

GESAMTDOKUMENT

Stand: 30. Oktober 2008

PROJEKT



© Entstanden im Rahmen des Kooperationsprojekts zwischen AGES, BMGFJ und HV der Sozialversicherungsträger und umgesetzt von Frau Mag. Ariane Hitthaller und dem Projektteam.

Inhalt

PROJEKTKURZBESCHREIBUNG	9
BASISLITERATURRECHERCHE	12
1. SUCHSTRATEGIE	17
2. SCHWANGERE	18
2.1. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr	18
2.2. Energie- und Nährstoffaufnahme	19
2.3. Bewegung	21
2.4. Gewichtszunahme während der Schwangerschaft	23
2.4.1. Risiko bei marginalem Geburtsgewicht	24
2.4.2. Risiko bei erhöhtem Geburtsgewicht	25
2.4.3. Auswirkung des Körpergewichtes der Mutter vor und während der Schwangerschaft	25
2.4.4. Wirkung einzelner Nährstoffe auf die Gewichtszunahme	26
2.5. Ernährungsverhalten während der Schwangerschaft – Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Kinder	29
2.6. Nahrungsmittelallergie in der Schwangerschaft	30
2.6.1. Einfluss der Umgebung auf die Entstehung von Allergien	30
2.6.2. Einfluss der mütterlichen Ernährung auf die Entstehung von Allergien	31
2.6.3. Primärprävention	32
2.7. Supplemente in der Schwangerschaft	34
2.8. Genussmittel	37
2.8.1. Rauchen während der Schwangerschaft	37
2.8.2. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft	39
2.8.3. Kaffeekonsum während der Schwangerschaft	41
2.9. Gestationsdiabetes	46
2.10. Infektionen während der Schwangerschaft	48
2.10.1. Bakterielle Vaginose	48
2.10.2. Toxoplasmose	49
2.10.3. Listeriose	50
2.11. Präeklampsie	52
3. STILLENDE	55
3.1. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr	55

3.2.	Energie- und Nährstoffaufnahme	56
3.3.	Stillsituation in Österreich*	57
3.4.	Stillempfehlungen national und international	58
3.5.	Vorteile und Kontraindikationen des Stillen	59
3.6.	Energie- und Nährstoffgehalt in Muttermilch und Säuglingsanfangs- nahrung	60
3.7.	Muttermilchbelastung	61
3.8.	Einfluss des Stillens auf Übergewicht / Adipositas bei Kindern	62
3.8.1.	Einfluss von Übergewicht bzw. Diabetes mellitus der Mutter auf das Gewicht des Kindes	63
3.8.2.	Stillverhalten & -dauer von Müttern mit Übergewicht und Müttern mit Typ 1 Diabetes mellitus	64
3.9.	Allergieprophylaxe durch Stillen	66
3.9.1.	Evidenzbasierter klinischer Report der American Academy of Pediatrics	67
3.9.2.	Auszüge der evidenzbasierten und konsentierten Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention	67
3.10.	Stillen und Infektionen	71
3.11.	Stillen und Diabetes	71
3.12.	Stillen und Einfluss auf kardiovaskuläre Risikofaktoren	73
3.13.	Stillen und Blutdruck	75
3.14.	Stillen und Koliken	75
3.15.	Stillen und Krebserkrankungen	76
3.16.	Stillen und SIDS (Sudden Infant Death Syndrom)	77
3.17.	Genussmittel (Alkohol, Nikotin, Koffein)	78
4.	KINDER	80
4.1.	Geburtenstatistik	80
4.2.	Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr	80
4.3.	Energie- und Nährstoffaufnahme	82
4.4.	Ernährung im Kindesalter	84
4.4.1.	Säuglingsanfangs- und Folgenahrung	84
4.4.1.1.	Gründe für die Einführung von Milchfertignahrungen	84
4.4.1.2.	Einführung von Milchfertignahrung in Österreich	84
4.4.1.3.	Anreicherung der Säuglingsmilchnahrung mit langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren (LCPUFA)	86
4.4.1.4.	Anreicherung der Säuglingsnahrung mit Ribonukleotiden	88
4.4.1.5.	Proteinzufuhr bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht	89
4.4.1.6.	Allergieprävention durch die Modifikation der Säuglingsanfangsnahrung	89
4.4.2.	Beikost	92
4.4.2.1.	Empfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates zur Einführung von Beikost	92
4.4.2.2.	Empfehlungen der WHO für gestillte (WHO, 2003) und nichtgestillte (WHO, 2005) Säuglinge / Kleinkinder im Alter von 6 bis 24 Monaten	92
4.4.2.3.	Einführung von Beikost in Österreich	94

4.4.2.4. Beikost und Einfluss auf die Entstehung von Übergewicht	95
4.4.2.5. Proteinzufuhr und Übergewicht	96
4.4.2.6. Blutdruck	96
4.4.2.7. Vegane und makrobiotische Kost	97
4.4.2.8. Allergie	97
4.4.2.9. Frühkindliche Prägung des späteren Adipositasrisikos / Metabolische Prägung durch frühkindliche Ernährung	98
4.4.2.10. Entwicklung von Geschmackspräferenzen und Essverhalten von Kindern	98
4.4.2.11. Eisensupplementierung und Eisenmangel	99
4.4.2.12. Angereicherte Lebensmittel in der Beikost	100
4.4.2.13. Zusatzstoffe und Hyperaktivität	100
SETTINGANALYSE	109
STAKEHOLDERANALYSE	109
Vorgehensweise in der Stakeholderanalyse	109
SERVICE POINT ANALYSE	118
IST ANALYSE FRAGENKATALOG	122
1 Fragen national und international	122
2 Fragen für Gesamtösterreich sowie für die Steiermark	129
3 Fragen für die Steiermark	136
GROBENTWURF-MAßNAHMENKATALOG	139
BEWERTUNGSKRITERIEN DER MODELS OF GOOD PRACTICE	153
DETAILENTWURF-MAßNAHMENKATALOG	157
HANDLUNGSFELD 1: „STEIGERUNG DES OBST- UND GEMÜSEKONSUMS IN ALLEN DREI ZIELGRUPPEN“	162
Maßnahme 1: Maßnahme zur Schaffung von Kaufanreizen	162
Maßnahme 2: Maßnahme zur Obstpromotion in Kindertagesstätten	173
Maßnahme 3: Maßnahme zur Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums im Rahmen des Außer-Haus-Verzehrs	175
Maßnahme 4: Maßnahme zur Verbesserung des Ernährungswissens und -verhaltens	178
Maßnahme 5: Maßnahme zur Förderung des Obst- und Gemüsekonsums im Rahmen eines ganzheitlichen Projekts zur Gesundheitsförderung	187
HANDLUNGSFELD 2: MAßNAHMEN ZUR „STILLFÖRDERUNG“	190

Maßnahme 1: Etablierung eines/-r Stillkoordinators/-in	190
Maßnahme 2: Maßnahmen zur Förderung der Teilnahme an der Baby Friendly Hospital Initiative	196
Maßnahme 3: Schaffung stillfreundlicher Arbeitsplätze	205
Maßnahme 4: Nutzung von Krabbelstuben als Kontaktstelle zur Zielgruppe	212
Maßnahme 5: Fortbildungsveranstaltung für Gesundheitsberufe in Entbindungsstationen	214
Maßnahme 6: Reduktion von Stillkrisen	216
Maßnahme 7: Maßnahmen zur Förderung von Peer Support Groups	219
Maßnahme 8: Öffentlichkeitsarbeit	221
Maßnahme 9: Still-Workshops in Mutter-Kind-Zentren	226
Maßnahme 10: Schaffung von Kaufanreizen	228

HANDLUNGSFELD 3: MAßNAHMEN ZU „KINDERLEBENSMITTEL UND NAHRUNGSMITTELANGEBOT“ 230

Maßnahme 1: Überprüfung des Nahrungsmittelangebots und Verbesserung der Konsumenteninformation über das Nahrungsangebot	230
Maßnahme 2: Erstellung von Food-Based Dietary Guidelines	241
Maßnahme 3: Reduktion des Salz- und Zuckerkonsums der Zielgruppe	242
Maßnahme 4: Produktentwicklung und Schaffung von Anreizen	253
Maßnahme 5: Werbung für Kinderlebensmittel	258
Maßnahme 6: Zusatzstoffe in Kinderlebensmittel	260

HANDLUNGSFELD 4: MAßNAHMEN ZU „EARLY CHILDHOOD INTERVENTIONS“ 268

Maßnahme 1: Förderung und Planung aufsuchender Betreuung	268
Maßnahme 2: Förderung von lokalen Strukturen	274
Maßnahme 3: Vernetzung von Ernährungsinitiativen mit Initiativen der Gesundheitsförderung allgemein	284
Maßnahme 4: Mutter-Kind-Pass	292
Maßnahme 5: Verringerung der Frühgeburtenrate	294

HANDLUNGSFELD 5: „MULTIPLIKATOREN/-INNENTRAINING UND AUSBILDUNG“ 301

Maßnahme 1: Formulierung von Standards im Bereich Ernährungsbildung diverser Berufsgruppen	301
Maßnahme 2: Versorgung der Multiplikatoren/-innen mit erstellten Leitlinien bzw. mit qualitativ hochwertigen Informationen	314
Maßnahme 3: Ausbildung von „Case Managern“	328

Maßnahme 4: Gezielte Schulung von Multiplikatoren/-innen

333

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Schwangere _____	18
Tabelle 2	Kontraindikation von sportlicher Aktivität _____	21
Tabelle 3	Empfehlungen zur Gewichtszunahme während der Schwangerschaft _____	23
Tabelle 4	Zusammenfassung der Empfehlungen (AAP, American Academy of Pediatrics; ESPACI, European Society for Pediatric Allergology and Clinical Immunology; ESPGHAN, European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) für die Primärprävention von Nahrungsmittelallergien _____	32
Tabelle 5	Durchschnittlicher Koffeingehalt pro Portion Kaffee bzw. Tee _____	42
Tabelle 6	Transmissionsrisiko und klinische Symptome des Kindes bei Geburt in Abhängigkeit vom Infektionszeitpunkt während der Schwangerschaft _____	49
Tabelle 7	Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Stillende _____	55
Tabelle 8	Nationale und internationale Stillempfehlungen _____	58
Tabelle 9	Vorteile des Stillens _____	59
Tabelle 10	Kontraindikationen des Stillens _____	60
Tabelle 11	Energie- und Nährstoffgehalt der Muttermilch und der Säuglingsanfangsnahrung _____	60
Tabelle 12	Stilldauer und Risiko für Übergewicht _____	63
Tabelle 13	Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Säuglinge und Kleinkinder _____	80
Tabelle 14	Energie- und Makronährstoffaufnahme von Kindern in Europa (Buben) _____	83
Tabelle 15	Energie- und Makronährstoffaufnahme von Kindern in Europa (Mädchen) _____	83
Tabelle 16	Erste Flaschennahrung (_____)	85
Tabelle 17	Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 3 Monate _____	85
Tabelle 18	Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 6 Monate _____	85
Tabelle 19	Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 12 Monate _____	85
Tabelle 20	Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 3 Monate _____	86
Tabelle 21	Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 6 Monate _____	86
Tabelle 22	Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 12 Monate _____	86
Tabelle 23	Inhalt der ersten Beikostgabe (n=674, Mehrfachnennungen) _____	95
Tabelle 24	Stakeholderanalyse des indirekten Projektumfelds _____	113
Tabelle 25	Bevölkerung nach Altersgruppen _____	130
Tabelle 26	Bildungsstand der Bevölkerung _____	131
Tabelle 27	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte in Österreich 2006 _____	131
Tabelle 28	Verbrauch, Verfügbarkeit und Aufnahme von Obst und Gemüse in Österreich _____	134
Tabelle 29	Stilldauer in Österreich _____	135
Tabelle 30	Modell: Community Food Co-ops - ECFI (Edinburgh Community Food Initiative) _____	162
Tabelle 31	Modell: Healthy Start _____	165
Tabelle 32	Modell: WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children _____	168
Tabelle 33	Modell: Coventry 5 A Day Initiative _____	171
Tabelle 34	Modell: Free Fruit in School Scheme _____	173
Tabelle 35	Modell: Hungry for Success Schottland _____	175
Tabelle 36	Modell: Daycare Programm zur Prävention von Adipositas _____	178
Tabelle 37	Modell: INFANT – The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial _____	181
Tabelle 38	Modell: NEAT – Nutrition Education Aimed at Toddlers _____	183
Tabelle 39	Modell: Sure Start _____	187
Tabelle 40	Modell: Infant Feeding Strategy for Scotland _____	190
Tabelle 41	Modell: Stillen in Vorarlberg (Projekt des Fonds Gesundes Österreich, FGO) _____	193
Tabelle 42	Modell: Sanatorium St. Leonhard Spital Steiermark _____	196
Tabelle 43	Modell: Baby Friendly Hospital: Monitoring “Baby-Friendly-Hospital Initiative” _____	200
Tabelle 44	Modell: Migrant Friendly Hospital _____	202
Tabelle 45	Modell: SIDA Seedgrants Project & Mother Friendly Workplace Initiative _____	205
Tabelle 46	Modell: Maternity Protection Campaign KIT _____	208
Tabelle 47	Modell: Breastfeeding Mother Friendly Employer _____	210
Tabelle 48	Modell: Breastfeeding Friendly Nursery _____	212
Tabelle 49	Modell: Stillen und Stillberatung – Fortbildungsveranstaltung im Krankenhaus _____	214
Tabelle 50	Modell: Stillen in Vorarlberg _____	216

Tabelle 51	Modell: Flintshire Breastfeeding Peer Support Programme _____	219
Tabelle 52	Modell: National Breastfeeding Awareness Week _____	221
Tabelle 53	Modell: National Breastfeeding Awareness Campaign _____	224
Tabelle 54	Modell: Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres _____	226
Tabelle 55	Modell: Best Fed Babies _____	228
Tabelle 56	Modell: Department of Health 2007 “bottle feeding” _____	230
Tabelle 57	Modell: The North Gasgow Community Food Initiative Weaning Programme _____	233
Tabelle 58	Modell: Glasgow’s First Food Weaning Program _____	236
Tabelle 59	Modell: WXYfm nutritional profiling _____	238
Tabelle 60	Modell: Salzreduktion der AFSSA _____	243
Tabelle 61	Modell: FSA “Saltreduction” _____	245
Tabelle 62	Modell: Nestle Example Frankreich _____	247
Tabelle 63	Modell: FERCO _____	249
Tabelle 64	Modell: Aufklärung der Zielgruppe: Salzkampagne der FSA UK _____	251
Tabelle 65	Modell: Food for Life Action Plan _____	253
Tabelle 66	Modell: WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children _____	255
Tabelle 67	Modell: Maßnahmenplan der FSA UK _____	258
Tabelle 68	Modell: UK _____	260
Tabelle 69	Modell: Hungry for Success Schottland _____	262
Tabelle 70	Modell: UK Catering Guidelines und Guidelines für die Verpflegung in Kindertagesstätten _____	265
Tabelle 71	Modell: Besser Essen mehr bewegen (DGE), Das gute Schulbuffet (ÖGE) _____	267
Tabelle 72	Modell: Public Health Nurse within the Regional Health Authority _____	268
Tabelle 73	Modell: FEM Elternambulanz _____	270
Tabelle 74	Modell: Familienhebammen-Sachsen-Anhalt _____	272
Tabelle 75	Modell: Leipziger Beratungsstelle „Schreisprechstunde“ _____	276
Tabelle 76	Modell: MIA “Mütter in Aktion” _____	278
Tabelle 77	Modell: Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres _____	280
^^		
Tabelle 78	Modell: EARNEST (Early Nutrition Programming) _____	282
Tabelle 79	Modell: The Child Health Promotion Programme (CHPP) _____	284
Tabelle 80	Modell: The Canada Prenatal Nutrition Program (A Decade of Promoting the Health of Mothers, Babies and Communities) _____	286
Tabelle 81	Modell: SAFE Sichere Ausbildung für Eltern _____	289
Tabelle 82	Modell: ICW: Elektronischer Mutter-Kind-Pass _____	292
Tabelle 83	Modell: babycare _____	294
Tabelle 84	Modell: Healthy Start _____	296
Tabelle 85	Modell: Sure Start _____	299
Tabelle 86	Modell: Growing through Adolescence _____	301
Tabelle 87	Modell: Mit Migranten für Migranten (MiMi) _____	304
Tabelle 88	Modell: Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen _____	308
Tabelle 89	Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind _____	311
Tabelle 90	Modell: The Child Health Promotion Programme (CHPP) _____	314
Tabelle 91	Modell: Familienhebammen-Sachsen-Anhalt _____	316
Tabelle 92	Modell: Gesunde KiTas, starke Kinder _____	318
Tabelle 93	Modell: MIA “Mütter in Aktion” _____	320
Tabelle 94	Modell: Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten _____	322
Tabelle 95	Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind _____	325
Tabelle 96	Modell: Versorgungskordinatoren der StGKK _____	328
Tabelle 97	Modell: BeKi – Bewusste Kinderernährung _____	333
Tabelle 98	Modell: TigerKids _____	336
Tabelle 99	Modell: KidBalù _____	338
Tabelle 100	Modell: Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen _____	340
Tabelle 101	Modell: Mit Migranten für Migranten (MiMi) _____	343
Tabelle 102	Modell: Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten _____	347
Tabelle 103	Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind _____	350

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Algorithmus zur Primär- und Sekundärprävention allergischer Erkrankungen _____	69
Abbildung 2	Organigramm _____	110
Abbildung 3	Mind Map Schwangerschaft des Projektstartworkshops _____	111
Abbildung 4	Grafische Darstellung der Service-Point-Analyse _____	119
Abbildung 5	Beschäftigungsausmaß nach dem Alter des jüngsten Kind _____	123
Abbildung 6	Akzeptanz der Möglichkeit der Karenzierung von Vätern nach Alter _____	124
Abbildung 7	Anzahl der Tagesmütter und der betreuten Kinder unter 3 Jahre _____	125
Abbildung 8	Betreuungsquote _____	126
Abbildung 9	Ganztagesbetreuung _____	126
Abbildung 10	Entwicklung des jährl. Pro-Kopf-Verbrauches von Obst, Gemüse und Kartoffel ____	134
Abbildung 11	Durchschnittliche Wissensscores - Zeit-Gruppen-Effekte _____	185

PROJEKTKURZBESCHREIBUNG

PROJEKT



Projektvorgeschichte

Am 15.05.2007 wurde im AGES Kompetenzzentrum Ernährung & Prävention ein Workshop zum Thema „Ernährungsprävention in Österreich - Möglichkeiten und Grenzen“ organisiert. Im Rahmen dieses Expertenworkshops wurde erstmals über die Möglichkeit eines Ernährungsprojekts gesprochen. In weiteren Gesprächen wurde die Projektidee geschärft. Im Februar 2008 haben die drei Projektauftraggeber (AGES; Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; Hauptverband der Sozialversicherungsträger) den Projektauftrag erteilt.

Projekthintergrund

Richtige Ernährung und Lebensführung sind wichtige Parameter zur Verbesserung der Gesundheitssituation der österreichischen Bevölkerung. Die Wichtigkeit einer ausgewogenen Ernährung schon während der Schwangerschaft und von frühester Kindheit an ist heutzutage wissenschaftlich unumstritten. Richtige Ernährung weist gesundheitsfördernde und präventive Potenziale auf, die sich positiv auf die gesamte Lebensspanne auswirken. Daher ist es wichtig, sowohl das Ernährungsverhalten der Mütter und der Kinder als auch das Nahrungsangebot für Kinder langfristig und nachhaltig zu optimieren.

Durch die Zunahme ernährungs- und lebensstilassoziierter Erkrankungen, insbesondere von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, ergibt sich die Notwendigkeit für zielgruppenspezifische und lebensraumorientierte Maßnahmen sowie für die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für die Zielgruppe.

Projektdesign

Der Fokus für 2008 wurde von den Projektpartnern auf die Zielgruppe Schwangere, Stillende und Kinder bis zum 3. Lebensjahr gelegt.

Basierend auf nationalen und internationalen „models of good practice“ und unter Berücksichtigung der Ist-Situation soll für Österreich ein Maßnahmenkatalog entwickelt werden, welcher gesundheitsfördernde Elemente stärkt und gesundheitsschädliche Elemente im Bereich Ernährung zurückdrängt. Dabei gilt es Handlungsfelder zu definieren, für Österreich maßgeschneiderte Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren und erste Sofortmaßnahmen zu starten. Die Umsetzung erster Sofortmaßnahmen ist im Rahmen der Nachprojektphase in einem Pilotbundesland geplant. Es ist vorgegeben, dass mit der Umsetzung von mindestens einer Maßnahme pro Interventionsebene begonnen wird. Die Interventionsebenen sind:

1. Makroebene (gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen)
2. Mesoebene (Lebensräume der Zielgruppe)
3. Mikroebene (Individuum)

Mit Hilfe von Handlungsempfehlungen auf allen drei Ebenen soll richtiges Essen ganzheitlich und nachhaltig gefördert und somit die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Zielgruppe gesteigert werden. Ein Ziel ist die Gewichtsnormalisierung der Kinder. Zwischenziele sind die optimale Zufuhr von Mikro- und Makronährstoffen, die Gewährleistung qualitativ hochwertiger Ernährung und das Erlernen eines positiven Essverhaltens, sowie die Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Schon vom frühesten Kindesalter an sollen im Bereich Ernährung wachsende Selbständigkeit erzielt, Eigenverantwortlichkeit gestärkt, eine Vielfalt von Lebensmitteln kennen gelernt sowie geschätzt und die Freude am guten Essen gefördert werden.

Im Zuge dieser Arbeiten soll Expertenwissen relevanter Stakeholder integriert und gebündelt werden und Erfahrungsaustausch mit laufenden nationalen und internationalen Projekten erfolgen. Eine wissenschaftliche Supervidierung durch entsprechende Experten sowie eine Begleitung durch Health Impact Assessment sind Bestandteile des Projekts.

Maßnahmen sollen sowohl Ernährungsinformation, Ernährungsaufklärung, Verbraucherschulung, Multiplikatorentraining, den Aufbau eines Netzwerks unter Einbezug relevanter Stakeholder, sowie die Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen berücksichtigen. Eine genaue Festlegung der Maßnahmen erfolgt im Projektverlauf. Das Projekt soll mit Vorlage des Maßnahmenkatalogs bis Ende Oktober 2008 beendet werden. In der anschließenden Nachprojektphase wird mit der Umsetzung der von den Auftraggebern gewählten Sofortmaßnahmen gestartet.

