



***Gemeinsam vorsorgen
von Anfang an***

*Tagungsband zur Fachtagung
„Frühkindliche Prävention“
am 23.09.2015 in Berlin*

Inhaltsverzeichnis

Grußworte aus den Ministerien	
• Grußwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Dr. Maria Flachsbarth (BMEL)	4
• Grußwort der Ministerialdirigentin Maria Becker (BMG)	5
Kurzbericht zur Fachtagung „Frühkindliche Prävention“	6
Wissenschaftlicher Hintergrund	
• Prägung des Feten – Bedeutung für Übergewicht und primäre Prävention	8
• Prävention durch perinatale Programmierung	10
• Gesundheitsökonomische Bedeutung perinataler Übergewichtsprävention	12
Die IN FORM-Projekte stellen sich vor	
• „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“	14
• „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“	15
Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen	16
Expertenrunde zum „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“	18
Das Präventionsgesetz – Rückenwind für frühkindliche Prävention!	22
Service	
• Bündnis Frühkindliche Prävention – die Gründungspartner im Profil	24
• Themenverwandte Projekte	26
• Weiterführende Literatur	28
• Informations- und Serviceportale	29
Impressum	30

Grußworte aus den Ministerien

Sehr geehrte Damen und Herren,



Parlamentarische Staatssekretärin Dr. Maria Flachsbarth



im Rahmen der Fachtagung „Frühkindliche Prävention“ haben sich Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft, der Berufsverbände der Frauenärzte und Kinder- und Jugendärzte, der Krankenkassen und der Gesundheitsvorsorge zusammengefunden, um sich für dieses wichtige Thema einzusetzen. Im Bereich der gesunden Ernährung ist dieses Thema meinem Haus, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), bereits seit vielen

Jahren ein großes Anliegen. Hier liegt unser besonderes Augenmerk auf dem gesunden Aufwachsen von Babys und Kleinkindern in dem dafür so wesentlichen Zeitfenster vom Beginn der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr. Denn in dieser Zeit, so wissen wir, werden die entscheidenden Weichen für ein gesundes Leben gestellt.

Das BMEL engagiert sich über den nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für Ernährung und mehr Bewegung“ im Bereich der gesunden Ernährung und fördert diese über vielfältige Projekte wie die IN FORM-Projekte „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“, angesiedelt bei der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb) und „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, verortet beim aid infodienst. Mit dem „Netzwerk Junge Familie“ ist uns die Verständigung zwischen den Berufsgruppen der Frauenärzte, Hebammen sowie der Kinder- und Jugendärzte auf wissenschaftlich fundierte, gemeinsame und einheitliche Ernährungsempfehlungen von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter gelungen. Der Erfolgsfaktor des Projekts „9+12“ lag in der Nutzung bereits bestehender Strukturen, nämlich der Vorsorgeuntersuchungen im Gesundheitswesen. Mit diesem innovativen und niederschweligen Ansatz

ist es gelungen, auch schwer erreichbare Gruppen anzusprechen und zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren.

Logische Konsequenz aus den Erkenntnissen beider Projekte ist es daher, präventive Beratungen zu Ernährung und Bewegung an die Vorsorgeuntersuchungen anzudocken, die laut aktuellen Zahlen des Robert Koch-Instituts von nahezu 100 Prozent der Eltern mindestens einmal pro Jahr genutzt werden. Um dieses Vorhaben voranzubringen war die Gründung des „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ im Rahmen von IN FORM ein folgerichtiger und wichtiger Schritt. Besonders freue ich mich darüber, dass zu den Gründungsmitgliedern neben den beiden IN FORM-Projekten auch der Berufsverband der Frauenärzte sowie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte gehören.

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft setzt sich im Sinne der Übergewichtsprävention für einen intensiven und breiten gesellschaftlichen Diskurs zu diesem Thema ein. Unser großes Anliegen ist es, das Bewusstsein für die Bedeutung der frühkindlichen Prävention zu steigern und um breite gesellschaftliche Unterstützung zu werben. Daher ist es uns besonders wichtig, alle in diesem Tätigkeitsbereich relevanten Akteure zusammenzubringen und weitere Unterstützer für das „Bündnis Frühkindliche Prävention“ zu gewinnen. Nicht zuletzt bin ich davon überzeugt, dass die Ausgestaltung und Umsetzung des Präventionsgesetzes viele gute Chancen für die Anliegen der frühkindlichen Prävention und „Rückenwind“ für die Ziele des Bündnisses bietet.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre mit dem vorliegenden Tagungsband!

Ihre Dr. Maria Flachsbarth MdB

Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft

Liebe Leserinnen und Leser,



Ministerialdirigentin
Maria Becker



den Lebensstils für Kinder noch weiter vorankommen müssen. So sind 15 % der Kinder und Jugendlichen von 3 – 17 Jahren übergewichtig.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird daher in den nächsten Jahren, aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen, z. B. bei IN FORM und ergänzend zu den mit dem Präventionsgesetz getroffenen Maßnahmen, das Thema „Prävention von Kinderübergewicht“ noch stärker in den Blick nehmen. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist hier bereits seit langem aktiv, indem sie Eltern gute und zuverlässige Informationen an die Hand gibt. Denn nach Ansicht aller Experten muss mit Prävention und Gesundheitsförderung möglichst früh, also im Kleinkindalter begonnen werden. Denn hier werden die Weichen gestellt und Verhaltensweisen erlernt und gefestigt, die oftmals ein Leben lang beibehalten werden.

An diesem Punkt setzt auch das Projekt „9+12“ an. Schwangerschaft und das erste Lebensjahr sind entscheidend für die richtige Weichenstellung. Ein gesunder Lebensstil ist nicht nur für die Mutter wichtig, sondern verhilft auch dem Kind zu einem optimalen Start ins Leben. Zudem eignet sich dieser Zeitraum ganz besonders gut, um Präventionsthemen wie Bewegung

die Gesundheit von Kindern – und darin werden wir alle übereinstimmen – ist ein hohes gesellschaftliches Gut, das es zu bewahren gilt. Wir müssen allen Kindern ein gesundes Aufwachsen ermöglichen, denn Kinder sind die Zukunft unserer Gesellschaft.

Erfreulich ist zunächst einmal, dass die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen sehr gut ist. Es gibt aber auch alarmierende Zahlen, die aufzeigen, dass wir im Bereich der Vermittlung eines gesunden

und gesunde Ernährung zu platzieren. Denn durch das enge Netz an gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und im 1. Lebensjahr werden viele Mütter bzw. Eltern erreicht. Zudem sind Arzt und Hebamme wichtige Vertrauenspersonen und die werdenden Eltern sind besonders motiviert, ein gesundheitsförderndes Verhalten zu entwickeln. Daher hat das Bundesministerium für Gesundheit auch sehr gerne auf Ministerebene die gemeinsame Schirmherrschaft mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft übernommen.

Mit dem „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ sollen nun diese Ergebnisse verbreitet und nachhaltig gesichert werden. Das Ziel, die Kooperation mit relevanten Verantwortungsträgern zu suchen, begrüße ich sehr. Insbesondere eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen sollte aussichtsreich sein: Der aktuelle „GKV-Leitfaden Prävention“ benennt erstmals auch „werdende junge Familien und Alleinerziehende“ als besondere Zielgruppen für präventive Maßnahmen in der Lebenswelt Kommune.

Der Staat kann jedoch nur die Rahmenbedingungen verbessern. Das im Juli in Kraft getretene Präventionsgesetz enthält bereits verschiedene Maßnahmen, um das Gesundheitsförderungspotenzial gerade in den ersten Lebensjahren zu stärken und auch mit IN FORM ist bereits an vielen Stellen etwas getan worden. Damit Prävention und Gesundheitsförderung aber bei den Menschen ankommen, brauchen wir die Unterstützung von möglichst vielen wichtigen Akteuren. Nur gemeinsam werden wir die Themen der frühkindlichen Prävention und Gesundheitsförderung weiter voranbringen.

Ihre Maria Becker

Leiterin der Unterabteilung „Prävention“ im Bundesministerium für Gesundheit

Rückenwind für präventive Beratungen zu Ernährung und Bewegung in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr

Fachtagung „Frühkindliche Prävention“ am 23.09.2015 in Berlin

Mit knapp 180 Teilnehmern zeigte sich die Fachtagung „Frühkindliche Prävention“ als äußerst gelungene Veranstaltung, die das „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ als Auftakt nutzte, um sich der Fachöffentlichkeit vorzustellen. Das Bündnis ist im Sommer 2015 von den IN FORM-Projekten „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ und „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, dem Berufsverband der Frauenärzte und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte gegründet worden. Ziel ist es, das Bewusstsein für die Bedeutung der frühkindlichen Prävention zu den Themen Ernährung und Bewegung zu steigern und relevante Vertreter des Gesundheitswesens für die Nutzung dieses wichtigen Präventionspotenzials zu gewinnen.

Auf der gemeinsamen Fachtagung in Berlin diskutierten die Gründungspartner des „Bündnis Frühkindliche Prävention“ mit weiteren Vertretern aus Politik, Gesundheitswesen und Wissenschaft, auf welchen Wegen die gesetzlich verankerten Vorsorgeuntersuchungen in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr um präventive Beratungen erweitert werden können. Unterstützung bekam das Bündnis durch die **Parlamentarische Staatssekretärin Dr. Maria Flachsbarth** aus dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, die in ihrem Grußwort die Arbeit der beiden IN FORM-Projekte würdigte: „Wir haben mit

unseren Projekten wertvolle Handlungsempfehlungen für Eltern erarbeitet und wichtige Erkenntnisse für die Praxis gesammelt“. Logische Konsequenz aus den Erkenntnissen beider Projekte sei es deshalb, präventive Beratungen zu gesunder Ernährung und Bewegung an die Vorsorgeuntersuchungen anzudocken. Der Ansatz des Bündnisses, die Kooperation zu den relevanten Verantwortungsträgern aus dem Gesundheitswesen zu suchen, wurde auch von **Ministerialdirigentin Maria Becker** aus dem Bundesgesundheitsministerium in ihrem Grußwort besonders hervorgehoben.

Neben **Prof. Joachim Dudenhausen** (Stiftung für das behinderte Kind, vormals Charité Universitätsmedizin Berlin), der in seinem wissenschaftlichen Vortrag das Zeitfenster der Schwangerschaft fokussierte und die immense Bedeutung von primärpräventiven Maßnahmen und deren langfristigen Erfolge betonte, zeigte auch **Prof. Berthold Koletzko** (Ludwig-Maximilians-Universität München) den Bedarf frühzeitiger Information junger Eltern auf. Die postnatale Ernährung sei wichtiger als die in jedem anderen Lebensalter, denn die frühe Ernährung programmiere die langfristige Gesundheit und Leistungsfähigkeit, erläuterte Koletzko und verwies auf die einheitlichen Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben, die jungen Familien alltagsnahe und fundierte Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil vermitteln.

Beim gesundheitspolitischen Fachgespräch am Abend stand das Präventionsgesetz und seine Chancen für die frühkindliche Prävention im Vordergrund.





Am Nachmittag wurde der wissenschaftliche Hintergrund zur frühkindlichen Prävention in mehreren Vorträgen vorgestellt. In der anschließenden Diskussionsrunde kam auch das Publikum zu Wort.

