

Silke Kaiser

# Resilienzförderung bei Kindern unter drei Jahren

Ein Weiterbildungsprogramm für  
pädagogische Fachkräfte

EXTRAS ONLINE

 Springer

---

# Resilienzförderung bei Kindern unter drei Jahren

---

Silke Kaiser

# Resilienzförderung bei Kindern unter drei Jahren

Ein Weiterbildungsprogramm für  
pädagogische Fachkräfte

Mit einem Geleitwort von  
Herrn Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

 Springer

Silke Kaiser  
Weilheim an der Teck, Deutschland

Dissertation an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd, 2019

ISBN 978-3-658-28591-3                      ISBN 978-3-658-28592-0 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-28592-0>

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

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

## Geleitwort

Mit der vorliegenden Arbeit hat die Autorin Silke Kaiser Neuland betreten: Zwar haben die Themen Resilienz, Resilienzförderung bzw. Förderung der seelischen Gesundheit schon seit längerem an Bedeutung auch im Feld der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung gewonnen und es liegen Konzepte und wissenschaftliche Untersuchungen für den Bereich der Kindertageseinrichtungen vor. Es gab jedoch keinen Ansatz, dieses Thema auch für die Altersgruppe der Unter-Drei-Jährigen und für den institutionellen Rahmen der Krippe zu konzipieren.

Silke Kaiser hat dabei sehr genau Alltags- und Schlüsselsituationen analysiert und hinsichtlich der Potentiale zur Resilienzförderung zunächst theoretisch untersucht. Sie hat dann ein Weiterbildungscurriculum für pädagogische Fachkräfte im Krippenbereich entwickelt, umgesetzt und mit wissenschaftlichen Methoden sorgfältig evaluiert. Auch wenn es sich dabei nur um eine kleine Stichprobe handelte, so konnte die Autorin zeigen, dass und wie Möglichkeiten der Resilienzförderung für kleinste Kinder realisiert werden können.

Im Hintergrund wurde zur Entwicklung des Curriculums der Forschungsstand sehr umfangreich und erschöpfend - zumindest für den Diskurs im deutschsprachigen Raum – dargestellt. Die drei großen Bereiche Resilienz, Entwicklung im Alter unter drei Jahren und Kompetenzförderung pädagogischer Fachkräfte sind in umfangreicher aber dennoch fokussierender Weise bearbeitet.

Bei der wissenschaftlichen Evaluation ist das methodisch breite Herangehen beeindruckend, es wurden quantitative und qualitative Methoden auf den verschiedenen Untersuchungsebenen (Einrichtungen, Fachkräfte, Eltern) eingesetzt, die Evaluation erfolgte über mehrere Messzeitpunkte, die Wirkungserfassung per Kontrollgruppendesign - dies alles entspricht dem state of the art für Wirksamkeitsforschung.

Silke Kaiser hat mit ihrer Arbeit die Forschungen zur Resilienz und Förderung der seelischen Gesundheit deutlich erweitert. Es ist zu wünschen und zu hoffen, dass die Erkenntnisse auch Eingang in die pädagogische Praxis, aber auch in Aus- und Weiterbildungsstrukturen finden.

Kassel/Freiburg im September 2019

*Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff*

## **Vorwort**

Eine Arbeit wie die vorliegende ist stets eingebettet in einen Kreis von Menschen, die das Gelingen derselben ermöglichen. Deshalb ist an dieser Stelle ein kurzer Dank angebracht.

Herzlichen Dank an Prof. Dr. Michael Behr für den unterstützenden Zuspruch. Innigsten Dank an Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff für die stetige Ermutigung und den Glauben an mich. Sie beide sprechen und schreiben nicht nur über Wertschätzung, sondern leben eine wertschätzende, stärkenorientierte Haltung.

Ohne die Zustimmung der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen und die Mitwirkung der dortigen pädagogischen Fachkräfte, Leitungskräfte, Eltern und Kinder wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen. Darum sei an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle teilnehmenden Personen ausgesprochen.

Ein weiterer Dank geht an die Stiftung Kinderland Baden-Württemberg, die das Resilienz-Projekt für förderungswürdig befunden hatte.

Ein herzliches Dankeschön an jene Menschen von der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd und der Evangelischen Hochschule in Freiburg, die mir mit ihrem Rat zur Seite standen. Besonderer Dank gebührt an dieser Stelle Dr. Eva-Maria Engel.

Schließlich geht ein großer Dank – mehr als in Worte zu fassen ist – an meine Familie und meinen Freundeskreis. Ihr alle habt mich wunderbar unterstützt durch eure stete Ermutigung.

Weilheim a.d. Teck, im Dezember 2018

*Silke Kaiser*

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Stand der Forschung</b>	<b>5</b>
2.1	Die Entwicklung der Resilienzforschung	5
2.2	Resilienz – Definition und Merkmale	6
2.3	Ausgewählte Studien zu Resilienz	11
2.4	Risikofaktoren	15
2.5	Schutzfaktoren	22
2.6	Resilienzfaktoren	33
2.6.1	Positives Selbstkonzept	34
2.6.2	Selbstregulation	37
2.6.3	Selbstwirksamkeit	41
2.6.4	Soziale Kompetenz	43
2.6.5	Aktive Bewältigungskompetenz	46
2.6.6	Problemlösefähigkeiten	52
2.7	Resilienzmodelle	55
2.8	Kritik am Resilienz-Konzept	58
<b>3</b>	<b>Die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern unter drei Jahren</b>	<b>61</b>
3.1	Entwicklung	61
3.2	Entwicklungsaufgaben	62
3.3	Kognitive Entwicklung und Problemlösefähigkeiten	65
3.4	Emotionale Entwicklung	67
3.5	Emotionsregulation	70
3.6	Soziale Entwicklung	73
3.7	Entwicklung des Selbst	76
3.8	Aufbau von Bindungsrepräsentationen	78
3.9	Zusammenfassung der Entwicklungsmeilensteine der frühen Kindheit	80
<b>4</b>	<b>Interaktionsgestaltung, handlungsleitende Orientierungen und Einstellungen in der Frühpädagogik</b>	<b>83</b>
4.1	Zusammenhang zwischen Interaktionsgestaltung und Resilienz	83
4.2	Rahmenbedingungen	85
4.3	Pädagogische Qualität	86
4.4	Prozessqualität und Interaktionen – Interaktionsqualität	87
4.5	Interaktionsgestaltung durch die pädagogische Fachkraft	91
4.5.1	Die Gestaltung sicherer Bindungserfahrungen	93
4.5.2	Kennzeichen professioneller entwicklungsförderlicher Interaktion	97

4.5.3	Folgerungen für die Gestaltung von Interaktionen in der Institution Krippe .....	107
<b>5</b>	<b>Prävention, Gesundheitsförderung und die Förderung von Resilienz .....</b>	<b>115</b>
5.1	Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertages- einrichtungen .....	118
5.2	Konzeption, Implementation und Evaluation von Präventionsprogrammen .....	120
5.3	Präventionsprogramme in Kindertageseinrichtungen .....	128
<b>6</b>	<b>Kompetenzorientierte Weiterbildung frühpädagogischer Fachkräfte .....</b>	<b>139</b>
6.1	Kompetenzen frühpädagogischer Fachkräfte .....	139
6.2	Handlungsleitende Orientierungen (Haltung) und Einstellungen .....	149
6.3	Resilienzförderliche Grundhaltung frühpädagogischer Fachkräfte .....	154
6.4	Zusammenfassung des Theorieteils .....	159
<b>7</b>	<b>Konzeption der Weiterbildung .....</b>	<b>165</b>
7.1	Konzeption des Weiterbildungsprogrammes .....	165
7.2	Planung, Inhalte und Ziele des Weiterbildungsprogrammes .....	170
7.3	Durchführung der Weiterbildung .....	174
7.4	Implementation .....	177
7.5	Exemplarische Inhalte der Weiterbildung .....	180
<b>8</b>	<b>Fragestellungen und Evaluationsdesign .....</b>	<b>193</b>
8.1	Begründung des Vorgehens .....	193
8.2	Fragestellungen .....	194
8.3	Überblick über das Evaluationsdesign .....	195
<b>9</b>	<b>Stichprobe, Methoden, Instrumente und Durchführung .....</b>	<b>205</b>
9.1	Zugang zur Stichprobe .....	205
9.2	Überblick über die Stichprobe .....	206
9.2.1	Ebene der pädagogischen Fachkräfte .....	206
9.2.2	Ebene der Eltern .....	210
9.2.3	Ebene der Einrichtung: Strukturmerkmale .....	211
9.3	Untersuchungsmethoden und -instrumente .....	212
9.3.1	Ebene der pädagogischen Fachkräfte .....	213
9.3.2	Ebene der Einrichtung .....	231
9.3.3	Ebene der Eltern .....	235
9.3.4	Prozessebene .....	239
9.4	Durchführung .....	239

