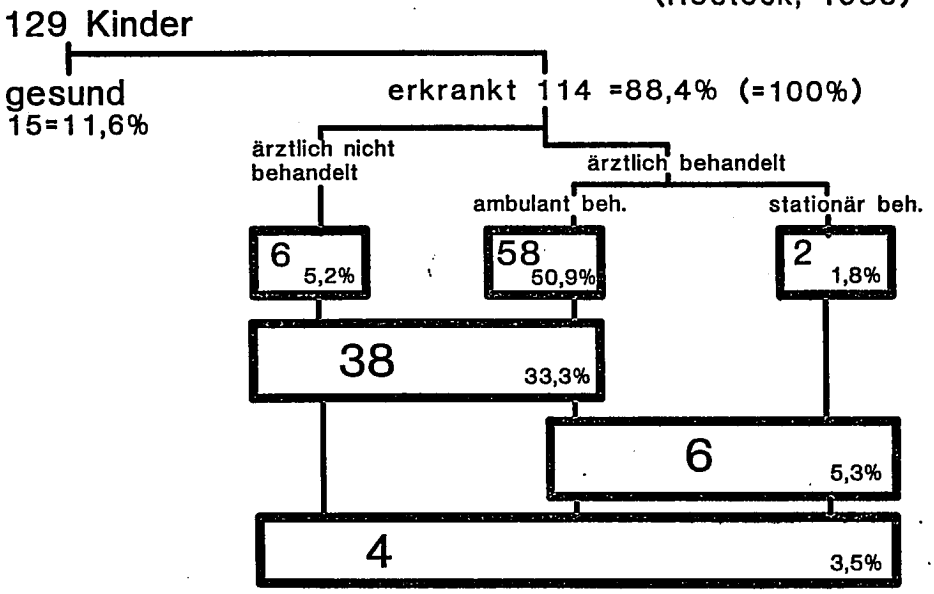
Mit der Einführung des Babyjahres (1976) erwarteten die meisten jungen Familien, daß die häuslich betreuten Säuglinge nicht oder nur selten erkranken würden. Dies war uns Veranlassung für eine Studie.

Es haben 129 Mütter, deren Kinder unter 12 Wochen alt waren, ein Gesundheitstagebuch über alle Erkrankungen der Familienmitglieder und die inanspruchgenommene Behandlungsart geführt. Im 12. Lebensmonat sind diese Tagebücher nach einem Kontrollgespräch über die eingetragenen Vermerke zurückgegeben und zusammen mit den anderen Erhebungsdaten ausgewertet worden. Unter den 129 Säuglingen sind nur 15, d.h. 11,6% im Berichtszeitraum, ständig gesund gewesen, während 114 Kinder mindestens einmal krank geworden sind (s. Abbildung nächste Seite).

Jedes Kind erlebte in neun Monaten durchschnittlich 2,7 Krankheitsperioden, meist mit ambulanter ärztlicher Behandlung verbunden (2,0 pro Kind, stationäre Betreuung nur 0,16). Generell ist festzustellen, daß Kinder auch bei häuslicher Pflege im ersten Lebensjahr häufig erkranken, was stets auch als ein soziales

Erkrankte Kinder im 2.-4.Lebensquartal und Art der Behandlung

(Rostock, 1989)



Signal zu verstehen ist und Kinder kennzeichnet, die für eine außerfamiliale Betreuung entweder nur bedingt oder aber ohne Bedenken in Frage kommen.

3. Perspektivisches über familienbegleitende Kinderbetreuung

(1) Betreuungsmöglichkeiten für Kinder zu schaffen, ist ein Erfordernis der Zeit. Es entsteht aus Veränderungen in den Familienstrukturen, aber auch in der Gesellschaft allgemein. Namentlich junge Frauen wollen durch Ausübung eines Berufes und eine (eher bescheidene) Karriere ihrem Leben einen erweiterten Sinn geben und sie suchen, wie 1985 die Shell-Studie zeigte, sich an "weniger traditionellen Rollenklischees" zu orientieren als das noch für die jungen Männer zutrifft (Frauen in der BRD, 1989, 3. Familienbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, o.J.). Eine Tendenz zur Verstetigung weiblicher Erwerbsverläufe (Beham, Goldberg und Wilk, 1990) ist vorhanden und zwingt zu einer variantenreichen Kinderbetreuung, um Beruf und Familie vereinbar zu machen. Das Fehlen einer familienbegleitenden Kinderbetreuung wird in vielen Fällen Frauen/bzw. Familien zur Reduzierung ihres Kinderwunsches veranlassen.