Nach einer kurzen Vorstellung der Projektinhalte von „9+12“ und „Netzwerk Gesund ins Leben“ stellte **Dr. Diana Sonntag** von der Universität Heidelberg die Bedeutung perinataler Übergewichtsprävention aus gesundheitsökonomischer Sicht vor und kritisierte, dass es bislang kaum ökonomische Bewertungen perinataler Programme gäbe.

Im Rahmen einer Expertendiskussion mit den Gründungsmitgliedern des „Bündnis Frühkindliche Prävention“ **Dr. Christian Albring** (Präsident des Berufsverbands der Frauenärzte) und **Dr. Wolfram Hartmann** (Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte BVKJ) sowie **Prof. Hans Hauner** vom Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin der TU München und **Dr. Regina Klakow-Franck** vom Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA stand die Frage der Weiterentwicklung der Vorsorgeuntersuchungen in Richtung primärpräventiver Angebote im Mittelpunkt. Dabei wurden vor allem die Chancen, aber auch die Stolpersteine thematisiert, die das vor wenigen Wochen in Kraft getretene Präventionsgesetz bietet. Einig waren sich alle Beteiligten, dass noch deutlicher Bedarf an wissenschaftlichen Studien zum Thema besteht. Klakow-Franck verwies aber auf die Möglichkeit von Erprobungsstudien durch den G-BA bevor ein

verpflichtendes Beratungsangebot eingeführt würde, sollte die Evidenz bereits vorgelegter Studien noch nicht ausreichen.

Um den Dialog mit der Politik aufzunehmen, fand im Anschluss an die Fachtagung ein gesundheitspolitisches Fachgespräch zum Thema „Gesund von Anfang an – Prävention beginnt im Mutterleib“ statt. An dem Fachgespräch nahmen neben **Prof. Berthold Koletzko** und **Dr. Regina Klakow-Franck** die Bundestagsabgeordneten **Rudolf Henke MdB** (CDU/CSU), **Kordula Schulz-Asche MdB** (Bündnis 90/Die Grünen) und **Jörn Wunderlich MdB** (Die Linke) teil, die SPD war durch **Dr. Thomas Spies**, Bundesvorsitzender der AG der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, vertreten.

In seinem Ausblick betonte Dr. Wolfram Hartmann, dass die durchgehend positive Resonanz auf die Veranstaltung noch einmal die hohe Relevanz des Themas frühkindliche Prävention bestätigt habe und forderte auf, das Bündnis als ein gemeinsames Vorhaben zu unterstützen. „Das Thema Prävention ist in der Gesellschaft und der Politik endlich angekommen – nun gilt es, sich gemeinsam für die Umsetzung einzusetzen!“

Gegen Ende der Veranstaltung bot sich den Teilnehmern noch ausgiebig Zeit zum Netzwerken.



Prägung des Feten – Bedeutung für Übergewicht und primäre Prävention

Joachim W. Dudenhausen, Andreas Plagemann

Übergewicht vor und in der Schwangerschaft gefährdet Mutter und Kind. Etwa ein Drittel der Frauen im geburtsfähigen Alter in Deutschland sind übergewichtig oder fettleibig. Wiederum nur etwa ein Drittel halten sich während der Schwangerschaft an empfohlene Richtwerte zur Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (Institute of Medicine). Die Übergewichtigkeit vor und in der Schwangerschaft führt zu einer höheren Häufigkeit übergewichtiger Neugeborener, einer erhöhten Zahl an vaginal-operativen und abdominal-operativen Entbindungen, häufigeren Schulterdystokien mit möglichen Folgen und häufiger Verlegung des Neugeborenen in die Neugeborenenabteilung nach der Geburt.

Langfristige Prägung im Mutterleib

Darüber hinaus hat aber die Übergewichtigkeit vor und in der Schwangerschaft auch dauerhafte Konsequenzen für das Kind. Es ist nach dem großen Fortschritt in der Forschung mit der Entschlüsselung des menschlichen Genoms sehr schnell klar geworden, dass für die Entwicklung des Menschen nicht nur die genetischen Anlagen, sondern auch die Interaktionen zwischen Genen und Umweltfaktoren von größter Wichtigkeit sind. Nachdem schon Günter Dörner und später David Barker den Einfluss von Umweltfaktoren während der Schwangerschaft auf die Entwicklung des Feten beschrieben hatten, entwickelte sich in den letzten Jahren das Konzept der Modifikation der Genexpression durch Umweltfaktoren (Epigenetik). Konkret wirkt der Umweltfaktor Übergewicht der Mutter über den Stoffwechsel der Mutter auf die fetale Entwicklung (Prägung des Feten, fetale Programmierung). Diese Beeinflussung in der sehr frühen Entwicklungsphase des Menschen hat nachhaltige dauerhafte Konsequenzen für den Menschen und sein lebenslanges Erkrankungsrisiko. Zur erbten genetischen Disposition kommen erworbene Krankheitsveranlagungen hinzu, wobei der Organismus auf veränderte „Sollwerte“ programmiert wird. Programmierungen des Feten können das Körpergewicht, den Stoffwechsel, den Kohlenhydratstoffwechsel, die

Herz-Kreislauffunktion, die Stressverarbeitung, die Autoimmunreaktion, die allergischen Reaktionen und vieles andere mehr beeinflussen. Im Zusammenhang mit der Fachtagung „Frühkindliche Prävention“ ist nun insbesondere der Einfluss des mütterlichen Übergewichts auf die Entwicklung des Kindes, seines Körpergewichts und seines Stoffwechsels zu betrachten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass das durchschnittliche Geburtsgewicht der Neugeborenen in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat. Beispielsweise hat zwischen 1975 und 2003 das durchschnittliche Geburtsgewicht in Amerika um 116 g zugenommen. Ähnliche Zahlen gibt es auch aus Europa, wobei vor allem der deutliche Anstieg übergewichtiger Neugeborener (Makrosomie über 4000 g Geburtsgewicht) alarmierend ist. Studien belegen darüber hinaus zum Beispiel, dass Kinder aus einer Schwangerschaft mit Gestationsdiabetes einen signifikant höheren Body-Mass-Index (BMI) im Alter von 16 Jahren haben als Kinder aus Schwangerschaften ohne einen Gestationsdiabetes. Auf die Konditionierung des Organismus des Feten und Neugeborenen in diesen frühen Entwicklungsphasen durch umweltbedingte hormonelle und nutritive Einflüsse wurde in experimentellen und klinischen Untersuchungen bereits vielfach hingewiesen.

Maßnahmen der Primärprävention sind gefordert

Die zunehmende Übergewichtigkeit der Bevölkerung mit all ihren Folgeproblemen, insbesondere der Übergewichtigkeit von Schwangeren und ihrem Einfluss auf das Kind in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren, rufen den dringenden Bedarf primärer Präventionsmaßnahmen auf. Neben dem generellen Screening auf Gestationsdiabetes in der Schwangerschaft sollten Frauen über die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung und einer regelmäßigen und ausreichenden körperlichen Aktivität aufgeklärt werden. Darüber hinaus sollten übergewichtige Frauen im gebärfähigen Alter durch Aufklärung und Anleitung zu den Themen Ernährung und Bewegung zu einer Senkung des BMI vor der Schwangerschaft

bzw. zu einer moderaten Gewichtszunahme in der Schwangerschaft in ausgewogener Weise veranlasst werden. Die Fülle epidemiologischer, klinischer und experimenteller Studien über den Zusammenhang von prä- und neonataler Überernährung, das nutritive und metabolische Milieu des Feten und Neugeborenen und später erhöhtem Risiko für Übergewicht, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen müssen durch diese primären Präventionsmaßnahmen beantwortet werden.

Die amerikanische Endokrinologin Thea Colborn stellte 1996 fest: „Die Gene sind die Klaviatur des Lebens, aber die Umweltfaktoren während des intrauterinen Lebens komponieren die Melodie“.

Die Stiftung für das behinderte Kind – Förderung von Vorsorge und Früherkennung will mit einem Projekt gegen das Übergewicht vor und in der Schwangerschaft die betroffenen Frauen, die Mitglieder der Gesundheitsberufe, die Medien und die Politik ansprechen. Die Stiftung sieht die Notwendigkeit, in der Öffentlichkeit die primäre Prävention mit dieser Kommunikationskampagne zu fordern und zu fördern.

Mit Ernährungsberatung und Fitnesskursen, mit einem Körpergewichts- und Nahrungsaufnahmekalender für eine Smartphone-App und individuelle Beratung soll dem Adipositasrisiko und der Fehlprägung des Ungeborenen entgegengewirkt werden.

Weiterführende Literatur

Plagemann A, Dudenhausen JW: Adipositas als Risiko in der Perinatalmedizin. Springer, München 2010.

Plagemann A: Perinatal programming – the state of the art. De Gruyter, Berlin-Boston 2011.

Dudenhausen JW, Grünebaum A, Kirschner W: Pre-pregnancy body weight and gestational weight gain-recommendations and reality in the USA and in Germany. Amer J Obstet Gynecol 2015: 213(4):591-2.

Kontakt

Prof. Dr. med. Joachim W. Dudenhausen
E-Mail: Joachim.Dudenhausen@charite.de



Prävention durch perinatale Programmierung

Bericht zum Vortrag von Berthold Koletzko

Prof. Dr. med. Berthold Koletzko vom Dr. von Hauner'schen Kinderspital (Ludwig-Maximilians-Universität München) und Koordinator des globalen Forschungskonsortiums Early Nutrition (siehe S. 27) ging in seinem Vortrag zur perinatalen Programmierung auf das Thema der frühen bzw. postnatalen Ernährung und ihre Bedeutung für Körperfunktionen, die langfristige Gesundheit und Leistungsfähigkeit eines Kindes ein.

Die Programmierung eines Organismus innerhalb der ersten 1.000 Tage (270 Tage Schwangerschaft, 2 x 365 Tage der ersten 2 Lebensjahre) beeinflusst die lebenslange Gesundheit eines Individuums maßgeblich.

„Wir wissen heute, dass neben der Genetik äußere Einflüsse vor und in den Monaten nach der Geburt eine große Rolle bei der Entwicklung von Übergewicht, Diabetes und anderen Erkrankungen spielen. Prävention darf deshalb nicht erst im Kindesalter beginnen“, so Prof. Berthold Koletzko, der auch Sprecher des wissenschaftlichen Beirats des Netzwerk Gesund ins Leben ist.

So ist es möglich, dass etwa die Ernährung oder Hormone in kritischen Entwicklungsphasen festlegen, wie Organe und Regelkreise künftig funktionieren. Auf diese Weise wird der Stoffwechsel des kindlichen Körpers beeinflusst, z. B. wie er auf die Verwertung von Zucker reagiert, oder ob er dazu neigt, vermehrt Fett im Fettgewebe zu speichern. Studien legen nahe, dass eine „Fehlprogrammierung“ lebenslang wirken und so etwa die Entstehung von Übergewicht begünstigen kann (Brands & Koletzko 2012; Plagemann et al. 2010).

Wichtige Aussagen traf Koletzko zum Thema „Stillen“. Dabei bezog er sich auf vier Meta-Analysen, die den schützenden Effekt vor Adipositas zeigen (vgl. Arenz et al. 2004; Horta & Victora 2013; Weng et al. 2012; Yan et al. 2014). Vor diesem Hintergrund ist das ausschließliche Stillen die beste Form der Ernährung für gesunde Säuglinge in den ersten Lebensmonaten. Im ersten Lebenshalbjahr sollten Säuglinge gestillt werden, mindestens bis zum Beginn des fünften Monats

ausschließlich. Das gilt auch für Kinder mit erhöhtem Allergierisiko. Auch nach Einführung der Beikost – spätestens mit Beginn des siebten Monats – sollten Säuglinge weiter gestillt werden. Die Stilldauer insgesamt bestimmen Mutter und Kind (Koletzko et al. 2013).