---

9.5	Reflexion der Gütekriterien bei der Untersuchung .....	241
9.5.1	Gütekriterien der Evaluationsforschung.....	241
9.5.2	Gütekriterien quantitativer Forschung .....	243
9.5.3	Gütekriterien qualitativer Forschung .....	244
9.6	Vorgehen bei der Auswertung .....	245
<b>10</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>251</b>
10.1	Ergebnisse auf Ebene der Einrichtung .....	251
10.2	Ergebnisse auf Ebene der pädagogischen Fachkräfte .....	263
10.2.1	Ergebnisse der Innopäd-Fragebögen.....	263
10.2.2	Ergebnisse der Gruppendiskussionen .....	280
10.2.3	Ergebnisse der Videosequenzanalysen .....	327
10.3	Ergebnisse auf Ebene der Eltern .....	347
10.4	Ergebnisse auf Prozessebene.....	351
10.4.1	Ergebnisse der Innopäd-Fachkraft-Fragebögen .....	351
10.4.2	Begleitende Faktoren auf Prozessebene .....	358
<b>11</b>	<b>Zusammenführung der Ergebnisse.....</b>	<b>361</b>
<b>12</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>367</b>
12.1	Diskussion der Ergebnisse .....	367
12.2	Diskussion der Methoden.....	376
12.3	Bezug zu den leitenden Fragestellungen und Zielen.....	379
12.4	Zusammenfassender Ausblick .....	383
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>387</b>

Zusatzmaterial online verfügbar.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schema risikoe erhöhender Bedingungen (adaptiert nach Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000, S. 67, mit freundlicher Genehmigung von ©Hogrefe Verlag GmbH 2000. All Rights Reserved) .....	17
Abbildung 2:	Einflussfaktoren auf die Entstehung von Störungen der kindlichen Entwicklung.....	24
Abbildung 3:	Schema risikomildernder Faktoren (adaptiert nach Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000, S. 67, mit freundlicher Genehmigung von © Hogrefe Verlag GmbH 2000. All Rights Reserved) .....	29
Abbildung 4:	Prozess von Stressbewältigung und Coping .....	50
Abbildung 5:	Rahmenmodell von Resilienz nach Kumpfer (1999) .....	57
Abbildung 6:	PRiK: konkretes Vorgehen.....	133
Abbildung 7:	Kompetenzmodell für die Frühpädagogik .....	146
Abbildung 8:	Pfadmodell zur Übertragung von Kompetenzen auf die kindliche Entwicklung.....	147
Abbildung 9:	Weiterbildung (vereinfachte Darstellung) .....	166
Abbildung 10:	Kompetenzmodell der entwicklungsförderlichen Interaktionsgestaltung und Resilienzförderung in der Frühpädagogik.....	168
Abbildung 11:	Vorgehen im Projekt .....	174
Abbildung 12:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen; Beispielitem Skala D1 (Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt) .....	218
Abbildung 13:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen; Beispielitem Subskala D4 (Überzeugungen in Bezug auf Ziele im Resilienz-Projekt).....	219
Abbildung 14:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen; Subskala I5 (Erwartungen an die Teilnahme am Resilienz-Projekt).....	220
Abbildung 15:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen; Subskala I5 (Veränderungen in Bezug auf die Teilnahme am Resilienz-Projekt) .....	221
Abbildung 16:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen; Subskala D3 (Beispielitem offene Fragen zu Zielen) .....	230
Abbildung 17:	Innopäd-Eltern-Fragebogen; Beispielitem Subskala 8 (Zufriedenheit mit der Betreuung insgesamt).....	236
Abbildung 18:	Gütekriterien der DeGEval (Deutsche Gesellschaft für Evaluation, 2016) .....	241
Abbildung 19:	KRIPS-R: Mittelwerte zu den drei Erhebungszeitpunkten.....	252

Abbildung 20: KRIPS-R: Subskalen über die drei Erhebungszeitpunkte für Durchführungs- und Kontrollgruppe .....	257
Abbildung 21: KRIPS-R: Subskala 2 „Betreuung und Pflege“ für beide Gruppen getrennt nach Erhebungszeitpunkten .....	260
Abbildung 22: KRIPS-R: Subskala 5 „Interaktionen“ und Auszüge aus Subskala 6 "Strukturierung der pädagogischen Arbeit" für beide Gruppen getrennt nach Erhebungszeitpunkten .....	262
Abbildung 23: Antwortverteilung nach Kategorien Durchführungsgruppe (QIA_II_Fachkräfte).....	265
Abbildung 24: Antwortverteilung nach Kategorien Kontrollgruppe (QIA_II_Fachkräfte).....	266
Abbildung 25: Innopäd-Fragebogen; Subskala D4: Erwartungen und Ziele der Fachkräfte der Durchführungsgruppe über alle drei Erhebungszeitpunkte. ....	274
Abbildung 26: Innopäd-Fragebogen; Subskala D4: Erwartungen und Ziele der Fachkräfte der Kontrollgruppe über alle drei Erhebungszeitpunkte .....	275
Abbildung 27: Innopäd-Fragebogen; Subskala I5: Erwartungen und Veränderungen der Fachkräfte der Durchführungsgruppe zu allen drei Erhebungszeitpunkten.....	277
Abbildung 28: Innopäd-Fragebogen; Subskala I5:Erwartungen und Veränderungen der Fachkräfte der Kontrollgruppe zu allen drei Erhebungszeitpunkten .....	278
Abbildung 29: GInA-E: Fehlerbalkengrafik für Gesamtmittelwerte aus der Einschätzung über alle drei Erhebungszeitpunkte .....	328
Abbildung 30: GInA-E; Mittelwerte der eingeschätzten Freispiel-Szenen .....	330
Abbildung 31: GInA-E; Mittelwerte der eingeschätzten Mahlzeit-Szenen .....	332
Abbildung 32: GInA-E; Mittelwerte der eingeschätzten Pflege-Szenen .....	334
Abbildung 33: Innopäd-Fragebogen; Subskala 8: Angaben der Eltern zur Zufriedenheit mit der Betreuung; .....	347
Abbildung 34: Innopäd-Fragebogen; Angaben der Eltern zu Erwartungen an bzw. Bewertungen des Projekts .....	349
Abbildung 35: Innopäd-Fragebogen; Subskala D1: Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt .....	351
Abbildung 36: Innopäd-Fragebogen; Subskala D2: Bewertung der Einrichtung insgesamt .....	352
Abbildung 37: Innopäd-Fragebogen; Subskala I5: Erwartungen an das bzw. Erfahrungen mit dem Projekt insgesamt .....	353
Abbildung 38: Anzahl der für das Resilienz-Projekt erübrigten Stunden.....	359

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über ausgewählte Studien zu Resilienz (Adaptiert nach Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009, S. 29ff; mit freundlicher Genehmigung von © BZgA 2009. Adaptiert nach Werner, 2005; mit freundlicher Genehmigung von © Hogrefe Verlag GmbH 2005. All Rights Reserved).....	12
Tabelle 2:	„Shortlist“ (Masten) .....	32
Tabelle 3:	Personale Schutz-/Resilienzfaktoren .....	34
Tabelle 4:	Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit .....	63
Tabelle 5:	Meilensteine der Emotionsentwicklung .....	68
Tabelle 6:	Entwicklungsprozess emotionaler Kompetenz.....	71
Tabelle 7:	Die Entwicklung der Empathie nach Hoffman (1991).....	75
Tabelle 8:	Phasen der Selbstentwicklung .....	77
Tabelle 9:	Die Entwicklung der Bindung.....	79
Tabelle 10:	Die kindliche Entwicklung zwischen 0-3 Jahren .....	81
Tabelle 11:	Notwendige Fachkraft-Kind-Relation .....	85
Tabelle 12:	Leitfragen für Diagnostik und Therapie .....	99
Tabelle 13:	Übersicht zur entwicklungsförderlichen Gestaltung von Interaktionen durch frühpädagogische Fachkräfte .....	112
Tabelle 14:	Implementationskriterien .....	124
Tabelle 15:	Struktur des Deutschen Qualifikationsrahmens .....	143
Tabelle 16:	Resilienzförderliche Grundhaltung .....	158
Tabelle 17:	Parameter für eine Beziehungsgestaltung zur Förderung von seelischer Gesundheit und Resilienz .....	160
Tabelle 18:	Implikationen aus der Zusammenführung von Gestaltung entwicklungsförderlicher Interaktionen, Förderung von Resilienz und der Entwicklung von Kindern unter drei Jahren ..	161
Tabelle 19:	Grob-Struktur der Resilienz-Weiterbildung .....	171
Tabelle 20:	Zeitstrang der Durchführung in der Durchführungsgruppe.....	177
Tabelle 21:	Angewandte Implementationskriterien .....	178
Tabelle 22:	Resilienzförderung anhand der Resilienzfaktoren.....	180
Tabelle 23:	Ablauf Vorgehensweise und Evaluation Resilienz-Projekt.....	197
Tabelle 24:	Forschungsfragen, Ziele, Instrumente, Auswertungsmethoden im Überblick .....	202
Tabelle 25:	Stichprobenbeschreibung Fachkräfte nach Alter und Berufsabschluss; Chi-Quadrat-Test.....	206
Tabelle 26:	Mittelwerte und Standardabweichungen von Berufserfahrung insgesamt und Berufserfahrung mit Kindern unter 3 Jahren; Mann-Whitney-U-Test .....	207