Projektansprechpartner

Mag. Ariane Hitthaller
Projektleitung

AGES Kompetenzzentrum Ernährung & Prävention
Zimmermannsgasse 3
1090 Wien
Tel: 050555 36984
Email: ariane.hitthaller@ages.at

BASISLITERATURRECHERCHE

Stand: 14. April 2008

PROJEKT

„RICHTIG ESSEN VON ANFANG AN“

Richtig essen von Anfang an

1.	SUCHSTRATEGIE	17
2.	SCHWANGERE	18
2.1.	Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr	18
2.2.	Energie- und Nährstoffaufnahme	19
2.3.	Bewegung	21
2.4.	Gewichtszunahme während der Schwangerschaft	23
2.4.1.	Risiko bei marginalem Geburtsgewicht	24
2.4.2.	Risiko bei erhöhtem Geburtsgewicht	25
2.4.3.	Auswirkung des Körpergewichtes der Mutter vor und während der Schwangerschaft	25
2.4.4.	Wirkung einzelner Nährstoffe auf die Gewichtszunahme	26
2.5.	Ernährungsverhalten während der Schwangerschaft – Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Kinder	29
2.6.	Nahrungsmittelallergie in der Schwangerschaft	30
2.6.1.	Einfluss der Umgebung auf die Entstehung von Allergien	30
2.6.2.	Einfluss der mütterlichen Ernährung auf die Entstehung von Allergien	31
2.6.3.	Primärprävention	32
2.7.	Supplemente in der Schwangerschaft	34
2.8.	Genussmittel	37
2.8.1.	Rauchen während der Schwangerschaft	37
2.8.2.	Alkoholkonsum während der Schwangerschaft	39
2.8.3.	Koffeinkonsum während der Schwangerschaft	41
2.9.	Gestationsdiabetes	46
2.10.	Infektionen während der Schwangerschaft	48
2.10.1.	Bakterielle Vaginose	48
2.10.2.	Toxoplasmose	49
2.10.3.	Listeriose	50
2.11.	Präeklampsie	52
3.	STILLENDE	55
3.1.	Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr	55
3.2.	Energie- und Nährstoffaufnahme	56
3.3.	Stillsituation in Österreich*	57
3.4.	Stillempfehlungen national und international	58

3.5.	Vorteile und Kontraindikationen des Stillen	59
3.6.	Energie- und Nährstoffgehalt in Muttermilch und Säuglingsanfangsnahrung	60
3.7.	Muttermilchbelastung	61
3.8.	Einfluss des Stillens auf Übergewicht / Adipositas bei Kindern	62
3.8.1.	Einfluss von Übergewicht bzw. Diabetes mellitus der Mutter auf das Gewicht des Kindes	63
3.8.2.	Stillverhalten & -dauer von Müttern mit Übergewicht und Müttern mit Typ 1 Diabetes mellitus	64
3.9.	Allergiephylaxe durch Stillen	66
3.9.1.	Evidenzbasierter klinischer Report der American Academy of Pediatrics	67
3.9.2.	Auszüge der evidenzbasierten und konsentierten Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention	67
3.10.	Stillen und Infektionen	71
3.11.	Stillen und Diabetes	71
3.12.	Stillen und Einfluss auf kardiovaskuläre Risikofaktoren	73
3.13.	Stillen und Blutdruck	75
3.14.	Stillen und Koliken	75
3.15.	Stillen und Krebserkrankungen	76
3.16.	Stillen und SIDS (Sudden Infant Death Syndrom)	77
3.17.	Genussmittel (Alkohol, Nikotin, Koffein)	78
4.	KINDER	80
4.1.	Geburtenstatistik	80
4.2.	Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr	80
4.3.	Energie- und Nährstoffaufnahme	82
4.4.	Ernährung im Kindesalter	84
4.4.1.	Säuglingsanfangs- und Folgenahrung	84
4.4.1.1.	Gründe für die Einführung von Milchfertignahrungen	84
4.4.1.2.	Einführung von Milchfertignahrung in Österreich	84
4.4.1.3.	Anreicherung der Säuglingsmilchnahrung mit langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren (LCPUFA)	86
4.4.1.4.	Anreicherung der Säuglingsnahrung mit Ribonukleotiden	88
4.4.1.5.	Proteinzufuhr bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht	89
4.4.1.6.	Allergieprävention durch die Modifikation der Säuglingsanfangsnahrung	89
4.4.2.	Beikost	92
4.4.2.1.	Empfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates zur Einführung von Beikost	92
4.4.2.2.	Empfehlungen der WHO für gestillte (WHO, 2003) und nichtgestillte (WHO, 2005) Säuglinge / Kleinkinder im Alter von 6 bis 24 Monaten	92
4.4.2.3.	Einführung von Beikost in Österreich	94
4.4.2.4.	Beikost und Einfluss auf die Entstehung von Übergewicht	95
4.4.2.5.	Proteinzufuhr und Übergewicht	96

4.4.2.6. Blutdruck	96
4.4.2.7. Vegane und makrobiotische Kost	97
4.4.2.8. Allergie	97
4.4.2.9. Frühkindliche Prägung des späteren Adipositasrisikos / Metabolische Prägung durch frühkindliche Ernährung	98
4.4.2.10. Entwicklung von Geschmackspräferenzen und Essverhalten von Kindern	98
4.4.2.11. Eisensupplementierung und Eisenmangel	99
4.4.2.12. Angereicherte Lebensmittel in der Beikost	100
4.4.2.13. Zusatzstoffe und Hyperaktivität	100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Schwangere _____	18
Tabelle 2	Kontraindikation von sportlicher Aktivität _____	21
Tabelle 3	Empfehlungen zur Gewichtszunahme während der Schwangerschaft _____	23
Tabelle 4	Zusammenfassung der Empfehlungen _____	32
Tabelle 5	Durchschnittlicher Koffeingehalt pro Portion Kaffee bzw. Tee _____	42
Tabelle 6	Transmissionsrisiko und klinische Symptome des Kindes bei Geburt _____	49
Tabelle 7	Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Stillende _____	55
Tabelle 8	Nationale und internationale Stillempfehlungen _____	58
Tabelle 9	Vorteile des Stillens _____	59
Tabelle 10	Kontraindikationen des Stillens _____	60
Tabelle 11	Energie- und Nährstoffgehalt der Muttermilch und der Säuglingsanfangsnahrung ____	60
Tabelle 12	Stilldauer und Risiko für Übergewicht _____	63
Tabelle 13	Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Säuglinge und Kleinkinder _____	80
Tabelle 14	Energie- und Makronährstoffaufnahme von Kindern in Europa (Buben) _____	83
Tabelle 15	Energie- und Makronährstoffaufnahme von Kindern in Europa (Mädchen) _____	83
Tabelle 16	Erste Flaschennahrung _____	85
Tabelle 17	Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 3 Monate) _____	85
Tabelle 18	Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 6 Monate _____	85
Tabelle 19	Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 12 Monate) _____	85
Tabelle 20	Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 3 Monate _____	86
Tabelle 21	Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 6 Monate _____	86
Tabelle 22	Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 12 Monate _____	86
Tabelle 23	Inhalt der ersten Beikostgabe (n=674, Mehrfachnennungen) _____	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Algorithmus zur Primär- und Sekundärprävention allergischer Erkrankungen _____	69
-------------	--	----

1. SUCHSTRATEGIE

Die Online-Datenbank PubMed wurde nach Metaanalysen, Reviews und Studien durchsucht.

Weiters wurde unter anderem in folgenden Literaturquellen recherchiert:

- Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission
- Deutsche Stillkommission
- American Academy of Pediatrics
- Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde
- Aktuelle Ernährungsmedizin
- Journal für Ernährungsmedizin
- Ernährungsumschau
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
- Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE)
- UNICEF / WHO
- Österreichischer Ernährungsbericht 2003
- EU Blueprint
- Food Standard Agency (FSA)
- etc.

Die Suche wurde vom Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment durch Recherche in den Datenbanken EmBase und GIN (Guideline International Network) weiter ergänzt.

2. SCHWANGERE

2.1. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr

In der nachfolgenden Tabelle 1 sind die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr für Schwangere nach der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) und Schweizerischen Vereinigung für Ernährung (SVE) (D-A-CH, 2000) angegeben.

Tabelle 1 Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Schwangere (D-A-CH, 2000)

Nährstoffe	D-A-CH-Referenzwerte
Protein (g/d)	58
Essentielle Fettsäuren	
n-6 (% der Energie)	2,5
n-3 (% der Energie)	0,5
Vitamin A (mg RÄ/d)	1,1
Vitamin D (µg/d)	5
Vitamin E (mg TÄ/d)	13
Vitamin K (µg/d)	60
Thiamin (mg/d)	1,2
Riboflavin (mg/d)	1,5
Vitamin B ₆ (mg/d)	1,9
Niacin (mg NÄ/d)	15
Folsäure (µg FÄ/d)	600
Pantothensäure (mg/d)	6
Biotin (µg/d)	30-60
Vitamin B ₁₂ (µg/d)	3,5
Vitamin C (mg/d)	110
Magnesium (mg/d)	310
Calcium (mg/d)	1.000
Phosphor (mg/d)	800
Eisen (mg/d)	30
Zink (mg/d)	10
Jod (µg/d)	230 (D, A); 200 (WHO, CH)
Selen (µg/d)	30-70
Kupfer (mg/d)	1,0-1,5
Mangan (mg/d)	2,9-5,0
Chrom (µg/d)	30-100
Molybdän (µg/d)	50-100

Literatur:

D-A-CH. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, Verlag Umschau Braus, Frankfurt am Main, 2000.

2.2. Energie- und Nährstoffaufnahme

Während der Schwangerschaft erhöhen sich die Empfehlungen für die Zufuhr der Mikronährstoffe stärker, als die Empfehlungen für die Energieaufnahme. Daher müssen Schwangere auf eine hohe Nährstoffdichte bei ihrer Ernährung achten (Freisling et al., 2006).

Situation in Österreich

Die Versorgung der österreichischen Schwangeren mit **Energie** ist grenzläufig, die durchschnittliche Aufnahme liegt bei 2.042 kcal bei einer empfohlenen Aufnahme von 2.155 kcal. Ebenfalls knapp unter der empfohlenen Tagesaufnahme befindet sich der durchschnittliche **Gesamtfett**konsum (80 g), dafür ist die Aufnahme an gesättigten Fettsäuren mit 35 g pro Tag deutlich zu hoch. Zu hoch ist auch die Zufuhr an Cholesterin (329 g/d).

Deutlich unter den DACH-Empfehlungen ist die durchschnittliche Aufnahme an **Folsäure**, **Vitamin D**, **Eisen** und **Jod**. Die durchschnittliche Zufuhrmenge an den Mikronährstoffen **Vitamin E** (12,5 g/d), **Vitamin B₆** (1,8 mg/d), **Calcium** (895 g/d) und **Magnesium** (308 mg/d) ist gering unterhalb der D-A-CH Referenzwerte (Freisling et al., 2006).

Diese Studienergebnisse zeigten eine marginale Versorgung der Schwangeren und weisen auf einen Nachholbedarf bezüglich Ernährungsbildung hin. Eine weitere Bestätigung für den Einfluss der Ernährungsbildung gibt es durch die Tatsache, dass Frauen mit höherem Bildungsstand einen höheren Konsum der oben genannten Risikonährstoffe aufweisen (Freisling et al., 2006). Zusätzlich zeigen Schwangere eine höhere Bereitschaft ihre Ernährung umzustellen, um ein gesundes Kind zu bekommen (Montgomery, 2003).

Langkettige ungesättigte Fettsäuren

Bei der Konsensuskonferenz in Athen 2007 wurden neue Empfehlungen für die Zufuhr an langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren formuliert. Die Empfehlungen basieren auf Untersuchungen der Perinatal Lipid Nutrition Group (PeriLip) und des Early Nutrition Programming Projects. Sie lauten für Schwangere und Stillende: 200 mg/Tag Docosahexaensäure (DHA). Die Aufnahme von bis zu 1 g DHA/Tag bzw. 2,7 g langkettige mehrfach ungesättigte Omega-3-Fettsäuren (LCPUFA)/Tag zeigte bei randomisierten Studien keine negativen Effekte.

Die Empfehlung ist besonders für Frauen im gebärfähigen Alter mit westlicher Ernährung wesentlich, da Seefisch, die Hauptquelle für Omega-3-Fettsäuren, von dieser Personengruppe selten konsumiert wird und daher das Risiko einer geringen Aufnahme erhöht ist. Für Frauen die selten bzw. nie Fisch essen, wird die Verwendung von Omega-3-Fettsäure-Supplementen empfohlen (Kressirer, 2007; Koletzko et al., 2007).

Positive Effekte

- Gesundere Schwangerschaft (höheres Geburtsgewicht, geringere Anzahl an Frühgeburten)
- Positive kindliche Entwicklung der Augen und des Gehirns (Kressirer, 2007).

Ein internationales Forscherteam der Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) untersuchte den Effekt des mütterlichen Fischverzehr während der Schwangerschaft auf die Neuroentwicklung des Kindes bei 11.875 Frauen. Eine Aufnahme von weniger als 340 g pro Woche war mit einem erhöhten Risiko eines niedrigeren verbalen Intelligenzquotienten assoziiert (kein Fischkonsum: OR 1,48; 95% CI 1,16 – 1,90; manchmal: 1 – 340 g/Woche, OR 1,09; 95% CI 0,92 – 1,29; Trend: p = 0,004) beziehungsweise zeigten sich suboptimale Werte hinsichtlich der Feinmotorik, Kommunikation und der sozialen Entwicklung der Kinder (Hibbeln et al., 2007).

Halldorsson et al. beobachteten eine inverse Beziehung zwischen Fischkonsum und Geburtsgewicht bei 44.824 dänischen Frauen. Eine Erklärung könnte die Anreicherung von Umweltgiften im Fett des Fisches sein, da keine Beziehung für mageren Fisch gefunden wurde (Halldorsson et al., 2007).

Fette Fischarten wie Tunfisch, Schwertfisch oder Makrele, weisen häufig hohe Quecksilberkontaminationen auf. Um negative Effekte auf Mutter und Kind zu vermeiden, empfiehlt die Environmental Protection Agency, auf Haifisch, Schwertfisch, Königsmakrele und Ziegelfisch während der Schwangerschaft und Stillzeit zu verzichten (US Department of Health and Human Service, 2004).

Eine österreichische Untersuchung der Veterinärmedizinischen Universität Wien in Kooperation mit der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) in den Jahren 2000 bis 2002 fand die höchsten Quecksilbergehalte in Proben von Schwertfisch (5,6 mg/kg) und Haifischfilet (1,9 bzw. 1,7 mg/kg). Auch Butterfisch (1,12 mg/kg) und Tunfisch (1,6 mg/kg) hatten das Sicherheitslimit (1 mg/kg) der Europäischen Kommission überschritten. Eine weitere Untersuchung der AGES von 2000 bis Anfang 2007 von 519 Meeres- und Süßwasserfischproben zeigte, dass wieder Haiarten und Schwertfisch die Grenzwerte überschritten (Fussenegger et al., 2007).

Zusammenfassung:

Während der Schwangerschaft erhöht sich der Energie- und Nährstoffbedarf. Schwangere in Österreich können diesen Mehrbedarf nicht bei allen Nährstoffen decken. Die Energieaufnahme ist grenzwertig, wobei jedoch die Aufnahme an **gesättigten Fetten** und **Cholesterin** zu hoch ist. Bedenklich zu niedrig ist die durchschnittliche Aufnahme an **Folsäure, Vitamin D, Eisen** und **Jod**. Die durchschnittliche Zufuhrmenge an den Mikronährstoffen **Vitamin E, Vitamin B₆, Calcium** und **Magnesium** liegt knapp unterhalb der D-A-CH Referenzwerte.

Für die Zufuhr **langkettiger mehrfach ungesättigter Fettsäuren** werden laut Konsensuskonferenz 2007 für Schwangere und Stillende 200 mg Docosahexaensäure pro Tag empfohlen. Für Frauen die selten bzw. nie Fisch essen, wird die Verwendung von Omega-3-Fettsäure-Supplementen empfohlen. Omega-3-Fettsäuren bewirken eine gesündere Schwangerschaft mit höherem Geburtsgewicht und geringerer Anzahl an Frühgeburten, sowie eine positive kindliche Entwicklung der Augen und des Gehirns.

Um negative Effekte aufgrund von Bleikontaminationen zu vermeiden, wird von der Environmental Protection Agency empfohlen, auf Haifisch, Schwertfisch, Königsmakrele und Ziegelfisch während der Schwangerschaft zu verzichten. Laut Untersuchungen der AGES wiesen verschiedene Fischarten wie Haifisch und Schwertfisch hohe Quecksilbergehalte auf.

Literatur:

Freisling H, Elmadfa I, Gall I. The effect of socioeconomic status on dietary intake, physical activity and Body Mass Index in Austrian pregnant women. J Hum Nutr Diet 2006; 19:437-445.

Fussenegger D, Suppin D, Raheem A, Widhalm K. Welcher Fisch soll auf den Tisch? Omega-3-Fettsäuren versus Quecksilberbelastung. Ernährungsmedizin 2007; 3:6-13.

Halldorsson TI, Meltzer H, Thorsdottir I, Knudsen V, Olsen S. Is High Consumption of Fatty Fish during Pregnancy a Risk Factor for Fetal Growth Retardation? A Study of 44,824 Danish Pregnant Women. *Am J Epidemiol.* 2007; 166(6):687-96.

Hibbeln JR, Davis JM, Steer C, Emmett P, Rogers I, Williams C, Golding J. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study. *Lancet.* 2007; 369(9561):578-85.

Koletzko B, Cetin I, Brenna J. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *Br J Nutr.* 2007; 10:1-5.

Kressirer P. Nahrungszufuhr von Omega-3 Fettsäuren bei Schwangeren. 2007. <http://idw-online.de/pages/de/news222786>. Zugriff am 6.9.2007.

Montgomery KS. Improving Nutrition in Pregnant Adolescents: Recommendations for Clinical Practitioners. *J Perinat Educ.* 2003 Spring; 12(2):22-30.

US Department of Health and Human Service, US Environmental Protection Agency. What you need to know about mercury in fish and shellfish 2004, EPA and FDA advice for: woman who might become pregnant, women who are pregnant, nursing mothers, young children. Washington, DC, 2004. Report number EPA-823-R-04-005.

2.3. Bewegung

Bewegung ist Teil eines gesunden Lebensstils, welcher auch während der Schwangerschaft eine wichtige Voraussetzung für einen komplikationslosen Verlauf ist. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass regelmäßige Bewegung während der Schwangerschaft positive Auswirkungen auf Mutter und Kind hat (Weissgerber et al., 2006). Es wird berichtet, dass durch sportliche Aktivität das Gestationsdiabetesrisiko um 50 % und das Präeklampsierisiko um 40 % minimiert werden kann (Dempsey et al., 2005). Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) veröffentlichte im Jahr 2002 Empfehlungen für Bewegung während der Schwangerschaft. Die Empfehlung lautet für komplikationsfreie Schwangerschaften täglich 30 Minuten mäßige Bewegung (3 – 5 metabolische Äquivalente; metabolisches Äquivalent = 1 kcal/kg/Stunde), wie Walken, Schwimmen, Joggen oder Aerobic (Acog Committee Opinion, 2002; Artal und O’Tool, 2003). Die Bewegung führte zur Verbesserung der kardiorespiratorischen Vitalität und Stärkung des Bewegungsapparates. Auch bei medizinischen Problemen kann Bewegung betrieben werden, mit der Voraussetzung einer vorausgehenden ärztlichen Evaluation (Artal und O’Tool, 2003). Tabelle 2 zeigt die Kontraindikation von sportlicher Aktivität.

Tabelle 2 Kontraindikation von sportlicher Aktivität (Artal und O’Tool, 2003)

Sportliche Aktivität ist absolut kontraindiziert bei:	Sportliche Aktivität ist relativ kontraindiziert bei:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Häodynamische wirksamer Herzkrankheit ▪ Restriktiver Lungenkrankheit ▪ Inkompetentem Muttermund ▪ Risiko für frühzeitige Wehen ▪ Anhaltende Blutungen während des 2. und 3. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwerer Anämie ▪ Chronischer Bronchitis ▪ Unklaren Herzrhythmusstörungen ▪ Schlecht kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 1 ▪ Starker Adipositas

Trimesters	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plazenta praevia (tief liegende Plazenta) ▪ Vorzeitigem Blasensprung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremem Untergewicht (BMI < 12) ▪ Extrem sesshaften Lebensstil vor der Schwangerschaft
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühzeitigen Wehen während der Schwangerschaft ▪ Schwangerschaftsinduzierter Hypertonie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intrauteriner Wachstumsrestriktion ▪ Schlecht kontrollierter Hypertonie und Präeklampsie ▪ Orthopädische Probleme ▪ Epilepsie ▪ Schlecht kontrollierter Schilddrüsenerkrankung ▪ Starkem Rauchen

Die sportliche Betätigung sollte in thermoneutraler Umgebung stattfinden und es sollte auf eine ausreichende Energie- und Kohlenhydratzufuhr geachtet werden. Schwangere setzen während der Bewegung mehr Kohlenhydrate um, als Nicht-Schwangere (Artal und O'Tool, 2003). Der Bewegung kommt eine immer höhere Bedeutung für die Gewichtskontrolle, auch während der Schwangerschaft, zu. Eine übermäßige Gewichtszunahme während der Gravidität soll mittels moderater Bewegung minimiert werden (Haakstad et al., 2007).

Positive Effekte:

- Steigerung der körperlichen Fitness
- Vergrößerung kardiopulmonaler Reserven
- Vermeidung schwangerschaftstypischer Rückenschmerzen
- Mit zunehmender Fitness und Sportlichkeit ändert sich die Einstellung zu Alkohol, Nikotin und Koffein
- Verhinderung exzessiver Gewichtszunahme
- Verringerung des Risikos von Gestationsdiabetes
- Geburt wird als leichter empfunden
- Verkürzung der postpartalen Erholungsphase
- Steigerung des subjektiven Wohlbefindens, Zufriedenheit und Selbstwertgefühls (Kagan und Kuhu, 2004)
- Verringerung des Risikos einer Präeklampsie (Artal und O'Tool, 2003)
- Stärkung des Bewegungsapparates (Artal und O'Tool, 2003).

Zusammenfassung:

Bewegung in der Schwangerschaft kann sich positiv auf Mutter und Kind auswirken. Studien zeigen, dass durch sportliche Aktivität das Risiko für Gestationsdiabetes um 50 % und Präeklampsie um 40 % verringert werden kann. Bewegung verbessert die kardiorespiratorische Vitalität und stärkt den Bewegungsapparat. Das American College of Obstetricians and Gynecologists empfiehlt Schwangeren täglich 30 Minuten Bewegung.

Literatur:

Acog Committee Opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol. 2002; 99(1):171-3.

Artal R, O'Tool M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Br J Sports Med. 2003; 37:6-12.

Dempsey J C, Butler C L, Williams M A. No need for a pregnant pause: physical activity may reduce the occurrence of gestational diabetes mellitus and preeclampsia. *Exerc sport Sci Rev.* 2005; 33(3):141-9.

Haakstad L A, Voldner N, Henriksen T, Bø K. Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(5):559-64.

Kagan K O, Kuhu U. Sports and pregnancy. *Herz.* 2004; 29(4):426-34.

Weissgerber T L, Wolfe L A, Davies G A, Mottola M F. Exercise in the prevention and treatment of maternal-fetal disease: a review of the Literature. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2006; 31(6):661-74.

2.4. Gewichtszunahme während der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft treten viele Veränderungen im Körper der Frau auf, so auch eine, ab der 10. Schwangerschaftswoche merkbare Gewichtszunahme. Ab diesem Zeitpunkt wird eine zusätzliche Energieaufnahme von 1,1 MJ/Tag empfohlen. Eine bedarfsgerechte Energieversorgung ist essentiell für eine gute Entwicklung des Embryos und einen guten gesundheitlichen Zustand der Schwangeren. Tabelle 3 zeigt die allgemeinen Empfehlungen, abhängig vom Ausgangsgewicht (aid, DGE, FKE, 2003).

Tabelle 3 Empfehlungen zur Gewichtszunahme während der Schwangerschaft (aid, DGE, FKE, 2003)

Ausgangspunkt (BMI)	Empfohlene Gewichtszunahme während der Schwangerschaft
Niedrig (< 19,8 kg/m ²)	12,5 – 18,0 kg
Mittel (19,8-26,0 kg/m ²)	11,5 – 16,0 kg
Hoch (> 26,0 kg/m ²)	7,0 – 11,5 kg

Groth et al. empfehlen für die Beurteilung der Gewichtszunahme die Verwendung der Body Mass Index (BMI)-Perzentilen des Centers for Disease Control and Prevention, da kleine Personen oft falsch klassifiziert werden (Groth et al., 2007). Voigt et al. empfehlen weiters für die Beurteilung der Gewichtszunahme auch die Körpergröße mit einzubeziehen (Voigt et al., 2007).

Für Schwangere besteht das Risiko einer exzessiven und einer marginalen Gewichtszunahme. Bei einer prospektiven Kohortenstudie in North Carolina von 1988 – 2003, bei der Daten von 1.463.936 Schwangeren analysiert wurden, konnte ein 6,3 prozentiger Rückgang in der normalen Gewichtszunahme während der Schwangerschaft beobachtet werden. Bei 70,6 % der Schwangeren entsprach die Zunahme den Referenzwerten. 10 % nahmen zu wenig und 19,5 % nahmen zu viel zu (Helms et al., 2006). Die gestationale Gewichtszunahme beeinflusst das prenatale Wachstum des Kindes. Eine höhere Gewichtszunahme während der Schwangerschaft ist mit einem höheren Geburtsgewicht assoziiert (Oken et al.; 2007; Lajou et al., 2004; Shapiro et al., 2000) und umgekehrt (Frederick et al., 2007; Gardner et al., 2007). Eine mütterliche Gewichtszunahme während der Schwangerschaft unterhalb des Medians der gestationalen Gewichtszunahme erhöhte das Risiko eines geringen Geburtsgewichts um das Zweifache (RR 2,04; 95% CI 1,34 – 3,11) (Frederick et al., 2007).

Körpergröße und Körpergewicht vor der Schwangerschaft sind wichtige Determinanten für die Gewichtszunahme. Je höher das Ausgangsgewicht, desto höher die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft (Voigt et al., 2007). Ein weiterer Einflussfaktor auf die Gewichtszunahme ist körperliche Aktivität. Bei Frauen mit regelmäßiger Bewegung konnte eine geringere Gewichtszunahme festgestellt werden (Haakstad et al., 2007). Die Häufigkeit der Mahlzeiteinnahme scheint sich ebenfalls auf das mütterliche Körpergewicht auszuwirken. Das amerikanische Institute of Medicine (IOM) empfiehlt 3 Mahlzeiten und 2 oder mehr Snacks pro Tag. Frauen mit geringerer Mahlzeitenfrequenz waren schwerer vor der Geburt, älter, hatten eine geringere Gesamtenergieaufnahme und ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt (OR 1,30) (Siega-Riz et al., 2001).

2.4.1. Risiko bei marginalem Geburtsgewicht

Niedriges Geburtsgewicht wird assoziiert mit:

- Erhöhtem BMI im Erwachsenenalter (Curhan et al., 1996; Huang et al., 2007)
- Erhöhtem systolischen Blutdruck im Erwachsenenalter (Gamborg et al., 2007; Gunnarsdottir et al., 2004; Veena et al., 2007; Ramadhani et al., 2006)
- Diabetes mellitus Typ 2 (Rich-Edwards et al., 1999)
- Metabolischem Syndrom (Fagerberg et al., 2004; Ramadhani et al., 2006)
- Weiblichen Babys (beta = -168;7, p < 0.001) (Frederick et al., 2007).

Geringes Geburtsgewicht wird mit höherem BMI im Erwachsenenalter assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Übergewicht im Erwachsenenalter gleicht demnach einer U-Kurve, da auch schwere Babys zu Adipositas tendieren (Curhan et al., 1996; Huang et al., 2007).

Bei geringem Geburtsgewicht neigen die Erwachsenen zu höherem systolischen Blutdruck, dies zeigte eine Metaanalyse von 20 nordischen Studien. Die inverse Assoziation zwischen Geburtsgewicht und systolischem Blutdruck ist bei Frauen mit -2,80 mmHg/kg (95% CI 3,85 – 1,76) stärker als bei Männer mit -1,52 mmHg/kg (95% CI 2,27 – 0,77) (Gamborg et al., 2007; Ramadhani et al., 2006). Diese inverse Beziehung wurde von einer isländischen Studie an 3.707 Personen (Gunnarsdottir et al., 2004) beobachtet und ebenfalls von einer indischen Studie, wobei hier die inverse Assoziation zwischen mütterlichem Gewicht bei der Geburt und dem systolischen Blutdruck des Erwachsenen diskutiert wurde (Veena et al., 2007).

Die Nurses Health Study zeigte eine positive Assoziation zwischen geringem Geburtsgewicht und erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2. Die Assoziation war am stärksten bei Frauen, deren Mütter keine Vorgeschichte von Diabetes aufwiesen (Rich-Edwards et al., 1999).