Des Weiteren thematisierte Koletzko die Bedeutung des Protein-Gehalts in der Säuglingsernährung. Gemäß der sogenannten „frühen Proteinhypothese“ („Early Protein Hypothesis“) hat das Stillen einen schützenden Effekt auf das spätere Adipositasrisiko, da Muttermilch einen deutlich geringeren Eiweißgehalt hat als konventionelle Säuglingsmilch (Koletzko et al. 2010). Auch weist übliche Flaschennahrung eine höhere Energiedichte (kcal/ml) auf und die Energieaufnahme von flaschenernährten Säuglingen ist höher (Koletzko et al. 2009). Dieser Zusammenhang spiegelt sich auch in einer erhöhten Gewichtszunahme bis zum Ende des zweiten Lebensjahres (Koletzko et al. 2013) und einem erhöhten Körperfettgehalt wider (Escribano et al. 2012). Eine Metaanalyse von Arenz und Kollegen (2004) zeigte, dass das Risiko für gestillte Kinder, Übergewicht in der Kindheit zu entwickeln niedriger ist als bei Säuglingen, die mit konventioneller traditionell eiweißreicher Flaschennahrung ernährt wurden. Insgesamt stellten die Wissenschaftler einen geringen, aber protektiven Effekt des Stillens fest, den auch eine aktuelle Übersichtsarbeit von Weng et al. bestätigen kann (Weng et al. 2012). Der schützende Effekt einer eiweißarmen Ernährung bestätigt sich bis ins frühe Schulalter (Brands & Koletzko 2012). Vor diesem Hintergrund gehen Wissenschaftler davon aus, dass Stillen in Hinblick auf die Adipositasprävention äußerst sinnvoll ist. Werden Säuglinge nicht oder nur zum Teil gestillt, empfiehlt es sich, Säuglingsmilch mit einem niedrigen, aber qualitativ hochwertigem Eiweißgehalt zu verwenden (Brands & Koletzko 2012; Koletzko et al. 2010).

Beikost sollte frühestens mit Beginn des fünften Monats, spätestens mit Beginn des siebten Monats



eingeführt werden. Auch nach der Einführung der Beikost sollte weiter gestillt werden. Erwünscht ist eine Abwechslung durch Variation der verwendeten Beikostzutaten (vgl. Koletzko et al. 2013).

Im Sinne der Adipositasprävention durch Säuglingsernährung leitete Koletzko vier Kernaussagen ab:

- › Stillen fördern und schützen
- › Flaschennahrung mit weniger Protein; im 1. Jahr keine Kuhmilch als Getränk (sehr eiweißreich)
- › Überfütterung vermeiden
- › Beikost: hohe Zufuhr an Zucker und an tierischem Protein vermeiden

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Chancen der frühen Prävention als sehr vielsprechend, insbesondere durch das vor Kurzem in Kraft getretene Präventionsgesetz (siehe S. 22) und den „EU Aktionsplan zur Bekämpfung von Übergewicht bei Kindern 2014 – 2020“, der u. a. einen gesunden Start ins Leben fördert, die Forschung in diesem Gebiet ausweiten und die derzeitige Situation und Interventionen messen und evaluieren will.

Schließlich forderte Koletzko eine Optimierung des Vorgehens bei ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und die Vernetzung mit anderen Strategien und Akteuren der Verhaltens- und Verhältnisprävention wie etwa den Frühen Hilfen oder (Baby-)Lotsen.

Literatur

- Arenz S, Rückerl R, Koletzko B, vom Kries R. Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. In *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28 (10), pp. 1247–1256.
- Brands B, Koletzko B. Frühe Ernährung und langfristiges Adipositasrisiko. In *Monatsschr Kinderheilkd* 2012; 160 (11), pp. 1096–1102.
- Escribano J, Luque V, Ferre N et al. Effect of protein intake and weight gain velocity on body fat mass at 6 months of age: the EU Childhood Obesity Programme. In *Int J Obes (Lond)* 2012; 36 (4), pp. 548–553.
- Horta B, Victoria C. Long-term effects of breastfeeding – A systematic review. 2013: Edited by WHO. Available online at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf, checked on 12/2015.
- Koletzko B, Bauer C-P, Brönstrup A et al. Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. In *Monatsschr Kinderheilkd* 2013; 161 (3), pp. 237–246.
- Koletzko B, Grote V, Schiess S et al. Prävention der kindlichen Adipositas durch die Säuglingsernährung. In *Monatsschr Kinderheilkd* 2010; 158 (6), pp. 553–563.
- Koletzko B, von Kries R, Monasterolo, R et al. Infant feeding and later obesity risk. In *Adv. Exp. Med. Biol.* 2009; 646, pp. 15–29.
- Plagemann A, Harder T, Rodekamp E. Prävention der kindlichen Adipositas während der Schwangerschaft. In *Monatsschr Kinderheilkd* 2010; 158 (6), pp. 542–552.
- Weng S, Redsell S et al. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. In *Archives of Disease in Childhood* 2012 97 (12), pp. 1019–1026.
- Yan J, Liu L, Zhu Y et al. (2014): The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. In *BMC public health* 14, p. 1267.

Gesundheitsökonomische Bedeutung perinataler Übergewichtsprävention

Diana Sonntag

Kindliches Übergewicht und Adipositas sind in den letzten Jahren verstärkt in den politischen, medialen und gesundheitsökonomischen Fokus gerückt. Die gesundheitsökonomische Relevanz ergibt sich vor allem aus den langfristigen ökonomischen Konsequenzen, die entstehen, wenn kindliches Übergewicht und Adipositas auch im Erwachsenenalter fortbestehen und dort zu Folge- und Begleiterkrankungen wie koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall und Typ-2 Diabetes führen (Reilly und Kelly 2011). Zu den langfristigen ökonomischen Konsequenzen gehören daher u. a. medizinische Versorgungskosten von Begleit- und Folgeerkrankungen (sog. direkte Kosten) sowie Kosten aufgrund von Arbeitsausfällen, Krankheitstagen, Frühverrentungen und vorzeitigem Tod (sog. indirekte Kosten). Die durch kindliches Übergewicht und Adipositas erhöhte Krankheitslast kann somit zu erheblichen Kostenbelastungen im Gesundheits- und Rentenversicherungssystem führen, was vor dem Hintergrund knapper finanzieller Ressourcen problematisch ist.

Was kostet uns kindliches Übergewicht und Adipositas und inwieweit können diese Kosten durch Interventionen gesenkt werden?

Bisher finden sich in der internationalen Literatur nur wenige Studien, die die langfristigen direkten und indirekten Kosten von kindlichem Übergewicht und Adipositas schätzen (Fernandes 2010, Sonntag et al. 2015a,b). Für die USA wurde z. B. berechnet, dass Adipositas im Kindesalter pro Person zusätzliche direkte Lebenszeitkosten im Erwachsenenalter von 18.999 US-Dollar für adipöse Männer und 26.775 US-Dollar für adipöse Frauen verursachen (Fernandes 2010). Sonntag und Kollegen (2015a,b) berechneten jüngst die totalen Lebenszeitkosten (direkte und indirekte) von kindlichem Übergewicht und Adipositas in Deutschland für das Jahr 2010. Ihren Schätzungen zufolge verursachen Übergewicht und Adipositas im Kindesalter pro Person zusätzliche Lebenszeitkosten von 8.471 Euro für adipöse Männer und 9.473 Euro für adipöse Frauen. Auffällig ist, dass bei Frauen ein Großteil dieser Kosten (70 %) auf medizinische Versorgungsaufwendungen entfielen, während sich die

Lebenszeitkosten bei Männern zu gleichen Teilen auf direkte und indirekte Kosten verteilen. Die deutlich geringeren indirekten Lebenszeitkosten bei Frauen sind vor allem auf eine geringe Entlohnung, bedingt durch Teilzeitarbeitsverhältnisse zurückzuführen. Für die aktuelle prävalente Population würden somit Gesamtkosten in Höhe von 1,8 Milliarden Euro in Deutschland entstehen. Im Vergleich zu Fernandes (2010) sind die Kostenschätzungen von Sonntag et al. (2015a,b) eher moderat, was jedoch größtenteils auf Unterschiede im Gesundheitssystem zwischen Deutschland und den USA zurückzuführen ist. Trotz der unterschiedlichen Kostenschätzungen belegen alle Krankheitskostenstudien, dass Übergewicht und Adipositas im Kindesalter mit erheblichen Kostenbelastungen in späteren Lebensjahren verbunden sind, was gleichzeitig die Notwendigkeit, möglichst früh zu intervenieren, unterstreicht.

Flächendeckende perinatale Präventionsprogramme sind jedoch kaum vorhanden. Aktuelle Studien (Yazuv et al. 2015) belegen zudem, dass Präventionsprogramme zur kindlichen Übergewichtsreduktion eher kurzfristig orientiert sind und somit kaum dauerhafte Effekte aufweisen. Für Deutschland berechneten Sonntag und Kollegen (2015b), dass 4,1 Millionen Euro für die gesamte prävalente Population eingespart werden könnten, falls die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter um 1 % gesenkt werden könnte. Würde die Prävalenz von kindlichem Übergewicht und Adipositas langfristig um 14 % gesenkt werden, wie seitens der Beobachtungsstudie zur Evaluation ambulanter und stationärer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (EvAKuj-Studie) für vereinzelte Therapieprogramme nachgewiesen (Hoffmeister et al. 2011), könnten die Lebenszeitkosten um weitere 27 Millionen Euro reduziert werden (Sonntag et al. 2015b).