Tabelle 27:	Datenrücklauf aus der Durchführungs- und der Kontrollgruppe zu allen drei Erhebungszeitpunkten .....	208
Tabelle 28:	Übersicht über die teilnehmenden Fachkräfte, welche die Fragebögen ausgefüllt haben.....	209
Tabelle 29:	Übersicht über die teilnehmenden Eltern .....	211
Tabelle 30:	Strukturmerkmale der teilnehmenden Gruppen und Kinder zu den drei Erhebungszeitpunkten .....	212
Tabelle 31:	„Innopäd“-Fragebogen, Subskalen und Beispielitems .....	214
Tabelle 32:	Innopäd-Fragebogen für Fachkräfte; Trennschärfe der Skala D1 .....	216
Tabelle 33:	Innopäd-Fragebogen für Fachkräfte; Trennschärfe der Skala D2.....	216
Tabelle 34:	Innopäd-Fragebogen für Fachkräfte; Trennschärfe der Skala I5 .....	217
Tabelle 35:	GInA- E.....	228
Tabelle 36:	GInA-E; Beispielitem "1. Zuwendung zeigen" .....	229
Tabelle 37:	KRIPS-R; Beispielitem "7. Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten".....	233
Tabelle 38:	KRIPS-R; Beispielitem "27. Erzieher-Kind-Interaktion".....	234
Tabelle 39:	Trennschärfe der Subskala „8“- Innopäd-Eltern-Fragebogen ....	237
Tabelle 40:	Trennschärfe der Subskala „9“- Innopäd-Eltern-Fragebogen ....	238
Tabelle 41:	Hauptkategorien zur Analyse der Gruppendiskussionen: inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse .....	248
Tabelle 42:	KRIPS-R .....	253
Tabelle 43:	KRIPS-R, Subskalen getrennt nach Durchführungs- (DG) und Kontrollgruppe (KG) zu Beginn der Erhebung .....	253
Tabelle 44:	KRIPS-R, Subskalen getrennt nach Durchführungs- (DG) und Kontrollgruppe (KG) zur Mitte der Erhebung.....	255
Tabelle 45:	Subskalen KRIPS-R getrennt nach Durchführungs- (DG) und Kontrollgruppe (KG) zum Ende der Erhebung .....	256
Tabelle 46:	KRIPS-R Subskala 2 „Betreuung und Pflege“: Einzelitems im Vergleich zwischen den Gruppen zu den drei Erhebungszeitpunkten .....	258
Tabelle 47:	KRIPS-R Subskala 5 „Interaktionen“: Einzelitems im Vergleich zwischen den Gruppen zu den drei Erhebungszeitpunkten .....	260
Tabelle 48:	Kategorien aus QIA_II: Erfahrungen und Bilanzierung der Fachkräfte.....	264
Tabelle 49:	Ziele der Fachkräfte der beiden Gruppen zur Ersterhebung.....	270
Tabelle 50:	Ziele der Fachkräfte der beiden Gruppen zur Mitte der Erhebung .....	271

Tabelle 51:	Ziele und Zielerreichung der Fachkräfte der Durchführungsgruppe zum Ende der Erhebung .....	272
Tabelle 52:	Ziele und Zielerreichung der Fachkräfte der Kontrollgruppe zum Ende der Erhebung .....	273
Tabelle 53:	Hauptkategorie K1 .....	280
Tabelle 54:	Hauptkategorie K2 .....	284
Tabelle 55:	Hauptkategorie K3 .....	287
Tabelle 56:	Hauptkategorie K4 .....	295
Tabelle 57:	Hauptkategorie K5 .....	298
Tabelle 58:	Hauptkategorie K6 .....	307
Tabelle 59:	Hauptkategorie K7 .....	310
Tabelle 60:	Hauptkategorie K8 .....	316
Tabelle 61:	GInA-E; Überblick über die Anzahl der Fachkräfte, für die Videosequenzen analysiert werden konnten .....	327
Tabelle 62:	GInA-E; Mittelwerte der Videosequenzanalysen nach Gruppen und Erhebungszeitpunkten .....	329
Tabelle 63:	GInA-E; Darstellung der Mittelwerte der eingeschätzten Freispiel-Szenen nach Erhebungszeitpunkten .....	331
Tabelle 64:	GInA-E; Darstellung der Mittelwerte der eingeschätzten Mahlzeiten-Szenen nach Erhebungszeitpunkten .....	333
Tabelle 65:	GInA-E; Darstellung der Mittelwerte der eingeschätzten Pflege-Szenen nach Erhebungszeitpunkten .....	335
Tabelle 66:	GInA-E; Übersicht über die Mittelwerte aus der Einschätzung nach Gruppen und Fachkräften zu allen drei Erhebungszeitpunkten .....	336
Tabelle 67:	GInA-E: Subskalenwerte der drei Subskalen für die Schlüsselsituation Freispiel getrennt nach Erhebungszeitpunkt und Gruppen .....	338
Tabelle 68:	GInA-E: Subskalenwerte der drei Subskalen für die Schlüsselsituation Mahlzeit getrennt nach Erhebungszeitpunkt und Gruppen .....	339
Tabelle 69:	GInA-E: Subskalenwerte der drei Subskalen für die Schlüsselsituation Pflege getrennt nach Erhebungszeitpunkt und Gruppen .....	340
Tabelle 70:	GInA-E; Subskalenwerte für die Schlüsselsituation Freispiel getrennt nach Fachkräften aus Durchführungs- und Kontrollgruppe, die über den gesamten Erhebungszeitraum teilgenommen haben .....	341

Tabelle 71:	GInA-E; Subskalenwerte für die Schlüsselsituation Mahlzeit getrennt nach Fachkräften aus Durchführungsgruppe und Kontrollgruppe, die über den gesamten Erhebungszeitraum teilgenommen haben.....	342
Tabelle 72:	GInA-E; Subskalenwerte für die Schlüsselsituation Pflege getrennt nach Fachkräften aus Durchführungs- und Kontrollgruppe, die über den gesamten Erhebungszeitraum teilgenommen haben .....	343
Tabelle 73:	GInA-E; Inferenzstatistische Berechnungen für abhängige Stichproben von Beginn zu Mitte der Erhebung .....	344
Tabelle 74:	GInA-E; Inferenzstatistische Berechnungen für abhängige Stichproben von Mitte zu Ende der Erhebung.....	345
Tabelle 75:	Inferenzstatistische Berechnungen für abhängige Stichproben von Erst- zu Enderhebung .....	345
Tabelle 76:	Zufriedenheit mit der Betreuung zu den drei Erhebungszeitpunkten; Eltern-Innopäd-Fragebögen; Mann-Whitney-U-Test.....	348
Tabelle 77:	Erwartungen an das Projekt zu Beginn und Mitte der Erhebung, Bewertung des Projekts zum Ende der Erhebung; Innopäd-Eltern-Fragebögen; Mann-Whitney-U-Test.....	350
Tabelle 78:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen – Instrument F: Vergleich zwischen den Gruppen (Fachkräfte); Mann-Whitney-U-Test....	354
Tabelle 79:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen – Instrument F: Vergleich der einzelnen Gruppen von Beginn zu Mitte der Erhebung ( $t_0 - t_1$ ); Wilcoxon-Test.....	355
Tabelle 80:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen – Instrument F: Vergleich der einzelnen Gruppen von Mitte zu Ende der Erhebung ( $t_1 - t_2$ ); Wilcoxon-Test.....	356
Tabelle 81:	Innopäd-Fachkraft-Fragebogen – Instrument F: Vergleich der einzelnen Gruppen von Beginn zu Ende der Erhebung ( $t_0 - t_2$ ); Wilcoxon-Test.....	357
Tabelle 82:	Aktivitäten des Resilienz-Projektes – teilnehmende Personen und Dauer .....	360