(2) Bei beruflich bedingter Abwesenheit beider Elternteile muß eine ganztägige Betreuung als Alternative zur Kinderlosigkeit gesellschaftlich akzeptiert werden. Für die große Zahl alleinerziehender Mütter und Väter muß es ausreichende Möglichkeiten geben, ihre Kinder in gute Obhut geben zu können, um sich einer anderen familiären Aufgabe, nämlich dem Broterwerb, widmen zu können. Mütter bzw. Eltern müssen entscheiden können, welche Betreuungsmöglichkeiten sie für ihren Säugling oder für ihre Kleinkinder in Anspruch nehmen wollen.

(3) Kinderbetreuung neben der Familie ist eine Entlastung im psychopädagogischen Sinne, die sowohl den Eltern eines Einzelkindes als auch dem Kind selbst zugute kommen dürfte. Die in der Gegenwart zu registrierende Vereinzelung, d.h. Geschwisterlosigkeit von Kindern, konzentriert Liebe, aber auch Überbehütungstendenzen (Becher, 1987), Erwartungen an Leistungsfähigkeit (Nissen, 1992) und Glücksquell auf ein oder höchstens zwei Kinder.

Der Nebeneffekt, daß Eltern über die Kindergruppen untereinander vernetzt werden, ist besonders wichtig angesichts der steigenden Zahlen nicht berufstätiger Mütter in den neuen Ländern.

(4) An eine allgemeine Entlastung der Mütter/Väter/Familien ist zu denken, wenn Kinderbetreuung für große Familien geschaffen wird. In umfangreichen Untersuchungen kinderreicher Mütter haben wir den Nachweis führen können, daß in den großen Familien nicht nur mehr Kinder zu versorgen, zu bilden, zu pflegen sind, sondern daß unter diesen Kindern viele sind, die zusätzliche Fürsorge infolge Krankheit, Behinderung und pädagogischer Schwierigkeiten brauchen (Lemke und Lemke, 1989; Seidenspinner und Reinartz, 1990). Die großen Anforderungen an Mütter in diesen Familien verlangen nach einer von außen an die Familie herangetragene Hilfe, will man Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mütter erhalten und die der Kinder fördern.

(5) Außerhalb der Familie gute Gelegenheiten zu einer sinnvollen Freizeitbeschäftigung für Schulkinder zu schaffen, ist eine pädagogische, aber auch gesundheitswirksame Aufgabe. Hier ist nicht nur an die Stabilisierung der Gesundheit durch Sport und Hobbys zu denken, sondern auch an persönlichkeitsformende Ziele, die im Umgang mit anderen Kindern humanistische Werte aufbauen helfen, Bildung vermitteln und Erlebnisfähigkeit fördern. In der Gruppenbetreuung machen Kinder soziale Erfahrungen, die nötige Handlungswei-

sen für das spätere Leben bahnen.

(6) Teilersatzfunktion kann die Kinderbetreuung bei behinderten Kindern erfüllen, namentlich dann, wenn die Eltern nicht in der Lage sind, den besonderen Anforderungen gerecht zu werden. Andererseits ist eine teils fachgerechte Förderung, teils sozialintegrierende Betreuung auch dann sinnvoll, wenn sich Eltern ihrem Kind adäquat widmen können. Dies ist eine sehr individuell zu fällende Entscheidung, bei der Familien Beratung brauchen.

(7) In enger Beziehung zu dieser Aufgabe steht die Betreuung normaler, gesunder Kinder, deren Eltern aus gesundheitlichen, sozialen oder anderen Gründen zu einer optimalen Familienerziehung nicht fähig sind. Da es sich oft um schwer zu beherrschende Störungen des Familienlebens handelt, ergeben sich auch weitreichende Anforderungen nach Betreuung für Kinder aus zerrütteten, gestörten Familien, für die es bisher keine spezifischen Einrichtungen gab.

Das Kinderkrankenhaus erfüllt zunehmend die Funktion eines Zufluchtortes, da oft auch ärztliche Behandlung notwendig ist. Erstmals haben Bosse und Meinhard (1990) das Ausmaß dieses stationären Betreuungsbedarfes geschildert, der psychologische, pädagogische, soziologische und juristische Komponenten neben der Medizin beinhaltet. Obwohl nur 8,5% der Kinder aus sozialer Indikation aufgenommen worden waren, erforderten sie doch 32% aller Pflegetage.

Der Aufbau und qualifizierte Unterhalt nebenfamiliärer Betreuungsformen für Kinder in sozial gefährdender Situation ist zugleich ein präventiver Ansatz zur Vermeidung von Extremsituationen.