Kosten-Effektivität perinataler Programme und Qualitätskriterien für best-practice Präventionsmaßnahmen
Obwohl präventive und therapeutische Programme zur kindlichen Übergewichtsreduktion implementiert

sind, ist nur ein Teil in Bezug auf deren Kosteneffektivität evaluiert (Yavuz et al. 2015). Schwerpunkt bisheriger gesundheitsökonomischer Evaluationen bilden Schulprogramme, die sich auf Kinder im Alter zwischen 6 und 13 Jahre beziehen. Dagegen wurden nur in wenigen, meist angelsächsischen Ländern, perinatale Programme gesundheitsökonomisch evaluiert (Yavuz et al. 2015, Bartick & Reinhold 2010). Für die USA wurde z. B. berechnet, dass 12,6 Milliarden US-Dollar pro Jahr eingespart werden könnten, falls 90 % der US-Frauen stillen würden, statt industriell hergestellte Säuglingsnahrung zu verwenden (Bartick & Reinhold 2010). Zu beachten ist, dass bisherige Studien lediglich einen Vergleich der Kosten ermöglichen, die Effektseite, z. B. Veränderungen des kindlichen Gewichtes/ Body-Mass-Index (BMI) infolge der Intervention, bisher gesundheitsökonomisch jedoch nicht evaluiert wurde. Es gibt somit bisher kaum aussagefähige Evaluationen von Präventionsmaßnahmen im frühen Kindesalter, die belegen, dass die Rentabilität in Humankapital am höchsten ist, je früher interveniert wird (Heckmann 2006). Deshalb sind weitere gesundheitsökonomische Studien dringend erforderlich, um zukünftig zu entscheiden, welche perinatalen Programme die Lebenszeitkosten von kindlichem Übergewicht und Adipositas nachhaltig reduzieren und somit ökonomisch empfehlenswert sind. Um dies praktisch erfolgreich umzusetzen, wird der Einsatz eines Best-Practice-Leitfadens für Interventionsanbieter empfohlen, der sich aus folgenden vier Punkten zusammensetzt:

1. Interventionsanbieter sollten beginnend mit Design und Planung der jeweiligen Intervention gesundheitsökonomisch beraten werden. So erfordern z. B. Langzeitmodellierungen eine Erfassung von Effekten und Kosten über einen langen Zeitraum (meist Jahre).
2. Fragebögen zur standardisierten Erhebung von Primärdaten sollten von Interventionsanbietern und Gesundheitsökonominnen gemeinsam in der Planungsphase erarbeitet werden. Obwohl Outcomes in der Praxis standardmäßig erfasst werden, gibt es große Defizite und methodische Unterschiede in der Erfassung von Kosten. Hier empfiehlt sich eine standardisierte Erfassung von direkten (Programmkosten und medizinische Kosten) und indirekten Kosten vor, während und nach der Intervention im Rahmen eines Kostenmoduls.
3. Fragebögen sollten sowohl auf deren praktische Durchführung als auch ökonomische Relevanz im

Rahmen einer Pilotstudie getestet und gegebenenfalls angepasst werden.

4. Gesundheitsökonomisches Monitoring und Beratung sollten während und nach der Intervention erfolgen. So sollte geklärt werden, wie gesundheitsökonomische Modelle zu interpretieren und welche praktischen Handlungsempfehlungen ableitbar sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass kindliches Übergewicht und Adipositas zu erheblichen Kostenbelastungen im späteren Erwachsenenalter führen werden, falls nicht flächendeckend im frühen Kindesalter interveniert wird. Auch Kindergärten scheinen hierfür ein optimales Setting zu sein. Um zukünftig eine verbesserte Allokation knapper finanzieller Ressourcen zu erreichen, empfiehlt sich eine gesundheitsökonomische Begleitung von Interventionsprogrammen von Anfang an.

Literatur

- Bartick M., Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis, *Pediatrics* 2010: 125, e1048-56.
- Fernandes, MM. Estimating the lifecycle costs associated with childhood obesity in: Evaluating the impacts of school nutrition and physical activity policies on child health (Dissertation). RAND Corporation, 2010.
- Heckman J. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science* 2006: 312, 1900-1902.
- Hoffmeister U, Bullinger M, van Egmond-Frohlich A, et al. Übergewicht und Adipositas in Kindheit und Jugend. Evaluation der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland in der „EvAKuJ-Studie“, *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2011: 54, 128-135.
- Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity* 2011: 35, 891-898.
- Sonntag D, Ali S, Lehnert T, Konnopka A, Riedel-Heller S, König HH. Modeling the direct lifetime cost of child obesity in Germany, *Pediatric Obesity* 2015a.
- Sonntag D, Ali S, de Bock F. Estimating the Lifetime Indirect Cost of Childhood Overweight and Obesity: a Markov Modeling Study, wird erscheinen in *Obesity* 2015b.
- Yavuz H, Ijzendoorn M, Mesman J, van der Veek S. Interventions aimed at reducing obesity in early childhood: a meta-analysis of programs that involve parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015: 56, 677-692.

Kontakt

Dr. rer. pol. Diana Sonntag
E-Mail: Mail@Diana-Sonntag.eu

Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie



Werdende und junge Eltern haben oft viele Fragen zur Ernährung und zum Lebensstil. Doch im Alltag begegnen sie häufig unterschiedlichen Empfehlungen und Aussagen. Das Netzwerk Gesund ins Leben hat deshalb harmonisierte Handlungsempfehlungen im Konsens mit den relevanten Fachgesellschaften und Berufsgruppen entwickelt. Diese Handlungsempfehlungen sind die Basis für Kommunikationsmaßnahmen und Medien des Netzwerks und geben Eltern die notwendige Sicherheit für ihr Handeln.

In der Schwangerschaft sind werdende Eltern besonders aufgeschlossen für gesundheitliche Botschaften und Verhaltensänderungen. Gleichzeitig werden in der Phase von der Empfängnis bis ins Kleinkindalter wichtige Weichen für die Entwicklung und spätere Gesundheit eines Kindes gestellt. „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ (kurz: Netzwerk Gesund ins Leben) setzt sich dafür ein, dass in dieser Zeit alle jungen Familien, auch Familien aus bildungsfernen Schichten, Unterstützung bei der Verwirklichung eines gesunden Lebensstils erhalten. Über die Stärkung von Elternkompetenzen sollen Bewegung und eine gesunde Ernährung gefördert sowie Fehlernährung, Übergewicht und Allergien vermieden werden.

Das Netzwerk Gesund ins Leben ist ein Zusammenschluss von rund 400 Institutionen, Verbänden und Fachgesellschaften, die Familien in der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren des Kindes begleiten. Es ist ein Bestandteil von IN FORM und wird durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft gefördert. Angesiedelt ist es beim aid infodienst e. V. in Bonn.

Einheitliche Empfehlungen schaffen Klarheit

Eltern müssen Sicherheit in ihrem Gesundheitshandeln entwickeln können; widersprüchliche Empfehlungen führen jedoch zu Verunsicherung. Das Netzwerk Gesund ins Leben schafft hier Klarheit: mit bundesweit einheitlichen Handlungsempfehlungen für die Schwangerschaft, das erste Lebensjahr und das Kleinkindalter. Die Empfehlungen basieren auf der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage und treffen verständliche, leicht umsetzbare Aussagen zur Ernährung, Bewegung, Allergievorbeugung und zum Lebensstil.

Alle Familien erreichen

Über den persönlichen Kontakt, z. B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, können Eltern besonders gut erreicht werden. Das Netzwerk informiert deshalb alle wichtigen Akteure aus dem Umfeld junger Familien über die Handlungsempfehlungen. Das sind insbesondere Frauenärzte, Hebammen und Kinder- und Jugendärzte sowie weitere Multiplikatoren aus Einrichtungen und Institutionen, die von Eltern regelmäßig aufgesucht werden, wie z. B. Erzieher oder Tagesmütter.

Die Verbreitung basiert auf drei Säulen:

1. Qualifizierung von Multiplikatoren
2. Medien, Informations- und Schulungsmaterial für die Elternberatung
3. Öffentlichkeitsarbeit

Seit der Gründung des Netzwerks im Oktober 2009 konnten rund 1,5 Mio. Abdrucke der Handlungsempfehlungen, die Verteilung von 4,5 Mio. Elternmedien (Print und Download) und 550 Mio. Abdrucke von Pressemeldungen des Netzwerks erreicht werden. 3.100 Multiplikatoren wurden fortgebildet und 65.000 Fachkräfte über Kongresse und Vorträge angesprochen. Alle relevanten Fachorganisationen und Berufsverbände stehen hinter den Handlungsempfehlungen und setzen sich mit dem Netzwerk Gesund ins Leben dafür ein, sie als Beratungsstandard für Elternberatungen zu etablieren. Ziel ist es, bundesweit (Versorgungs-) Strukturen zu etablieren, die gewährleisten, dass junge Familien aller sozialen Gruppen erreicht und zu gesundheitsförderlichen Themen beraten werden.

9 +12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr



In enger Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Gesund ins Leben hat die Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb) über einen Zeitraum von 2,5 Jahren das Modellprojekt „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ gemeinsam mit medizinischen Fachakteuren im Landkreis Ludwigsburg in Baden-Württemberg durchgeführt. Kernidee von „9+12“ ist es, die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr im Sinne der frühkindlichen Übergewichtsprävention um präventive Beratungen zu den Themen Ernährung und Bewegung zu erweitern.

Die medizinische Betreuung von werdenden Eltern und ihren heranwachsenden Kindern ist in dieser Lebensphase in unserem Gesundheitssystem fest verankert. Allerdings dienen die dafür genutzten Vorsorgeuntersuchungen bisher lediglich der Krankheitsfrüherkennung, Elemente der Übergewichtsprävention werden kaum berücksichtigt. An dieser Stelle setzt das Modellprojekt „9+12“ an: Durch standardisierte Beratungen von medizinischen Akteuren (Frauenärzte, Hebammen sowie Kinder- und Jugendärzte) sollen werdende und junge Familien frühzeitig und systematisch für einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und viel (Alltags-) Bewegung motiviert werden. In der Modellregion Ludwigsburg konnte dieses Vorhaben von Januar 2012 bis September 2014 erfolgreich umgesetzt werden und über 1.000 Familien mit einheitlichen Botschaften, die auf den Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben basieren, zu einem gesunden Lebensstil beraten und motiviert werden. „9+12“ nutzte während der Projektlaufzeit insgesamt zehn Untersuchungszeitpunkte: Beim Frauenarzt wurden vier Untersuchungen zur präventiven Beratung in Anspruch genommen, die Hebammen waren mit zwei ergänzenden Interventionszeitpunkten kurz vor und nach der Entbindung in das Projekt eingebunden. Nach der Geburt folgten die Kinder- und Jugendärzte mit vier weiteren Interventionszeitpunkten in den ersten zwölf Lebensmonaten des Kindes im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen.

9+12 Materialien und Medien

Für die Umsetzung in der Praxis wurden passgenaue Instrumente entwickelt: Präventionsscores in Form von Checklisten dienen der konkreten Bedarfsermittlung, um das Gesundheitsverhalten der (werdenden)

Mutter zu dokumentieren und eine bedarfsgerechte und motivierende Beratung zu ermöglichen. Zudem erhalten die „9+12“-Frauen einen Präventionspass, in dem Arzt und Hebamme im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung die jeweiligen Präventionsscores nach einem Beratungsgespräch dokumentieren. Neben schriftlichen Informationsmaterialien für die Eltern wurden zudem kurze Filmsequenzen entwickelt, die zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt passende Botschaften zu den Themen Ernährung und Bewegung vermitteln.

Vielversprechende Evaluationsergebnisse

Die Ergebnisse der externen Evaluation zeigen, dass mit dem „9+12“-Ansatz nicht nur Frauen mit hoher, sondern auch mit geringer und mittlerer Schulbildung erreicht werden können. Zudem fühlen sich auch häufig adipöse Frauen (BMI höher als 30) sowie Frauen mit Migrationshintergrund angesprochen. Frauen, die am Projekt „9+12“ teilnahmen, steigerten ihre Alltagsbewegung und bewussten körperlichen Aktivitäten in einem stärkeren Maße als Frauen in einer bundesweiten Kontrollgruppe und achteten verstärkt auf feste Abläufe bei der Einnahme von Hauptmahlzeiten. Zudem wurden in hohem Maße die alltagsnahen Empfehlungen zum Stillen und zur Beikosternährung oder zur Einführung der Familienkost umgesetzt.

Im Rahmen der zweiten Förderphase trieb „9+12“ maßgeblich die Gründung des „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ voran, um das Thema in die Fachöffentlichkeit zu tragen und die relevanten Stakeholder des Gesundheitswesens für die Nutzung dieses Präventionspotenzials zu gewinnen.

Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen

Ein gesunder Start ins Leben

Jedes Jahr werden in Deutschland rund 700.000 Kinder geboren – damit besteht 700.000 Mal die Chance, die entscheidenden Weichen für einen gesunden Lebensstil zu stellen! Wissenschaftliche Erkenntnisse zur frühkindlichen Prägung zeigen, dass in keiner anderen Lebensphase das Lebensumfeld und der Lebensstil so nachhaltigen Einfluss auf die spätere Gesundheit von Mutter und Kind haben wie in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren des Kindes. In dieser Phase wird auch das Risiko für späteres Übergewicht beeinflusst. Mit der Verankerung der Themen Ernährung und Bewegung in den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen präkonzeptionell bis zur Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren der Kinder würden nahezu alle werdenden und jungen Familien angesprochen werden. Durch den niederschweligen Zugang dieser Präventionsleistung könnten insbesondere Risikogruppen erreicht werden.

Aus diesem Grund haben die Projekte „9+12“ und „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e. V. und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. das „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ gegründet.

Unsere Ziele

Bisher wurde das Potenzial für die Förderung eines gesunden Lebensstils und die Prävention von Übergewicht im Zeitraum vor und nach einer Geburt in den

gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen nicht berücksichtigt. Das Präventionsgesetz bietet nun eine gute Grundlage, Leistungen der Primärprävention zu etablieren. Daher setzen sich die Gründungspartner des „Bündnis Frühkindliche Prävention“ gemeinsam dafür ein, das Bewusstsein für die Bedeutung der frühkindlichen Prävention in der Fachöffentlichkeit zu steigern sowie die gesetzlich verankerten Vorsorgeuntersuchungen in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr um präventive Beratungsleistungen zu Ernährung und Bewegung zu erweitern. Ein weiteres zentrales Ziel ist es, relevante Stakeholder des Gesundheitswesens wie Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Präventionsakteure, Fachgesellschaften u. v. m. für die Wahrnehmung und Nutzung dieses frühen Präventionspotenzials zu gewinnen und auf diese Weise Interessen im Handlungsfeld frühkindliche Prävention zu bündeln.

Vor diesem Hintergrund zielt das Bündnis darauf ab, die Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben für die Schwangerschaft und das erste Lebensjahr als Beratungsstandard zu etablieren. Junge Familien aller sozialen Schichten sollen zu einem gesunden Lebensstil beraten werden - mit einheitlichen und verständlichen Botschaften.

Schließlich setzen sich die im Bündnis aktiven Akteure gemeinsam für die Qualitätssicherung von präventiven Beratungen und deren angemessene Vergütung ein.



Scanvorlage

Unterstützen Sie das „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“!

Ja, ich bzw. meine Institution möchte das „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ mit unserem Logo unterstützen!

Mit Ihrer Unterstützung gehen Sie keine kostenpflichtigen Verbindlichkeiten ein.

Institution:

AnsprechpartnerIn:

Funktion:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

E-Mail:

Bitte nutzen Sie diese Scanvorlage und senden Sie diese zusammen mit dem Logo Ihrer Institution per E-Mail an: **9plus12@pebonline.de**

Vielen Dank!

Gerne stehen wir Ihnen auch bei Fragen und Anregungen unter dieser Adresse zur Verfügung.

Gründungspartner im Bündnis



Expertenrunde zum Bündnis Frühkindliche Prävention

An dem Gespräch nahmen teil:

Dr. med. Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte)

Dr. med. Wolfram Hartmann (BVKJ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte)

Prof. Dr. med. Hans Hauner (Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin, TU München)

Dr. med. Regina Klakow-Franck (G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss)

Moderation: Dr. Adelheid Müller-Lissner (freie Wissenschaftsjournalistin)

Müller-Lissner: Herr Dr. Albring und Herr Dr. Hartmann, warum haben sich Ihre Berufsverbände der Frauenärzte sowie der Kinder- und Jugendärzte dazu entschlossen, das „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ zu unterstützen?

Albring: Wir sind es ja als Ärzte gewohnt zu kooperieren, denn sonst könnten wir beispielsweise unsere Notfälle in der Gynäkologie und Geburtshilfe gar nicht meistern. Übergewicht einer Frau zu Beginn der Schwangerschaft birgt Risiken für den Schwangerschaftsverlauf und die Gesundheit des Kindes. Frauen sollten deshalb mit Normalgewicht in die Schwangerschaft starten und eine normale Gewichtszunahme anstreben. Diese Botschaft muss alle Frauen mit Kinderwunsch erreichen, zusammen mit der Unterstützung für den Weg dorthin. Diese Herausforderung werden wir aber nur schaffen, wenn alle relevanten Akteure aus dem Umfeld junger Familien zusammenarbeiten und mit einer Stimme sprechen.

Hartmann: In den pädiatrischen Praxen nehmen die Präventionsleistungen wie z. B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen einen zunehmend großen Raum ein. Mittlerweile stellt die Prävention über 45 Prozent unserer Arbeitszeit dar. Aus dem persönlichen Kontakt mit den Eltern wissen wir, wie hoch ihr Beratungsbedarf ist. Uneinheitliche und teilweise widersprüchliche Informationen verwirren die Eltern und sie fühlen sich unsicher. Deshalb ist es uns wichtig, dass hier ein Bündnis entsteht, in dem die für die Eltern wichtigen Berufsgruppen eine einheitliche Sprache sprechen und wir uns gemeinsam dafür einsetzen, dass die präventiven Beratungen in den Vorsorgeuntersuchungen ihren festen Platz finden.

Müller-Lissner: Es wird häufig kritisiert, dass der Nutzen von Programmen zur Prävention oft, aber nicht immer wissenschaftlich abgesichert ist – wie beurteilen Sie das, Herr Professor Hauner?

Hauner: Auch aus meiner Sicht ist es in jedem Fall wichtig, sich zu vernetzen und sich auf Handlungsleitfäden zu verständigen. Das ist genau das, was wir für die praktische Umsetzung insbesondere bei einem Thema, bei dem verschiedene Berufsgruppen involviert sind, brauchen.

„Evaluationen müssen bei Förderprogrammen immer eingeplant werden. Uns fehlt eine ausreichende wissenschaftliche Basis.“

Und wir alle wissen, das ist schwer genug. Aber klar ist auch, uns fehlt eine ausreichende wissenschaftliche Basis. Es werden zu Recht immer evidenzbasierte Empfehlungen gefordert. Der G-BA¹ hat den Auftrag, die Evidenz zu prüfen. Doch da Evaluationen sehr viel Geld kosten, sind sie in den Förderprogrammen oft nicht mit eingeplant. Die Auswertung ist aber unabdingbar, um die Effektivität von Projekten oder Prozessen messen zu können. Ich würde mir wünschen, dass z. B. die Krankenkassen und der G-BA die Bedeutung des The-

¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der sogenannten Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und entscheidet u. a. darüber, welche medizinischen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.



Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen diskutierten gemeinsam, wie die Vorsorgeuntersuchungen um präventive Beratungen erweitert werden können.

mas erkennen und einen Teil der Versichertenbeiträge bereitstellen, um grundlegende Fragen der medizinischen Versorgung austesten zu lassen. Deutschland bietet ein enormes Potenzial und gute Strukturen, aber leider sind viele Akteure zu wenig entschlossen, Innovationen voran zu bringen. Ich möchte hier ein Beispiel geben: Im Rahmen unserer Interventionsstudie GeliS (Anm. der Redaktion: Gesund leben in der Schwangerschaft, siehe S. 26) ist es geplant, etwa 2.500 schwangere Frauen aus zehn bayerischen Regionen in die Studie einzuschließen. Die Hälfte der Schwangeren erhält drei ausführliche Beratungsgespräche zu den Themen Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft sowie ein zusätzliches Beratungsgespräch nach der Geburt des Kindes. Ende des Jahres werden wir die Feldphase abschließen, evaluieren und auch gesundheitsökonomisch auswerten und dann 2017 wissen, wieviel die Intervention wirklich bewirkt hat. Alles andere sind nur Mutmaßungen.

Müller-Lissner: Frau Klakow-Franck, wartet der G-BA denn bis 2017? Sie müssen ja auch unter Mithilfe des IQWiG² beurteilen, ob für bestimmte Maßnahmen genug Evidenz vorliegt, um sie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen?

Klakow-Franck: Mit dem Präventionsgesetz hat der G-BA aktuell nicht nur die Aufgabe vom Gesetzgeber bekommen, die ärztlichen Präventionsempfehlungen für die verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen bis Mitte nächsten Jahres (2016) auszugestalten, sondern auch grundsätzlich alle Gesundheitsuntersuchungen, und dazu gehören die Mutterschaftsvorsorge und die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Hierfür ist die Frist aus der hier heute oft bestätigten unbefriedigenden Datenlage länger gesetzt worden, nämlich bis Ende 2018. Es wurde ja bereits im Laufe der Diskussion

angesprochen, wir müssen neutral sein, die Datenlage prüfen und dabei hinterfragen: Stimmen die vermuteten Zusammenhänge? Denn wir gestalten unsere Richtlinien mit Vorgaben, die dann auch zu nachhaltigen Effekten führen sollen. Insofern sollte man bis 2018 noch ein bisschen Geduld beweisen.

„Wir müssen neutral sein, die Datenlage prüfen und dabei hinterfragen: Stimmen die vermuteten Zusammenhänge?“

Müller-Lissner: Es gab mehrere Teilnehmer, die im Vorfeld ihre Fragen an die Expertenrunde formuliert haben. Unter anderem wurde auf die Tatsache verwiesen, dass Familien mit unterschiedlichen Bildungshintergründen auch unterschiedlich angesprochen werden müssten. Wie kann das gelingen?

Hartmann: Die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen bieten einen idealen Zugang zu fast allen jungen Familien, das zeigen die aktuellen Zahlen des Robert Koch-Instituts: Mit 95,9 % der Mädchen und 97,5 % der Jungen im Alter von 0 bis 2 Jahren waren nahezu alle Kinder im Säuglingsalter mindestens einmal pro Jahr in einer kinder- und jugendärztlichen Praxis. Das bedeutet, dass wir durch den niederschweligen

² Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) darf ausschließlich Aufträge vom G-BA oder vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) annehmen. Das IQWiG untersucht als unabhängiges wissenschaftliches Institut die Vor- und Nachteile, bisweilen auch die Kosten medizinischer Leistungen und macht Aussagen darüber, was diagnostisch oder therapeutisch nutzbringend und was überflüssig oder gar schädlich ist. Zudem weist das Institut auf Wissenslücken hin, um gezielt Forschung in Gang zu setzen.

Zugang über die Vorsorgeuntersuchungen vor allem auch Risikogruppen erreichen und nicht nur Eltern, die ohnehin schon sehr interessiert und informiert sind. In die Praxis kommen Familien aller sozialer Schichten und auch die mit Migrationshintergrund.

„Über die Vorsorgeuntersuchungen erreichen wir auch Risikogruppen und nicht nur Eltern, die ohnehin schon interessiert und informiert sind.“

Die vom „Netzwerk Gesund ins Leben“ und von „9+12“ gestalteten Materialien fassen leicht verständlich alltagsnahe Botschaften zusammen und viele der Medien sind auch in mehreren Sprachen erhältlich. Aber in der Tat fehlen uns im Gespräch mit den Eltern oft die Kommunikationsmittel und in Hinblick auf die Flüchtlingskrise ist das Sprachproblem noch größer geworden. Hier ist die Politik gefragt, denn wir brauchen hier unbedingt Dolmetscher, die uns zur Seite stehen, damit wir mit den Eltern richtig kommunizieren und sie beraten können.