# 1 Einleitung

Im Rahmen des gesunden Aufwachsens sollten Kinder in ihren Lebenskompetenzen gefördert werden. Dies legte die World Health Organization (WHO) in ihrem Konzept der Lebenskompetenzen nahe (WHO, 1994). In Deutschland hat diese Forderung Eingang in das Nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2010) gefunden. Zu den Lebenskompetenzen werden Kompetenzen wie Empathie, Regulation von Emotionen, Selbstwahrnehmungs-, Problemlöse-, Kommunikations- und Stressbewältigungsfähigkeiten gezählt (WHO, 1994, S.1). Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS- Studie) zeigt, dass sich in Deutschland trotz rückläufiger Zahlen die psychischen Auffälligkeiten von Kindern unter 17 Jahren auf einem hohen Niveau befinden (Klipker, Baumgarten, Göbel, Lampert & Hölling, 2018, S. 42). Diese lagen für die Jahre 2014 bis 2017 im Bereich der 3-17-Jährigen bei 16,9% (ebd., S. 37). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer frühen Gesundheitsförderung und Förderung der Lebenskompetenzen. Damit Kinder Entwicklungsrisiken bewältigen können, benötigen sie schützende Faktoren, Lebens- und Bewältigungskompetenzen. Bezugspersonen können den Aufbau dieser Kompetenzen unterstützen. Kindertageseinrichtungen bieten ein Setting, in dem alle Kinder, welche die jeweilige Einrichtung besuchen, mitsamt ihren Familien erreicht werden können. Indem die Angebote der Kindertageseinrichtungen stetig weiter ausgebaut wurden und die Bildung, Betreuung und Erziehung auf die Unter-Dreijährigen erweitert wurde mit stets höheren Quoten der Inanspruchnahme und Verweildauern (Viernickel & Fuchs-Rechlin, 2015, S. 15), erweisen sich Kindertageseinrichtungen als ein mögliches Feld, im Rahmen der Gesundheitsförderung die Lebenskompetenzen und somit die psychische Gesundheit von Kindern so früh wie möglich zu fördern. Somit kommen Kindertageseinrichtungen ihrem gesetzlichen Auftrag nach, bei der Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern im Rahmen der Förderung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit auch deren soziale und emotionale Entwicklung zu fördern (§22 (3) SGB VIII; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014). Damit pädagogische Fachkräfte diesem Auftrag nachkommen können, sind entsprechende Rahmenbedingungen vonnöten, die ein individuelles Eingehen auf jedes Kind und somit gute Qualität ermöglichen. Hierzu gehören beispielsweise qualifizierte Fachkräfte und

ein angemessener Betreuungsschlüssel, wie es im aktuellen Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung verankert werden soll („Gute-KiTa-Gesetz“; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018). Die Professionalität der pädagogischen Fachkräfte, ihre Haltung und Kompetenzen wirken sich unmittelbar auf die Qualität der Förderung in der Kindertageseinrichtung aus (ebd., S. 21).

Kinder so früh wie möglich in ihrer seelischen Entwicklung zu stärken ist Anliegen der vorliegenden Arbeit. Es werden Wege aufgezeigt, wie pädagogische Fachkräfte ansetzen können, um Interaktionen mit Kindern unter drei Jahren entwicklungsförderlich zu gestalten und die psychische Widerstandskraft („Resilienz“) der Kinder anhand der Resilienzfaktoren zu stärken. Pädagogische Fachkräfte sollten befähigt werden, ihre Kompetenzen im Bereich der Gestaltung von Interaktionen und Förderung von Resilienz im Sinne personaler Schutzfaktoren zu erweitern. Zu diesem Zweck wurde ein Weiterbildungsprogramm konzipiert und in Kindertageseinrichtungen implementiert. Die Implementation wurde wissenschaftlich begleitet, hierbei wurde über die Triangulation von qualitativen und quantitativen Methoden ein möglichst differenziertes Bild zu gewinnen versucht. Dabei handelt es sich um eine Vorstudie, eine Interventionsstudie mit explorativem Charakter, mit der die Stimmigkeit der grundsätzlichen Vorgehensweise sowie die Brauchbarkeit der eingesetzten Instrumente bezüglich der vorliegenden Themenstellung eruiert werden sollte. Dies erklärt die geringe Fallzahl der Stichprobe.

Es besteht die Forderung, Kinder so früh wie möglich in effektiven Bewältigungskompetenzen zu stärken (Wustmann, 2012). Damit dies gelingen kann, sollte auf der Ebene der Interaktionen angesetzt werden, da die Entwicklung von Resilienz in hohem Maße auf fördernde Beziehungen zurückzuführen ist (Luthar, 2006). Bei den bisher existierenden Impulsen zur Förderung von Resilienz fällt auf, dass diese vor allem für Kinder ab drei Jahren konzipiert sind (Fröhlich-Gildhoff, Dörner & Rönnau-Böse, 2012) und dass sie in Form von Programmen vorliegen. Für Kinder unter drei Jahren sollte die „Förderung der Resilienz- und personalen Schutzfaktoren ... alltags- und interaktionsbezogen erfolgen“ (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 57), um das „Bewältigungskapital“ (Fingerle, 2011, S. 213) auch sehr junger Kinder zu stärken, damit sie Entwicklungsrisiken unter Rückgriff auf vorhandene Ressourcen positiv bewältigen können. Pädagogische Fachkräfte sollten die Risiko- und Schutzfaktoren für alle Kinder kennen, damit sie passgenaue Unterstützung bieten oder in die Wege leiten können. Sie

sollten befähigt werden, in konkreten Interaktionen im pädagogischen Alltag mit stärken- und ressourcenorientierter Haltung (Kiso & Lotze, 2014) die Kinder bei der Bewältigung von Herausforderungen durch die Erweiterung eigener Kompetenzen zu unterstützen.

Angesichts der zahlreichen Herausforderungen, mit denen sich Kinder beim Aufwachsen konfrontiert sehen, liegt es nahe, die Lebenskompetenzen und die psychische Widerstandskraft (Resilienz) der Kinder zu stärken. Zur Förderung der Lebenskompetenzen existieren zahlreiche Programme, auch für Kindertageseinrichtungen im Bereich der Resilienzförderung (z.B. Fröhlich-Gildhoff, Dörner & Rönnau-Böse, 2012), allerdings fast ausschließlich im Bereich der Kinder über drei Jahre. Um der Forderung nach frühestmöglicher Gesundheitsförderung nachzukommen, sollte durch die vorliegende Arbeit diese Lücke geschlossen werden. Es wurde ein Programm zur Weiterbildung frühpädagogischer Fachkräfte hinsichtlich der Gestaltung entwicklungsförderlicher Interaktionen und der Förderung von Resilienz anhand der Resilienzfaktoren konzipiert, in Kindertageseinrichtungen implementiert und die Implementation wissenschaftlich evaluiert. Die vorliegende Arbeit knüpft an bestehende Programme zur Förderung der Lebenskompetenzen und Resilienz an und erweitert diese auf das Feld der unter dreijährigen Kinder. Indem die pädagogischen Fachkräfte ihre handlungsleitenden Orientierungen und Kompetenzen hinsichtlich entwicklungsförderlicher Interaktions- und Beziehungsgestaltung sowie Förderung von Resilienz erweitern, sollen sie befähigt werden, Kompetenzen der Kinder zu erweitern und zu stärken.

Die vorliegende Arbeit beruht auf Ergebnissen der Bindungstheorie, der Selbstbestimmungstheorien und der Lerntheorien. Mit der Arbeit soll die Lücke geschlossen werden in Forschung und auf Praxisebene hinsichtlich der Förderung von Lebenskompetenzen und Resilienzfaktoren bei sehr jungen Kindern. Es handelt sich um einen ersten Ansatz, weshalb eine explorative Vorgehensweise gewählt wurde.

Nach einer Einleitung in Kapitel 1 wird in Kapitel 2 der Stand der Forschung zu Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren dargestellt. Nach einem Überblick über verschiedene Resilienzmodelle werden Kritikpunkte am Resilienzkonzept aufgeführt.

Im 3. Kapitel wird ein Überblick über die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern unter drei Jahren gegeben. Zum einen setzt die Weiterbildung für die pädagogischen Fachkräfte am Wissen über die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern unter drei Jahren an, zum anderen erwies sich bei Vorarbeiten im Feld,

dass das Wissen über die Altersgruppe der Unter-Dreijährigen noch erweiterungsfähig zu sein schien.