Ein niedriges Geburtsgewicht erweist sich als Risikofaktor für das metabolische Syndrom. Kinder mit geringem Geburtsgewicht haben eine beschleunigte Gewichtszunahme während des Wachstums, diese Tatsache wird mit dem Auftreten des metabolischen Syndroms mit 58 Jahren assoziiert. Das metabolische Syndrom tritt häufiger bei Personen bei einem Altersgipfel von 58 Jahren auf, die in der dritten Tertile geboren wurden, als bei Personen die in andern Tertilen geboren wurden (p = 0,008) (Fagerberg et al., 2004). Ramadhani et al. bestätigten diese Ergebnisse. Personen in niedrigen Gewichtstertilen (1.250 – 3.209 g und 3.210 – 3.649 g) hatten ein höheres Risiko für metabolisches Syndrom, als jene, die in höheren Gewichtstertilen geboren wurden (3.650 – 5.500 g) (OR 1,8; 95% CI jeweils 1,0 – 3,5; 0,7 – 2,7; p = 0,064), angepasst an Geschlecht, Familienanamnese für kardiovaskuläre Erkrankungen und Bildungsgrad (Ramadhani et al. 2006).

2.4.2. Risiko bei erhöhtem Geburtsgewicht

Ein erhöhtes Geburtsgewicht wird positiv assoziiert mit einem BMI im Erwachsenenalter (Haakstad et al., 2007; Oken und Gillman, 2003; Gunnarsdottir et al., 2004). Bei dieser Beziehung sind sich die aktuellen Studien einig, nicht aber bei dem Einfluss des Geburtsgewichts auf die Entwicklung von Adipositas.

Eine isländische retrospektive Kohortenstudie von 1.874 Männer und 1.833 Frauen konnte bei beiden Geschlechtern eine positive Assoziation zwischen Geburtsgewicht und BMI beobachten ($\beta = 0,35 \pm 0,14 \text{ kg/m}^2$, angepasst $R^2 = 0,015$, $p = 0,012$ und $\beta = 0,34 \pm 0,17 \text{ kg/m}^2$, angepasst $R^2 = 0,055$, $p = 0,043$, jeweils für Männer und Frauen). Weiters konnte festgestellt werden, dass ein erhöhtes Geburtsgewicht kein Risikofaktor für Adipositas bei Erwachsenen war ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (Gunnarsdottir et al., 2004). Eine Erklärung könnte sein, dass das Geburtsgewicht positiv mit der Lean Body Mass, jedoch nicht mit der Gesamtfettmasse assoziiert ist (Singhal et al., 2003; Gale et al., 2007). Eine Erhöhung des Geburtsgewichts um 1 SD erhöht die fettfreie Masse um 0,9 – 1,4 kg (2,3 %) bei Erwachsenen. Niedriges Geburtsgewicht ist mit geringerer Magermasse assoziiert. Daraus resultiert eine geringere metabolische Aktivität bei Erwachsenen mit geringerem Geburtsgewicht. Bei zusätzlicher energiedichtere Ernährung kann es zu einer Prädisposition für Adipositas im späteren Leben kommen. Dieser Zusammenhang könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass sich niedriges Geburtsgewicht als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen erweist, da die Körperzusammensetzung ein wichtiger Bestimmungsfaktor für dessen Entstehung ist (Singhal et al., 2003).

Die Ergebnisse der Kieler Obesity Prevention Study (KOPS) zeigten hingegen, dass hohes Geburtsgewicht sowie elterliches Körpergewicht und niedriger sozioökonomischer Status die stärksten Einflussfaktoren für Übergewicht und Adipositas im Alter von 5 – 7-Jährigen Schulkindern sind. Geburtsgewicht war nur mit Adipositas positiv assoziiert und nicht mit Übergewicht im Alter von 5 – 7 Jahren (Danielzik et al., 2004).

Als mögliche Mechanismen für die Beziehung Geburtsgewicht und späteren BMI werden diskutiert (Oken et al., 2003):

- Veränderungen im Verhältnis Fett- zu Magermasse
- Veränderungen in der Appetitregulierung im Zentralnervensystem
- Veränderungen in Struktur und Funktion des Pankreas.

2.4.3. Auswirkung des Körpergewichtes der Mutter vor und während der Schwangerschaft

Körpergewicht vor der Schwangerschaft ist positiv mit dem Geburtsgewicht des Kindes assoziiert (Frederick et al., 2007; Gardner et al., 2007). Übergewichtige Frauen (BMI von 25,0 – 29,9 kg/m^2) leiden öfter an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (Olafsdottir et al., 2006). Einer Studie zufolge hatten adipöse Frauen ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$) ein erhöhtes Risiko für Gestationsdiabetes ($p < 0,001$), Hypertonie ($p < 0,001$) und Präeklampsie ($p < 0,001$), eine äußere Geburtseinleitung ($p < 0,001$), Gefahr des Fötus durch Kaiserschnitt ($p < 0,001$) und Blutungen nach der Geburt ($p = 0,003$). Adipositas der Schwangeren wirkte sich auch auf die Nachkommen aus. Neugeborene brauchten öfter eine frühkindliche Reanimation

($p = 0,001$) und kamen häufiger hypoglykämisch zur Welt ($p = 0,007$) (Doherty et al., 2006). Eine weitere Studie zeigte, dass Adipositas zu Fehlbildungen wie Spina bifida, Herzfehler, angeborener Afterverschluss, Hypospadias, Verkümmern der Gliedmassen, Zwerchfellbruch und Nabelschnurbruch der Nachkommen führen kann (Waller et al., 2007).

2.4.4. Wirkung einzelner Nährstoffe auf die Gewichtszunahme

Der Einfluss der Ernährung auf die Prävention erhöhter Gewichtszunahme während der Schwangerschaft bei Mutter und Kind wird kontrovers diskutiert.

Mutter

Die mütterliche Gewichtszunahme am Ende des zweiten Trimesters war signifikant assoziiert mit der Aufnahme an Energie (+0,9 kg/s.d. der Aufnahme; $p \sim 0,006$), energieangepasstem Protein (+3,1 kg/s.d. der Aufnahme; $p < 10^{-4}$), Fetten tierischen Ursprungs (+2,6 kg/s.d. der Aufnahme; $p < 10^{-4}$) und Kohlenhydraten (-5,2 kg/s.d. der Aufnahme; $p < 10^{-4}$) (Lagiou et al., 2004).

Kramer et al. beobachteten, dass bei übergewichtigen und schnell zunehmenden Schwangeren durch Energie-/Proteinrestriktion die wöchentliche Gewichtszunahme und das Geburtsgewicht reduziert werden kann, jedoch das erhöhte Risiko für Gestationsdiabetes und Präeklampsie bestehen blieb (Kramer und Kakuma, 2003).

Kind

Protein

Studien über den Zusammenhang zwischen Proteinaufnahme der Mutter und Auswirkungen auf das Geburtsgewicht zeigen uneinheitliche Ergebnisse.

Eine Langzeitstudie an 77 gesunden Frauen mit Kinderwunsch zeigte, dass Protein jener Makronährstoff mit dem größten Einfluss auf die Gewichtszunahme des Kindes ist. Eine Erhöhung der mütterlichen Proteinaufnahme um 1 g vor und während der Schwangerschaft (6., 10. und 26. Woche) erhöhte das Geburtsgewicht um 7,8 – 11,4 g (Cuco et al., 2006).

Im Gegensatz dazu zeigte eine australische Studie an 1.044 Mutter-Kind-Paaren durch eine 10 g Erhöhung der absoluten Proteinaufnahme eine Gewichtsreduktion des Neugeborenen um 17,8 g. Eine erhöhte Proteinaufnahme im dritten Trimester war mit einem niedrigeren Ponderal Index bei Neugeborenen mit höherem Geburtsgewicht assoziiert (Andreasyan et al., 2007).

Kohlenhydrate

Durch einen einprozentigen Anstieg der Kohlenhydratzufuhr konnte das Plazentagewicht relativ zum Geburtsgewicht um 1 % gesenkt werden (Andreasyan et al., 2007).

Vitamin C

Eine Erhöhung der Vitamin C-Zufuhr kann das Geburtsgewicht sowie das Plazentagewicht erhöhen (Mathews et al., 1999).

Einfluss der mütterlichen Ernährung auf die Kinder

Shiell et al. konnten feststellen, dass Kinder von Müttern mit hoher Energie- und Proteinaufnahme während der späten Schwangerschaft einen reduzierten Insulinanstieg zwischen Nüchtern- und 30 Minuten Blutzuckerspiegel hatten. Es konnte eine 7-prozentige Senkung des Anstiegs pro 10 g Erhöhung der Proteinzufuhr und eine 4,9-prozentige Senkung pro 10 g Erhöhung der Fettzufuhr beobachtet werden. Eine hohe Zufuhr an Protein und Fett konnte die Entwicklung von Beta-Zellen des Pankreas beeinträchtigen und zu Insulinmangel bei den Nachkommen führen (Shiell et al., 2000).

Singhal et al. konnten zeigen, dass eine frühe nährstoffreiche Ernährung die Leptinkonzentration erhöhte, welche im Zusammenhang mit dem Auftreten von Adipositas steht (Singhal et al., 2002).

Zusammenfassung:

Eine adäquate Gewichtszunahme während der Schwangerschaft ist essentiell für die Entwicklung und das Wachstum des Embryos. Eine zu geringe sowie zu hohe gestationale Gewichtszunahme kann sich negativ auf das Ungeborene auswirken. Eine höhere Gewichtszunahme während der Schwangerschaft ist mit einem höheren Geburtsgewicht assoziiert und umgekehrt.

Studien zeigen, dass niedriges Geburtsgewicht mit einem erhöhtem Body Mass Index und systolischem Blutdruck, Diabetes mellitus Typ 2 und metabolischem Syndrom assoziiert ist. Auch ein hohes Geburtsgewicht wird mit einem höheren Body Mass Index im Erwachsenenalter in Zusammenhang gebracht. Jedoch stellt es keinen Risikofaktor für Adipositas im Erwachsenenalter dar.

Die mütterliche Ernährung während der Schwangerschaft hat maximal einen geringen Einfluss auf das Geburtsgewicht des Kindes. Der Einfluss der Ernährung während der Schwangerschaft, insbesondere die Proteinzufuhr, wird hinsichtlich der Prävention erhöhter Gewichtszunahme beim Kind kontrovers diskutiert.

Studien zeigen auch, dass übergewichtige Frauen öfter an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen leiden und adipöse Frauen ein erhöhtes Risiko für Hypertonie und Präeklampsie, äußere Geburtseinleitung und Blutungen nach der Geburt hatten. Weiters brauchten Säuglinge adipöser Mütter öfter eine frühkindliche Reanimation und kamen häufiger hypoglykämisch zur Welt. Adipositas der Mutter kann weiters zu Fehlbildungen bei den Kindern führen.

Es konnte festgestellt werden, dass eine hohe Protein- und Fettaufnahme während der Schwangerschaft zu Insulinmangel bei den Nachkommen führen kann.

Studien deuten auch darauf hin, dass eine Erhöhung der Aufnahme an Energie, energieangepasstem Protein und Fetten tierischen Ursprungs die Gewichtszunahme der Mutter erhöht, während es durch eine kohlenhydratreiche Ernährung zu einer geringeren Gewichtszunahme kommt.

Literatur:

aid, DGE, FKE. Empfehlungen für die Ernährung von Mutter und Kind - Schwangerschaft und Stillzeit. 2. Auflage; 2003.

Andreasyan K, Ponsonby AL, Dwyer T, Morley R, Riley M, Dear K, Cochrane J. Higher maternal dietary protein intake in late pregnancy is associated with a lower infant ponderal index at birth. Eur J Clin Nutr. 2007; 61(4):498-508.

Cucó G, Arija V, Iranzo R, Vilà J, Prieto MT, Fernández-Ballart J. Association of maternal protein intake before conception and throughout pregnancy with birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85(4):413-21.

Curhan GC, Chertow GM, Willet WC, Spiegelmann D, Colditz GA, Manson JE, Speizer MD, Stampfer MJ. Birth Weight and Adult Hypertension and Obesity in Women. Circulation. 1996; 94(6):1310-5.

Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnäse K, Dilba B, Müller MJ. Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Int J Obes Relat Metab Disord. 2004; 28(11):1494-502.

Doherty DA, Magann EF, Francis J, Morrison JC, Newnham JP. Pre-pregnancy body mass index and pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006; 95(3):242-7.

Fagerberg B, Bondjers L, Nilsson P. Low birth weight in combination with catch-up growth predicts the occurrence of the metabolic syndrome in men at late middle age: the Atherosclerosis and Insulin Resistance study. *J Intern Med.* 2004; 256(3):254-9.

Frederick IO, Williams MA, Sales AE, Martin DP, Killien M. Pre-pregnancy Body Mass Index, Gestational Weight Gain, and Other Maternal Characteristics in Relation to Infant Birth Weight. *Matern Child Health J.* 2007; 23.

Gale CR, Martyn CN, Kellingray S, Eastell R, Cooper C. Intrauterine Programming of Adult Body Composition. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 86(1): 267-72.

Gamborg M, Byberg L, Rasmussen F, Andersen PK, Baker JL, Bengtsson C, Canoy D, Drøyvold W, Eriksson JG, Forsén T, Gunnarsdottir I, Järvelin MR, Koupil I, Lapidus L, Nilsen TI, Olsen SF, Schack-Nielsen L, Thorsdottir I, Tuomainen TP, Sørensen TI. Birth Weight and Systolic Blood Pressure in Adolescence and Adulthood: Meta-Regression Analysis of Sex- and Age-specific Results from 20 Nordic Studies. *Am J Epidemiol.* 2007; 166(6):634-45.

Groth S. Are the Institute of Medicine recommendations for gestational weight gain appropriate for adolescents? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36(1): 21-7.

Gunnarsdottir I, Birgisdottir BE, Benediktsson R, Gudnason V, Thorsdottir I. Association between size at birth, truncal fat and obesity in adult life and its contribution to blood pressure and coronary heart disease; study in a high birth weight population. *Eur J Clin Nutr.* 2004; 58(5):812-8.

Haakstad L A, Voldner N, Henriksen T, Bø K. Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(5): 559-64.

Helms E, Coulson CC, Galvin SL. Trends in weight gain during pregnancy: A population study across 16 years in North Carolina. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194: e32-e34.

Huang JS, Lee TA, Lu MC. Prenatal programming of childhood overweight and obesity. *Matern Child Health J.* 2007; 11(5):461-73.

Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (4):CD000032.

Lagiou P, Tamimi RM, Mucci LA, Adami HO, Hsieh CC, Trichopoulos D. Diet during pregnancy in relation to maternal weight gain and birth size. *Eur J Clin Nutr.* 2004; 58(2):231-7.

Mathews F, Yudkin P, Neil A. Influence of maternal nutrition on outcome of pregnancy: prospective cohort study. *BMJ* 1999; 319:339-43.

Oken E, Taveras EM, Kleinman KP, Rich-Edwards JW, Gillman M W. Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196(4): 322.e1-8.

Oken E, Gillman MW. Fetal Origins of Obesity. *Obes Res.* 2003; 11: 496-506.

Olafsdottir AS, Skuladottir GV, Thorsdottir I, Hauksson A Steingrimsdottir L. Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *Int J Obes* 2006; 30(3): 492-9.

Ramadhani MK, Grobbee DE, Bots ML, Castro Cabezas M, Vos LE, Oren A, Uiterwaal CS. Lower birth weight predicts metabolic syndrome in young adults: the Atherosclerosis Risk in Young Adults (ARYA)-study. *Atherosclerosis*. 2006; 184(1):21-7.

Rich-Edwards JW, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Gillman MW, Hennekens CH, Speizer FE, Manson JE. Birthweight and the risk for type 2 diabetes mellitus in adult women. *Ann Intern Med*. 1999; 130(4 Pt 1):322-4.

Shapiro C, Sutija VG, Bush J. Effect of maternal weight gain on infant birth weight. *J Perinat Med*. 2000; 28(6):428-31.

Shiell AW, Campbell DM, Hall MH, Barker DJ. Diet in late pregnancy and glucose-insulin metabolism of the offspring 40 years later. *BJOG*. 2000; 107(7):890-5.

Siega-Riz AM, Herrmann TS, Savitz DA, Thorp JM. Frequency of eating during pregnancy and its effect on preterm delivery. *Am J Epidemiol*. 2001; 153(7):647-52.

Singhal A, Wells J, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Programming of lean body mass: a link between birth weight, obesity, and cardiovascular disease? *Am J Clin Nutr* 2003; 77:729-30.

Singhal A, Farooqi IS, O'Rahilly S, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Early nutrition and leptin concentrations in later life. *Am J Clin Nutr*. 2002; 75: 993-9.

Veena SR, Geetha S, Leary SD, Saperia J, Fisher DJ, Kumaran K, Coakley P, Stein CE, Fall CH. Relationships of maternal and paternal birthweights to features of the metabolic syndrome in adult offspring: an inter-generational study in South India. *Diabetologia*. 2007; 50(1):43-54.

Voigt M, Straube S, Olbertz D, Häuser B, Schneider KT. The Relationship between Body Weight, Body Height, Body Mass Index and Weight Gain during Pregnancy. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2007; 211(4):147-52.

Waller DK, Shaw GM, Rasmussen SA, Hobbs CA, Canfield MA, Siega-Riz AM, Gallaway MS, Correa A. Prepregnancy obesity as a risk factor for structural birth defects. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161(8):745-50.

2.5. Ernährungsverhalten während der Schwangerschaft – Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Kinder

Zurzeit wird diskutiert, ob und in welchem Ausmaß die metabolische Prägung mit gezielten Interventionsmaßnahmen an der Ernährung beeinflussbar ist (Frankhänel, 2007).

Kinder, deren Mütter im letzten Trimester der Schwangerschaft für 4 Tage pro Woche für 3 aufeinander folgende Wochen 300 ml Karottensaft tranken, aßen im Alter von 5 Monaten signifikant lieber Getreide mit Karottensaft als Getreide ($p = 0,005$). Kinder von Müttern, die während der ersten 2 Monaten der Stillzeit Karottensaft tranken, zeigten ähnliche, jedoch nicht signifikante Ergebnisse ($p = 0,12$). Kein signifikanter Unterschied in der Präferenz der Getreideprodukte war bei der Kontrollgruppe – bei Kindern, deren Mütter keinen Karottensaft während der Schwangerschaft oder Stillzeit tranken – zu beobachten (Mennella et al., 2001).

Eine weitere Studie konnte feststellen dass Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft Anis gegessen hatten, direkt nach der Geburt oder am vierten Tag nach der Geburt eine Präferenz für Anis-Geruch zeigten (Schaal et al., 2000).

Zusammenfassung:

Gegenstand aktueller Diskussionen ist das Ausmaß der Beeinflussung der Ernährung während der Schwangerschaft im Hinblick auf die metabolische Prägung. Studien weisen darauf hin, dass unter anderem schon die Geschmackspräferenzen der Kinder bereits im Mutterleib geprägt werden.

Literatur:

Fankhänel S. ERNEST. Langfristige Auswirkungen der frühen Ernährung. Ernährung. 2007; 3: 132-135.

Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. Pediatrics. 2001; 107(6):E88.

Schaal B, Marlier L, Soussignan R. Human foetuses learn odours from their pregnant mother's diet. Chem Senses. 2000; 25(6):729-37.

2.6. Nahrungsmittelallergie in der Schwangerschaft

In Österreich stehen Allergien an dritter Stelle der Liste chronischer Erkrankungen. 1,1 Mio. Menschen sind betroffen. Wird das allergische Asthma dazu gezählt, leidet jede fünfte Person an einer Allergie, Frauen deutlich häufiger als Männer (24 % bzw. 18 %). Allergien treten bei jungen Personen häufiger auf, so geben bei den 15- bis 29-Jährigen 22 % der Männer und 27 % der Frauen an, jemals eine Allergie (inklusive allergischem Asthma) gehabt zu haben. Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit ab (Statistik Austria, 2006/2007).

2.6.1. Einfluss der Umgebung auf die Entstehung von Allergien

In den letzten Jahren zeigten Studien, dass das Aufwachsen in einer bäuerlichen Umgebung präventiven Einfluss auf die Entwicklung von Heuschnupfen und atopischer Sensibilisierung hat (Ege et al., 2007). Ege et al. haben zusätzlich beobachtet, dass eine erhöhte mikrobielle Umgebung während der Schwangerschaft Einfluss auf die Entwicklung von allergischer Sensibilisierung und Expression von Rezeptoren in der angeborenen Immunität bei Schulkindern hat (angepasstes OR 0,58; 95% CI 0,39 – 0,86). Eine ländliche Umgebung während der Schwangerschaft kann vorbeugende Wirkung auf eine allergische Sensibilisierung der Nachkommen haben (Ege et al., 2006).

2.6.2. Einfluss der mütterlichen Ernährung auf die Entstehung von Allergien

Die mütterlichen Ernährungsgewohnheiten während der Schwangerschaft kann die fötale Immunantwort, die mit Allergie in der Kindheit assoziiert ist, beeinflussen.

Bei der deutschen prospektiven Kohortenstudie LISA zeigen die Daten von 2.641 2-jährigen Kindern, dass die mütterliche Ernährung während der Gestation Einfluss auf die Entstehung von Ekzemen bei Kindern hat. Hohe mütterliche Aufnahme von Margarine (adjustiertes OR 1,49; 95% CI 1,08 – 2,89) und Pflanzenöl (adjustiertes OR 1,48; 95% CI 1,14 – 1,91) während der letzten vier Schwangerschaftswochen war positiv und hoher mütterlicher Fischkonsum (adjustiertes OR 0,75; 95% CI: 0,75 – 0,98) invers assoziiert mit Ekzembildung innerhalb der ersten zwei Lebensjahren der Nachkommen. Hoher Sellerie- (adjustiertes OR 1,49; 95% CI 1,85 – 2,89) und Zitrusfruchtkonsum erhöht das Risiko für die Sensibilisierung gegen Lebensmittelallergene. Sensibilisierung gegen inhalative Allergene war positiv verbunden mit einer hohen mütterlichen Aufnahme von pflanzlichen Frittierfetten (adjustiertes OR 1,61; 95% CI 1,02 – 2,54), rohem Paprika (adjustiertes OR 2,16; 95% CI 1,20 – 3,90) und Zitrusfrüchten (angepasstes OR 1,72; 95% CI 1,02 – 2,92). Aus diesen Ergebnissen ergibt sich, dass die Aufnahme allergener Lebensmittel und Lebensmittel reich an mehrfach ungesättigten Omega-6-Fettsäuren während der Schwangerschaft das Allergierisiko bei den Kindern erhöhen und Lebensmittel, reich an mehrfach ungesättigten Omega-3-Fettsäuren, das Risiko senken können (Sausenthaler et al., 2007).

Eine Studiengruppe hat getestet, ob Erdnusskonsum während der Schwangerschaft Einfluss auf die Entstehung von Erdnussensibilisierung bei Kindern zwischen 0 und 3 Jahren hat. 43 Frauen von atopischen Familien wurden über ihren Erdnussverzehr während der Schwangerschaft befragt. Schwangere, die mehr als einmal pro Woche Erdnüsse konsumierten, hatten ein erhöhtes Risiko, ein auf Erdnüsse allergisches Kind zu bekommen, als Frauen die weniger Erdnüsse verzehrten (OR 3,97; 95% CI 0,73 – 24). Weiters wurde eine Assoziation zwischen Erdnussensibilisierung und Allergisierung auf Soja ($p = 0,0002$), Weizen

($p = 0,03$), und Kabeljau ($p = 0,03$) festgestellt. Demnach erhöht Erdnussensibilisierung das Risiko einer Sensibilisierung auf andere Lebensmittel (Frank et al., 1999).

Eine Studie an 1.253 Kindern im Alter von 5 Jahren und deren Müttern ergab, dass Apfel- und Fischkonsum während der Schwangerschaft präventive Wirkung auf die Entstehung von Keuchhusten, Asthma und Ekzemen ausüben. Mütterlicher Apfelkonsum war positiv assoziiert mit jemals Episoden von Giemen (OR höchste vs niedrigste Tertile 0,63; 95% CI 0,42 – 0,95), jemals Episoden von Asthma (OR 0,54; 95% CI 0,32 – 0,92) und ärztlich diagnostiziertem Asthma (OR 0,47; 95% CI 0,27 – 0,82) bei Kindern. Mütterlicher Fischkonsum war assoziiert mit ärztlich bestätigtem Ekzem (OR ≥ 1 /Woche vs. nie 0,57; 95% CI 0,35 – 0,92) bei Kindern (Willers et al., 2007).

Eine Untersuchung an 462 Schwangeren und deren Kinder im Alter von 6 Jahren zeigte, dass Fischverzehr während der Schwangerschaft präventive Wirkung auf das Risiko für Ekzem bei 1-Jährigen, positiven Haut Prick Test auf Hausstaubmilbe und atopisches Keuchhusten bei 6-Jährigen hat (OR 0,73; 95% CI 0,55 – 0,98; OR 0,68; 95% CI 0,46 – 1,01 und OR 0,55; 95% CI 0,31 – 0,96). Eine Erhöhung des Fischverzehrs von einmal pro Woche auf 2,5-mal pro Woche, senkt das Risiko für Ekzeme bei 1-Jährigen um 37 % und für einen positiven Haut Prick Test bei 6-Jährigen um 35 % (Romieu et al., 2007).

Probiotika Behandlung während der Schwangerschaft und in den ersten 6 Monaten reduzierte das Auftreten von Ekzemen (OR 0,74; 95% CI, 0,55 – 0,98; $p = 0,035$) und atopischen Ekzemen (OR 0,66; 95% CI 0,46 – 0,95; $p = 0,025$) bei 2-jährigen Kindern (Kukkonen et al., 2007).

2.6.3. Primärprävention

In der nachfolgenden Tabelle 4 sind Empfehlungen für die Primärprävention von Nahrungsmittelallergien von der American Academy of Pediatrics (AAP), der European Society for Pediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) und der European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) zusammengefasst.