Müller-Lissner: *Freudige oder bange Erwartung – es ist ja nicht das Ziel, mit dem Thema perinatale Prävention noch mehr Ängste in die Welt zu setzen, sondern Dinge, die die Menschen ohnehin tun wie essen, trinken, sich bewegen, in vernünftige Maße zu lenken. Wie schaffen Sie es als Ärzte, die werdenden Mütter zu motivieren, ohne dass diese sich von der Aufgabe überfordert fühlen?*

Dr. Albring und Dr. Hartmann im Gespräch.

Albring: Es ist natürlich unser Ziel, Ängste nicht zu vergrößern, sondern zu verkleinern und durch persönliche Gespräche zu informieren und die werdenden Mütter individuell zu beraten. Dabei geht es aber um einen entscheidenden Faktor: Wir brauchen mehr Zeit für das Gespräch mit den Patientinnen, doch da sind uns leider Grenzen gesetzt, z. B. durch Patientinnendichte, durch gesetzliche Vorgaben und dergleichen. Ärzte sind die wichtigsten Vertrauenspersonen der werdenden und jungen Eltern, denn von ihnen bekommen sie wirklich relevante und verlässliche Informationen. Was allerdings heute noch gar nicht zur Sprache gekommen ist, ist die Zeit vor der Schwangerschaft, die sogenannte präkonzeptionelle Phase. Die ist für uns Gynäkologen eine entscheidende Zeit, daher müsste das Projekt eigentlich „Minus 12 plus 9 plus 12“ heißen. In dieser Phase sind die Frauen mit Kinderwunsch sehr offen und bereit, ihren Lebensstil zu ändern. Wichtiges Thema ist z. B. die Ernährung und die Gewichtszunahme: Wir müssen die Frauen vor und während der Schwangerschaft dahingehend beraten, welche Folgen ein bestehendes Übergewicht und eine starke Gewichtszunahme haben, insbesondere da dies zu einer Fehlprogrammierung ihrer Kinder führen kann. Die Faustregel ist: Für zwei essen – aber nicht die doppelte Menge! Aber wie gesagt, diese persönlichen Beratungen kosten Zeit, die wir dringend brauchen.

Müller-Lissner: *Laut Präventionsgesetz sollen die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt werden. Sind die Kinder- und Jugendärzte jetzt zufrieden?*

„Kinder haben keine Zeit!
Die Politik hat immer wieder Zeit,
aber die Kinder nicht.“

Hartmann: Der BVKJ begrüßt den Ausbau des Kindervorsorgeprogramms mit der Schließung der Vorsorgelücke im Grundschulalter, die Einführung einer zweiten Jugendgesundheitsuntersuchung und das politische Bekenntnis zum Impfen, aber uns fehlen nach wie vor wichtige Inhalte zur primären Prävention. Ich möchte an dieser Stelle auch anmerken, dass wir



Kinder- und Jugendärzte bereits seit vielen Jahren eine Verbesserung der Vorsorgeuntersuchungen einfordern, denn sie basieren im Wesentlichen noch auf Erkenntnissen der siebziger Jahre. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Eine Vorsorgeuntersuchung darf nicht länger als 20 Minuten dauern, wir brauchen aber mindestens 30–40 Minuten und das will man nicht finanzieren. Die Erkenntnisse, die wir eigentlich schon haben, sind nicht in den heutigen Stand der Vorsorge eingeflossen und das ist für uns ärgerlich. Wir machen Millionen von Vorsorgeuntersuchungen im Jahr – wir kennen uns hier aus, aber wir brauchen auch die Unterstützung der Politik. Kinder haben keine Zeit! Die Politik hat immer wieder Zeit, aber die Kinder nicht. Sie wachsen und werden groß, aber sie brauchen jetzt die bestmögliche gesundheitliche Versorgung.

Müller-Lissner: *Wie kann man das Wissen der Kinderärzte, das schon vorliegt, besser in die Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung miteinbeziehen?*

Klakow-Franck: Ich gebe Ihnen Recht, dass man aus pädiatrischer Sicht schon mehr hätte erreichen können. Die Ärztevertreter im G-BA und auch ich als unparteiisches Mitglied haben für eine freiwillige stärkere Ausgestaltung in dieser Richtung votiert, es hat aber leider keine Mehrheit gefunden. Wir haben in die jüngste Überarbeitung der Kinderrichtlinien schon primärpräventive Beratungsangebote aufgenommen, allerdings nicht so weitreichend, wie es sich die Kinderärzte erhofft haben. Der G-BA wird sich mit dem Thema erneut beschäftigen, weil es das Präventionsgesetz so vorschreibt und da werden mit Sicherheit Ihre Argumente, die Sie vorgelegt haben, diskutiert werden. Sollte für eine Vorgabe zu den Inhalten der Beratung innerhalb der Vorsorgeuntersuchung unseres Erach-

tens die Datenlage nicht ausreichend sein, obwohl eine Studie vorgelegt ist, hat der G-BA auch selbst die Möglichkeit, vorgelegte Beratungsangebote erproben zu lassen.

Müller-Lissner: *Die Frage, die immer im Raum steht: Wird eine Entscheidung verzögert, weil das Geld kostet?*

„Der G-BA beschließt keine freiwilligen, sondern verpflichtende Maßnahmen, die einen Effekt haben sollen.“

Klakow-Franck: Nein, das war eine neutrale Beschreibung des Verfahrens. Bitte verkürzen Sie es nicht auf ein populistisches Argument, dass wir die Ausgestaltung abgelehnt haben, weil wir nicht mehr Geld bezahlen wollen. Wir sind zu einer wirtschaftlichen Mittelverwendung gezwungen und das ist auch richtig so. Ich möchte ausdrücklich nochmal darauf hinweisen: Der G-BA beschließt keine freiwilligen, sondern verpflichtende Maßnahmen, die einen Effekt haben sollen und sich in der Kosteneffektivität bewähren müssen. Sollten wir nach der IQWiG-Recherche zu der Schlussfolgerung kommen, die Studienlage reicht auch unter Einschluss Ihrer vorgelegten Daten nicht aus, um ein verpflichtendes Angebot einzuführen, und wir aber dennoch von der Idee überzeugt sind, wird der G-BA selber Erprobungstudien inszenieren. Das wird sich bis 2018 entscheiden.

Auch die Meinung des Publikums wurde in die Diskussion einbezogen.



Das Präventionsgesetz – Rückenwind für frühkindliche Prävention!

Der Deutsche Bundestag verabschiedete am 18.06.2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (kurz: Präventionsgesetz). Die Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach (BMG) fasst es wie folgt zusammen: „Mit dem Präventionsgesetz stärken wir die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld – in der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz und im Pflegeheim. Außerdem werden die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterentwickelt und der Impfschutz wird verbessert. Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen.“¹

Das Gesetz sieht vor, eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, der Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern: Prävention und Gesundheitsförderung sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Für den Ansatz, die Vorsorgeuntersuchungen in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr durch präventive Beratungen zu erweitern, gibt es im verabschiedeten Gesetzestext folgende Anknüpfungspunkte²:

Rolle der Ärzte in der Prävention soll gestärkt werden

Ärzte sollen neben der Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten auch eine primärpräventiv orientierte Beratung und Begleitung ihrer Patienten leisten. Basierend auf einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis haben sie die Aufgabe, ihre Patienten zu ermutigen und zu begleiten, gesundheits-schädigende Verhaltensweisen abzustellen bzw. zu reduzieren und sie zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten (z. B. Ernährungsberatung zur gesunden Ernährung in der Schwangerschaft, Babyschwimmen) zu motivieren.

Die neu vorgesehene „Präventionsempfehlung“ für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung bringt folgende Vorteile mit sich:

- › Gezielte Identifikation von Personen, deren Präventionsbedarf und -potenzial besonders hoch ist.
- › Bestimmung von Präventionsangeboten, die aus ärztlicher Sicht für einzelne Personen besonders geeignet sind.
- › Fokussierte Ansprache von gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen (z. B. Menschen in belastenden Lebenssituationen oder Menschen mit sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren).

Gemeinsam vorsorgen von Anfang an

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder werden künftig zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt. Dies bedeutet, dass die Untersuchungen neben der Früherkennung von Erkrankungen auch eine Erfassung und Bewertung der individuellen Gesundheitsrisiken des Kindes und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung beinhalten werden. Dabei wird der untersuchende Arzt die Eltern auf Möglichkeiten hinweisen, wie sie die Gesundheit und Entwicklung des Kindes fördern und wie gesundheitsschädigende Verhaltensweisen sowie Unfallgefahren vermieden werden können. Abgestimmt auf die individuellen Risiken kann der Arzt bei Bedarf eine ärztliche „Präventionsempfehlung“ ausstellen. In diesem Zusammenhang sollen Familien und Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf zukünftig auch auf örtliche und regionale Unterstützungs- und Beratungsangebote hingewiesen werden. Dadurch werden gerade für sozial benachteiligte Familien frühzeitig passgenaue Angebote zur Prävention im medizinischen und sozialen Bereich zur Verfügung gestellt und die Familien somit wirksam unterstützt. Außerdem wird der Zeitraum für die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe erweitert: Bisher waren die Leistungen von Hebammen vertraglich bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung vorgesehen. Auf ärztliche Anordnung besteht zudem die Möglichkeit, Leistungen zu verlängern. Dieser Zeitraum wird

¹ www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html
² www.bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html

zukünftig erweitert und nunmehr gesetzlich von acht auf zwölf Wochen festgelegt. Damit können Mütter und Familien künftig länger von der wichtigen Unterstützung durch Hebammen profitieren.

Chancen für Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter sollen frühzeitig erkannt werden

Die Weichen für ein gesundes Leben werden im Kindes- und Jugendalter gestellt. Deshalb ist es wichtig, dass die Früherkennung von gesundheitlichen Risiken bereits in der sensiblen Phase der Schwangerschaft beginnt und ein gesundheitsförderlicher Lebensstil von Anfang an verankert wird. Die Vorsorgeuntersuchungen (U- und J- Untersuchungen) beim Kinder- oder Hausarzt sollen künftig bis zum 18. Lebensjahr möglich sein und eine auf Prävention ausgerichtete ärztliche Beratung umfassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird durch das Präventionsgesetz die Möglichkeit haben, die Kinder- und Jugenduntersuchungen in diesem Sinne weiterzuentwickeln und darüber zu entscheiden, welche Untersuchungen auch im Schul- und Jugendalter sinnvoll und notwendig sind und zu welchen Aspekten der Arzt die Eltern beraten soll. Somit sollen Ärzte künftig eine Schlüsselrolle einnehmen, wenn es darum geht, in jeder Entwicklungsphase des Kindes bzw. Jugendlichen wichtige Erkrankungen und Entwicklungsstörungen sowie auftretende Belastungen und gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und gemeinsam mit den Heranwachsenden und ihren Familien Strategien zu einer gesünderen Lebensweise zu entwickeln.