Ein Überblick über Befunde zur professionellen pädagogischen Gestaltung entwicklungsförderlicher Interaktionen findet sich in Kapitel 4. Nach einer Einordnung in die Rahmenbedingungen und den Qualitätsbegriff wird konkret abgeleitet, worauf es bei der Gestaltung professioneller entwicklungsförderlicher Interaktionen im Feld der Kindertageseinrichtungen ankommt.

In Kapitel 5 wird auf die Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen, und es werden Bedingungen für die gelingende Implementation von Präventionsprogrammen erörtert.

Im 6. Kapitel werden die Annahmen über die Konzeption von Weiterbildungen präzisiert. Es wird auf die kompetenzorientierte Gestaltung von Weiterbildungen fokussiert.

Das 7. Kapitel zeigt die konkrete Konzeption des Weiterbildungsprogrammes für frühpädagogische Fachkräfte zur Förderung positiver Interaktionsgestaltung und Resilienz bei Kindern unter drei Jahren. Es werden Planung und Inhalte des Weiterbildungsprogrammes vorgestellt sowie die damit verbundenen Ziele. Eingegangen wird auf die Durchführung sowie Implementation der Weiterbildung in Kindertageseinrichtungen. Schließlich werden exemplarische Inhalte der Weiterbildung dargestellt.

In Kapitel 8 sind die handlungsleitenden Fragestellungen, die Begründung des Vorgehens und das Untersuchungsdesign aufgeführt. Im 9. Kapitel, das den Methodenteil darstellt, werden die Stichprobe, die Methoden und eingesetzten Instrumente sowie die Durchführung des Forschungsvorhabens erläutert einschließlich der Reflexion der wissenschaftlichen Gütekriterien. In Kapitel 10 werden die Ergebnisse der Evaluation des Weiterbildungsprogrammes referiert, gegliedert nach den unterschiedlichen Untersuchungsebenen. Kapitel 11 bietet eine Zusammenführung der Ergebnisse. Die Arbeit wird mit Kapitel 12 beendet, in dem sich eine Einordnung der Ergebnisse in den Stand der Forschung befindet, und das mit der Diskussion der Ergebnisse und Methoden schließt.

Es kommt unter dem Blickwinkel der Resilienzförderung darauf an, dass Kinder, schon bevor sie in widrige Umstände geraten, entsprechende Fähigkeiten und Potenziale – Bewältigungskompetenzen – aufbauen können.



## 2 Stand der Forschung

Wie in der Einleitung (Kap.1) dargelegt, soll die vorliegende Arbeit Möglichkeiten entwicklungsförderlicher Beziehungsgestaltung und Förderung der Resilienz anhand der Resilienzfaktoren im Feld der Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern unter drei Jahren ausloten. Nachfolgend wird der Stand der Forschung bezüglich der Konstrukte Resilienz, Interaktion, handlungsleitenden Orientierungen (Haltung) und Kompetenz dargelegt.

### 2.1 Die Entwicklung der Resilienzforschung

Die Erforschung von Resilienz („psychische Widerstandskraft“) ist auf die prägenden Erfahrungen des zweiten Weltkrieges und deren Nachwirkungen zurückzuführen (Masten 2016, S. 22). Einige der Pioniere der Resilienzforschung wie Garmezy, Werner und Rutter erlebten direkt die Entbehrungen und Nöte des zweiten Weltkrieges und forschten später als Wissenschaftler über Resilienz von Risikokindern. In der Psychologie wurde zuerst – analog zur pathogenetischen Sichtweise in der Medizin – zu Fragen geforscht, was Menschen seelisch erkranken lässt und warum, was getan werden könnte zur Vermeidung dieser Erkrankungen (Masten, 2016, S. 22). Analog dem in der Medizin stattfindenden Perspektivwechsel weg von der pathogenetischen Sichtweise hin zur salutogenetischen Sicht fand auch in der Psychologie ein Paradigmenwechsel von der Defizit- zur Ressourcenorientierung statt (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 13). Es wurde untersucht, warum sich manche Kinder auch unter schwierigsten Bedingungen trotz widriger Umstände positiv entwickeln. Systematisch erforscht wurde Resilienz ab Ende der 1970er Jahre ausgehend von Nordamerika und Großbritannien, ab Ende der 1980er Jahre auch in Deutschland (Lösel & Bender, 2008, S. 57).

Es können vier Wellen der Resilienzforschung unterschieden werden: in der ersten Welle (Masten, 2016, S. 23f) wurde eher deskriptiv-beschreibend versucht, Antworten auf die Frage zu finden, was Resilienz ist, wie sie gemessen werden könnte, was etwas bewirkt. In der zweiten Welle wurden die Prozesse der Resilienz fokussiert, es ging um die Frage nach dem „Wie“ der Resilienz, wie protektive Kräfte funktionieren, wie positive Entwicklung in Risikokontexten gefördert werden könnte. In der dritten Welle wurden die Erkenntnisse der vorangegangenen ersten und zweiten Forschungswelle hinterfragt und überprüft. Zusätzlich wurde untersucht, ob und wie Resilienz gefördert werden könnte. Derzeit befindet sich

die Resilienzforschung in der vierten Welle. Erweitert durch Perspektiven aus Neurowissenschaft, Genetik, Statistik und Neuroimaging wird multidisziplinär zu Resilienz geforscht, z.B. zu Fragen der Beeinflussung menschlicher Anpassungssysteme hinsichtlich der Stärkung von Resilienz, zur Förderung der Resilienz seitens der Gesellschaft und des Gemeinwesens, zur Gehirnentwicklung und möglichen Schutzmechanismen vor zu viel Stress (ebd.).

Die Resilienzforschung kann in vier Schwerpunkte eingeteilt werden, die zeitlich parallel laufen (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 9): Erforscht werden in einem ersten Schwerpunkt die empirischen Grundlagen von Resilienz, die Schutzfaktoren identifizieren und Definitionen formulieren. Ein weiterer Schwerpunkt widmet sich Wirkmechanismen und Prozessen in Bezug auf Resilienz. Ein dritter Schwerpunkt fokussiert auf Prävention in Form von Resilienzförderung und deren Wirksamkeit, ein weiterer Schwerpunkt befasst sich mit der Erforschung von Einflussfaktoren und versucht, diese in Mehrebenenmodellen zum Ausdruck zu bringen, die sowohl psychosoziale Merkmale berücksichtigen als auch Gen-Umwelt-Interaktionen sowie physiologische und neurobiologische Prozesse (Bengel & Lyssenko, 2013, S. 12).

## **2.2 Resilienz – Definition und Merkmale**

Resilienz ist ein Begriff, der in den verschiedensten Disziplinen benutzt wird – in Psychologie, Sozialer Arbeit, Neuro-, Sozial-, Ingenieurwissenschaften, Sozial-Ökologie, Ökonomie, Stadtentwicklung, Organisationsentwicklung, Katastrophenforschung, Militärwesen, IT-Sicherheit (Übersicht z.B. Wink 2016). Ursprünglich stammt der Begriff aus der Materialkunde, wo er für ein Material verwendet wird, das sich durch äußere Krafteinwirkung biegt ohne zu brechen, z.B. ein Gummiband, das nach einer Dehnung wieder in seine ursprüngliche Form zurückkehrt. Das Wort Resilienz kann auf das lateinische Wort *resilire* zurückgeführt werden, was „abprallen, zurückspringen“ bedeutet (Masten, 2016, S. 26; Rönnau-Böse, 2013, S. 18) oder auf das englische Wort „*resilience*“, was mit „Spannkraft, Widerstandskraft, Elastizität, Belastbarkeit, Ausdauer, Zähigkeit, Durchhaltevermögen“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 9; Schwab & Fingerle, 2013, S. 98; Wustmann, 2012, S. 18) übersetzt werden kann.

In den für die vorliegende Arbeit relevanten Bereichen (Entwicklungs-)Psychologie und Pädagogik existiert eine Vielzahl an Definitionen von Resilienz.