Tabelle 4 Zusammenfassung der Empfehlungen (AAP, American Academy of Pediatrics; ESPACI, European Society for Pediatric Allergology and Clinical Immunology; ESPGHAN, European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) für die Primärprävention von Nahrungsmittelallergien (Zeiger, 2003)

Parameter	AAP, 2005	ESPACI/ESPGHAN, 1999	Kommentar
Säuglinge mit erhöhtem Risiko	Ja: Eltern; Eltern und Geschwister	Ja: betroffene Eltern und Geschwister	Prävention ist limitiert für Säuglinge mit erhöhtem Risiko.
Mütterliche Diät während der Schwangerschaft	Nicht empfohlen, mit Ausnahme von Erdnüssen	Nicht empfohlen	Studien konnten keinen positiven Nutzen zeigen. Studien über Kuhmilch- und Ei-Verzicht zeigten keinen positiven Effekt (nachteilige Effekte in Bezug auf Gewicht von Mutter und Kind). Erdnüsse sind kein essentielles Lebensmittel, ein Verzicht führt zu keinem Nährstoffmangel und ist die Vorbereitung auf Erdnussverzicht nach der Geburt.
Ausschließliches Stillen	6 Monate	4 – 6 Monate	Studien bestätigen: 4 – 6 Monate stillen für einen positiven präventiven Effekt.
Mütterliche Diät während der Stillzeit	Vermeidung von Erdnüssen und Nüssen (eventuell Verzicht auf Ei-, Kuhmilch- und Fischkonsum).	Keine Empfehlung	Es existieren widersprüchliche Studien, die Frage einer Stilldiät ist noch nicht geklärt: manche glauben eine Diät während dieser Zeit ist empfehlenswert, andere vertreten die Meinung, dass ein Verzicht auf Erdnüsse ausreichend ist.
Calcium- und Vitamin-supplemente bei eingeschränkter Ernährung während der Stillzeit	Ja	Nicht diskutiert	Laut AAP sind Supplemente notwendig um Nährstoffdefizite vorzubeugen.
Verzicht auf Soja Formula-Säuglingsnahrung	Ja	Ja	Die meisten Studien zeigten keinen positiven Nutzen von Soja Formula-Säuglingsnahrung für die Primärprävention.
Hypoallergene Säuglingsnahrung für flaschenernährte Kinder	Ja: Verwendung von hypoallergenen (extensiven) Säuglings-nahrungen oder Proteinhydrolysate, wenn nicht gestillt	Ja: Verwendung von hypoallergenen Säuglingsnahrungen mit nachweislicher reduzierter Allergenität.	Zurzeit scheinen vollständig hydrolysierte Produkte von Vorteil zu sein. Der höhere Kostenaufwand limitiert die Verwendung und führt zur Verwendung von partiell hydrolysierten Produkten.

	wird.		
Supplementierung bei hypoallergene Formula-Ernährung	Ja: bei Verwendung von extensiven oder partiellen Proteinhydrolysaten.	Ja: bei Verwendung von hypoallergenen Säuglingsnahrungen mit nachweislicher reduzierter Allergenität.	Zurzeit scheinen vollständig hydrolysierte Produkte von Vorteil zu sein. Der höhere Kostenaufwand limitiert die Verwendung und führt zur Verwendung von partiell hydrolysierten Produkten.
Einführung von festen Nahrungsmittel	Einführung von Allergenen frühestens ab dem 6. Monat, Kuhmilch ab dem 12. Monat, Eier ab 24. Monat, Erdnüsse, Nüsse und Fisch ab 36. Monat.	Start ab dem 5. Lebensmonat.	Die weniger eingeschränkte ESPACI – Empfehlung basiert auf Studien, bei denen Kuhmilchallergie durch Einführung von Kuhmilch im 5. Monat vorgebeugt werden konnte. Die AAP Empfehlung basiert eher auf Konsensus als auf direktem Beweis.

Partielle Proteinhydrolysate enthalten in der Elektrophorese noch erkennbare Restallergene und sind ausschließlich zur Prävention zu verwenden.

Extensive Proteinhydrolysate enthalten nicht erkennbare Restallergene und können für Therapie sowie für Prävention eingesetzt werden (Veitl, 2007).

Die AAP und ESPGHA empfehlen keine Allergie vermeidende Diät während der Schwangerschaft, welche essentielle Lebensmittel ausschließt. Nur Erdnüsse sollen laut AAP während der Schwangerschaft vermieden werden (Zeiger, 2003).

Zusammenfassung:

In Österreich stehen Allergien an dritter Stelle der Liste chronischer Erkrankungen. Wird das allergische Asthma dazu gezählt, leidet jede fünfte Person an einer Allergie.

Die mütterliche Ernährung während der Schwangerschaft kann Einfluss auf die Entstehung von Allergien bei den Nachkommen ausüben. Fischkonsum wird mit Allergieprävention am häufigsten positiv assoziiert, weiters können Probiotika das Risiko einer Allergie senken. Hingegen erhöhen Sellerie-, Zitrusfrüchte-, Margarine-, pflanzliche Frittierfett- und Paprikakonsum das Auftreten allergischer Reaktionen.

Eine Aufnahme allergener Lebensmittel und Lebensmittel reich an mehrfach ungesättigten Omega-6-Fettsäuren während der Schwangerschaft können das Allergierisiko bei den Kindern erhöhen während Lebensmittel, reich an mehrfach ungesättigten Omega-3-Fettsäuren, das Risiko senken können.

Hinsichtlich der Allergieprävention wird von der American Academy of Pediatrics (AAP) für Schwangere ausschließlich ein Verzicht auf Erdnüsse empfohlen. Eine Erdnussensibilisierung kann das Risiko einer Sensibilisierung auf andere Lebensmittel wie beispielsweise Soja, Weizen und Kabeljau erhöhen.

Literatur:

Ege MJ, Frei R, Bieli C, Schram-Bijkerk D, Waser M, Benz MR, Weiss G, Nyberg F, Van Hage M, Pershagen G, Brunekreef B, Riedler J, Lauener R, Braun-Fahrländer C, Von Mutius E. Not all farming environments protect against the development of asthma and wheeze in children. J Allergy Clin Immunol. 2007; 119(5):1140-7.

Ege MJ, Bieli C, Frei R, Van Strien RT, Riedler J, Ublagger E, Schram-Bijkerk D, Brunekreef B, Van Hage M, Scheynius A, Pershagen G, Benz MR, Lauener R, Von Mutius E, Braun-Fahrländer C. Prenatal farm exposure is related to the expression of receptors of the innate

immunity and to atopic sensitization in school-age children. *J Allergy Clin Immunol.* 2006; 117(4):817-23.

Frank L, Marian A, Visser M, Weinberg E, Potter PC. Exposure to peanuts in utero and in infancy and the development of sensitization to peanut allergens in young children. *Pediatr Allergy Immunol.* 1999; 10(1):27-32.

Kukkonen K, Savilahti E, Haahtela T, Juntunen-Backman K, Korpela R, Poussa T, Tuure T, Kuitunen M. Probiotics and prebiotic galacto-oligosaccharides in the prevention of allergic diseases: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2007; 119(1):192-8.

Romieu I, Torrent M, Garcia-Esteban R, Ferrer C, Ribas-Fitó N, Antó Jm, Sunyer J. Maternal fish intake during pregnancy and atopy and asthma in infancy. *Clin Exp Allergy.* 2007; 37(4):518-25.

Sausenthaler S, Koletzko S, Schaaf B, Lehmann I, Borte M, Herbarth O, Von Berg A, Wichmann HE, Heinrich J. Maternal diet during pregnancy in relation to eczema and allergic sensitization in the offspring at 2 y of age. *Am J Clin Nutr.* 2007; 85(2):530-7.

Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Veitl V. Kongressbericht, Ernährung – Immunsystem – Allergien. *Journal für Ernährungsmedizin.* 2007; 3:36-38.

Willers SM, Devereux G, Craig LC, Mcneill G, Wijga AH, Abou El-Magd W, Turner SW, Helms PJ, Seaton A. Maternal food consumption during pregnancy and asthma, respiratory and atopic symptoms in 5-year-old children. *Thorax.* 2007; 62(9):773-9.

Zeiger RS. Food Allergen Avoidance in the Prevention of Food Allergy in Infants and Children. *Pediatrics.* 2003; 111(6 Pt 3):1662-71.

2.7. Supplemente in der Schwangerschaft

Laut einer Studie an österreichischen Schwangeren nahmen 81 % täglich und 5 % mindestens zweimal pro Woche Supplemente ein. Am häufigsten wird Magnesium (66 %), gefolgt von Multivitaminpräparaten (60 %) und Eisen (41 %) eingenommen. Folsäuresupplemente werden von 14 % der Schwangeren verwendet (Freisling et al., 2006).

Die D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr empfehlen Frauen, die schwanger werden wollen, zusätzlich 400 µg Folsäure pro Tag und schwangeren Frauen zusätzlich 200 µg Folsäure pro Tag in Form von Supplementen aufzunehmen, um Neuralrohrdefekte vorzubeugen. Weitere Supplemente während der Schwangerschaft werden laut D-A-CH nicht

empfohlen, da der erhöhte Nährstoffbedarf durch eine ausgewogene Ernährung gedeckt werden kann (D-A-CH, 2001).

Eine internationale Kohortenstudie (13 Mio. Geburten, 13 Gebiete in Europa und Israel) zeigte, dass Folsäure-Empfehlungen die Inzidenz von Neuralrohrdefekten nicht nachweislich

senken konnte. Die Studiengruppe gab daher als Strategie zur Bekämpfung von Neuralrohrdefekt eine Lebensmittelanreicherung mit Folsäure an (Botto et al., 2005).

Eine zusätzliche Supplementierung von Vitaminen und Mineralstoffen sowie mögliche positiven Effekte während der Schwangerschaft sind Gegenstand vieler Untersuchungen. Die folgenden Reviews zeigen eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

17 Studien über Vitaminsupplemente vor und während der frühen Schwangerschaft an 37.353 Schwangeren zeigten, dass Vitaminsupplemente keine präventive Wirkung auf Fehlgeburt (RR 1,08; 95% CI 0,95 – 1,24) und Totgeburt (RR 0,85; 95% CI 0,63 – 1,14) haben. Jedoch entwickelten Frauen, die Vitaminsupplemente zu sich nahmen, weniger häufig Präeklampsie (RR 0,68; 95% CI 0,54 – 0,85, 5 Studien, 20.986 Frauen) und hatten häufiger eine Mehrlingsgeburt (RR 1,38; 95% CI 1,12 – 1,70, 3 Studien, 20.986 Frauen) (Rumbold et al., 2005).

Die Einnahme von Vitamin E in Kombination mit anderen Vitaminen während der Schwangerschaft zeigte keine Auswirkung auf das Risiko für Totgeburt (RR 0,77; 95% CI 0,35 – 1,71, 2 Studien, 339 Frauen), frühkindlichen Tod (RR 5,99; 95% CI 0,64 – 39,06, 1 Studie, 40 Frauen), perinatale Sterblichkeit (RR 1,29; 95% CI 0,67 – 2,48, 1 Studie, 56 Frauen), Frühgeburt (RR 1,29; 95% CI 0,78 – 2,15, 2 Studien, 383 Frauen), intrauterine Wachstumsretardierung (RR 0,72; 95% CI 0,49 – 1,04, 2 Studien, 383 Frauen) oder Geburtsgewicht (gewichtete mittlere Differenz: -139,00 g; 95% CI -517,68 – 239,68, 1 Studie, 100 Frauen) (Rumbold und Crowther, 2005a).

Studien über Vitamin C-Supplementierungen zeigten keinen Unterschied zwischen Vitamin C alleine und in Kombination mit anderen Vitaminen bezogen auf das Risiko für Totgeburt (RR 0,87; 95% CI 0,41 – 1,87, 3 Studien, 539 Frauen), perinatale Sterblichkeit (RR 1,16; 95% CI 0,61 – 2,18, 2 Studien, 238 Frauen), Geburtsgewicht (gewichtete mittlere Differenz: -139,00 g; 95% CI -517,68 – 239,68, 1 Studie, 100 Frauen) oder intrauterine Wachstumsretardierung (RR 0,72; 95% CI 0,49 – 1,04, 2 Studien, 383 Frauen). Es konnte jedoch ein erhöhtes Risiko für Frühgeburt festgestellt werden (RR 1,38; 95% CI 1,04 – 1,82, 3 Studien, 583 Frauen). Kein Unterschied wurde beobachtet für das Risiko eines frühkindlichen Todes (RR 1,73; 95% CI 0,25 – 12,12, 2 Studien, 221 Frauen) für Frauen die Vitamin C und andere Supplemente verwendeten. Die vorliegenden Daten reichen nicht aus, um einen positiven Effekt von Vitamin C Supplementierung, alleine oder in Kombination mit anderen Vitaminen, während der Schwangerschaft zu bestätigen (Rumbold und Crowther, 2005b).

Sechs Studien über Fischölsupplemente während der Schwangerschaft zeigten, dass sich die durchschnittliche Gravidität um 2,6 Tage verlängerte (gewichtete mittlere Differenz: 2,55 Tage; 95% CI 1,03 – 4,07 Tage; 3 Studien, 860 Frauen). Frauen, die während der Schwangerschaft mit Fischöl supplementierten, hatten ein geringeres Risiko für Frühgeburt vor der 34. vollendeten Schwangerschaftswoche (RR 0,69; 95% CI 0,49 – 0,99; 2 Studien, 860 Frauen). Das Geburtsgewicht von Kindern, deren Mütter während der Schwangerschaft Fischölsupplemente eingenommen hatten, war gering höher verglichen mit der Kontrollgruppe (gewichtete mittlere Differenz: 47 g; 95% CI 1 – 93 g, 3 Studien, 2.440 Frauen). Es konnte kein Unterschied zwischen Präeklampsie- und geringem Geburtsgewichtsrisko zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe festgestellt werden (Makrides et al., 2006).

Eine Metaanalyse von 6 randomisierten Studien über den Effekt von Supplementen mit mehrfach ungesättigten Omega-3-Fettsäuren (n-3-PUFA) zeigte eine Assoziation zwischen n-3 PUFAs und signifikant längerer Schwangerschaftsdauer (gewichtete mittlere Differenz: 1,57 Tage; 95% CI 0,35; 2,78 Tage, 6 Studien, 1.278 Babys). Es wurde kein Zusammenhang mit Frühgeburt, niedrigem Geburtsgewicht oder Präeklampsie bzw. Eklampsie gefunden. Weiters wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Geburtsgewicht (gewichtete mittlere

Differenz: 54 g; 95% CI -3,1; 111g; 6 Studien, 1.278 Babys) und Geburtslänge (gewichtete mittlere Differenz: 0,23 cm; 95% CI -0,04; 0,5 cm, 5 Studien, 1.262 Babys) festgestellt. Allerdings fanden 4 randomisierte Studien einen signifikanten Anstieg des Kopfumfanges durch Supplementierung von n-3-PUFAs (gewichtete mittlere Differenz: 0,26 cm; 95% CI 0,02; 0,49 cm; Signifikanz ging bei Sensitivitätsanalyse verloren) (Szajewska et al., 2006).

Einnahme von Calcium-Supplementen während der Schwangerschaft halbierten das Risiko einer Präeklampsie (12 Studien, 15.206 Frauen: RR 0,48; 95% CI 0,33 – 0,69). Das Risiko für hohen Blutdruck wurde mit Calcium verglichen mit Placebo erniedrigt (11 Studien, 14.946 Frauen: RR 0,70; 95% CI 0,57 – 0,86). Die beschriebenen Effekte waren bei Hoch-Risiko-Frauen (5 Studien, 587 Frauen: RR 0,22; 95% CI 0,12 – 0,42) und Frauen mit geringer Calciumaufnahme (7 Studien, 10.154 Frauen: RR 0,22; 95% CI 0,18 – 0,70) größer. Kein Effekt konnte für Frühgeburt (10 Studien, 14.751 Frauen: RR 0,81; 95% CI 0,64 – 1,03) oder Totgeburt oder Tod vor der Krankenhausentlassung (10 Studien, 15.141 Babys; RR 0,89; 95% CI 0,73 – 1,09) beobachtet werden. Eine Studie, die den Blutdruck der Kinder untersuchte, konnte feststellen, dass durch Calcium-Supplementierung der systolische Blutdruck gesenkt (514 Kinder: RR 0,59; 95% CI 0,39 – 0,91) werden konnte (Hofmeyr et al., 2006).

Zusammenfassung:

Die D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr empfehlen Frauen, die schwanger werden wollen, zusätzlich 400 µg Folsäure pro Tag und schwangeren Frauen zusätzlich 200 µg Folsäure pro Tag in Form von Supplementen aufzunehmen, um Neuralrohrdefekte vorzubeugen. Weitere Supplemente während der Schwangerschaft werden laut D-A-CH nicht

empfohlen, da der erhöhte Nährstoffbedarf durch eine ausgewogene Ernährung gedeckt werden kann.

Durch Vitaminsupplemente konnten unter anderem keine präventiven Effekte auf Fehl- und Totgeburt beobachtet werden, jedoch war die Häufigkeit von Präeklampsie verringert. Das Risiko für Frühgeburt war nach Vitamin C-Supplementierung erhöht, während Vitamin E keinen Einfluss zeigte.

Supplementierung mit Fischöl zeigt eine längere Schwangerschaftsdauer sowie ein erhöhtes Geburtsgewicht. Weiters konnte auch das Risiko für Frühgeburt vor der 34. Schwangerschaftswoche gesenkt werden.

Calcium kann das Risiko für hohen Blutdruck und für Präeklampsie reduzieren. Kein Effekt zeigte sich auf Früh- und Totgeburt.

Literatur:

Botto DL, Lisi A, Robert-Gnansia E, Erickson JD, Vollset SE, Mastroiacovo P, Botting B, Cocchi G, De Vigan C, De Walle H, Feijoo M, Irgens LM, McDonnell B, Merlob P, Ritvanen A, Scarano G, Siffel C, Metneki J, Stoll C, Smithells R, Goujard J. International retrospective cohort study of neural tube defects in relation to folic acid recommendations: are the recommendations working? *BMJ* 2005; 330:571-7.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, Verlag Umschau Braus, Frankfurt am Main, 2000.

Freisling H, Elmadfa I, Gall I. The effect of socioeconomic status on dietary intake, physical activity and Body Mass Index in Austrian pregnant women. *J Hum Nutr Diet* 2006; 19: 437-445.

Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3:CD001059.

Makrides M, Duley L, Olsen SF. Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3:CD003402.

Ritvanen A, Scarano G, Siffel C, Metneki J, Stoll C, Smithells R, Goujard J. International retrospective cohort study of neural tube defects in relation to folic acid recommendations: are the recommendations working? *BMJ* 2005; 330:571-7.

Rumbold A, Middleton P, Crowther CA. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (2):CD004073.

Rumbold A, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005a; (2):CD004069.

Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005b; (2):CD004072.

Szajewska H, Horvath A, Koletzko B. Effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of women with low-risk pregnancies on pregnancy outcomes and growth measures at birth: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr.* 2006; 83:1337-44.

2.8. Genussmittel

2.8.1. Rauchen während der Schwangerschaft

Rauchen wird unter anderem mit plötzlichem Kindstod (SIDS) in Zusammenhang gebracht (WHO, 2002; Cogswell et al., 2003). Eine Metaanalyse von Mitchell und Milerad untersuchte den Zusammenhang zwischen mütterlichem Rauchen während der Schwangerschaft und dem Risiko von SIDS in über 60 Studien. Es wurde ein kausaler Zusammenhang zwischen Rauchen und SIDS angenommen. Ein Drittel aller SIDS Todesfälle könnten durch Vermeidung mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft vermieden werden (Mitchell und Milerad, 2006).

In einer Metaanalyse von 12 Studien mit insgesamt 6.566 Personen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen mütterlichem Rauchen während der Schwangerschaft und dem Risiko für die Entstehung von Hirntumor im Kindesalter festgestellt werden (RR 1,05; CI 0,90 – 1,21) (Huncharek et al., 2002). Studien zeigen weiters keinen Zusammenhang zwischen Rauchen während der Schwangerschaft und der Entwicklung von Keimzelltumoren (OR 1,0; 95 % CI 0,8 – 1,3) (Chen et al., 2005) und Neuroblastomen (OR 1,1; 95 % CI 0,8 – 1,4) (Yang et al., 2000) beim Nachwuchs.

Rauchen während der Schwangerschaft kann unter anderem zu Fehlgeburten im ersten Trimester und zu vorzeitiger Plazentaablösung führen (Cogswell et al., 2003). Fünf Metaanalysen untersuchten den Effekt von Rauchen auf folgende Schwangerschaftskomplikationen: Placenta Praevia, Plazentaablösung, ektopischer Schwangerschaft, frühzeitiger Blasensprung (preterm premature rupture of the membrane (PPROM)) und Präeklampsie. Rauchen war signifikant mit einem erhöhten Risiko für Placenta Praevia, Plazentaablösung, ektopischer Schwangerschaft und frühzeitigem Blasensprung jedoch mit einem verringerten Präeklampsie-Risiko assoziiert (Castles et al., 1999). Eine weitere Metaanalyse von 13 Studien (7 Fall-Kontroll-Studien und 6 Kohortenstudien) mit insgesamt 1.358.083 schwangeren Frauen zeigte eine allgemeine Inzidenz von Plazentaablösung von 0,64 %, wobei Rauchen mit einem 90 %erhöhtem Risiko assoziiert war (OR 1,9; 95 % CI 1,8; 2,0). Weiters konnte ein dosisabhängiger Zusammenhang festgestellt werden. Je mehr Zigaretten geraucht wurden, desto höher war das Risiko für Plazentaablösung. Das Risiko für Plazentaablösung wurde durch Rauchen in Kombination mit chronischer Hypertonie, milder oder schwerer Präeklampsie oder chronische Hypertonie mit Präeklampsie weiter erhöht (Ananth et al., 1999).

Bei schwangeren Frauen kann Exposition gegenüber Tabakrauch unter anderem zu einem geringeren Geburtsgewicht, Todgeburt und Frühgeburt führen (WHO, 2002; WHO, 2007). Bei einer Metaanalyse von 20 Studien, die den Zusammenhang zwischen mütterlichem Rauchen und Frühgeburt untersuchte, war der zusammengefasste Schätzwert für den OR 1,27 (95 % CI 1,21 – 1,33) für mütterliches Rauchen vs. Nichtrauchen. Subgruppenanalysen nach Anzahl der Zigaretten pro Tag zeigten einen dosisabhängigen Zusammenhang bei geringem bis moderatem Rauchen mit keiner weiteren Steigerung bei starkem Rauchen. Es konnte somit festgestellt werden, dass Rauchen ein vermeidbarer Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit darstellt (Shah und Bracken, 2000). Studien zeigen auch einen Zusammenhang zwischen hoher Exposition gegenüber Passivrauch und Frühgeburten (Lindbohm et al., 2002) sowie eine Verringerung des Geburtsgewichtes um 25 – 40 g (Lindbohm et al., 2002; Windham et al., 1999).

Australische Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft rauchten, hatten im Alter von 14 Jahre einen höheren BMI und eine höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas verglichen mit Kindern, deren Mütter nie geraucht hatten (Al Mamun et al., 2006). Übergewichtige Kinder im Alter von 4,5 Jahren, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht hatten, wurden mit durchschnittlich normalem Gewicht geboren, nahmen jedoch in den ersten 5 Monaten mehr Gewicht zu als Kinder von nicht-rauchenden Müttern (Dubois et al., 2006).

Studien, die den Einfluss von elterlichem Rauchen auf die respiratorische Gesundheit der Kinder untersuchten, zeigten starke Evidenz zwischen elterlichem Rauchen und Keuchen, Asthma, Bronchitis und nächtlichem Husten der Kinder. Die Zusammenhänge waren für die meisten Assoziationen zumeist unabhängig von pre- oder postnataler Exposition. Asthma war jedoch am stärksten mit mütterlichem Rauchen während der Schwangerschaft assoziiert (Pattenden et al., 2006). Bei mütterlichem Rauchen hatten Kinder ein doppelt so hohes Atemwegserkrankungsrisiko (Cook und Strachan, 1999).

Multivariate Regressionsanalysen zeigen, dass Kinder, die sowohl pre- als auch postnatal Passivrauch ausgesetzt waren, während den ersten 3 Lebensjahren eine signifikant höhere Sensibilisierung auf Nahrungsmittelallergene aufweisen als Kinder, die nie Zigarettenrauch ausgesetzt waren (OR 2,2; 95 % CI 1,1 – 4,2; p = 0,02) (Kulig et al., 1999). In einer japanischen Studie führte Rauchen, aber nicht Passivrauch-Exposition, während der Schwangerschaft zu einer erhöhten Prävalenz von Asthma im Alter von 18 Jahren (OR 2,66; 95 % CI 1,30 – 5,38). Eine signifikant positive Assoziation zwischen Exposition gegenüber

Passivrauch zu Hause (adjustierter OR 1,89; 95 % CI 1,10 – 3,30) und bei der Arbeit (adjustiertes OR 2,50; 95 % C: 1,29 – 4,76) und der Prävalenz von allergischer Rhinitis konnte festgestellt werden, jedoch zeigte sich keine Assoziation mit aktivem Rauchen. Weder aktives noch passives Rauchen zeigte einen Zusammenhang mit der Prävalenz von atopischen Ekzemen (Miyake et al., 2005).

Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft scheint keinen Einfluss auf die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 1 des Kindes zu haben (Toschke et al., 2007).

Studien weisen auf einen erhöhten Vitamin C Bedarf bei schwangeren Raucherinnen hin. Weiters konnte eine geringere Konzentration an β -Carotin, Vitamin B₁₂, Vitamin B₆ und Folat bei schwangeren Raucherinnen im Vergleich zu schwangeren Nichtraucherinnen festgestellt werden. Unklar ist hingegen, ob die niedrigeren Serum-Konzentrationen auf erhöhten Bedarf, geringere Aufnahme über die Nahrung oder Supplementen oder auf andere Faktoren zurückzuführen sind (Cogswell et al. 2003).