Ungleiche Gesundheitschancen sollen abgebaut werden

Mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes sollen Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf erreicht werden, die von sich aus kaum die üblichen Präventionsangebote wahrnehmen, häufig einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen bzw. ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben. Deshalb wird das Ziel verfolgt, neben dem Angebot an vielfältigen Präventionskursen für den Einzelnen, gesundheitsfördernde Strukturen insbesondere dort zu schaffen oder auszubauen, wo sich Menschen tagtäglich aufhalten.

Gesundheitsbewusstes Verhalten wird belohnt

Derzeit können Versicherte von ihrer Krankenkasse einen Bonus erhalten, wenn sie sich gesundheitsbewusst verhalten und beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrnehmen, an einem Präventionskurs (z. B. Rückbildungskurs) oder einem

betrieblichen Präventionsangebot teilnehmen. Dieser Bonus kann von den Krankenkassen in Form einer Sachprämie oder als finanzielle Prämie vergeben werden. Zukünftig wird diese bisher als Möglichkeit der Krankenkassen vorgesehene „Kann-Regelung“ als „Soll-Regelung“ ausgestaltet werden. Durch diese verbindlichere Gestaltung soll gesundheitsbewusstes Verhalten verstärkt belohnt werden.

Eine Chance für die Umsetzung der Forderungen des „Bündnis Frühkindliche Prävention“

Gemeinsam setzen sich die Partner des „Bündnis Frühkindliche Prävention“ dafür ein, dass präventive Beratungen zu den Themen Ernährung und Bewegung in die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen integriert werden, auf Basis der einheitlichen Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben (siehe S. 16). Das Präventionsgesetz bietet nun eine gute und realistische Chance, das gemeinsame Vorhaben umzusetzen.

Die bisherige Erfahrung zeigt, dass die Schwangerenvorsorge und die ersten U-Untersuchungen von fast allen Eltern in Anspruch genommen werden. Dadurch können auch Frauen und Familien mit besonders hohem Unterstützungsbedarf identifiziert und gezielt angesprochen werden. Zum anderen kann über die ärztliche „Präventionsempfehlung“ auf örtliche und regionale Unterstützungs- und Beratungsangebote (z. B. Frühe Hilfen) hingewiesen werden. Ein weiterer Anreiz für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen könnte über die Belohnung von gesundheitsbewustem Verhalten durch die Krankenkassen gegeben sein. Ein erster Schritt zur Etablierung von primärpräventiven Leistungen ist getan – wie das Präventionsgesetz letztlich in der Praxis umgesetzt wird, bleibt abzuwarten.



Bündnis Frühkindliche Prävention – die Gründungspartner im Profil

Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie



Das Netzwerk Gesund ins Leben („Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“) ist ein Zusammenschluss von rund 400 Institutionen, Verbänden und Fachgesellschaften, die junge Familien

dabei unterstützen, einen gesunden Lebensstil zu verwirklichen. Es ist ein Bestandteil von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ der Bundesregierung und wird durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft gefördert. Ziel ist es, bundesweit (Versorgungs-)

Strukturen zu etablieren, die gewährleisten, dass junge Familien aller sozialen Gruppen erreicht und zu gesundheitsförderlichen Themen beraten werden. Dafür hat das Netzwerk im Konsens mit den relevanten Fachgesellschaften und Berufsgruppen harmonisierte Handlungsempfehlungen als Beratungsstandard entwickelt. Über Fortbildungen, Fachveranstaltungen, Materialien und Öffentlichkeitsarbeit informiert und vernetzt Gesund ins Leben alle wichtigen Akteure aus dem Umfeld junger Familien.

Website:

www.gesund-ins-leben.de

„9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“



Kernidee des im Rahmen von IN FORM geförderten Projekts „9+12“ ist die Erweiterung der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwanger-

schaft und dem erstem Lebensjahr, die bisher vorrangig der Krankheitsfrüherkennung dienen, um präventive Elemente. Durch standardisierte Beratungen von medizinischen Akteuren (Frauenärzte, Hebammen sowie Kinder- und Jugendärzte) sollen werdende und junge Familien frühzeitig und systematisch für einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und viel (Alltags-) Bewegung motiviert werden. In der Modellregion Ludwigsburg konnte dieses Vorha-

ben von 1/2012 bis 09/2014 mit über 1.000 Familien erfolgreich umgesetzt werden. Dafür nutzte „9 + 12“ einheitliche Botschaften basierend auf den Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben. Im Rahmen der zweiten Förderphase trieb „9+12“ maßgeblich die Gründung des „Bündnis Frühkindliche Prävention – gemeinsam vorsorgen“ voran und setzt sich so dafür ein, das Bewusstsein für die Bedeutung der frühkindlichen Prävention in der Fachöffentlichkeit zu steigern und die relevanten Stakeholder des Gesundheitswesens für die Nutzung dieses Präventionspotenzials zu gewinnen.

Website:

www.pebonline.de/9plus12.html



Berufsverband der Frauenärzte e. V.



Berufsverband der
Frauenärzte e.V.

Der Berufsverband der Frauenärzte e. V. setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1951 für die bestmögliche gynäkologische

und geburtshilfliche Versorgung und Vorsorge der Mädchen und Frauen in Deutschland ein und kämpft für entsprechende Rahmenbedingungen. Daneben ist der Berufsverband Ansprechpartner für alle Fragen, die die Frauengesundheit betreffen und erarbeitet Grundlagen, Inhalt und Umfang der Berufsausübung der Frauenärzte und fördert ihre praktische Durchführung.

Der Verband nimmt die Interessen der Frauenärzte in der Öffentlichkeit wahr und vertritt sie bei Behörden und weiteren ärztlichen Organisationen, insbesondere bei Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Berufsverband vertritt aktuell über 14.000 Frauenärztinnen und Frauenärzte.

Website:

www.bvf.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) ist die berufliche Interessenvertretung der Kinder- und Jugendärzte mit 12.000 Mitglie-

dern aus Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst in Deutschland.

Der BVKJ setzt sich für Chancengleichheit und die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ein und betreibt eine politische Kinder- und Jugendmedizin. Die Wahrung der in der UN-Kinderrechtskonvention festgelegten Kinderrechte und das Recht eines jeden Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit ist wesentli-

cher Bestandteil unserer Tätigkeit. Der BVKJ erarbeitet Grundlagen, Inhalt und Umfang der Berufsausübung von Kinder- und Jugendärzten und fördert ihre praktische Durchführung.

Im Rahmen eines umfassenden Fortbildungsprogramms sorgt der BVKJ für einen zeitgemäßen Kenntnisstand von Kinder- und Jugendärzten, Ärzten in Weiterbildung und Assistenzberufen.

Website:

www.bvkj.de

Themenverwandte Projekte

BaBi-Studie – Gesundheit von Babys und Kindern in Bielefeld



BaBi ist eine prospektive Geburtskohorte, die seit Herbst 2013 von der Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften durchgeführt wird. Dabei werden Frauen bereits während der Schwangerschaft in die Studie eingeschlossen und die Kinder werden dann von ihrer Geburt an begleitet. Anhand von sogenannten Geburtskohorten können individuelle und kontextuelle Umstände in der frühen Kindheit in Beziehung zu gesundheitlichen Ungleichheiten in späteren Lebensphasen gesetzt werden. Dadurch können Risikogruppen identifiziert sowie Erklärungsansätze und Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden.

Ziel der BaBi-Studie ist es, Zusammenhänge zwischen sozialen und kulturellen Faktoren und der kindlichen Gesundheit zu untersuchen. Dazu gehören insbesondere sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund und Wohnumfeld.

Wesentliche Inhalte der Erhebung sind die körperliche Entwicklung nach der Geburt, die mentale/kognitive Entwicklung, Allergien und Impfungen.

Durch das prospektive Design der Studie können nicht nur elterliche, fötale und perinatale Wirkfaktoren auf die Gesundheit in der frühen Kindheit, sondern auch mehrere Outcomes und die zeitliche Abfolge von Outcomes wie die Gewichtsentwicklung kindlichen Gewichts, multidimensionale Entstehungspfade gesundheitlicher Ungleichheit und besonders sensible Phasen in Schwangerschaft und früher Kindheit untersucht werden.

Damit wird ein Beitrag zum besseren Verständnis der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit geleistet. Weiterhin werden daraus Wege abgeleitet, wie diese Ungleichheiten verringert werden können.

Website:

www.uni-bielefeld.de/babi-studie

Interventionsstudie „Gesund leben in der Schwangerschaft“ (GeliS)



Die Interventionsstudie „Gesund leben in der Schwangerschaft“ (GeliS) wird unter Leitung von Prof. Dr. med. Hans Hauner von der Technischen Universität München-Weihenstephan (TUM) in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum für Ernährung (KErn) sowie mit gynäkologischen Praxen und Hebammen durchgeführt. Ziel der Studie ist es, Frauen im Rahmen der üblichen Schwangerschaftsvorsorge über einen gesundheitsförderlichen Lebensstil – vor allem über ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung – zu beraten, um kindliches und mütterliches Übergewicht zu vermeiden und gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind zu minimieren. Langfristig kann dieses Programm, bei erfolgreichem Verlauf, die bestehende Routinevorsorge von Schwangeren erweitern. Geplant ist, etwa 2.500 schwangere Frauen aus

zehn bayerischen Regionen in die Studie mit einzu-beziehen (Projektdauer März 2013 bis voraussichtlich Ende 2016). Die Schwangeren erhalten drei ausführliche Beratungsgespräche zu den Themen Ernährung, Bewegung und angemessene Gewichtszunahme in der Schwangerschaft sowie ein zusätzliches Beratungsgespräch nach der Geburt des Kindes mit eigens dafür geschulten Beraterinnen und Beratern. Die Basis der Ernährungsberatungen bilden die Handlungsempfehlungen „Ernährung in der Schwangerschaft“ des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“.

Weitere Informationen zu den Inhalten des Lebensstil-Interventionsprogramms, den Studienregionen, dem aktuellen Stand des GeliS-Projekts sowie den Kooperationspartnern sind auf der Projektwebsite zu finden.

Website:

www.kern.bayern.de/wissenstransfer/077090

EarlyNutrition Project



EarlyNutrition ist ein von der EU gefördertes Forschungsprojekt, das die langfristige Prägung des Stoffwechsels durch frühkindliche Ernährung

und Lebensstil untersucht. Weltweit ist es das größte Projekt zur Untersuchung der Effekte der frühkindlichen Programmierung auf das Risiko für Übergewicht und damit einhergehende Erkrankungen im späteren Leben.

Das Forschungsprogramm befasst sich mit wesentlichen Fragen zur kausalen Verbindung zwischen frühkindlicher Ernährung und späterer Gesundheit und ist in fünf wissenschaftliche Bereiche unterteilt:

- › Mechanismen, die bei der Prägung durch frühkindliche Ernährung eine Rolle spielen und zwar auf molekularer, zellulärer, organischer und ganzkörperlicher Ebene
- › Beobachtungsstudien untersuchen Langzeit-Auswirkungen frühkindlicher Prägung, die von der Kindheit über die Jugend bis ins Erwachsenenalter reichen
- › Interventionsstudien (Vorher-Nachher Studien) zur

Evaluierung von praktischen Gegenmaßnahmen, um ungesunde frühkindliche Prägung zu verhindern

- › Sichtung wissenschaftlicher Daten, um die Weitergabe von Informationen an Interessengruppen vorzubereiten und für die Überführung von Erkenntnissen in praktische Anwendungen zu sorgen, damit frühkindliche Prägungseffekte effektiver bekämpft werden
- › Daten und Forschungsinfrastruktur, um eine hohe wissenschaftliche Qualität sicherzustellen und den Austausch von Wissen zu fördern

Erkenntnisse aus diesem Projekt fließen zudem in die Early Nutrition eAcademy (ENeA) unter www.early-nutrition.org/en/enea/ in Form von online Weiterbildung von Gesundheitsakteuren (wie z. B. Ärzte, Pfleger, Ernährungswissenschaftler, Hebammen etc.) weltweit ein. Die für Continuing Medical Education (CME) akkreditierte Plattform kann kostenfrei nach erfolgter Registrierung genutzt werden.