Wenn auch bisher keine einheitliche ausführliche Begriffsdefinition vorliegt (Lösel & Bender, 2008; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015; Schwab & Fingerle 2013), so wird doch im deutschsprachigen Raum häufig die Definition von Wustmann (2012) angeführt, wonach Resilienz verstanden werden kann als „eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (S. 18). Kindliche Resilienz zeigt sich „vornehmlich in der Fähigkeit, Angst und Frustrationen zu regulieren, sich auf relevante Situationsmerkmale zu konzentrieren und schließlich soziale und kognitive Bewältigungsstrategien ... bereitzustellen.“ (Ahnert, 2009, S. 77). Resilienz kann nicht direkt gemessen werden (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff 2015, S. 11; Werner 2008b, S. 311), sie muss auf der Grundlage eines „Zwei-Komponenten-Konstrukts von Risiko und positiver Anpassung“ (Werner, 2008b, S. 311) erschlossen werden. Es müssen somit folgende zwei Bedingungen vorliegen, damit von Resilienz gesprochen werden kann: „(1) eine signifikante Bedrohung für die kindliche Entwicklung und (2) eine erfolgreiche Bewältigung dieser belastenden Lebensumstände“ (Wustmann, 2012, S. 18). Masten (2016) formuliert diese zwei wichtigen Bedingungen als Fragen: „Hat ein Risiko vorgelegen? ... Kommt die betroffene Person zurecht?“ (S. 29). Hieran knüpft sich die Frage, was ein Risiko, also eine signifikante Bedrohung für die (kindliche) Entwicklung ist und was unter erfolgreicher Bewältigung verstanden werden kann. Masten (2016, S. 30) verweist auf die Komplexität sowie Strittigkeit dieser Kriterien innerhalb der Resilienzforschung. Den Aspekt der Bewältigung aufgreifend, verortet Wieland (2011) das Konstrukt der Resilienz auf theoretischer Ebene im Bewältigungsparadigma und verweist in diesem Zusammenhang sowohl auf die objektive als auch die subjektive Seite von Bewältigung und hieran anknüpfend auf die „Theorie der Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ (S. 188): Resilienz sei als „außergewöhnlich gute und stabile Kontrollüberzeugung“ (ebd., S. 191) aufzufassen. Einige Autoren und Autorinnen plädieren dafür, Resilienz eng gefasst zu verstehen, wonach Resilienz dann vorliegt, „wenn jemand eine extrem bedrohliche, d.h. hoch riskante Situation unerwartet gut bewältigt“ (Wieland, 2011, S. 185). Andere Autoren und Autorinnen führen Resilienz nicht nur bei der „Abwesenheit psychischer Störungen“ an, sondern auch beim „Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen“, womit die „erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben“ (Wustmann, 2012, S. 20) gemeint ist. Hierbei zeigt sich die Schwierigkeit, klare Entwicklungsnormen zu definieren, um diese Entwicklungsaufgaben zu operationalisieren (Lösel &

Bender, 2008, S. 61). Resilienz kann in diesem weiter gefassten Verständnis bezeichnet werden als „eine Kompetenz ..., die sich aus verschiedenen Einzelfähigkeiten zusammensetzt“ (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 15), sowie als eine „bedeutende Metakompetenz“ (Wieland, 2011, S. 191). Diese Einzelfähigkeiten sind nicht nur in Krisensituationen relevant, sondern auch bei der Bewältigung herausfordernder Alltagssituationen und Entwicklungsaufgaben (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 15). Es wird davon ausgegangen, dass die altersgemäße und angemessene Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und besonderen Herausforderungen eine entscheidende Rolle dabei spielt, wie künftige Aufgaben bewältigt werden können. Wurde eine Entwicklungsaufgabe oder eine besondere Herausforderung erfolgreich gemeistert, so bedeutet dies eine Weiterentwicklung und Stärkung der Persönlichkeit, die wiederum die wahrscheinliche positive Bewältigung künftiger Herausforderungen und (Entwicklungs-)Aufgaben nach sich zieht (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 36; Wustmann, 2012, S. 20). Hieraus lässt sich die Annahme ableiten, „dass Kompetenz Kompetenz erzeugt“ (Masten, 2016, S. 95). Kompetenz in der frühen Kindheit zieht Kompetenz in der späteren Kindheit nach sich, Kompetenz in Bezug auf Entwicklungsaufgaben (z.B. Fähigkeiten im angemessenen Umgang mit Gleichaltrigen) bringt Kompetenz in späteren Lebensphasen mit sich (z.B. Fähigkeiten zur angemessenen Gestaltung von Freundschaften und Beziehungen). Gemäß der Annahme dieser *Kompetenzkaskaden* (Masten, 2016, S. 271) zahlt es sich aus, auf einen Ausbau kindlicher Kompetenzen Wert zu legen. Fingerle (2011) führt den Begriff von Resilienz als „*Bewältigungskapital*“ (S. 213) ein und versteht darunter die Identifikation, Nutzung und Reflexion von Ressourcen zur Erreichung eigener Ziele sowie zur Bewältigung von Krisen. In der vorliegenden Arbeit wird dem weiter gefassten Verständnis von Resilienz gefolgt.

Die Resilienzforschung geht der Frage nach, „welcher personalen und sozialen Ressourcen es bedarf, um die psychische und physische Gesundheit erhalten und schützen, beziehungsweise Risikolagen bewältigen zu können“ (Schwab & Fingerle, 2013, S. 97), und betrachtet dabei folgende Erscheinungsformen:

- die positive, gesunde Entwicklung trotz andauerndem, hohem Risiko-Status, z.B. chronische Armut/ niedriger sozioökonomischer Status, elterliche Psychopathologie, sehr junge Elternschaft (auch sog. Multiproblem-Milieus),
- die beständige Kompetenz unter akuten Stressbedingungen, z.B. elterliche Trennung/ Scheidung, Wiederheirat eines Elternteils, Verlust eines Geschwisters (sogenannte nicht-normative kritische Lebensereignisse),

- die positive bzw. schnelle Erholung von traumatischen Erlebnissen wie Tod eines Elternteils, sexueller Missbrauch oder Kriegserlebnisse (Wustmann, 2012, S. 19)

Masten (2016) definiert Resilienz als das „Vermögen eines dynamischen Systems, sich erfolgreich an Störungen anzupassen, die seine Funktion, Lebensfähigkeit oder Entwicklung bedrohen“ (S.27) und verweist in dieser Definition auf die Dynamik der menschlichen Entwicklung, sich an bedrohliche Störungen anpassen zu können.

Erweitert um den Aspekt der sozialen Ressourcen sowie den entwicklungspsychologischen Aspekt, Krisen als Anlass für Entwicklung zu nutzen, ist die Definition von Welter-Enderlin (2012): „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (S. 13). Diese Definition wirkt zugleich einem falsch verstandenen Resilienz-begriff entgegen, der Resilienz nur auf Personenmerkmale zurückführt. Resilienz ist ohne das soziale Umfeld nicht zu entwickeln.

Da in der Resilienzforschung der Frage nachgegangen wird, was Menschen seelisch gesund erhält, weist das Resilienzkonzept Bezüge zum Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) auf. Das Kohärenzgefühl (eine Grundhaltung der Stimmigkeit des eigenen Lebens und des Vertrauens), das aus der Perspektive der Resilienzforschung den personalen Ressourcen zugeordnet werden kann (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 14), setzt sich aus drei wesentlichen Komponenten zusammen: a) Verstehbarkeit („sense of comprehensibility“: Situationen und Ereignisse können verstanden und kognitiv verarbeitet werden), b) Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit („sense of manageability“: schwierige Situationen können unter Rückgriff auf vorhandene Ressourcen gemeistert werden), c) Sinnhaftigkeit („sense of meaningfulness“: erlebte Situationen sind sinnhaft, sind emotional bedeutsam). Das Kohärenzgefühl beinhaltet, dass eine Person ein Gefühl des Vertrauens hat,

dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind ..., und dass zweitens die Ressourcen zur Verfügung stehen, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. ... Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen. (Antonovsky, 1993, S. 12, zit. nach Wustmann, 2012, S. 105)

Das Resilienzkonzept beinhaltet ebenfalls Bezüge zu den zehn „life skills“ der World Health Organization (WHO), die im Zuge der Förderung psychosozialer Lebenskompetenzen als Schutzfaktoren bei Kindern verstärkt bei der Entwicklung

von Interventions- und Präventionsprogrammen einbezogen werden sollten. Die „life skills“ umfassen “Decision making – Problem solving – Creative thinking – Critical thinking – Effective communication – Interpersonal relationship skills – Self-awareness – Empathy – Coping with emotions – Coping with stress” (WHO, 1994).