2.8.2. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

„Fetales Alkoholsyndrom“ beschreibt das gleichzeitige Auftreten von drei Geburtsdefekten (eingeschränktes fötales Wachstum, Beeinträchtigung des zentralen Nervensystems und Gesichtsdeformierungen) im Zusammenhang mit Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann unter anderem zu Wachstumsretardierung, Missbildungen, Entwicklungsdefekten und/oder einem spontanen Abortus führen (Cogswell et al. 2003).

Eine Metaanalyse unter Einschluss von 9 Publikationen (9 Fall-Kontroll-Studien) ergab ein signifikant erhöhtes Risiko (Odds Ratio) für Myeloid-Leukämie (akute nicht lymphoblastische Leukämie) in der Kindheit, wenn die Mutter Alkohol während der Schwangerschaft trank (OR, 1,56; 95 % CI; 1,13-2,15). Eine dosisabhängige Beziehung konnte nicht abgeleitet werden, da der Alkoholkonsum (Ja versus Nein) mit dem Auftreten der Krankheit verglichen wurde. Informationen über die konsumierte Alkoholmenge der Schwangeren waren nur in drei der inkludierten Studien angeführt (Latino Martel et al., 2010).

In einer Kohortenstudie (n = 4.719) untersuchten O’Leary et al. den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und fötalem Wachstum sowie Frühgeburt. Hohe Mengen (≥ 68 g pro Trinkeinheit; 2 Mal täglich) und „Binge drinking“ (≥ 50 g Ethanol pro Konsum) waren mit einem erhöhten Risiko für eine Frühgeburt assoziiert. Der Zusammenhang konnte beim Konsum geringer Mengen Alkohol (≤ 60 g Alkohol/Woche) nicht beobachtet werden (O’Leary et al., 2009).

Robinson et al. beobachteten in einer prospektiven Kohortenstudie die kindliche Verhaltensentwicklung in Abhängigkeit vom Alkoholkonsum während der Schwangerschaft über einen Zeitraum von 14 Jahren. Geringer (20 bis 60 g Alkohol pro Woche) bis moderater (70 bis 100 g Alkohol pro Woche) Alkoholkonsum konnte nicht als Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter identifiziert werden. Starker Alkoholkonsum (> 110 g Alkohol pro Woche) war mit einem erhöhten CBCL Score, das heißt mit Auffälligkeiten im Verhalten assoziiert (z. B. Depression, Straffälligkeit etc.) (Robinson, 2010).

Ein moderater und starker Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft im ersten Trimester erhöht das Odds Ratio für Ängstlichkeit und Depression. Ein starker Alkoholkonsum erhöht das Odds Ratio für somatische Beschwerden (O'Leary et al., 2010).

Eine Zusammenfassung von 46 Studien zeigte bei moderatem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft von bis zu 83 g pro Woche keine konsistenten signifikanten adversen Effekte auf Fehlgeburt, Totgeburt, beeinträchtigtes Wachstum/Entwicklung, Geburtsgewicht, Frühgeburt und Missbildungen. Eine Metaanalyse von 7 Studien konnte ebenfalls keine Assoziation zwischen moderatem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (bis zu 2 alkoholische Getränke/Woche) und erhöhtem Risiko fötaler Missbildungen feststellen (RR für Missbildungen 1,01; 95 % CI 0,94 – 1,08) (Polygenis et al., 1998).

Studien zeigten weiters keinen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und der Krebsentstehung bei Kindern (Infante-Rivard und El-Zein, 2007; Chen et al., 2005; Yang et al., 2000).

Im Rahmen der Generation R Studie (prospektive Kohortenstudie) wurde der Einfluss eines geringen sowie moderaten Alkoholkonsums auf das fötale Wachstum (Parameter: Kopfumfang, Bauchumfang, Oberschenkelknochenlänge und fötales Gewicht) untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass ein geringer und moderater Alkoholkonsum während der Schwangerschaft das Wachstum des Ungeborenen nicht nachteilig beeinflusst. Obwohl ein Zusammenhang beobachtet werden konnte, war dieser Effekt nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren und Lifestyle-Faktoren nicht mehr signifikant. In der vorliegenden Studie wird darauf hingewiesen, dass häufig Daten über den Alkoholkonsum fehlten und dadurch statistische Power verloren ging (Bakker et al., 2010).

Eine Studie hat im Zusammenhang mit „Binge drinking“ (≥ 4 Getränke pro Konsum) nachgewiesen, dass Kinder von Müttern, die dieses Verhalten zeigten, 3,6 Mal häufiger Eisenmangelanämie im Alter von 12 Monaten aufwiesen als Kinder, deren Mütter dieses Verhalten nicht zeigten. Prenatale Alkohol-Exposition war in dieser Studie mit geringerem Geburtsgewicht sowie mit geringerem Gewicht und geringerer Körperlänge im Alter von 6,5 und 12 Monaten assoziiert (Carter et al., 2007).

Eine prospektive Kohortenstudie zeigte keinen Effekt von geringem oder moderatem Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft auf Gewicht oder Kopfumfang des Kindes bei der Geburt oder im Alter von 5 Jahren (O'Callaghan et al., 2003).

Während in der aktuellen/verfügbaren Literatur die Ergebnisse über Alkoholzufuhr und negative Auswirkungen auf das Ungeborene konsistent sind, ist aus der verfügbaren Literatur derzeit nicht ableitbar, ob und in wie weit ein moderater Alkoholkonsum der Mutter gesundheitliche Risiken für das Kind mit sich bringt.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. publizierte 2009 eine Stellungnahme zu „Auswirkungen eines moderaten Alkoholkonsums in der Schwangerschaft“. Die Ergebnisse der umfassenden Literaturrecherche ergaben, dass es zu nahezu allen betrachteten Parametern sowohl Studien mit ungünstigen Auswirkungen bereits im moderaten Zufuhrbereich, als auch Studien ohne einen solchen Zusammenhang gibt (DGE, 2009).

Obwohl mehrere Studien zeigen, dass ein geringer Alkoholkonsum mit keinen negativen Auswirkungen auf das Ungeborene verbunden ist, ist die Evidenz nicht stark genug, um ein Risiko dezidiert auszuschließen (NICE, 2008).

Studien, die einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und negativen Auswirkungen auf das Ungeborene zeigen, weisen häufig methodische

Schwächen auf. Die Studien sind zum Teil nicht repräsentativ und können nicht auf alle Schwangeren übertragen werden. Weiters beeinflussen Störfaktoren, wie beispielsweise sozioökonomischer Status und Rauchen die Ergebnisse. „Underreporting“ stellt ebenfalls ein Problem in der Erhebung des Alkoholkonsums dar.

Eine Schwellendosis, die zur Schädigung beziehungsweise zu keiner Schädigung des ungeborenen Lebens führt, kann aus den vorliegenden Studienergebnissen nicht abgeleitet werden. Daher ist die einzig verlässliche Empfehlung derzeit: kein Alkohol während der Schwangerschaft.

Zusammenfassung:

Als erwiesen gilt, dass ein erhöhter mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft unter anderem zu Wachstumsretardierung, Missbildungen, Entwicklungsdefekten und/oder einem spontanen Abortus führen kann. Negative Effekte eines moderaten Alkoholkonsums sind nicht eindeutig auszuschließen. Da ein sicherer Schwellenwert aus den vorhandenen Daten nicht ableitbar ist, sollte während der gesamten Schwangerschaft auf Alkohol gänzlich verzichtet werden.

* Update: 16. Dezember 2010

2.8.3. Koffeinkonsum während der Schwangerschaft

Mütterliche Koffeinaufnahme während der Schwangerschaft kann das fötale Wachstum beeinflussen. Unter anderem kann es zu kongenitalen Missbildungen, Wachstumsretardierung, geringem Geburtsgewicht, spontanen Aborten, Verhaltensstörungen und mütterlichen Fertilitätsproblemen führen (Christian und Brent, 2001).

Eine Metaanalyse zeigte, dass bei einer Koffeinaufnahme während der Schwangerschaft von > 150 mg pro Tag das Risiko für Fehlgeburt (OR 1,36; CI 1,29 – 1,45 bei 42.988 Schwangerschaften) und für geringes Geburtsgewicht (< 2.500 g) (RR 1,51; CI 1,39 – 1,63 bei 64.268 Schwangerschaften) signifikant erhöht wurde. Eine Beeinflussung dieser Ergebnisse durch das Alter der Mutter, Rauchen, Alkohol und andere Faktoren konnte jedoch nicht ausgeschlossen werden (Fernandes et al., 1998). Eine weitere Metaanalyse zeigte ebenfalls eine signifikante Senkung des Geburtsgewichts (-43 g) bei Kindern von Müttern mit der höchsten Koffeinaufnahme während der Schwangerschaft (Santos et al., 1998). Eine prospektive Studie konnte ein verringertes durchschnittliches Geburtsgewicht (- 28 g pro 100 mg täglicher Koffeinaufnahme, 95% CI -0.10, -0.46, p = 0,001) jedoch keine Reduktion der durchschnittlichen Gestationsdauer durch Koffeinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft feststellen. Entkoffeinierter Kaffee erhöhte das Risiko für perinatale Folgen nicht (Bracken et al., 2003). Bei mehr als 1.000 Frauen, die während der Schwangerschaft mindestens 3 Tassen Kaffee pro Tag getrunken hatten, konnten im Vergleich zur Kontrollgruppe mit entkoffeinierter Kaffee konsum (182 mg geringere Koffeinaufnahme) keine signifikanten Unterschiede im durchschnittlichen Geburtsgewicht oder durchschnittlicher Gestationsdauer festgestellt werden. (Bech et al., 2007).

Eine prospektive Längsschnitt-Beobachtungsstudie an 2.635 Frauen zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche zeigte ein erhöhtes Risiko für fetale Wachstumsrestriktion durch Koffeinaufnahme während der gesamten Schwangerschaftsdauer (OR 1,2; 95% CI 0,9 – 1,6 für 100 – 199 mg Koffein/Tag, 1,5; CI 1,1 – 2,1 für 200 – 299 mg Koffein/Tag und 1,4; CI 1,0 – 2,0 für > 300 mg Koffein/Tag verglichen mit < 100 mg Koffein/Tag; p Trend < 0,001). Koffeinkonsum während der Schwangerschaft von mehr als 200 mg pro Tag war mit einem geringerem Geburtsgewicht von 60 – 70 g assoziiert, mit signifikantem Trend bei zunehmendem Koffeinkonsum (p = 0,004) (CARE Study Group, 2008). Eine aktuelle

prospektive Kohortenstudie (Generation R Study) mit einer Studienpopulation von 7.346 schwangeren Frauen zeigte eine signifikante Assoziation einer hohen Koffeinaufnahme von ≥ 6 Einheiten pro Tag (= ca. 540 mg Koffein/Tag) und beeinträchtigtem fetalem Wachstum ($p < 0,05$). Ein konsistenter Zusammenhang zwischen Koffeinaufnahme und fetalem Kopfumfang oder Gewicht konnte hingegen nicht beobachtet werden (Bakker et al., 2010). Der Einfluss von Koffein auf das Fehlgeburtenrisiko wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Eine prospektive Kohortenstudie mit 1.063 Frauen zeigte einen dosisabhängigen Zusammenhang zwischen Koffeinaufnahme und dem Risiko für Fehlgeburten. Das höchste Risiko war mit einer Koffeinaufnahme von ≥ 200 mg pro Tag assoziiert (Hazard Ratio 2,23; CI 1,34 – 3,69 für 200 mg und mehr Koffein/Tag – nach Einbezug potentieller Confounder; $p < 0,01$) (Weng et al., 2008). Eine aktuelle Studie an 2.635 schwangeren Frauen zeigte ebenfalls eine starke Assoziation zwischen Koffeinaufnahme im ersten Trimester und späterem Risiko für Fehlgeburten (zwischen 12 und 24 Wochen) und Totgeburt (nach 24 Wochen) (OR für Fehl- oder Totgeburt 2,2; 95% CI 0,7 – 7,1 für 100 – 199 mg Koffein/Tag 1,7; CI 0,4 – 7,1 für 200 – 299 mg Koffein/Tag und 5,1 CI 1,6 – 16,4 für > 300 mg Koffein/Tag verglichen mit < 100 mg Koffein/Tag – nach Einbezug potentieller Confounder; $p < 0,004$) (Greenwood et al., 2010). Savitz et al., 2008 konnten, unabhängig von der konsumierten Menge (Median 350 mg Koffein/Tag vor bzw. in der frühen Schwangerschaft und 200 mg/Tag zur Zeit der Interviews), keine Assoziation zwischen Koffeinaufnahme und dem Risiko für eine Fehlgeburt feststellen (Savitz et al., 2008). In einer aktuellen Stellungnahme der ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) wird auf die oben beschriebenen Studien von Weng et al., 2008 und Savitz et al., 2008 verwiesen und daraus gefolgert, dass ein moderater Koffeinkonsum von 200 mg pro Tag keinen wesentlichen Einfluss auf eine Fehl- oder Frühgeburt zu haben scheint (ACOG, 2010). Eine aktuelle Metaanalyse zeigte ebenfalls keine Assoziation zwischen Koffeinaufnahme während der Schwangerschaft und dem Risiko für Frühgeburt (Maslova et al., 2010). Ein Zusammenhang zwischen hoher Koffeinaufnahme und Fehlgeburt kann zurzeit jedoch weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Nicht eindeutig geklärt ist derzeit der Zusammenhang zwischen Koffeinaufnahme und intrauterinem Kleinwuchs (ACOG, 2010).

Um jegliches Risiko auszuschließen, sollte der Konsum koffeinhaltiger Getränke wie Kaffee, Energydrinks, schwarzer und grüner Tee sowie Cola-Getränke während der Schwangerschaft eingeschränkt werden.

Der Richtwert für die maximale Aufnahme an Koffein liegen zwischen 200 mg (FSA, 2008; ACOG, 2010) bis höchstens 300 mg (DGE, 2007; ADA, 2008) pro Tag.

In Tabelle 5 ist der durchschnittlichen Koffeingehalt pro Portion Kaffee und Tee ersichtlich.

Tabelle 5 Durchschnittlicher Koffeingehalt pro Portion Kaffee bzw. Tee

	Koffeingehalt / Portion
Instant Kaffee	ø Tasse - 75 mg
	ø Becher - 100 mg
gebrühter Kaffee	ø Tasse - 100 mg
Tee	ø Tasse - 50 mg

Quelle: nach DGE, 2007

Zusammenfassung:

Es gibt Hinweise, dass eine erhöhte mütterliche Koffeinaufnahme während der Schwangerschaft das fetale Wachstum beeinflussen kann. Unter anderem kann es zu kongenitalen Missbildungen, Wachstumsretardierung, geringem Geburtsgewicht, spontanen

Aborten, Verhaltensstörungen und mütterlichen Fertilitätsproblemen führen. Um jegliches Risiko auszuschließen, soll der Konsum koffeinhaltiger Getränke wie Kaffee, Energydrinks, schwarzer und grüner Tee sowie Cola-Getränke während der Schwangerschaft eingeschränkt werden.

* Update: 16. Dezember 2010

Literatur:

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee Opinion. Moderate Caffeine Consumption During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010; 116(2): 467-8.

ADA (American Dietetic Association). Position of the American Dietetic Association: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108: 553-61.

Al Mamun A, Lawlor DA, Alati R, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Does maternal smoking during pregnancy have a direct effect on future offspring obesity? Evidence from a prospective birth cohort study. *Am J Epidemiol.* 2006; 164(4):317-25.

Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(4):622-8.

Bakker R, Steegers EA, Obradov A, Raat H, Hofman A, Jaddoe VW. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(6): 1691-8.

Bech BH, Obel C, Henriksen TB, Olsen J. Effect of reducing caffeine intake on birth weight and length of gestation: randomised controlled trial. *BMJ.* 2007; 334(7590):409.

Bracken MB, Triche EW, Belanger K, Hellenbrand K, Leaderer BP. Association of maternal caffeine consumption with decrements in fetal growth. *Am J Epidemiol.* 2003; 157(5):456-66.

Bracken MB, Triche EW, Belanger K, Hellenbrand K, Leaderer BP. Association of maternal caffeine consumption with decrements in fetal growth. *Am J Epidemiol.* 2003; 157(5):456-66.

CARE Study Group. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of fetal growth restriction: a large prospective observational study. *BMJ.* 2008; 337:a2332. doi: 10.1136/bmj.a2332.

Carter RC, Jacobson SW, Molteno CD, Jacobson JL. Fetal alcohol exposure, iron-deficiency anemia, and infant growth. *Pediatrics.* 2007 Sep; 120(3):559-67.

Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med.* 1999; 16(3):208-15.

Chen Z, Robison L, Giller R, Krailo M, Davis M, Gardner K, Davies S, Shu XO. Risk of childhood germ cell tumors in association with parental smoking and drinking. *Cancer*. 2005; 103(5):1064-71.

Christian MS, Brent RL. Teratogen update: evaluation of the reproductive and developmental risks of caffeine. *Teratology*. 2001; 64(1):51-78.

Cogswell ME, Weisberg P, Spong C. Cigarette smoking, alcohol use and adverse pregnancy outcomes: implications for micronutrient supplementation. *J Nutr*. 2003; 133(5 Suppl2):1722S-1731S.

Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax*. 1999; 54(4):357-66.

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.). Auswirkungen eines moderaten Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. Januar 2009. <http://www.dge.de/pdf/ws/DGE-Stellungnahme-Alkoholkonsum-Schwangerschaft-2009-01.pdf> (Zugriff: 27.09.2010)

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Kaffee bzw. Koffein und Schwangerschaftsrisiken. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=788> (Zugriff: 06.10.2010).

D'Onofrio BM, Van Hulle CA, Waldman ID, Rodgers JL, Rathouz PJ, Lahey BB. Causal inferences regarding prenatal alcohol exposure and childhood externalizing problems. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(11):1296-304.

Dubois L, Girard M. Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. *Int J Obes (Lond)*. 2006; 30(4):610-7.

Fernandes O, Sabharwal M, Smiley T, Pastuszak A, Koren G, Einarson T. Moderate to heavy caffeine consumption during pregnancy and relationship to spontaneous abortion and abnormal fetal growth: a meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 1998; 12(4):435-44.

FSA (Food Standard Agency). Pregnant women advised to limit caffeine consumption. 2008. <http://www.food.gov.uk/news/newsarchive/2008/nov/caffeinenov08> (Zugriff: 15.12.2009).

Huncharek M, Kupelnick B, Klassen H. Maternal smoking during pregnancy and the risk of childhood brain tumors: a meta-analysis of 6566 subjects from twelve epidemiological studies. *J Neurooncol*. 2002; 57(1):51-7.

Infante-Rivard C, El-Zein M. Parental alcohol consumption and childhood cancers: a review. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev*. 2007; 10(1-2):101-29.

Kulig M, Luck W, Wahn U. The association between pre- and postnatal tobacco smoke exposure and allergic sensitization during childhood. *Hum Exp Toxicol*. 1999; 18(4): 241-4.

Latino-Martel P, Chan DSM, Druesne-Pecollo N, Barrandon E, Hercberg S, Norat T. Maternal Alcohol Consumption during Pregnancy and Risk of Childhood Leukemia: Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 19(5); 1238-60.

Lindbohm ML, Sallmén M, Taskinen H. Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. *Scand J Work Environ Health*. 2002; 28 Suppl 2:84-96.

Maslova E, Bhattacharya S, Lin SW, Michels KB. Caffeine consumption during pregnancy and risk of preterm birth: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010; 92(5):1120-32.

Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health*. 2006; 21(2):81-103.

Miyake Y, Miyamoto S, Ohya Y, Sasaki S, Matsunaga I, Yoshida T, Hirota Y, Oda H; Osaka Maternal and Child Health Study Group. Association of active and passive smoking with allergic disorders in pregnant Japanese women: baseline data from the Osaka Maternal and Child Health Study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2005; 94(6):644-51.

NICE. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. 2008. www.nice.org.uk/CG062fullguideline Zugriff: 27.09.2010

O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ, Bower C. The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *BJOG* 2009;116:390-400.

O'Callaghan FV, O'Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W. Maternal alcohol consumption during pregnancy and physical outcomes up to 5 years of age: a longitudinal study. *Early Hum Dev*. 2003; 71(2):137-48.

O'Leary CM, Nassar N, Zubrick SR, Kurinczuk JJ, Stanley F, Bower C. Evidence of a complex association between dose, pattern and timing of prenatal alcohol exposure and child behaviour problems. *Addiction*. 2010;105(1):74-86.

Pattenden S, Antova T, Neuberger M, Nikiforov B, De Sario M, Grize L, Heinrich J, Hrubá F, Janssen N, Luttmann-Gibson H, Privalova L, Rudnai P, Splichalova A, Zlotkowska R, Fletcher T. Parental smoking and children's respiratory health: independent effects of prenatal and postnatal exposure. *Tob Control*. 2006; 15(4):294-301.

Polygenis D, Wharton S, Malmberg C, Sherman N, Kennedy D, Koren G, Einarson TR. Moderate alcohol consumption during pregnancy and the incidence of fetal malformations: a meta-analysis. *Neurotoxicol Teratol*. 1998; 20(1):61-7.

Robinson M, Oddy WH, McLean NJ, Jacoby P, Pennell CE, de Klerk NH, Zubrick SR, Stanley FJ, Newnham JP. Low-moderate prenatal alcohol exposure and risk to child behavioural development: a prospective cohort study. *BJOG*. 2010 Aug;117(9):1139-50.

Santos IS, Victora CG, Huttly S, Morris S. Caffeine intake and pregnancy outcomes: a meta-analytic review. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(3):523-30.

Savitz DA, Chan RL, Herring AH, Howards PP, Hartmann KE. Caffeine and miscarriage risk. *Epidemiology*. 2008 Jan;19(1):55-62.

Shah NR, Bracken MB. A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182(2):465-72.

Toschke AM, Ehlin A, Koletzko B, Montgomery SM. Paternal smoking is associated with a decreased prevalence of type 1 diabetes mellitus among offspring in two national British birth cohort studies (NCDS and BCS70). *J Perinat Med*. 2007; 35(1):43-7.

Weng X, Odouli R, Li DK. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Mar;198(3):279.e1-8.

WHO Europa. Machen wir uns nichts vor: Rauchen killt. Presse-Info EURO/04/02; Kopenhagen und Warschau; 15. Februar 2002.

WHO Questions and answers on the Green Paper on a smoke-free Europe; MEMO/07/37; Brussels, 30 January 2007; http://www.ensp.org/files/memo-07-37_en.pdf

Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1999; 13(1):35-57.

Yang Q, Olshan AF, Bondy ML, Shah NR, Pollock BH, Seeger RC, Look AT, Cohn SL. Parental germ cell tumors in association with parental smoking and drinking. *Cancer*. 2005; 103(5):1064-71.

Yang Q, Olshan AF, Bondy ML, Shah NR, Pollock BH, Seeger RC, Look AT, Cohn SL. Parental smoking and alcohol consumption and risk of neuroblastoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2000; 9(9):967-72.

2.9. Gestationsdiabetes

Gestationsdiabetes wird definiert als Glucoseintoleranz, die erstmalig während der Schwangerschaft auftritt oder erkannt wird (Buchanan et al., 2007).

Eine Metaanalyse von 20 Studien konnte einen Zusammenhang zwischen dem Gewicht der Schwangeren und der Entstehung von Gestationsdiabetes feststellen. Das Risiko für Gestationsdiabetes war höher für übergewichtige (OR 2,14; 95 % CI 1,82 – 2,53) und adipöse (OR 3,56; 95 % CI 5,07 – 16,04) im Vergleich zu normalgewichtigen schwangeren Frauen (Chu et al., 2007).

Auch das Geburtsgewicht der Mutter scheint einen Einfluss auf die Entwicklung von Gestationsdiabetes zu haben. Frauen mit selbst geringem Geburtsgewicht, haben eine höhere Prävalenz von Gestationsdiabetes im Vergleich zu Frauen mit normalem

Geburtsgewicht. Einige Studien zeigten auch eine U-förmige Assoziation zwischen dem Geburtsgewicht der Mutter und der Entwicklung von Gestationsdiabetes (Pettitt und Jovanovic, 2007). Frauen mit einem Geburtsgewicht von < 2.600 g hatten einer anderen Studie zufolge, ein zweifach höheres Gestationsdiabetesrisiko (OR 1,89; 98 % CI 1,09 – 3,29; p = 0,023), das Risiko war am höchsten für Mütter mit geringem Geburtsgewicht, die Babys mit Makrosomie geboren hatten (Seghieri et al., 2002).

Höheres Geburtsgewicht und mütterliche Gestationsdiabetes erhöhen das Risiko für die Entstehung von Übergewicht im Erwachsenenalter. 17,1 % der Studienteilnehmer von Müttern mit Gestationsdiabetes, hatten hohes Risiko für die Entstehung von Übergewicht, und 9,7 % waren im frühen Erwachsenenalter übergewichtig. Multivariate Modelle zeigten für jede 1-kg Zunahme des Geburtsgewichtes ein 1,4-fach höheres Risiko für Übergewicht im Erwachsenenalter (OR 1,4; 95 % CI 1,2 – 1,6) (Gillman et al., 2003).

Hypertrophe Neugeborene (überdurchschnittlich große Neugeborene) von Müttern mit Gestationsdiabetes oder von adipösen Müttern, haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von metabolischem Syndrom im Kindesalter. Hypertrophe Neugeborene von Müttern mit Gestationsdiabetes hatten ein 3,6-fach höheres Risiko für metabolisches Syndrom im Kindesalter verglichen mit eutrophen Neugeborenen (normale Geburtsgröße). Bei Müttern ohne Gestationsdiabetes zeigte sich hingegen kein signifikanter Unterschied. Hypertrophiestatus und mütterliche Adipositas erhöhten das Risiko für metabolisches Syndrom zweifach (Hazard Ratio 2,19; 95 % CI 1,25 – 3,82 und 1,81; 95 % CI 1,03 – 3,19) (Boney et al., 2005).