4. Welche Hürden sind bei der außerfamiliären Betreuung von Kindern zu überwinden?

(1) Alle Übergänge von der Familie in eine Einrichtung und von einer Einrichtung zur anderen bergen traumatische Risiken, die klein gehalten werden müssen. Die Risiken sind größer um den ersten Geburtstag herum, wenn Kinder in ihrer bisherigen Entwicklung und gesundheitlich gestört sind. Deshalb sollte eine Krippenaufnahme nach Möglichkeit bis zum sechsten oder nach dem 18. Lebensmonat erfolgen, um Adaptionsstörungen zu minimieren. Schwere Adaptionsstörungen zwingen zum Abbruch der Krippenbetreuung und zur individuel-

len Betreuung des Kindes.

Ob die Adaption gelingt oder nicht, hängt von vielen Faktoren ab, nicht nur von der Situation in der Kindertagesstätte. Darum ist eine gute Vorbereitung der ganzen Familie ein sinnvoller Vorgang, der Fehlschlägen vorbeugt.

(2) Gruppen- und Einrichtungsgröße sind möglichst klein zu halten, um die gesundheitliche Situation nicht zu gefährden und den mentalen Faktoren besser entsprechen zu können. Die Aufenthaltsdauer pro Tag sollte 9 Stunden nie überschreiten.

(3) Trotz Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Kinderbetreuung muß die Intimität der Familie gewahrt bleiben. Kindereinrichtungen sind keine staatlichen, kirchlichen oder kommunalen Kontrollorgane für Familien, sondern Institutionen, die im Sinne der Familie und im Interesse der Kinder zu handeln haben.

(4) Angebote zur Kinderbetreuung durch Einrichtungen führen zur Professionalisierung des Erziehungsprozesses und können die pädagogische Verunsicherung der Eltern vergrößern. Dem ist dadurch zu begegnen, daß Eltern in pädagogische Entscheidungen stärker einbezogen werden.

(5) Eine Erfahrung aus der DDR-Zeit ist die Passivierung von Eltern im Erziehungsprozeß. Es muß offen bleiben, ob diese Passivität der Eltern Folge oder Ursache für Fremdhilfen bei Erziehung und Betreuung der Kinder ist. Ein Circulus vitiosus ist nicht auszuschließen. Auch ist denkbar, daß ein Gefühl des Überfordertseins bzw. von Hilflosigkeit entsteht, wenn so viele und differente Ratschläge für den Umgang mit Kindern gemacht werden. Bei einem Teil der Eltern entsteht Resignation. Auf jeden Fall aber ist Aktivität, Aufgeschlossenheit, Mitdenken und Mithandeln zu fördern, um einem Schwinden von Verantwortungsgefühl vorzubeugen.

5. Abschlußbemerkungen

Kinderbetreuung ist ein gesellschaftlich wichtiges Anliegen, ob sie den Kindern nun innerhalb einer Familie, außerhalb oder an Stelle von Familie zuteil wird. Stets erfordert sie umfassend medizinisch, psychologisch, pädagogisch und soziologisch ausgebildetes Personal.

Aus sozialmedizinischer Sicht hat sich die in einer Hand vereinigte kinderärztliche Betreuung in gesunden wie in kranken Tagen bewährt und sollte deshalb gesichert werden.

In der Familie ist wohl die Liebe zum Kind das unentbehrlichste Element seines Lebens, auch und gerade, wenn es außerdem bei "Fremden" lebt und heranwächst.

LITERATUR

Becher, A. (1987). Sozialhygienische Analyse von Mutter und Kind im Babyjahr. Med. Diss. WPU Rostock.

Beham, M., Goldberg, CH. & Wilk, L. (1990). Familie und Arbeitswelt. In R. Gisser et al. (Hrsg.), Lebenswelt Familie (S. 229-263). Wien: Institut für Ehe und Familie.

Brunner, R. & Grosch Ch. (1977). Krankheit und Entwicklung. In E. Schmidt-Kolmer (Hrsg.), Hygiene in Kinderkollektiven. Berlin: Volk und Gesundheit.

Bosse, U. & Meinhard, F. (1990). Aufnahmegrund: Soziale Indikation. Kinderärztliche Praxis, 58, 361-371.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.). (1989). Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn.

Das Gesundheitswesen - Jahresbericht 1989 für das Gebiet der ehemaligen DDR (1990). Berlin: Ärztebuch Verlag.

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (o.J.). 3. Familienbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen.

Göllnitz, S. (1990). Zum Gesundheitszustand von Krippenkindern - eine Analyse der Fehlmorbidität der Kinder zweier Krippen eines Neubaugebietes. Halle: Med. Diss. A, MLU.

Grimmer, I. (1987). Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder von 0 bis 3 Jahren und daraus abzuleitende Maßnahmen für die Mütterberatung und Familie - in pädiatrischer Sicht. In Gesundheitserziehung in der jungen Familie - Aufgaben der Mütterberatung und ihrer Partnereinrichtungen. Nationales Komitee für Gesundheitserziehung der DDR (Hrsg.). Rostock.