Resilienz kann somit verstanden werden als eine Anpassungsleistung angesichts widriger Umstände. Diese Anpassungsleistung wird im Allgemeinen in Studien zur Resilienz häufig „in Bezug auf Erfolg bei altersspezifisch vorrangigen Entwicklungsaufgaben“ (Masten, 2016, S. 33) definiert. Resilienz zeigt sich in Situationen, in denen sich ein Kind in einer krisenhaften oder bedrohlichen Situation befindet und trotz dieser Situation die altersangemessenen Entwicklungsaufgaben positiv bewältigt. Interpretiert wird Resilienz auf unterschiedliche Art und Weise: als „Bewältigungskapital“ (Fingerle, 2011), als „Fähigkeit“ (Welter-Enderlin, 2012), als „Kompetenz“ (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015). Grossmann & Grossmann (2008) schlagen den Begriff der „Anpassungsfähigkeit“ (S. 280) vor. Scheithauer, Niebank & Petermann (2000) hingegen unterscheiden den Kompetenz- vom Resilienzbezug (S. 84). Wurde Resilienz in den Anfängen der Forschung noch als stabiles Persönlichkeitsmerkmal im Sinne von Unverwundbarkeit verstanden (z.B. Werner & Smith 1982), so wurde diese Sichtweise abgelöst durch die Zuschreibung verschiedener Charakteristika, über die weitgehend Einigkeit herrscht (Fingerle 2011; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff 2015; Wustmann 2012):

- *Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess:*  
Resilienz ist nicht als Charaktereigenschaft und als angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern als Prozess zu verstehen. Resilienz ist ein Anpassungs- und Entwicklungsprozess, d.h. sie kann sich aus einem dynamischen Prozess zwischen Kind und Umwelt entwickeln, sie bedarf der wechselseitigen Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen, sie ist ein Beziehungskonstrukt.
- *Resilienz ist variabel:*  
Resilienz bleibt über die Lebensspanne eines Menschen nicht gleich, sie kann sich in Abhängigkeit der gemachten Erfahrungen und Erlebnisse verändern, sie ist keine stabile Größe (Opp & Fingerle 2008; Rutter, 2000; Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000). Es kann sein, dass ein Kind zu einem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens eine Krisensituation entwicklungsförderlich bewältigen kann, zu einem anderen Zeitpunkt weniger entwicklungsförderlich.

- *Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional:*

Resilienz ist nicht auf sämtliche Lebensbereiche eines Kindes übertragbar, sie ist bereichs- bzw. situationsspezifisch, d.h. Resilienz kann nicht von einem auf den anderen Lebensbereich übertragen werden (Luthar, 1993; Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000). Es kann z.B. ein Kind, dessen Eltern sich in Trennung befinden, im sozialen Bereich angepasst sein und im emotionalen Bereich große Schwierigkeiten haben.

Resilienz wird mit Bezug auf Kinder verstanden als „hochkomplexes Zusammenspiel aus Merkmalen des Kindes und seiner Lebensumwelt“ (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009, S. 20), bestehend aus dem direkten Lebensumfeld und der weiteren soziokulturellen Umwelt des Kindes. Ungar verweist auf die Bedeutung kultureller und kontextueller Aspekte (Ungar, 2011) unter denen Resilienz betrachtet werden müsse. Nachfolgend werden ausgewählte Studien zu Resilienz vorgestellt.

### **2.3 Ausgewählte Studien zu Resilienz**

Es existieren verschiedenste Längsschnittstudien zu Resilienz, die im Folgenden aufgeführt werden (zit. nach Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015; Ittel & Scheithauer, 2008, Werner 2008a; Tabelle 1). Längsschnittstudien haben gegenüber Querschnittstudien den Vorteil, dass der Entwicklungsverlauf über einen langen Zeitraum verfolgt werden kann. Angesichts des in der vorliegenden Arbeit behandelten Themas, das die Zielgruppe der Kinder unter drei Jahren fokussiert, werden hier nur diejenigen Studien angeführt, die Kinder bis maximal drei Jahre mitberücksichtigten. Lag das Alter der Kinder zu Studienbeginn höher als drei bis vier Jahre, so wird die Studie hier nicht genannt. Deshalb findet sich in der Übersicht beispielsweise die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie nicht, die eine der großen Längsschnittstudien in Deutschland ist. Das Alter lag dort zu Studienbeginn bei 14 bis 17 Jahren. Für einen vollständigen Überblick siehe z.B. Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009.

**Tabelle 1: Übersicht über ausgewählte Studien zu Resilienz**

<i>Studie</i>	<i>Kurzbeschreibung</i>
Kauai- Längsschnittstudie (USA; Werner 1994; Werner & Smith 2001)	Beginn während der Schwangerschaft, weitere Daten bei Geburt des Kindes, wenige Tage nach der Geburt, im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren nach Geburt. Untersucht wurde der Einfluss einer Vielzahl biologischer und psychosozialer Risikofaktoren, kritischer Lebensereignisse und Schutzfaktoren auf die Entwicklung aller 1955 auf der Insel Kauai (Hawaii) geborener Kinder (N = 698).
Minnesota Eltern-Kind-Projekt (USA; Yates et al. 2003)	Beginn während des letzten Trimesters der Schwangerschaft, mit 7 Tagen, 10 Tagen, 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30, 42, 48 Monaten, in der 1., 2., 6. Klasse und im Alter von 25 Jahren. Beginnend im Jahr 1975 wurden N = 190 einkommensschwache Frauen und ihre Kinder untersucht.
Rochester-Längsschnittstudie (USA; Sameroff et al. 2003)	Untersuchung von der Geburt bis zur 12. Klasse. Beginnend im Jahr 1980 wurden N = 180 Frauen mit einer Geschichte psychischer Erkrankungen sowie eine nicht belastete Kontrollgruppe untersucht.
Eine Studie zur Erziehung und Entwicklung von Kindern in Familien ohne und Familien mit affektiven Störungen (USA; Radke-Yarrow & Brown 1993)	Beginnend im Jahr 1980 wurden N = 80 Familien mit je 2 Kindern untersucht, in denen die Eltern an affektiven Störungen erkrankt waren. Das jüngere Kind war zu Studienbeginn je zwischen 15 und 36 Monaten, das ältere zwischen 5 und 8 Jahre alt. Es gab eine Kontrollgruppe von N = 50 nicht belasteten Familien. Die Kinder wurden über einen Zeitraum von 10 Jahren in ihrer Entwicklung beobachtet.
Eine Studie zu den Folgen von Kindesmissbrauch (USA; Herrenkohl, Herrenkohl & Egolf, 1994)	Beginnend im Jahr 1975 wurden N = 353 Kinder untersucht, deren Familien von Missbrauchszentren betreut wurden. Zu Beginn der Studie waren die Kinder 1 bis 6 Jahre alt. Untersucht wurden die Kinder bis in die späte Adoleszenz (Follow-up).
Die nationale Studie zur Kinderentwicklung (NCDS; Großbritannien; Power & Elliott 2005; Schoon 2006)	Es wurden N = 17 416 Personen untersucht, die in Großbritannien zwischen dem 03. und 09.03. 1958 geboren wurden. Es wurden Daten zur physischen, psychosozialen und schulischen Entwicklung bei der Geburt, im Alter von 7, 11, 16 und 33 Jahren erhoben.
Die British Cohort Study (BCS 70; Schoon 2006)	Erfasst wurden N = 14 229 Kinder, die zwischen dem 05. und 11.04. 1970 geboren wurden. Follow-up-Daten wurden im Alter von 5, 10, 16 und 26 Jahren erhoben.
Die Dunedin-Multidisziplinäre-Gesundheits- und Entwicklungsstudie (Neuseeland; Caspi et al. 2003; Silva & Stanton 1996)	Es wurden N = 1 037 Kinder untersucht, die zwischen dem 01.04.1972 und dem 31.03.1973 in Dunedin (Neuseeland) geboren wurden. Daten zur Gesundheit der Kinder wurden über den gesamten Entwicklungsverlauf im Alter von 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 und 26 Jahren erhoben. Beim letzten Follow-up betrug N = 837.
Die Christchurch- Gesundheits- und Entwicklungsstudie (Neuseeland; Fergusson & Horwood 2001)	Es wurde eine Kohorte von N = 1 265 Kindern in ihrem Entwicklungsverlauf untersucht, die 1977 in der Region um Christchurch zur Welt kamen. Untersucht wurden soziale Umstände, Gesundheit, Entwicklung und Wohlbefinden. Follow-up-Erhebungen fanden im Alter von 4 Monaten, 1 Jahr, in jährlichen Intervallen bis zum Alter von 16 Jahren sowie im Alter von 18 und 21 Jahren statt. Beim letzten Follow-up betrug N = 991.