Zusammenfassung:

Das Gewicht der Schwangeren scheint einen Einfluss auf die Entstehung von Gestationsdiabetes zu haben. Auch das Geburtsgewicht der Mutter zeigte einen Einfluss, wobei sowohl Mütter mit geringem, als auch Mütter mit hohem Geburtsgewicht eine höhere Prävalenz von Gestationsdiabetes im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen hatten. Höheres Geburtsgewicht und mütterlicher Gestationsdiabetes scheinen das Risiko für die Entstehung von metabolischem Syndrom im Kindesalter und für Übergewicht im Erwachsenenalter zu erhöhen.

Literatur:

Boney CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics*. 2005; 115(3):e290-6.

Buchanan TA, Xiang A, Kjos SL, Watanabe R. What is gestational diabetes? *Diabetes Care*. 2007; 30 Suppl 2:S105-11.

Chu SY, Callaghan WM, Kim SY, Schmid CH, Lau J, England LJ, Dietz PM. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2007; 30(8):2070-6.

Gillman MW, Rifas-Shiman S, Berkey CS, Field AE, Colditz GA. Maternal gestational diabetes, birth weight, and adolescent obesity. *Pediatrics*. 2003; 111(3):e221-6.

Pettitt DJ, Jovanovic L. Low birth weight as a risk factor for gestational diabetes, diabetes, and impaired glucose tolerance during pregnancy. *Diabetes Care*. 2007; 30 Suppl 2:S147-9.

Seghieri G, Anichini R, De Bellis A, Alviggi L, Franconi F, Breschi MC. Relationship between gestational diabetes mellitus and low maternal birth weight. *Diabetes Care*. 2002; 25(10):1761-5.

2.10. Infektionen während der Schwangerschaft

Aufgrund schwangerschaftsinduzierter Verringerung der zellulären Immunfunktionen kommt es bei schwangeren Frauen häufig zu einer erhöhten Anfälligkeit verschiedener Infektionen. Hepatitis E Virus, *Coxiella burnetii*, *Listeria monocytogenes* und *Toxoplasma gondii* sind intrazelluläre Pathogene, die schwere Krankheiten bei der Mutter und beim Fötus auslösen können. *Toxoplasma gondii* und *Listeria monocytogenes* zählen zu den wichtigsten Lebensmittelpathogenen in der Schwangerschaft, die zum Tod oder zu schwerwiegenden Krankheiten beim Fötus oder Neugeborenen führen können (Smith, 1999).

Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen vaginaler Infektion und vorzeitigem Wehen, vorzeitigem Blasensprung und Frühgeburt (Kiss und Witt, 2001).

Intrauterine Infektionen sind für bis zu 40 % der Frühgeburten verantwortlich. Der häufigste Weg intrauteriner Infektionen und daraus resultierender amniotischer Infektionen scheint die aufsteigende Route von Zervix und Vagina zu sein (Riggs und Klebanoff, 2004).

Studien zeigen bei Frühgeburt einen vermehrten Nachweis von

- Gruppe B-Streptokokken (Kiss und Witt, 2001)
- Chlamydien (Kiss und Witt, 2001)
- *Neisseria gonorrhoeae* (Kiss und Witt, 2001)
- *Gardnerella vaginalis* (Kiss und Witt, 2001; Riggs und Klebanoff, 2004)
- Ureaplasmen (Kiss und Witt, 2001; Riggs und Klebanoff, 2004)
- *Mycoplasma hominis* (Riggs und Klebanoff, 2004)
- *Mobiluncus* (Riggs und Klebanoff, 2004)
- *Bacteroides* spp (Riggs und Klebanoff, 2004).

2.10.1. Bakterielle Vaginose

Eine österreichische Metaanalyse von 18 Studien zeigte, dass das Auftreten von bakterieller Vaginose das Risiko einer Frühgeburt um mehr als das zweifache erhöhen kann (OR 2,19; 95 % CI 1,54 – 3,12). Höheres Risiko hatten Subgruppen vor der 16. Schwangerschaftswoche (OR 7,55; 95 % CI 1,80 – 31,65) oder vor der 20. Schwangerschaftswoche (OR 2,53; 95 % CI 1,26 – 5,08) (Leitlich et al., 2003).

Ein Update dieser Metaanalyse durch weitere 14 Studien bestätigte die Verdoppelung des Frühgeburtenrisikos durch bakterielle Vaginose bei asymptomatischen Patienten (OR 2.16, 95% CI 1.56 - 3.00) und bei Patienten mit Symptomen für Frühgeburt (OR 2.38, 95% CI 1.02 - 5.58). Bakterielle Vaginose führte auch zu einem signifikant erhöhtem Risiko einer späten Fehlgeburt (OR 6.32, 95% CI 3.65-10.94) und für mütterliche Infektionen (OR 2.53, 95% CI 1.26-5.08) bei asymptomatischen Patienten. Für das Auftreten frühkindlicher Infektionen

oder für perinatale Sterblichkeit konnte kein signifikanter Einfluss nachgewiesen werden (Leitlich und Kiss, 2007).

Eine dänische Kohortenstudie konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen bakterieller Vaginose vor der 20. Schwangerschaftswoche und dem Auftreten von geringem Geburtsgewicht (OR 1,95; 95% CI 1.3 – 2.9), Frühgeburt von Kindern mit geringem Geburtsgewicht (< 2.500 g) (OR 2,5; 95% CI 1.6 – 3.9), Frühgeburt (OR 2,4; 95% CI 1.4 – 4.1) und klinischer Chorioamnionitis (OR 2,7; 95% CI 1.4 – 5.1) feststellen (Svare et al., 2006).

2.10.2. Toxoplasmose

Der Parasit *Toxoplasma gondii* ist die Ursache der Toxoplasmose. Die Diagnose mütterlicher Infektion ist schwierig, da mehr als 90 % der primären Toxoplasmose-infektionen bei immunokompetenten Personen asymptomatisch verlaufen (Kravetz und Federman 2005). Das Risiko einer Übertragung von der Mutter auf den Fötus sowie das Auftreten klinischer Symptome bei der Geburt sind unter anderem vom Infektionszeitpunkt während der Schwangerschaft abhängig (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Tabelle 6 Transmissionsrisiko und klinische Symptome des Kindes bei Geburt in Abhängigkeit vom Infektionszeitpunkt während der Schwangerschaft (nach Groß et al., 2001)

	Tansmission	Kinische Manifestation
1. Trimester	14 %	73 %
2. Trimester	29 %	28 %
3. Trimester	59 %	11 %

Das Transmissionsrisiko erhöht sich, wenn die Erstinfektion später in der Schwangerschaft erfolgt (Groß et al., 2001; Rorman et al., 2006). Mit der Dauer der Schwangerschaft erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der pränatalen Übertragung, hingegen verringert sich die klinische Manifestation beim Fötus (Robert Koch-Institut und Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, 1999). Fötale Infektion kann unter anderem das Kind schwer schädigen oder zu Fehlgeburt führen (Robert Koch-Institut und Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, 1999; Groß et al., 2001; Rorman et al., 2006). In der Neugeborenenphase wurde Fieber, Konvulsionen und ein prolongierter Ikterus beobachtet (Groß et al., 2001). Symptome werden jedoch oft nicht bei der Geburt festgestellt, Spätmanifestationen treten auch erst in späterer Folge, bis zu 20 Jahren nach der Geburt, auf (Groß et al., 2001; Rorman et al., 2006).

Erfolgt die Erstinfektion im zweiten oder dritten Drittel der Schwangerschaft, können folgende Manifestationen auftreten (Robert Koch-Institut und Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Deutschland, 1999):

- Klassische Trias (in etwa 1 % der Fälle): Retinochorioiditische Narben, Hydrozephalus, intrazerebrale Verkalkungen, postenzephalitische Schäden.
- Mehrdeutige Krankheitsbilder mit Zeichen der floriden Entzündung (bis zu 10% der Fälle): Fieber, Splenomegalie, Hepatomegalie, Lymphadenitis, Retinochorioiditis, Anämie, Ikterus).

- Symptomloser Verlauf (bei etwa 90% der Fälle). Es können sich aber in späterer Folge (Monate oder Jahre) Symptome, am häufigsten Retinochorioiditis und mentale Retardierung, entwickeln.

Bei 550 infizierten Neugeborenen konnte keine Evidenz gefunden werden, dass eine pränatale Behandlung das Risiko für klinische Manifestationen signifikant reduziert (adjustiertes OR für behandelt vs. nicht behandelt 1,11; 95 % CI 0,61 – 2,02). Erhöhtes gestationales Alter bei Serokonversion war stark assoziiert mit erhöhtem Risiko einer Transmission von der Mutter auf das Kind (OR 1,15; 95 % CI 1,12 – 1,17), reduziertem Risiko intrakranialer Läsionen (OR 0,91; 95 % CI 0,87 – 0,95), jedoch nicht mit Läsionen der Augen (OR 0,97; 95 % CI 0,93 – 1,00) (SYROCOT, 2007). Eine weitere prospektive Kohortenstudie in 13 europäischen Ländern, die die Effektivität pränataler Behandlung für klinische Manifestationen kongenitaler Toxoplasmose untersuchte, konnte ebenfalls keine konsistenten Zusammenhang zwischen der Behandlungsart oder –zeit und dem Risiko für okuläre Läsionen feststellen (Gras et al., 2005).

Kürzlich durchgeführte europäische prospektive Studien inklusive einer Metaanalyse beobachteten nur geringe Effekte einer mütterlich-fötalen Transmission und klinische Anzeichen bei Kindern mit behandelter Toxoplasma gondii Infektion (Petersen, 2007).

Toxoplasmose-Präventivmaßnahmen während der Schwangerschaft (Groß et al., 2001; Kravetz und Federman, 2005)

- Gemüse und Obst vor dem Verzehr gut waschen
- Bei Gartenarbeit und bei Zubereitung von Fleisch Handschuhe tragen und Hände mit Seife waschen (besonders nach Garten- oder Küchenarbeit, insbesondere nach Zubereitung von Fleisch und vor jedem Essen)
- Fleisch vor dem Verzehr ausreichend erhitzen
- Meidung von Katzenkontakt
- Tägliche Reinigung der Katzentoilette durch eine andere Person oder Tragen von Handschuhen und Händewaschen danach.

2.10.3. Listeriose

Listeriose wird durch das Gram-positive Bakterium *Listeria monocytogenes* verursacht. Es kommt sowohl in Abwässern, der Erde und in Pflanzen vor, aber auch Lebensmitteln tierischer Herkunft können während der Gewinnung verunreinigt werden (Rohmilch, Weichkäse, Räucherfisch, rohes Fleisch oder Geflügel) (AGES, 2006).

Minimierung des Risikos von Lebensmittelinfektionen (AGES, 2006)

- Fleisch- und Fischgerichte durchgaren
- Rohmilch vor dem Verzehr abkochen
- Hackfleisch nicht roh verzehren
- Regelmäßiges Händewaschen vor Zubereitung der Speisen
- Obst, Gemüse und Salate vor Verzehr waschen
- Getrennte Zubereitung von Fleisch und rohem Gemüse
- Gründliche Reinigung der Arbeitsflächen in der Küche
- Abdecken frisch gekochter Speisen bei der Lagerung im Kühlschrank, um eine nachträgliche Keimeinbringung zu vermeiden.

Listeria monocytogenes hat beim Menschen die Fähigkeit, intestinale und plazentare Barrieren sowie die Blut-Hirn-Schranke zu passieren, was zu Gastroenteritis, maternofötale Infektionen und Meningoenzephalitis führen kann (Lecuit, 2005). Als weitere klinische Symptome infolge einer Infektion mit *Listeria monocytogenes* werden Sepsis, Infektionen des

zentralen Nervensystems, Endokarditis und lokale Infektionen beschrieben (Doganay, 2003). Bei immunkompetenten Personen verläuft eine Infektion meistens ohne Krankheitszeichen oder als Durchfall. Es besteht jedoch die Möglichkeit einer in utero Übertragung von der Mutter auf das Kind, wobei es zu Abortus und Frühgeburt kommen kann (AGES, 2006; Barber et al., 2006). Diese Kinder zeigen ein „early onset“-Syndrom und sind bereits bei der Geburt auffällig. Werden Kinder erst bei der Geburt mit dem Pathogen konfrontiert, entwickeln sie eine „late-onset“-Krankheit. Bei infizierten Säuglingen tritt oft Hirnhautentzündung auf (AGES, 2006). Im Jahr 2005 wurden laut Österreichischer Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) 20 Listeriose-Fälle, keiner davon schwangerschaftsassoziiert, registriert. Im Jahr 2006 waren es 10 Fälle von Listeriose beim Menschen, einer davon in Verbindung mit einer Schwangerschaft (AGES, 2006).

Zusammenfassung:

Bakterielle Vaginose in der frühen Schwangerschaft kann das Risiko für Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht sowie klinische Chorioamnionitis erhöhen.

Zu den wichtigsten Lebensmittelpathogenen, die zum Tod oder zu schwerwiegenden Krankheiten des Fötus oder Neugeborenen führen können, zählen Toxoplasma gondii und Listeria monocytogenes.

Literatur:

AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit). Bericht über Zoonosen und ihre Erreger in Österreich im Jahr 2006. 1. Auflage, September 2006. 33-8.

Barber EM, Guleria I, Pollard JW. Infection with *Listeria monocytogenes* as a probe for placental immunological function. *Methods Mol Med*. 2006; 122:435-42.

Doganay M. Listeriosis: clinical presentation. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2003 1; 35(3):173-5.

Gras L, Wallon M, Pollak A, Cortina-Borja M, Evengard B, Hayde M, Petersen E, Gilbert R; European Multicenter Study on Congenital Toxoplasmosis. Association between prenatal treatment and clinical manifestations of congenital toxoplasmosis in infancy: a cohort study in 13 European centres. *Acta Paediatr*. 2005; 94(12):1721-31.

Groß U, Roos T, Friese K. Toxoplasmose in der Schwangerschaft. *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 49:3293-300.

Kiss H, Witt A. Schwangerschaft und Infektion - neue Aspekte. *Journal für Fertilität und Reproduktion* 2001; 11(1):14-16.

Kravetz JD. Questions and answers. I'm trying to become pregnant. Should I avoid my two cats (and their litter box) to lower my risk of toxoplasmosis? *Health News*. 2002; 8(12):12.

Lecuit M. Understanding how *Listeria monocytogenes* targets and crosses host barriers. *Clin Microbiol Infect*. 2005; 11(6):430-6.

Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaidler A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(1):139-47.

Leitich H, Kiss H. Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007; 21(3):375-90.

Petersen E. Toxoplasmosis. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007; 12(3):214-23.

Riggs MA, Klebanoff MA. Treatment of vaginal infections to prevent preterm birth: a meta-analysis. *Clin Obstet Gynecol.* 2004; 47(4):796-807.

Robert Koch-Institut und Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin. Toxoplasmose bei Mutter und Kind – Erkennung, Behandlung und Verhütung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz.* 1999; 42:606-9.

Rorman E, Zamir CS, Rilkis I, Ben-David H. Congenital toxoplasmosis--prenatal aspects of *Toxoplasma gondii* infection. *Reprod Toxicol.* 2006; 21(4):458-72.

Svare JA, Schmidt H, Hansen BB, Lose G. Bacterial vaginosis in a cohort of Danish pregnant women: prevalence and relationship with preterm delivery, low birthweight and perinatal infections. *BJOG.* 2006; 113(12):1419-25.

SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study group, Thiébaud R, Leproust S, Chêne G, Gilbert R. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet.* 2007; 369(9556):115-22.

2.11. Präeklampsie

Das Auftreten von Präeklampsie in der Schwangerschaft stellt eine potentielle Gefahr sowohl für die Mutter als auch für das Kind dar.

Folgende Ergebnisse erhöhen die Sicherheit der Diagnose von Präeklampsie (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000):

- Systolischer Blutdruck ≥ 160 mmHG oder diastolischer Blutdruck ≥ 110 mmHG
- Proteinurie von ≥ 2 g in 24 Stunden (2+ oder 3+ bei qualitativen Untersuchungen); die Proteinurie sollten zum ersten Mal während der Schwangerschaft auftreten und sich anschließend zurückentwickeln
- Erhöhte Serum Kreatininkonzentration ($>1,2$ mg/dL außer wenn sie schon vorher erhöht war)
- Plättchenzahl < 100.000 Zellen/mm³, Evidenz für mikroangiopathische hämolytische Anämie (mit erhöhter Milchsäure-Dehydrogenase Konzentration)
- Erhöhte hepatische Enzymaktivität (entweder Alanin-Aminotransferase, Aspartat-Aminotransferase oder beide)
- Bestehende Kopfschmerzen oder andere zerebrale oder visuelle Beschwerden.
- Persistenter epigastrischer Schmerz.

Eine Metaanalyse konnte ein verringertes Risiko von Bluthochdruck (11 Studien: 14.946 Frauen RR 0,70; 95%CI 0,57-0,86) und Präeklampsie (12 Studien: 15.206 Frauen: RR 0,48; 95 % CI 0,33-0,69) durch Calcium-Supplementierung beobachten. Der Effekt war am größten bei Frauen mit hohem Risiko (5 Versuche: 587 Frauen; RR 0,22; 95 % CI 0,12-0,42) und mit niedriger Calcium-Aufnahme (7 Versuche: 10.154 Frauen: RR 0,36; 95 % CI 0,18-

0,70) (Hofmeyr et al., 2006). Diese Ergebnisse konnten durch eine weitere Studie bestätigt werden. Calcium-Supplementierung reduzierte bei Frauen mit erhöhtem Risiko für schwangerschaftsbedingtem Bluthochdruck die Inzidenz von erhöhtem Blutdruck (RR 0,35; 95 % CI 0,21 - 0,57) und Präeklampsie (RR 0,22; 95 % CI 0,11-0,43) und führte auch bei Frauen mit niedriger Calcium-Aufnahme durch die Nahrung zu einer signifikanten Reduktion der Inzidenz an Bluthochdruck (RR 0,49; 95 % CI 0,38-0,62) und Präeklampsie (RR 0,32; CI 0,21-0,49). Bei Frauen mit niedrigem Risiko für schwangerschaftsbedingtem Bluthochdruck und adäquater Calcium-Aufnahme sind die positiven Effekte gering und nicht statistisch signifikant (Kulier et al., 1998).

Eine Zusammenfassung von 14 randomisierten Studien von 1966 bis 1994 an 2.459 Frauen zeigte durch Calcium-Supplementierung eine Reduktion des systolischen Blutdruckes um -5,40 mm Hg (95 % CI; -7,81 bis -3,00 mm Hg; $p < 0,001$) und des diastolischen Blutdruckes um -3,44 mm Hg (95 % CI; -5,20 bis -1,68; $p < 0,001$). Das Odds Ratio für Präeklampsie lag bei 0,38 (95 % CI, 0,22 – 0,65; vgl. Calcium-Supplementierung und Placebo) (Bucher et al., 1996).

Ebenso konnte die Muttersterblichkeit durch Calcium-Supplementierung reduziert werden (4 Versuche: 9.732 Frauen: RR 0,80; 95 % CI 0,65 – 0,97). Kein Effekt hatte die Supplementierung von Calcium auf das Risiko von Frühgeburt, Totgeburt oder Tod nach der Geburt (Hofmeyr et al., 2006).

Eine Metaanalyse von 6 randomisierten, kontrollierten Studien, die den Einfluss von langkettigen mehrfach ungesättigten Omega-3 Fettsäuren auf Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht bei Säuglingen, Präeklampsie- oder Eklampsierate zusammenfasste, zeigte eine signifikant längere Schwangerschaftsdauer durch Supplementierung mit Omega-3 Fettsäuren. Keine bewiesene Wirkung hatte die Supplementierung dieser Fettsäuren auf Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht oder auf die Rate an Präeklampsie und Eklampsie. Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede konnten im Geburtsgewicht und der Geburtslänge beobachtet werden, es kam jedoch zu einer signifikanten Erhöhung des Kopfumfanges (Szajewska et al., 2006).

Supplementierung mit Antioxidantien führte, einer Metaanalyse von 7 Studien (6.082 Personen) zufolge, zu einer 39%igen Risikoreduktion von Präeklampsie (RR 0,61; 95 % CI 0,50 – 0,75), zu einem reduzierten Risiko für hypotrophe Neugeborene (Neugeborene mit geringem Geburtsgewicht), höherem mittlerem Geburtsgewicht und häufigerem Auftreten von Frühgeburten (Rumbold et al., 2005a). Eine Zusammenfassung von 5 Studien mit insgesamt 766 Frauen konnte durch Supplementierung von Vitamin C alleine oder in Kombination mit anderen Supplementen bei der Verwendung des „fixed-effect-models“ ein reduziertes Präeklampsierisiko feststellen, wurde das „random-effect-models“ angewendet, konnte kein Effekt beobachtet werden. Keine Unterschiede wurden hinsichtlich Totgeburt, perinatalem Tod, Geburtsgewicht, intrauterinen Wachstumsstörungen durch Supplementierung mit Vitamin C beobachtet. Es konnte jedoch ein erhöhtes Risiko für Frühgeburt festgestellt werden (Rumbold und Crowther, 2005a). Die gleichen Autoren konnten im Rahmen einer weiteren Metaanalyse von 4 Studien mit 566 Frauen keinen Effekt von Vitamin E Supplementierung auf Totgeburt, neonatalen Tod, perinatalen Tod, frühzeitige Geburt, intrauterine Wachstumsstörungen oder Geburtsgewicht feststellen. Wurde das „fixed-effect-model“ verwendet, zeigte sich ein vermindertes Risiko für die Entwicklung einer klinischen Präeklampsie, kein beobachtbarer Effekt ergab sich bei der Verwendung des „random-effect-models“ (Rumbold und Crowther, 2005b).

Der mütterliche Body Mass Index scheint einen Einfluss auf das Präeklampsierisiko zu haben. Einer Studie zufolge verdoppelte sich das Risiko mit jeder Erhöhung des BMI während der Schwangerschaft um 5 – 7 kg/m^2 (O'Brien et al., 2003).

Eine weitere Studie zeigte, dass adipöse Frauen ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$) ein erhöhtes Risiko für Präeklampsie ($p < 0,001$), Gestationsdiabetes ($p < 0,001$), Hypertonie ($p < 0,001$) einer

äußere Geburtseinleitung ($p < 0.001$), Gefahr des Fötus durch Kaiserschnitt ($p < 0.001$) und Blutungen nach der Geburt ($p = 0,003$) hatten (Doherty et al., 2006).

Zusammenfassung:

Calcium-Supplementierung kann das Risiko für Bluthochdruck und Präeklampsie während der Schwangerschaft verringern. Eine Risikoreduktion von Präeklampsie konnte auch durch Supplementierung mit Antioxidantien festgestellt werden. Supplementierung von Omega-3-Fettsäuren hatte keinen Einfluss auf die Rate an Präeklampsie und Eklampsie. Eine Erhöhung des mütterlicher Body Mass Index kann hingegen das Risiko für Präeklampsie erhöhen.

Literatur:

Bucher HC, Guyatt GH, Cook RJ, Hatala R, Cook DJ, Lang JD, Hunt D. Effect of calcium supplementation on pregnancy-induced hypertension and preeclampsia: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 1996; 275(14):1113-7.

Doherty DA, Magann EF, Francis J, Morrison JC, Newnham JP. Pre-pregnancy body mass index and pregnancy outcomes. Int J Gynaecol Obstet. 2006; 95(3):242-7.

Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 3:CD001059.

Kulier R, de Onis M, Gülmezoglu AM, Villar J. Nutritional interventions for the prevention of maternal morbidity. Int J Gynaecol Obstet. 1998; 63(3):231-246.

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:S1-22.

O'Brien TE, Ray JG, Chan WS. Maternal body mass index and the risk of preeclampsia: a systematic overview. Epidemiology. 2003; 14(3):368-374.

Rumbold A, Duley L, Crowther C, Haslam R. Antioxidants for preventing pre-eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (4):CD004227.

Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2005a; (2):CD004072.

Rumbold A, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2005b; (2):CD004069.

Szajewska H, Horvath A, Koletzko B. Effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of women with low-risk pregnancies on pregnancy outcomes and growth measures at birth: a meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Clin Nutr. 2006; 83(6):1337-134.

3. STILLENDE

3.1. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr

In der nachfolgenden Tabelle 7 sind die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr für Stillende nach der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) und Schweizerischen Vereinigung für Ernährung (SVE) (D-A-CH, 2000) angegeben. Während der Schwangerschaft und Stillzeit wird empfohlen, den Konsum von Alkohol am besten zu vermeiden, um Kinder keinen Risiken (wie beispielsweise einer alkoholbedingten Fetopathie) auszusetzen (D-A-CH, 2000).

Tabelle 7 Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Stillende (D-A-CH, 2000)

Nährstoffe	D-A-CH-Referenzwerte
Protein (g/d)	63
Essentielle Fettsäuren	
n-6 (% der Energie)	2,5
n-3 (% der Energie)	0,5
Vitamin A (mg RÄ/d)	1,5
Vitamin D (µg/d)	5
Vitamin E (mg TÄ/d)	17
Vitamin K (µg/d)	60
Thiamin (mg/d)	1,4
Riboflavin (mg/d)	1,6
Vitamin B ₆ (mg/d)	1,9
Niacin (mg NÄ/d)	17
Folsäure (µg FÄ/d)	600
Pantothensäure (mg/d)	6
Biotin (µg/d)	30-60
Vitamin B ₁₂ (µg/d)	4
Vitamin C (mg/d)	150
Magnesium (mg/d)	390
Calcium (mg/d)	1.000
Phosphor (mg/d)	900
Eisen (mg/d)	20
Zink (mg/d)	11
Jod (µg/d)	260 (D, A), 200 (WHO, CH)
Selen (µg/d)	30-70
Kupfer (mg/d)	1,0-1,5
Mangan (mg/d)	2,9-5,0
Chrom (µg/d)	30-100
Molybdän (µg/d)	50-100

Literatur:

D-A-CH. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE),

Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, Verlag Umschau Braus, Frankfurt am Main, 2000.