Grimmer, I. & Ahnert, L. (1991). Die psychosoziale Komponente der Krankheit des Kindes. In Ärztliche Jugendkunde, 82, 15-19.

Grindel, B. & Lorenz, U. (1989). Die Sozialisation adoleszenter Mütter sowie Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder - eine sozialhygienische Untersuchung im Längsschnitt. Med. Habil.-Schrift. WPU Rostock.

Grosch, Ch. (1982). Zu Fragen der Adaptation der Kinder in der Krippe. In Heilberufe, 34, 341.

Grosch, Ch. (1987). Epidemiologische Situation der 0 bis 3jährigen Kinder in der DDR. In Hygiene des Kindes- und Jugendalters, 10, 43.

Grosch, Ch. & Niebsch, G. (1987). Vergleich des Gesundheitszustandes von Kleinkindern, die in der Krippe bzw. ausschließlich in der Familie erzogen werden. In Hygiene des Kindes- und Jugendalters, 10, 78.

Großmann, W. (1991). Tageseinrichtungen für Kinder in der Bundesrepublik Deutschland. In Mitteilungsblatt des Deutschen Akademikerinnenbundes

e.V., Band 73, 193-208.
Hörburger, H. (1991). Kinderbetreuungsmöglichkeiten in der EG. In Mitteilungsblatt des Deutschen Akademikerinnenbundes e.V., 73, 176-192.
Institut für Med. Dokumentation und Datenverarbeitung Berlin (Hrsg.) Das Gesundheitswesen der DDR 1971, 1976, 1978, 1981, 1986, 1989.
Lemke, H. & Lemke, R. (1989). Zur sozialen und gesundheitlichen Situation kinderreicher Mütter der Insel Rügen. Med. Diss. WPU Rostock.
Lilie, B. & Überschär, U. (1987). Welchen Beitrag kann die Mütterberatung zur harmonischen Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr leisten? In Gesundheitserziehung in der jungen Familie - Aufgaben der Mütterberatung und ihrer Partnereinrichtungen, Nationales Komitee für Gesundheitserziehung der DDR (Hrsg.). Rostock.
Ministerrat der DDR - Ministerium für Gesundheitswesen (Hrsg.). Programm für die Erziehungsarbeit in den Kinderkrippen, 2. Auflage. Berlin: Volk und Gesundheit.
Nave-Herz, R. (1990). Die institutionelle Kleinkindbetreuung in den neuen und den alten Bundesländern - ein altes doch weiterhin hochaktuelles Problem für Eltern. In Frauenforschung, 8 (4), 45-59.
Nissen, G. (1992). Kinder unter Druck. MMW 134/2, 8-12.
Reis, K. (1991). Mütter und ihre Säuglinge in der DDR. In Psychosozial 14/46, 76-86.
Reis, K. & Dahnke, B. (1991). Mütter im Babyjahr. In Heilberufe, 8, 374-375.
Seidenspinner, H. & Reinartz, U. (1990). Beitrag zur Analyse des Gesundheitszustandes kinderreicher Mütter im Vergleich zu Müttern mit einem Kind in einer Großstadt. Med. Diss. Universität Rostock.
Seregi, J. et al. (1989). Unterschiede in der Entwicklung von ungarischen Kindern, die zu Hause oder in einer Kinderkrippe erzogen wurden. In Pädiatr. Grenzgebiet, 28 (6), 371-381.
Statistisches Jahrbuch der DDR 1981, 1989. Staatsverlag der DDR. Berlin.
Winkler, G. (Hrsg.). Frauenreport '90. Berlin: Die Wirtschaft.
Winkler, G. (Hrsg.). (1990). Sozialreport '90. Berlin: Die Wirtschaft.
Zeiher, H. (1991). Eigenes Leben der Mütter - eigenes Leben der Kinder? In K.U. Mayer, J. Allmendinger & J. Huinink (Hrsg.), Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt/New York: Campus.
Zwiener, K. (1987). Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder von 0 bis 3 Jahren und daraus abzuleitende Maßnahmen für die Mütterberatung und Familie - in kinderpsychologischer Sicht. In Gesundheitserziehung in der jungen Familie - Aufgaben der Mütterberatung und ihrer Partnereinrichtungen. Nationales Komitee für Gesundheitserziehung der DDR (Hrsg.). Rostock.

Ergänzendes Zahlenmaterial bei der Verfasserin:

Professor Dr. Karin Reis
Universität Rostock
Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin
Schillingstraße 70, O-2500 Rostock

Zeitschrift für Familienforschung, 1992, 4, 3