<i>Studie</i>	<i>Kurzbeschreibung</i>
Die „Mater-Universität von Queensland“-Studie zur Schwangerschaft (Australien; Lawlor et al. 2006; O'Callaghan et al. 2006)	Beginnend im Jahr 1981 wurden N = 8 556 schwangere Frauen und deren Kinder untersucht. Es wurden Daten zu psychosozialen Determinanten von Gesundheit und zum allgemeinen Wohlbefinden der Kinder im Alter von 3-5 Tage nach der Geburt, 6 Monaten, 5, 14-15, 21 Jahren erhoben. Bei der Erhebung im Alter von 14-15 Jahren N = 5 262 Kinder.
Mannheimer Risikokinderstudie (Deutschland; Laucht et al. 1998)	Untersucht wurden N=362 Kinder, die zwischen dem 01.02.1986 und dem 28.02.1988 im Raum Mannheim und Ludwigshafen zur Welt kamen hinsichtlich ihrer Entwicklungschancen und -risiken. Weitere Datenerhebungen erfolgten im Alter von 3 Monaten sowie 2, 4, 5, 8 und 11 Jahren.

(Quelle: adaptiert nach Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009, S. 29ff; mit freundlicher Genehmigung von © BZgA 2009. Adaptiert nach Werner, 2005; mit freundlicher Genehmigung von © Hogrefe Verlag GmbH 2005. All Rights Reserved)

Im Folgenden werden zwei Studien näher beschrieben: a) die Kauai-Studie, da sie als die Pionierstudie zu Resilienz gilt, b) die Mannheimer Risikokinderstudie, da sie eine der beiden großen Längsschnittstudien aus Deutschland ist.

- a) In der Kauai-Studie (Werner & Smith, 1982) wurde eine Kohorte von N=698 asiatischen und polynesischen Kindern erfasst, die im Jahr 1955 auf der Insel Kauai geboren wurden. Es wurde der Einfluss biologischer und psychosozialer Entwicklungsrisiken, kritischer Lebensereignisse und Schutzfaktoren auf die Kinder erforscht. Erhoben wurden Daten im Geburtsalter, im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren. Bei ca. 30% der Kinder zeigte sich ein hohes Entwicklungsrisiko, da diese Kinder chronischer Armut, geburtsbedingten Komplikationen, Familien mit elterlicher Psychopathologie und dauerhafter familiärer Disharmonie ausgesetzt waren. Ein Drittel dieser Kinder entwickelte schwere Lern- oder Verhaltensprobleme während der Schulzeit, hatte psychische Probleme oder wurde straffällig (Werner, 2008a, S. 21). Ein weiteres Drittel dieser Kinder entwickelte sich jedoch trotz der hohen Entwicklungsrisiken gut, zeigte keine Verhaltensauffälligkeiten, war als Erwachsene fürsorglich, zuversichtlich und leistungsfähig, lebte in stabilen Beziehungen und verhielt sich gesetzeskonform. Die Forscher schrieben diesen Umstand einer Vielzahl schützender Faktoren zu. Schon im Kleinkindalter wurden diese Kinder positiv beschrieben, waren sozial umgänglich, ließen sich leicht beruhigen, waren aktiv, ausgeglichen und lösten bei ihrer Umwelt positive Reaktionen aus. Im Vorschulalter waren sie unabhängig und konn-

ten zugleich Hilfe einfordern, wenn dies nötig war. Im Grundschulalter zeigten sie positive Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten, hatten Hobbys, denen sie aktiv nachgingen, zeigten Interesse, nutzten flexible Bewältigungsstrategien und schätzten kritische Lebensereignisse realistisch ein. Sie waren überzeugt, Einfluss auf ihr Schicksal ausüben zu können und besaßen die Fähigkeit, zu überlegen und zu planen. Sie zeigten Vertrauen in sich selbst und ihre Fähigkeiten. In der Familie dieser Kinder gab es mindestens eine stabile und kompetente Person, zu der sie eine enge Bindung aufbauen konnten und die auf die Bedürfnisse der Kinder einging (Werner, 2008a, S. 22f).

- b) Die Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht, Esser & Schmidt, 1998) untersuchte, wie sich Kinder entwickeln, die durch unterschiedliche Risikobelastungen in ihrer Entwicklung gefährdet sind und ob es protektive Faktoren gibt, die kompensatorisch wirken könnten (nach Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011). Des Weiteren sollten Vorschläge zur Verbesserung der Prävention von Entwicklungsschwierigkeiten bei Risikokindern erarbeitet werden. Untersucht wurden  $N = 362$  Kinder, die zwischen 1986 und 1988 geboren wurden, im Alter von 3 Monaten sowie 2, 4, 5, 8, 11 Jahren. Neben zum Zeitpunkt der Geburt bestehenden organischen Belastungen wurden auch psychosoziale Belastungen erfasst, außerdem potenziell förderliche Entwicklungsbedingungen, die z.B. bei den drei Monate alten Kindern über die frühe Mutter-Kind-Beziehung und die familiäre Umwelt des Kindes erfasst wurde. Es konnte keine Bestätigung für die Annahme gefunden werden, dass Schutzfaktoren als Moderatoren unter risikoreichen Bedingungen ihre Wirksamkeit entfalten. Jedoch ließen sich

Schutzeffekte der frühen Mutter-Kind-Interaktion feststellen. Der entwicklungshemmende Einfluss starker psychosozialer Risiken auf die sozial-emotionale Entwicklung im Alter von 4 1/2 Jahren konnte durch ein positives mütterliches Interaktionsverhalten weitestgehend kompensiert werden, wohingegen ein entsprechendes Mutterverhalten für gering belastete Kinder keine prädispositive Bedeutung hatte. Ein ähnlicher Befund ergab sich im Bereich der organischen Risikobelastungen: Frühgeborene Kinder profitieren im besonderen Maße von einem einfühlsamen Umgang der Mutter mit dem Säugling. (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009, S. 37)

Hieraus wird ersichtlich, dass sich in der Mannheimer Risikokinderstudie Schutzfaktoren zeigten, die unter erhöhten Risikobedingungen eine kompensatorische Wirkung entfalteten.

Masten (2016) nennt Resilienz das „ganz normale Wunder“ und betont damit die weite Verbreitung von Resilienz, die aus

adaptiven Systemen hervorgeht, wie sie für die Kindesentwicklung gang und gäbe sind. Diese Systeme beinhalten ein gesundes und gut funktionierendes Gehirn, enge Beziehungen zu kompetenten und fürsorglichen Erwachsenen, eine engagierte Familie, effektive Schulen und Gemeinden, Erfolgchancen und ein von positiven Interaktionen mit der Umwelt genährtes Selbstvertrauen. (S.25)

Kinder werden während ihres Aufwachsens mit verschiedensten Risiken konfrontiert, die ihre gesunde Entwicklung gefährden können. Den Risikofaktoren stehen Bedingungen entgegen, die eine gesunde Entwicklung fördern, eine positive Anpassung begünstigen und als Schutzfaktoren wirken. Diese zwei zentralen Konzepte des Resilienzkonzepts, das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept, werden im Folgenden näher beleuchtet.

## 2.4 Risikofaktoren

Resilienz kann nicht direkt gemessen (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff 2015, S. 11; Werner 2008, S. 311), es kann nur indirekt auf ihr Vorhandensein geschlossen werden. Damit Resilienz vorliegt, muss ein konkretes Risiko für die Entwicklung vorhanden sein – wie Masten formuliert „Hat ein Risiko vorgelegen?“ (Masten, 2016, S. 29) – und es muss eine positive Bewältigung stattgefunden haben. Die Entwicklungspsychopathologie befasst sich mit der Frage, was Entwicklungsrisiken bei Kindern sein könnten. Risikofaktoren sind Faktoren, die die gesunde Entwicklung eines Kindes hemmen können, indem sie die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Störungen erhöhen und potentiell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung eines Kindes mit sich bringen können (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Holtmann & Schmidt, 2004). Nicht jeder Risikofaktor verursacht zwingend eine Störung der kindlichen Entwicklung, es besteht lediglich eine höhere Möglichkeit für das Auftreten einer solchen Störung. Es ist von besonderem Interesse, die Wirkmechanismen der Risikofaktoren in ihrer Wechselwirkung zu erfassen und zu verstehen. So wird in der Risikofaktorenforschung hinsichtlich risikoe erhöhender Faktoren u.a. besonders deren Kombination und Abfolge, Interaktion und Kumulation erforscht. Aus diesen Erkenntnissen sollen entwicklungsorientierte Interventionen abgeleitet werden (Scheithauer, Niebank & Petermann, 2000, S. 88). Risikofaktoren werden in zwei verschiedenen Merkmalsgruppen betrachtet: biologische oder psychologische Merkmale, die in der Person des Kindes liegen (*kindbezogene Faktoren/Vulnerabilitätsfaktoren*) und Bedingungen, die außerhalb der Person des Kindes im psychosozialen Umfeld zu finden sind (*Risiko-*