3.2. Energie- und Nährstoffaufnahme

Nach Angaben des Österreichischen Ernährungsberichtes (2003) lag die durchschnittliche **Energie**zufuhr der Stillenden im Bereich der D-A-CH-Richtwerte. Die mittlere **Eiweiß**zufuhr war um rund 40 % über den Empfehlungen. Auch die durchschnittliche Aufnahme an **Fett** lag mit 38 bis 39 Energieprozent über den Empfehlungen. Die Fettsäurezusammensetzung war verbesserungswürdig. Die Zufuhr an **gesättigten Fettsäuren** lag mit 17 bis 18 der Nahrungsenergie um fast das Doppelte über den Empfehlungen. Das Verhältnis der essentiellen Fettsäuren **n-3** : **n-6** betrug im Studienkollektiv rund 7:1. Die D-A-CH-Empfehlung liegt bei 5:1.

Es konnte ebenfalls eine um 34 % über den Richtwerten liegende Zufuhr an **Nahrungscholesterin** beobachtet werden. Die D-A-CH-Richtwerte für die **Kohlenhydrataufnahme** wurden von den untersuchten Probanden nicht erreicht. Durchschnittlich nahmen die Stillenden 46 % der Nahrungsenergie aus Kohlenhydraten auf, davon sind im Mittel rund 16 % auf die Zufuhr von **Saccharose** zurückzuführen. Die **Ballaststoffaufnahme** lag mit 18 g/d unter den Richtwerten von D-A-CH.

Der Konsum an **Alkohol** betrug durchschnittlich 3,3 g (das entspricht 1 % der Energieaufnahme). Im untersuchten Kollektiv lagen große Schwankungen vor. Ein Fünftel der Befragten trank überhaupt keinen Alkohol.

Die durchschnittliche Aufnahme an **Vitamin A** sowie die Aufnahme an **Eisen** lagen bei 75 % der Empfehlungen. Um rund 25 % unter den Empfehlungen lag die Zufuhr an **Calcium**. Auch **Vitamin D** und **Vitamin E** wurden in zu geringen Mengen aufgenommen. Verbesserungswürdig war auch die **Vitamin B₆** Konzentration.

Im Bereich der Empfehlungen lagen die Konzentrationen an **Vitamin B₁**, **B₂**, **Magnesium**, **Zink** und **Jod**. Die durchschnittliche **Vitamin B₁₂** und **Niacin**-Konzentration lag über den Empfehlungen. Die Aufnahme an **Folsäure** konnte nicht anhand der D-A-CH-Werte interpretiert werden. Auswertungen nach den früher gültigen DGE-Empfehlungen zeigten nicht zufrieden stellende Ergebnisse (Elmadfa et al., 2003).

Zusammenfassung:

Nach Angaben des Österreichischen Ernährungsberichtes (2003) lag die mittlere Zufuhr an **Eiweiß**, **gesättigten Fettsäuren** und **Nahrungscholesterin**, sowie das **Verhältnis der essentiellen Fettsäuren (n-3 : n-6)** über den D-A-CH-Referenzwerten. Eine zu geringe mittlere Aufnahme konnte bei der Zufuhr an **Kohlenhydraten**, **Ballaststoffen**, **Vitamin A**, **Eisen**, **Calcium**, **Vitamin D**, **E** und **Folsäure** beobachtet werden. Verbesserungswürdig war auch die Konzentration an **Vitamin B₆**. Im Bereich der Empfehlungen lag die mittlere Aufnahme an **Vitamin B₁**, **B₂**, **Magnesium**, **Zink** und **Jod**. Auch die durchschnittliche **Energie**zufuhr lag im Bereich der Richtwerte. Die durchschnittliche Zufuhr an **Vitamin B₁₂** und **Niacin** lag über den Empfehlungen. **Alkohol** wurde von einem Fünftel der Befragten konsumiert. Die mittlere Aufnahme an Alkohol lag bei 3,3 g pro Tag (1 % der Gesamtenergieaufnahme)

Literatur:

Elmadfa I, Freisling H, König J, et al., Österreichischer Ernährungsbericht 2003. 1. Auflage, Wien, 2003.

3.3. Stillsituation in Österreich*

Eine repräsentative Befragung zur Stillsituation in Österreich im Rahmen der Studie „Säuglingsernährung Heute 2006“ ergab, dass 93 % der befragten Mütter ihr Kind gestillt und 7 % ihr Kind nie angelegt haben. Nach drei Monaten stillten insgesamt 72 % der befragten Mütter, davon 60 % voll und 12 % zum Teil. 27% hatten nach 3 Monaten bereits abgestillt. Nach sechs Monaten gaben 10 % der Befragten an, voll und 45 % teilweise zu stillen. Über einen Zeitraum von zwölf Monaten stillten 16 % der Befragten zum Teil und 1 % voll. Abgestillt hatten zu diesem Zeitpunkt 80 % der Mütter.

Als Gründe für das Stillen wurden von den befragten Müttern die *Gesundheit des Kindes* (91,6 %), *natürliche Ernährung für das Kind* (89,3 %), *Mutter-Kind-Beziehung* (78,2 %) sowie *Allergieprävention* (67,6 %) am häufigsten genannt. Weitere Nennungen waren *weil es mir Freude bereitet* (64 %), *praktisch* (60,3 %), *billiger als Flaschennahrung* (39 %), *Stillerfolg bei früheren Kindern* (33 %) und *Motivation durch andere Personen* (25,4 %). Als Gründe für das Nichtstillen wurden von 31 % der Mütter *zu wenig Milch* angegeben. 20 % der Befragten gaben an, dass sie *selbst kein Bedürfnis hatten zu stillen*. Bei weiteren 20 % *verweigerte das Kind die Brust*. 12 % der befragten Mütter durften *aus medizinischen Gründen* nicht stillen.

Einflussfaktoren auf die Stillfrequenz und Stilldauer sind unter anderem das Alter der Mutter, Mütter die bereits ältere Kinder erfolgreich gestillt haben, der Geburtsverlauf, Rauchen während der Schwangerschaft, der Zeitpunkt der Entscheidung, sein Kind zu stillen, die Ausbildung und das erste Anlegen des Kindes (Esberger, 2007).

Zusammenfassung:

Eine repräsentative Befragung zur Stillsituation in Österreich ergab, dass insgesamt 93 % der befragten Mütter ihr Kind gestillt haben. Drei Monate teil- bzw. vollgestillt hatten 72 % der befragten Mütter. 55 % der Mütter stillten ihr Kind sechs Monate, davon 10 % voll und 45 % zum Teil.

Literatur:

Esberger M, in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Säuglingsernährung heute 2006. Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich. Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr (Hrsg, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Sektion IV), 2007 [<http://www.bmgfj.gv.at>].

* Update: 18. Jänner 2010

3.4. Stillempfehlungen national und international

Nationale und internationale Stillempfehlungen und Empfehlungen zur Einführung von Beikost sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8 Nationale und internationale Stillempfehlungen

	Stillempfehlung	Einführung Beikost
Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission (2007)	idealerweise während der ersten 6 Lebensmonate stillen, weiterstillen bis ins 2. Lebensjahr und darüber hinaus, solange Mutter und Kind es wollen	spätestens im 7. Lebensmonat Vollmilch und auch „Kindermilch“ sollen erst nach dem 1. Geburtstag gegeben werden etwa mit einem Jahr soll ein Kind am Familientisch mitessen können
Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde (2001)	ausschließliches Stillen für (4, besser) 6 Monate (bei Allergieneigung für 6 Monate), dann weiterstillen mit Beikost	nach ausschließlicher Stillempfehlung von (4, besser) 6 Monaten
Deutsche Stillkommission (2004)	(4 bis) 6 Monate ausschließlich stillen, bei geeigneter und ausreichender Beikost kann solange weitergestillt werden, wie Mutter und Kind es wünschen (keine ausdrückliche Empfehlung, wann endgültig abgestillt werden sollte)	nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats und keinesfalls vor dem Beginn des 5. Lebensmonats
WHO (2003) (weltweite Empfehlung)	6 Monate ausschließlich stillen, weiterstillen bis ins 2. Lebensjahr oder darüber hinaus	nach ausschließlicher Stillempfehlung von 6 Monaten
EU Blueprint (2004)	6 Monate ausschließlich stillen, weiterstillen bis ins 2. Lebensjahr oder darüber hinaus	im 7. Monat
American Academy of Pediatrics (AAP) (1997)	Stillen mindestens für 12 Monate	
American Academy of Pediatrics (AAP) (2005)	ausschließliches Stillen für 6 Monate, kein oberes Limit für die Dauer des Stillen und keine Hinweise auf negative psychologische oder entwicklungsneurologische Einflüsse des Stillen in das 3. Lebensjahr	
Cochrane Database Review (Kramer und Kakuma, 2002)		keine Einführung von Beikost vor dem Ende des 6. Monats, solange regelmäßige Kontrollen und die Möglichkeit der Intervention bei Problemen gewährleistet sind

Zusammenfassung:

Sowohl national als auch international werden 6 Monate vollstillen empfohlen. Die Einführung von Beiskost sollte spätestens im 7. und nicht vor dem 5. Monat erfolgen.

Literatur:

American Academy of Pediatrics (AAP). Breastfeeding and the use of human milk. Policy Statement. *Pediatrics* 2005; 115:496–506.

American Academy of Pediatrics (AAP). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 1997; 100:1035-1039.

Deutsche Stillkommission, 2004 [<http://www.bfr.bund.de/cd/2404>]

Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde. Stillen. *Journal für Ernährungsmedizin* 2001; 3 (2) (Ausgabe für Österreich), 19-24.

EU Blueprint, 2004 [http://www.iblce-europe.org/Other/european_blueprint.htm]

Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, CD003517.

Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Informationen für Mütter, Väter und alle, die mit jungen Säuglingen und deren Eltern arbeiten. *Speculum* 2007; 3 (25. Jg.): 24-28.

WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organistaion, 2003.

3.5. Vorteile und Kontraindikationen des Stillen

Vorteile des Stillens für Säuglinge und Mütter, sowie Kontraindikationen des Stillens sind in Tabelle 9 und Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 9 Vorteile des Stillens

Für den Säugling
<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung - Schutz vor Infektionen - Allergieprophylaxe - Reduziertes Risiko für plötzlichen Kindestod (SIDS, sudden infant death syndrom) im 1. Lebensjahr - Studien geben Hinweise, dass gestillte ältere Kinder und Erwachsene eine reduzierte Inzidenz von Insulin-abhängigen (Typ-1) und Nichtinsulin-abhängigen (Typ 2) Diabetes mellitus, Lymphomen, Leukämie und Hodgkin-Erkrankungen, Übergewicht und Adipositas, Hypercholesterinämie und Asthma im Vergleich zu Nichtgestillten aufweisen (AAP, 2005). - Unterstützung der Entwicklung
Für die Mutter
<ul style="list-style-type: none"> - Verringert Blutungen nach der Geburt (AAP, 2005) - Unterstützung der Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt - Reduziert Risiko für Krebserkrankungen der Brust und der Eierstöcke und möglicherweise auch das Risiko für Hüftfrakturen und Osteoporose bei postmenopausalen Frauen

Für die Gesellschaft

- ökonomische, familiäre und ökologische Vorteile (AAP, 2005)

Tabelle 10 Kontraindikationen des Stillens

Kindliche Kontraindikationen

- Galaktosämie (Galaktose 1-Phosphat-Uridyltransferase Mangel) bei Säuglingen
- Teilstillen bei PKU und weiteren seltenen Stoffwechselerkrankungen möglich

Mütterliche Kontraindikationen

- Mütter mit aktiver, unbehandelter Tuberkulose, HIV, Hepatitis C (wenn sehr hohe Viruslast), Medikamente (Zytostatika, Isotopen)

Zusammenfassung:

Vorteile des Stillens für den Säugling sind unter anderem ein Schutz vor Infektionen, Allergieprophylaxe und reduziertes Risiko für plötzlichen Kindstod. Es gibt auch Hinweise, dass getillte Kinder und Erwachsene eine verringerte Inzidenz an Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Übergewicht und Adipositas sowie bestimmte Krebserkrankungen aufweisen.

Kontraindikationen sind einige Stoffwechselerkrankungen (wie beispielsweise Phenylketonurie oder Galaktosämie) oder spezielle Medikamenteneinnahme der Mutter.

3.6. Energie- und Nährstoffgehalt in Muttermilch und Säuglingsanfangsnahrung

In Tabelle 11 ist der Energie- und Nährstoffgehalt der Muttermilch und der Säuglingsanfangsnahrung nach den D-A-CH-Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr angegeben (D-A-CH, 2000).

Tabelle 11 Energie- und Nährstoffgehalt der Muttermilch und der Säuglingsanfangsnahrung (D-A-CH, 2000)

Nährstoff	Muttermilch		Säuglingsanfangsnahrung
	Durchschnitt (pro 100 g)	Schwankungsbreite (pro 100 g)	
Energie (kJ)	288	--	250-315
Energie (kcal)	69	--	60-75
Protein (g)	1,13	1,03-1,43	1,3-2,1
Fett (g)	4,03	3,50-4,62	3,1-4,6
Linolsäure (g)	0,41	0,29-0,61	0,21-0,84
Kohlenhydrate (g)	7	--	5-10
Vitamin A (µg)	69	53-74	42-126
Carotinoide (µg)	3,0	--	--
Vitamin D (µg)	0,07	0,01-0,12	0,7-1,75
Vitamin E (mg)	0,28	0,15-0,54	≥0,5/g mehrfach ungesättigte Fettsäuren
Vitamin K (µg)	0,48	0,3-4,0	≥ 2,80

Thiamin (µg)	15	13-17	≥ 28
Riboflavin (µg)	38	30-44	≥ 42
Niacin (mg)	0,17	0,13-0,20	≥ 0,56
Vitamin B ₆ (µg)	14	9-17	≥ 25
Folsäure (µg)	8,0	3,7-8,5	≥ 2,8
Pantothensäure (mg)	0,21	0,16-0,26	≥ 0,21
Biotin (µg)	0,58	0,40-1,00	≥ 1,05
Vitamin B ₁₂ (ng)	50	30-100	≥ 70
Vitamin C (mg)	6,5	3,5-7,8	≥ 5,6
Natrium (mg)	13	12-19	14-42
Chlorid (mg)	40	32-49	35-88
Kalium (mg)	47	46-64	42-102
Calcium (mg)	29	22-41	≥ 35
Phosphor (mg)	15	12-17	18-63
Magnesium (mg)	3,2	2,9-5,0	3,5-10,5
Eisen (µg)	58	26-58	350-1050
Jod (µg)	5,1	0,5-9,0	≥ 3,5
Fluorid (µg)	17	13-25	--
Zink (µg)	134	17-390	350-1050
Selen (µg)	3,3	1,0-5,3	≤ 2,1
Kupfer (µg)	35	22-77	14-56
Mangan (µg)	0,71	0,70-1,40	--
Chrom (µg)	4,1	3,0-80	--
Molybdän (µg)	1,0	--	--

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE) (D-A-CH). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, Verlag Umschau Braus, Frankfurt am Main, 2000.

3.7. Muttermilchbelastung

Aufgrund emissionsmindernder Maßnahmen und des Verbotes des Einsatzes persistenter Pestizide in den meisten Industrienationen ist in den vergangenen 30 Jahren die Belastung der Muttermilch mit persistenten Organochlo-Pestiziden, polychlorierten Biohnylen und Dioxinen in Deutschland um 70 bis 90 % zurückgegangen. Der Schadstoffgehalt der Muttermilch wird durch das Alter der Mutter, der Anzahl gestillter Säuglinge und der Länge der Stillperiode beeinflusst. Laut der deutschen Stillkommission stellt der Rückstandsgehalt in der Frauenmilch für den Säugling kein gesundheitliches Risiko dar. Es besteht des weiteren kein Anlass, das Stillen aufgrund des Rückstandsgehaltes einzuschränken (DGE, 2006).

Zusammenfassung:

Die Muttermilchbelastung mit Pestiziden ist den letzten Jahren zurückgegangen und stellt nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung kein Risiko für den Säugling dar.

Literatur:

DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Muttermilch, ein sicheres Lebensmittel. DGE-aktuell 16/2006 [<http://www.dge.de>]

3.8. Einfluss des Stillens auf Übergewicht / Adipositas bei Kindern

Ein Vergleich des Wachstums gestillter und Formula-ernährter Kinder zeigte im Alter von 6-8 Wochen nur geringe Unterschiede hinsichtlich der Gewichtszunahme und der Körpergröße. Ab einem Alter von 2 Monaten scheinen Formula-ernährte Säuglinge jedoch mehr Körpergewicht zuzunehmen und schneller in die Länge zu wachsen, als gestillte Säuglinge (Ziegler, 2006). Eine Untersuchung in der 52. Woche ergab, dass Formula-ernährte Kinder ebenfalls schwerer (10.138 g vs. 9.731 g, $p = 0,041$) und größer (75,6 cm vs. 73,7 cm, $p = 0,011$) sind, als Kleinkinder die vier Wochen oder länger gestillt wurden (Oddy et al., 2006). Vor allem könnten die Unterschiede in der Proteinaufnahme für das unterschiedliche Wachstum von gestillten und nichtgestillten Kindern verantwortlich sein. Die Autoren gehen davon aus, dass die unterschiedliche Energieaufnahme auch zu Unterschieden in der Prävalenz von Adipositas bei älteren Kindern führen kann (Ziegler, 2006).

Weitere Ergebnisse deuten darauf hin, dass 2-jährige Kinder, die weniger als 6 Monate voll gestillt wurden, ein höheres Risiko für eine Gewichtszunahme (OR 1,65; 95 % CI 1,17-2,30) haben als Kinder, die länger als 6 Monate voll gestillt wurden. Die Dauer des Vollstillens scheint indirekt mit dem Risiko einer Gewichtszunahme assoziiert zu sein. Kleinkinder, die höchstens einen Monat voll gestillt wurden, hatten eine zweifach höhere Gewichtszunahme als Kinder, die mindestens 6 Monate gestillt wurden (OR 1,99; 95 % CI 1,34-2,97) (Kalies et al., 2005).

Bei 1-jährigen Kindern konnte in einer weiteren Studie auch eine Senkung des BMI nach einer Stilldauer von mindestens 16 Wochen beobachtet werden. Bei Kindern zwischen 1 und 7 Jahren war der Zusammenhang zwischen Stilldauer und BMI vernachlässigbar. Ein erhöhter BMI im Alter von einem Jahr war jedoch mit einem erhöhten BMI im Alter zwischen 1 und 7 Jahren assoziiert (Scholtens et al., 2007).

Untersuchungen an 5-Jährigen ergaben keine signifikanten Unterschiede in der Fettmasse zwischen gestillten und nichtgestillten Kindern ($4,48 \pm 0,09$ und $4,76 \pm 0,17$ kg, resp., $p = 0,17$). Dabei zeigten weder Kinder, die über einen längeren Zeitraum, noch Kinder die ausschließlich gestillt wurden signifikante Unterschiede zu Nichtgestillten. Auch die Einführung von Beikost vor oder nach dem 4. Monat erbrachte in dieser Studie keine Unterschiede in der Fettmasse ($4,49 \pm 0,12$ und $4,63 \pm 0,12$ kg, resp., $p = 0,42$) (Burdette et al., 2006).

Eine Longitudinalstudie an 14-Jährigen ergab, dass eine Stilldauer über 6 Monate protektive Effekte auf Adipositas (OR 0,6; 95 % CI 0,4-0,96), nicht jedoch auf Übergewicht ausübt. Werden auch Störvariablen mitberücksichtigt, konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen beobachtet werden (OR 0,8; 95 % CI 0,5-1,3). Eine Stilldauer unter 6 Monate erbrachte ebenfalls keinen Einfluss auf Übergewicht oder Adipositas, obwohl ein Trend in der erhöhten Prävalenz von Übergewicht im Alter von 14 Jahren und einer kurzen Stillperiode vorhanden war (Shields et al., 2006).

In der Nurses Health Study II war die Dauer des Stillens (einschließlich der Dauer des Vollstillens) nicht mit Übergewicht ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) und Adipositas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) im

Erwachsenenalter assoziiert. Frauen, die mehr als 6 Monate ausschließlich gestillt wurden, hatten im Vergleich zu Nichtgestillten ein Risiko von 0,94 (95 % CI; 0,83-1,07) (Michels et al., 2007).

Die Ergebnisse einer Metaanalyse zeigen, dass Stillen, im Vergleich zu Formulanahrung, mit einem reduzierten Risiko für Übergewicht (OR 0,87; CI 0,85-0,89) bei 0 bis 33-Jährigen assoziiert ist. Ein besonders starker Zusammenhang (OR 0,43; 95 % CI 0,33-0,55) war dabei bei Studien mit einer kleinen Stichprobe (< 500 Personen) beobachtbar. Bei größeren Studien (\geq 500 Personen) lag der Odds Ratio bei 0,88 (95 % CI 0,85-0,90). Adjustierungen nach dem sozioökonomischen Status, mütterlichem Rauchen während der Schwangerschaft und Adipositas der Eltern reduzieren den inversen Zusammenhang sehr stark (von OR 0,86 auf 0,93) (Owen et al., 2005a).

Eine weitere Metaanalyse zeigt, dass Stillen auch mit einem etwas geringeren mittleren BMI (-0,04; 95 % CI -0,05 bis -0,02) im Vergleich zu Formula ernährten Kindern assoziiert ist. Auch hier zeigt sich ein Einfluss der Stichprobengröße. Bei kleineren Studien (< 1.000 Teilnehmern) sinkt der mittlere BMI um -0,19 (95 % CI -0,31 bis -0,08) und bei größeren Studien (\geq 1.000 Teilnehmer) um -0,03 (95 % CI -0,05 bis -0,02). Nach Adjustierung konnte jedoch keine signifikante Abnahme des BMI bei gestillten Kindern im Vergleich zu Nichtgestillten beobachtet werden (Abnahme des BMI nach Adjustierung -0,01; 95 % CI -0,05 bis 0,03) (Owen et al., 2005b).

Harder et al. (2005) untersuchten in einer Metaanalyse ebenfalls den Zusammenhang zwischen der Stilldauer und dem Risiko für Übergewicht. Die Ergebnisse zeigen einen inversen, dosisabhängigen Zusammenhang (Tabelle 12).

Tabelle 12 Stilldauer und Risiko für Übergewicht (Harder et al., 2005)

	Stilldauer				
	< 1 Monat	1-3 Monate	4-6 Monate	7-8 Monate	> 9 Monate
Studienanzahl	5	14	15	11	7
OR für Übergewicht	1,0	0,81	0,76	0,67	0,68
95 % CI	0,65-1,55	0,74-0,88	0,67-0,86	0,55-0,82	0,50-0,91

Ein durchgehendes Stillen von 9 Monaten führt zu einem um mehr als 30 % geringeren Risiko für Übergewicht. Eine Stilldauer von einem Monat ist mit einem 4 % verringerten Risiko assoziiert. Das Alter zeigte dabei nur einen geringen Einfluss. Bei Kindern \leq 5 Jahren beträgt der Odds Ratio pro gestilltem Monat 0,97 (95 % CI; 0,94-0,99) und bei über 6-Jährigen 0,96 (95 % CI; 0,93-0,99) (Harder et al., 2005).

3.8.1. Einfluss von Übergewicht bzw. Diabetes mellitus der Mutter auf das Gewicht des Kindes

Mütter mit Übergewicht

Kinder, deren Mütter vor der Schwangerschaft übergewichtig (≥ 30 kg/m²) waren, haben ein größeres Risiko, übergewichtig zu werden, als Kinder von normalgewichtigen Müttern (<25 kg/m²) (adj. OR = 4,1; 95 % CI 2,6-6,4; p = 0,06). Das höchste Risiko für Übergewicht zeigen nichtgestillte Kinder von übergewichtigen Müttern (OR = 6,1; 95 % CI 2,9-13,1) (Li et al., 2005).

Mütter mit Diabetes

In der Growing Up Today Study (GUTS) wurde der Einfluss von Muttermilch diabetischer Mütter auf das Risiko für Übergewicht bei gestillten und nichtgestillten Kindern im Alter von 9-14 Jahren ($n = 15.253$) untersucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Stillen unabhängig vom Diabetes- oder Gewichtsstatus der Mutter invers mit dem Übergewicht bei Kindern assoziiert ist (Mayer-Davis et al., 2006).

Eine weitere Studie zeigt, dass eine erhöhte Zufuhr von Muttermilch diabetischer Frauen positiv mit dem Risiko für Übergewicht bei 2-Jährigen assoziiert ist (OR = 2,47; 95 % CI 1,25-4,87), während eine erhöhte Zufuhr von Muttermilch nichtdiabetischer Frauen invers mit dem Körpergewicht der Kinder ($p = 0,001$) korreliert. Das Risiko für beeinträchtigte Glucosetoleranz sinkt bei erhöhter Zufuhr von Muttermilch nichtdiabetischer Frauen (Plagemann et al., 2002).

Eine vergleichende Untersuchung von Muttermilch diabetischer Mütter, Formulanahrung und gemischter Fütterung auf das Körpergewicht und den BMI von 1-jährigen Säuglingen zeigt in einer weiteren Studie jedoch keine signifikanten Unterschiede (Kerssen et al., 2004).

3.8.2. Stillverhalten & -dauer von Müttern mit Übergewicht und Müttern mit Typ 1 Diabetes mellitus

Mütter mit Übergewicht

In epidemiologischen Studien wurde beobachtet, dass übergewichtige und adipöse Frauen weniger häufig zu stillen beginnen und beabsichtigen, ihre Kinder weniger lange zu stillen wie normalgewichtige Frauen (Amir et al., 2007).

Das Risiko, frühzeitig das Stillen zu beenden, steigt progressiv mit steigendem BMI von 1,12 (95 % CI: 1,09-1,16) für übergewichtige Schwangere (BMI = 25,0-29,9) auf 1,39 (95 % CI: 1,19-1,63) für adipöse Schwangere (BMI ≥ 40) an (Baker et al., 2007).