Website:

www.project-earlynutrition.eu

Die Ulmer SPATZ Gesundheitsstudie



Die Ulmer SPATZ Gesundheitsstudie ist eine Langzeitstudie zur Ermittlung der Ursachen von chronischen Erkrankungen wie z. B. Übergewicht, aber auch Asthma

und Allergien. Mit Hilfe dieses Wissens können so frühzeitige Möglichkeiten zur Krankheitsvorbeugung entwickelt werden. Dabei geht es sowohl um schützende Einflüsse als auch um Risikofaktoren. Die Leiter der Studie sind Prof. Dietrich Rothenbacher und PD Dr. Jon Genuneit vom Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm. Zwischen 2012 und 2013 wurden 1006 Neugeborene und deren Mütter in die Studie aufgenommen.

Die Datenerhebung erfolgt bisher kurz nach Geburt, im Alter von 6 Wochen, 6 Monaten, 1 Jahr und 2 Jahren. In der Studie sind Fragebögen das zentrale Instrument.

Mithilfe von ihnen werden Daten zu Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten sowie zum Lebensumfeld der Teilnehmer erhoben, sowie auch Daten anderer Familienmitglieder. Des Weiteren werden sogenannte Biomaterialien gewonnen und später auch die Ergebnisse pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen ermittelt.

Ab dem ersten Lebensjahr des Kindes werden jährliche Untersuchungen durchgeführt. Der Vorreiter der Ulmer SPATZ Gesundheitsstudie, die Ulmer Säuglingsstudie (jetzt: Ulmer Kinderstudie), startete bereits Ende 2000, so dass die damaligen Neugeborenen inzwischen als Teenager befragt werden; ein Ziel, das auch der „SPATZ“ gerne verwirklichen möchte.

Website:

www.ulmer-forschen.de

Weiterführende Literatur

Hier finden Sie eine Auswahl an Publikationen zum Thema „Pränatale Übergewichtsprävention“

- Beyerlein, A.; von Kries, R. von (2011): Breastfeeding and body composition in children: will there ever be conclusive empirical evidence for a protective effect against overweight? In: *American Journal of Clinical Nutrition* 94 (Suppl 6), 1772S.
- Brands, B.; Koletzko, B. (2012): Frühe Ernährung und langfristiges Adipositasrisiko. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 160 (11), 1096–1102.
- Bung, P.; Hartmann, S. (2005): Schwangerenberatung. Lifestyle in der Schwangerschaft. Teil 3: Sport, körperliche Aktivität, Sexualität. *Frauenarzt* 46 (5), 280–284.
- Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection (2011): Early years (under 5s). In: ebd. (Hg.): *Start Active, Stay Active: A report on physical activity from the four home countries' Chief Medical Officers*, S. 20–25: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf (Status November 2015).
- Early Nutrition Consortium (2011–2015): Publication List of the Consortium: <http://www.project-earlynutrition.eu/eneu/index.php?site=publications> (Status November 2015)
- Gaillard, R.; Durmus, B.; Hofman, A. et al. (2013): Risk factors and outcomes of maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy. In: *Obesity* 21 (5), 1046–1055.
- Kleinert, J. (Hrsg.): Sport und Schwangerschaft – Das Informations- und Serviceportal. www.sportundschwangerschaft.de (Status November 2015).
- Koletzko, B.; Brands, B.; Poston, L. et al. (2012): Early nutrition programming of long-term health. In: *Proc. Nutr. Soc.* 71 (03), 371–378.
- Koletzko, B.; Bauer, C.-P.; Bung, P. et al. (2012): Ernährung in der Schwangerschaft - Teil 1. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Nr. 24: 1309–14.
- Koletzko, B.; Bauer, C.-P.; Bung, P. et al. (2012): Ernährung in der Schwangerschaft - Teil 2. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Nr. 25/26: 1366–72.
- Koletzko, B.; Bauer, C.-P.; Brönstrup, A. et al. (2013): Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter: Aktualisierte Handlungsempfehlungen des Netzwerks *Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie*, ein Projekt von IN FORM. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 161, Nr. 3: 237–46.
- Koletzko, B.; Armbruster, M.; Bauer, C.-P. et al. (2013): Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter: Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 161, 1187–1200.
- Korsten-Reck, U. (2011): Schwangerschaft und Sport. Teil 1: Folgen für Mutter und Kind. *Der Gynäkologe* 44, 847–853.
- Korsten-Reck, U. (2011): Schwangerschaft und Sport. Teil 2: Praktische Empfehlungen für sporttreibende Frauen in Schwangerschaft und Wochenbett. *Der Gynäkologe* 44, 929–936.
- Mathias, P.; Elmhiri, G.; de Oliveira, J. et al. (2014): Maternal diet, bioactive molecules, and exercising as reprogramming tools of metabolic programming. *European journal of nutrition* 53 (3), 711–722.
- Nascimento, S.; Surita, F.; Cecatti, J. (2012): Physical exercise during pregnancy: a systematic review. In: *Current opinion in obstetrics & gynecology* 24 (6), 387–394.
- Plagemann, A.; Dudenhausen, J.W. (Eds.) (2010): *Adipositas als Risiko in der Perinatalmedizin*. [Urban & Vogel], München.
- Rauh, K.; Kunath, J.; Rosenfeld, E. et al. (2014): Healthy living in pregnancy: a cluster-randomized controlled trial to prevent excessive gestational weight gain - rationale and design of the GeliS study. In: *BMC pregnancy and childbirth* 14, S. 119.
- Stupin, J.; Harder, T.; Plagemann, A. (2011): Fetale Programmierung bei diabetischer Schwangerschaft. In: *Adipositas* 5 (3), S. 134–140.
- Tremblay, M.; LeBlanc, A.; Carson, V. et al. (2012): Canadian Physical Activity Guidelines for the Early Years (aged 0–4 years). In: *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme* 37 (2), S. 345–369.
- Zukunft-Huber, B. (2011): Störfaktoren der gesunden Bewegungsentwicklung im ersten Lebensjahr. *Max Schmidt-Römhild, Lübeck*.

Informations- und Serviceportale

1. Die Website der **Early Nutrition eAcademy (ENeA)** ist eine kostenfreie Lernplattform in englischer Sprache. Hier können sich Interessenten zu den Themen der metabolischen und ernährungsbezogenen Programmierung langfristiger Faktoren der Gesundheit sowie des Übergewichts fortbilden. Bei Abschluss der Fortbildung wird ein CME-Zertifikat vergeben:
www.early-nutrition.org/en/enea/
2. Das **Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE)** Dortmund versteht sich als Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis und beschäftigt sich mit der präventiven Ernährung von Kindern zur Förderung der Gesundheit. Das Referenzinstitut für Kinderernährung in Deutschland entwickelt u. a. präventive Ernährungskonzepte wie den „Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr“. Über die Website können entsprechende Medien angefordert werden:
www.fke-do.de
3. Die **Informationsfilme des Modellprojekts „9 + 12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“** begleiten werdende und junge Familien durch die Schwangerschaft und das erste Lebensjahr und ergänzen die persönlichen Beratungsgespräche mit Arzt und Hebamme durch verständliche Informationen und praxisrelevante Handlungsempfehlungen zu den Themen Ernährung und Bewegung:
www.pebonline.de/9plus12_eltern-kurzfilme.html
4. **Kindergesundheit-info.de** ist ein Informationsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), das sich an Eltern und Fachkräfte richtet. Das Portal informiert über sämtliche Themen, die die Kindergesundheit betreffen, u. a. Ernährung, Übergewicht, Mediennutzung:
www.kindergesundheit-info.de
5. Hauptaufgabe der **Nationalen Stillkommission** ist die Förderung des Stillens in der Bundesrepublik Deutschland. Die Kommission berät die Bundesregierung, gibt Richtlinien und Empfehlungen heraus und unterstützt Initiativen zur Beseitigung bestehender Stillhindernisse. Informationsmaterialien werden sowohl für Fachpersonal als auch Müttern bzw. Eltern zur Verfügung gestellt:
www.bfr.bund.de/stillkommission
6. Das **Netzwerk Gesund ins Leben** bietet Materialien für die Elternberatung und Fortbildungen für Multiplikatoren, die in regelmäßigem Kontakt mit werdenden Eltern und jungen Familien stehen.
www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte
7. Das Informations- und Serviceportal **„Sport und Schwangerschaft“** des gleichnamigen Arbeitskreises beantwortet die 10 häufigsten Fragen zum Thema und ermutigt Schwangere und junge Mütter, Sport zu treiben. Interessenten können zudem über diese Seite Flyer anfordern oder individuelle Fragen zum Thema via E-Mail stellen:
www.sportundschwangerschaft.de
8. Die **WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“** setzt sich für die Umsetzung eines internationalen Betreuungsstandards (B.E.St.[®]-Kriterien) und die Verbreitung des Qualitätssiegels „Babyfreundlich“ in Deutschland ein. Dazu informiert sie die Öffentlichkeit über die weitreichende Bedeutung der Still- und Bindungsförderung und unterstützt Einrichtungen der Geburtshilfe und Kinderheilkunde wie Kliniken und Geburtshäuser bei der Umsetzung der B.E.St.[®]-Kriterien:
www.babyfreundlich.org



Impressum

Herausgeber

9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft
und erstem Lebensjahr
Geschäftsstelle Plattform Ernährung und
Bewegung e. V. (peb)
Wallstr. 65, 10179 Berlin
www.pebonline.de



Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie
Geschäftsstelle aid-infodienst e. V.
Heilsbachstraße 16, 53123 Bonn
www.gesund-ins-leben.de



Autoren

Dr. Katja Aue, Prof. Dr. med. Joachim W. Dudenhausen,
Maria Flothkötter, Wiebke Kottenkamp,
Prof. Dr. med. Andreas Plagemann, Dr. Diana Sonntag,
Cornelia Wäscher

Redaktion

Dr. Katja Aue und Wiebke Kottenkamp

Layout, Satz & Gestaltung

www.haas-images.de

1. Auflage Januar 2016

Fotos

Belá Biank, Christine Haas, Romy Kaa,
Matthias Martin, VadimGuzhva/Fotolia.com,
RioPatuca Images/Fotolia.com, asife/Fotolia.com

Die Fachtagung „Frühkindliche Prävention“ wurde in Kooperation der beiden IN FORM-Projekte „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ und „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ ausgerichtet. Beide Projekte werden gefördert durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.

IN FORM – Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebenslagen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern.

www.in-form.de



Bei der Erstellung der Inhalte wurde auf eine geschlechtergerechte bzw. geschlechterneutrale Sprache geachtet. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form aufgeführt sind, beziehen sie sich auf beide Geschlechter in gleicher Weise.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Ernährung
und Landwirtschaft

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Über IN FORM: IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: www.in-form.de