Eine prospektive Geburten-Kohorten-Studie zeigte, dass übergewichtige und adipöse Frauen häufiger das Stillen vor dem 6 Monat unterbrechen als normalgewichtige Frauen (Oddy et al., 2006).

Mütter mit Diabetes mellitus Typ 1

Eine Befragung von 102 Müttern mit Diabetes mellitus Typ 1 ergab, dass 86 % der Frauen ihre Kinder 5 Tage nach der Geburt stillen. 4 Monate später stillen 54 % der Mütter ihre Kinder voll, 14 % teilweise und 32 % gar nicht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe waren keine signifikanten Unterschiede beobachtbar. In der Kontrollgruppe stillten 50 % der Frauen ihre Kinder voll und 26 % teilweise. 24 % der Frauen stillten ihre Kinder nicht (Stage et al., 2006).

Zusammenfassung:

Metaanalysen zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Stillen und reduziertem Risiko für Übergewicht bzw. Stillen und vermindertem BMI bei Studien mit kleinen Stichproben (< 500 Personen) stärker beobachtbar ist als bei größeren Stichproben (≥ 500 Personen). Weiters konnten dosisabhängige Zusammenhänge zwischen Stilldauer und Risiko für Übergewicht ermittelt werden.

Die Untersuchung des Einflusses von Übergewicht der Mutter auf das Gewicht des Kindes ergab, dass Kinder, deren Mütter vor der Schwangerschaft übergewichtig waren, ein höheres Risiko aufweisen übergewichtig zu werden, als Kinder von normalgewichtigen Frauen. Das höchste Risiko für Übergewicht zeigen nichtgestillte Kinder von übergewichtigen Müttern. Weiters konnte in Studien beobachtet werden, dass übergewichtige und adipöse Frauen weniger häufig stillen und auch das Stillen früher beenden als Normalgewichtige.

Literatur:

Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. BMC Pregnancy Childbirth 2007; 7:9.

Baker JL, Michaelsen KF, Sorensen Tla, Rasmussen KM. High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. Am J Clin Nutr. 2007; 86(2):404-411.

Burdette M, Whitaker RC, Hall WC, Daniels SR. Breastfeeding, introduction of complementary foods, and adiposity at 5 y of age. Am J Clin Nutr. 2006; 83(3):550-558.

Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. Am J Epidemiol 2005; 162:397-403.

Kalies H, Heinrich J, Borte N, Schaaf B, von Berg A, von Kries R, Wichmann HE, Bolte G; LISA Study Group. The Effect of breastfeeding on weight gain in infants: results of a birth cohort study. Eur J Med Res. 2005; 10(1):36-42.

Kerssen A, Evers IM, de Valk HW, Visser GH. Effect of breast milk of diabetic mothers on bodyweight of the offspring in the first year of life. Eur J Clin Nutr. 2004; 58(10):1429-1431.

Li C, Kaur H, Choi WS, Huang TT, Lee RE, Ahluwalia JS. Additive interactions of maternal pregnancy BMI and breast-feeding on childhood overweight. Obes Res. 2005; 13(2):362-371.

Mayer-Davis EJ, Rifas-Shiman SL, Zhou L, Hu FB, Colditz GA, Gillman MW. Breast-feeding and risk for childhood obesity: does maternal diabetes or obesity status matter? Diabetes Care. 2006; 29(10): 2231-2237.

Michels KB, Willett WC, Graubard BI, Vaidya RL, Cantwell MM, Sansbury LB, Forman MR. A longitudinal study of infant feeding and obesity throughout life course. Int J Obes. 2007; 31(7):1078-1085.

Oddy WH, Li J, Landsborough L, Kendall GE, Henderson S, Downie J. The association of maternal overweight and obesity with breastfeeding duration. J Pediatr. 2006; 149(2):185-191.

Oddy WH, Scott JA, Graham KI, Binns CW. Breastfeeding influences on growth at one year of age. Breastfeed Rev. 2006; 14(1):15-23.

Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. Am J Clin Nutr. 2005b; 82(6):1298-1307.

Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. Pediatrics. 2005a; 115(5):1367-1377.

Plagemann A, Harder T, Franke K, Kohlhoff R. Long-term impact of neonatal breast-feeding on body weight and glucose tolerance in children of diabetic mothers. *Diabetes Care* 2002; 25(1):16-22.

Scholtens S, Gehring U, Brunekreef B, Smit HA, de Jongste JC, Kerkhof M, Gerritsen J, Wijga AH. Breastfeeding, weight gain in infancy, and overweight at seven years of age: the prevention and incidence of asthma and mite allergy birth cohort study. *Am J Epidemiol.* 2007; 165(8):919-926.

Shields L, O'Callaghan M, Williams GM, Najman JM, Bor W. Breastfeeding and obesity at 14 years: a cohort study. *J Paediatr Child Health* 2006; 42(5):289-296.

Stage E, Nørgård H, Damm P, Mathiesen E. Long-term breast-feeding in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2006; 29(4):771-774.

Ziegler EE. Growth of breast-fed and formula-fed infants. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program.* 2006; (58):51-59.

3.9. Allergieprophylaxe durch Stillen

Kinder, die vier Monate oder länger ausschließlich gestillt wurden, entwickelten in einer Studie im Alter von 2 Jahren seltener Asthma (7,7 % vs. 12 %; OR = 0,7; 95 % CI 0,5-0,8), seltener vermutete atopische Dermatitis (24 % vs. 27 %; OR = 0,8; 95 % CI 0,7-1,0) und seltener allergische Rhinitis (6,5 % vs. 9 %; OR = 0,7; 95 % CI 0,5-1,0). Teilweises Stillen für mindestens sechs Monate führte ebenfalls zu einer signifikanten Risikoreduktion von Asthma (OR = 0,7; 95 % CI 0,5-0,9) (Kull et al., 2002).

Allergische Rhinitis

In einem systematischen Review prospektiver Studien wurde der Einfluss von Stillen auf die Entwicklung einer allergischen Rhinitis untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass ausschließliches Stillen für 3 Monate sowohl vor allergischer Rhinitis bei Kindern ohne als auch mit familiärer Atopie schützt. Der zusammengefasste Odds-Ratio lag bei 0,74 (95 % CI 0,54-1,01). Bei Kindern mit familiärer Atopie betrug der zusammenfassende OR 0,87 (95 % CI 0,48-1,58) (Mimouni Bloch et al., 2002). Auch in der GINI-Studie zeigte ausschließliches Stillen im Vergleich zu Kuh-Milch-Formulanahrung signifikant protektive Effekte auf die Entwicklung einer atopischen Dermatitis (Laubereau et al., 2004).

Asthma Bronchiale

Ausschließliches Stillen in den ersten Lebensmonaten ist in einer Metaanalyse mit einer niedrigeren Asthmarate während der Kindheit assoziiert. Der zusammenfassende Odds-Ratio für den schützenden Effekt von Stillen liegt bei 0,70 (95 % CI, 0,60-0,81). Bei Kindern mit familiärer Vorgeschichte einer Allergie konnten größere Effekte beobachtet werden (OR = 0,52), als bei Studien mit kombinierten Stichproben (OR = 0,73) (Gdalevich et al., 2001a).

Ekzeme

Die Datenlage zu Stillen und Ekzemen ist nicht einheitlich. Eine Studie zeigte, dass Vollstillen für mindestens vier Monate sowohl das Risiko für Ekzeme (OR = 0,78; 95 % CI 0,63-0,96) als auch den Beginn von Allergien bei Kindern im Alter von 4 Jahren reduzieren kann (Kull et al., 2005). Eine andere Studie ergab, dass Voll- oder Teilstillen für mindestens

13 Monate, sowie ausschließliches Stillen für 4-11 Monate unabhängig mit einer höheren Prävalenz von atopischen Ekzemen, besonders bei Kindern deren Eltern keine Allergien haben, assoziiert ist. Ein klarer positiver Zusammenhang konnte dabei zwischen langer Stilldauer und der Prävalenz von atopischen Ekzemen beobachtet werden. Kein Zusammenhang war zwischen ausschließlichem Stillen und atopischen Ekzemen ersichtlich (Miyake et al., 2007).

Atopische Dermatitis

Eine Metaanalyse zeigt, dass ausschließliches Stillen während der ersten 3 Lebensmonate mit einer niedrigeren Inzidenzrate an atopischer Dermatitis bei Kindern mit familiärer Vorgeschichte assoziiert ist (OR = 0,58; CI 0,41-0,92). Bei Kindern, deren Verwandte ersten Grades keine atopische Dermatitis haben, ist kein Effekt beobachtbar (OR = 1,43; 95 % CI 0,72-2,86) (Gdalevich et al., 2001b).

Ausschließliches Stillen für mindestens 9 Monate war in einer weiteren Studie mit einem erhöhten Risiko für atopische Dermatitis ($p = 0,002$) und Symptomen einer Nahrungsmittel-Überempfindlichkeit im Alter von 5 ($p = 0,02$) und 11 Jahren ($p = 0,01$) bei Kindern mit familiärer Vorgeschichte einer Allergie assoziiert (Pesonen et al., 2006).

Eine weitere Studie, die die Entwicklung einer atopischen Dermatitis in den ersten 2 Lebensjahren untersuchte, ergab keine Unterschiede zwischen gestillten und mit HA-Nahrung-gefütterten Säuglingen (Nentwich et al., 2008).

3.9.1. Evidenzbasierter klinischer Report der American Academy of Pediatrics

Im evidenzbasierten klinischen Report der American Academy of Pediatrics (2008) wurde der letzte Stand der Wissenschaft (Studien bis inkl. 2006) zum Thema Ernährungsinterventionen zur Vermeidung der atopischen Krankheit bei Säuglingen und Kleinkindern zusammengefasst. Demzufolge gibt es Evidenz, dass das Vollstillen von mind. 4 Monaten bei Säuglingen mit hohem Atopierisiko verglichen mit der Fütterung von Säuglingsanfangsnahrung mit intakten Kuhmilchprotein die kumulative Inzidenz von atopischer Dermatitis und Kuhmilchallergie in den ersten 2 Lebensjahren vermindert. Weiters gibt es Evidenz dass Vollstillen für mindestens 3 Monate vor Keuchen im frühen Leben schützt. Es gibt allerdings keine überzeugende Evidenz, dass das Vollstillen von Säuglingen mit hohem Atopierisiko vor der Entwicklung von allergischem Asthma bis zum 6 Lebensjahr schützt. Die Vermeidung von Nahrungsallegenen in der Laktationsperiode hat laut diesem Report auch keinen Einfluss auf die Entwicklung der atopischen Krankheit – mit der möglichen Ausnahme, dass das atopische Ekzem vielleicht dadurch vorgebeugt wird. Weitere Untersuchungen sind erforderlich (AAP, 2008).

3.9.2. Auszüge der evidenzbasierten und konsentierten Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention

Die konsentierten Präventionsempfehlungen zu den einzelnen Themen lauten wie folgt (Schäfer et al., 2004):

„Stillen

Die vorliegenden Daten unterstützen überwiegend die Empfehlung zum ausschließlichen Stillen über mindestens 4 Monate zur Prävention atopischer Erkrankungen. Aufgrund der Untersuchungen kann die Stillempfehlung von mindestens 6 Monaten nicht belegt werden, da die meisten bewerteten Studien kürzere Stillzeiten (Stillen von 3 bzw. 4 Monaten) untersuchten“.

„Restriktionen und Karenz der mütterlichen Diät während Schwangerschaft und/oder Stillzeit
Für eine Empfehlung zu diätetischen Restriktionen während der Schwangerschaft gibt es keine gesicherten Belege. In Familien ohne Allergierisiko gibt es auch keine "Evidenz" für die Durchführung einer mütterlichen Diät in der Stillzeit. Bei Risikokindern (erhöhtes genetisches Risiko durch familiäre Belastung) kann die Vermeidung potenter Nahrungsmittelallergene (z.B. Kuhmilch und -produkte, Eier, Fisch) in der mütterlichen Diät während der Stillzeit einen präventiven Effekt auf die Entwicklung der atopischen Dermatitis haben. Der mögliche Nutzen der Restriktion ausgewählter Lebensmittel während der Schwangerschaft und Stillzeit, also in besonderen Lebenslagen, in denen der Bedarf über dem normalen Erwachsenenbedarf liegt, sollte gegenüber der Gefahr eines Mangels an bestimmten Nährstoffen, Vitaminen und Spurenelementen abgewogen werden“.

„Diätetische Restriktion in der Ernährung der Mutter während der Schwangerschaft und/oder Stillzeit und des Kindes in den ersten Lebensjahren

Zusätzlich lässt die Studienlage derzeit keine Ableitungen von Empfehlungen darüber zu, dass durch die Elimination potenter Nahrungsmittelallergene in der Ernährung von Mutter und Kind die Entwicklung von atopischen Erkrankungen verhindert bzw. verzögert werden kann“.

„Hydrolysierte Säuglingsnahrung bzw. Sojanahrung mit und ohne Stillen

Eine Empfehlung zur Gabe von hypoallergener Säuglingsnahrung bei Risikokindern ist vertretbar, sofern Stillen nicht möglich ist. In einzelnen Studien hat sich intensiv-hydrolysierte Säuglingsnahrung auf Kaseinbasis gegenüber partiell-hydrolysierter Nahrung als protektiv überlegen gezeigt“.

„Einführung von Beikost

Eine frühe Gabe von Beikost (vor dem vollendeten 4. Lebensmonat) kann einen möglichen Risikofaktor für die Entwicklung von atopischen Erkrankungen bei Kindern darstellen. Die zu der Zeit in Deutschland existierende Empfehlung, Beikost nicht vor dem vollendeten 4. Lebensmonat einzuführen, wird von den bewerteten Studien gestützt“.

„Einfluss verschiedener Lebensmittel und Nährstoffe

Darüber hinausgehend kann eine allgemeine Diät zur Allergieprävention nicht empfohlen werden“.

„Rauchverhalten der Mutter während der Schwangerschaft und danach, des Vaters und die Passivrauchexposition

Aktive und passive Exposition gegenüber Tabakrauch erhöht das Allergierisiko (insbesondere das Asthmarisiko) und ist zu vermeiden. Dies gilt auch während der Schwangerschaft“.

Aufgrund der aufgefundenen "Evidenz" wurden folgende weitere Aussagen konsentiert, aus denen sich aber (noch) keine unmittelbaren Präventionsempfehlungen ableiten lassen:

Impfungen

Alle Kinder, auch Allergiegefährdete, sollen nach den STIKO-Empfehlungen geimpft werden.

Unspezifische Immunmodulation

Es gibt Hinweise darauf, dass eine frühzeitige unspezifische Immunstimulation vor der Entwicklung allergischer Erkrankungen schützen kann. Hierzu zählen eine ländliche Wohnumgebung, der Besuch der Kindertagesstätte in den ersten 2 Lebensjahren und eine größere Geschwisterzahl. Es lassen sich aber noch keine Empfehlungen dazu ableiten. Zusätzlich gibt es erste Hinweise darauf, dass die Gabe von Lactobazillus GG präventive Effekte zeigt. Weitere Präventionsstudien müssen zeigen, ob sich hieraus eine einfache und wirkungsvolle Präventionsempfehlung ableiten lässt.

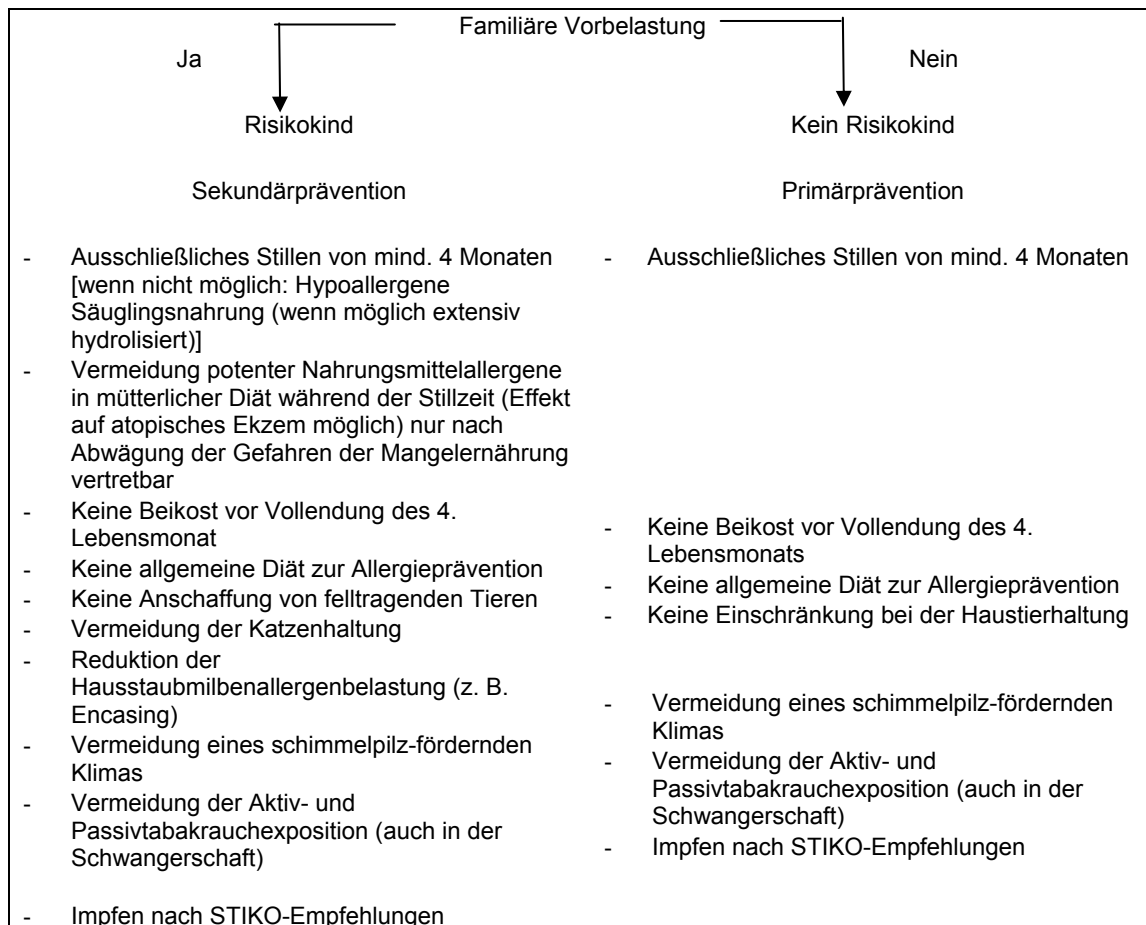
Hyposensibilisierung

Es gibt Hinweise, dass die Hyposensibilisierung bei Patienten mit allergischer Rhinitis die Entwicklung von Asthma verhindern kann. Zu Ansätzen der Allergieprävention durch Pharmakotherapie müssen weitere Studien folgen, bevor Empfehlungen zur Sekundärprävention ausgesprochen werden können.

Körpergewicht

Es gibt Hinweise, dass ein erhöhter Body Mass Index (BMI) mit Asthma positiv assoziiert ist.“

Abbildung 1 Algorithmus zur Primär- und Sekundärprävention allergischer Erkrankungen (Schäfer et al., 2004)



Zusammenfassung:

Metaanalysen deuten darauf hin, dass Stillen vor der Entwicklung einer allergischen Rhinitis, und der Entwicklung von Asthma Bronchiale schützen kann. Weiters gibt es Hinweise, dass Stillen bei Säuglingen mit hohem Atopierisiko auch die Inzidenz von atopischer Dermatitis und Kuhmilchallergie verringern kann. Nach Angaben der evidenzbasierten und konsentierten Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention gibt es keine Evidenz für die

Durchführung einer mütterlichen Diät in der Stillzeit in Familien ohne Allergierisiko. Bei Risikokindern kann die Vermeidung potenter Nahrungsmittelallergene (z. B. Kuhmilch und –produkte, Eier, Fisch) in der mütterlichen Diät während der Stillzeit einen präventiven Effekt auf die Entwicklung einer atopischen Dermatits haben. Nach Angaben der American Academy of Pediatrics scheint das Vermeiden von Nahrungsallegenen in der Laktationsperiode keinen Einfluss auf die Entwicklung der atopischen Dermatitis zu haben.

Literatur:

American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology (AAP; Greer FR, Sicherer SH, Burks AW). Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*. 2008; 121(1):183-191.

Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr*. 2001a; 139(2):261-266.

Gdalevich M; Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol*. 2001b; 45 (4):520-527.

Kull I, Böhme M, Wahlgreen CF, Nordvall L, Pershagen G, Wickman M. Breast-feeding reduces the risk for childhood eczema. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; 116(3):657-661.

Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Breast feeding and allergic disease in infants – a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child*. 2002; 87(6):478-481.

Laubereau B, Brockow I, Zirngibl A, Koletzko S, Gruebl A, von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Berdel D, Bauer CP, Reinhardt D, Heinrich J, Wichmann HE; GINI Study Group. Effect of breast-feeding on the development of atopic dermatitis during the first 3 years of life--results from the GINI-birth cohort study. *J Pediatr*. 2004; 144(5):602-7.

Mimouini Bloch A, Mimouini D, Mimouin M, Gdalevich M. Does breastfeeding protect against allergic rhinitis during childhood? A meta-analysis of prospective studies. *Acta Paediatr* 2002; 91:275-279.

Miyake Y, Arakawa M, Tanaka K, Sasaki S, Ohya Y. Cross-sectional study of allergic disorders associated with breastfeeding in Japan: The Ryukus Child Health Study. *Pediatr Allergy Immunol*. 2007; 18(5):433-440.

Nentwich I, Pazdírková A, Lokaj J, Szepfalusi Z, Hrstková H. Early Feeding in Infancy and Atopic Dermatitis - A Prospective Observational Study. *Klin Padiatr*. 2008 Feb 12

Pesonen M, Kallio MJ, Ranki A, Siimes MA. Prolonged exclusive breastfeeding is associated with increased atopic dermatitis: a prospective follow-up study of unselected healthy newborns from birth to age 20 years. *Clin Exp Allergy*. 2006; 36 (8):1011-1018.

Schäfer T, Borowski C, Diepgen TL, Hellermann M, Piechotowski I, Reese I, Roos T, Schmidt S, Sitter H, Werfel T, Gieler U und weiter Mitglieder der Konsensusgruppe des Aktionsbündnisses Allergieprävention. Allergieprävention: Evidenzbasierte und konsentierete Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention (abap) – Kurzfassung. *Allergo J* 2004; 13:252-260.

3.10. Stillen und Infektionen

Muttermilch senkt die Inzidenz und den Schweregrad von vielen Infektionserkrankungen unter anderem von bakterieller Meningitis, Bakteriämie, Durchfällen, Infektionen des Respirationstraktes, nekrotisierende Enterocolitis, Otitis media, Harnwegsinfektion oder spätes Auftreten einer Sepsis bei Frühgeborenen (AAP, 2005).

Literatur:

American Academy of Pediatrics (AAP). Breastfeeding and the use of human milk. Policy Statement. Pediatrics 2005; 115:496–506.

3.11. Stillen und Diabetes

Diabetes Typ 1

In einer vergleichenden Studie konnte beobachtet werden, dass ausschließliches Stillen für länger als 5 Monate (OR = 0,54; 95 % CI 0,36-0,81) und eine Gesamtstillzeit für länger als 7 (OR = 0,56; 95 % CI 0,38-0,84) oder 9 Monate (OR = 0,61; 95 % CI 0,36-0,81), sowie eine Zufütterung nach dem 3. Monat (OR = 0,57; 95 % CI 0,33-0,98) bei 5- bis 9-jährigen schwedischen Kindern protektiv gegen die Entwicklung des Diabetes mellitus Typ 1 wirkt. Auch in Litauen waren protektive Effekte nach einer ausschließlichen Stilldauer von mindestens 2 Monaten beobachtbar (Sadauskaite-Kuehne et al., 2004).

In einer weiteren Studie konnte ebenfalls beobachtet werden, dass das Risiko für Diabetes mellitus Typ 1 mit steigender Stilldauer sinkt (OR = 0,42; 95 % CI 0,22-0,81; Vergleich 12 Monate vs. 1-3 Monate stillen), während Nichtstillen mit einem erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ 1 verbunden ist (OR = 1,93; 95 % CI 1,33-2,80) (Malcova et al., 2006).

Eine weitere Studie deutet darauf hin, dass kurzzeitiges Stillen und die frühe Einführung von kuhmilchbasierter Säuglingsnahrung bei kleinen Kindern mit erhöhtem genetischen Risiko für Diabetes mellitus Typ 1 das Fortschreiten der beta-Zell Autoimmunität prädisponiert (Kimpimäki et al., 2001). Dieser Effekt ist durch einige weitere, aber nicht alle epidemiologischen Studien belegbar (Wasmuth und Kolb, 2000).

Diabetes Typ 2

Aus einer Metaanalyse geht hervor, dass Personen die gestillt wurden, ein niedrigeres Risiko haben, im späteren Alter an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken als Formula ernährte Personen (7 Studien; 76.477 Personen; OR = 0,61; 95 % CI 0,44-0,85, p = 0,003). Kinder und Erwachsene, die gestillt wurden und keinen Diabetes mellitus haben, weisen eine geringfügig geringere Nüchterninsulinkonzentration auf als Formulaernährte (6 Studien; 4.800 Personen; Unterschied: -3 %; 95 % CI: -8 % bis 1 %; p = 0,13). Kein signifikanter Unterschied war auch in der Blutglucosekonzentration beobachtbar. Weitere Ergebnisse

zeigen, dass gestillte Säuglinge eine niedrigere preprandiale Blutglucose- und Insulinkonzentration als nichtgestillte Säuglinge haben (Owen et al., 2006).

Die NHS und NHS II-Studien belegen, dass eine erhöhte Stilldauer mit einem geringeren Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 bei jungen Frauen und Frauen mittleren Alters assoziiert ist (Stuebe et al., 2005). Geringe Östrogenwerte bei stillenden Frauen können mögliche protektive Effekte auf den Glucosestoffwechsel haben und das Risiko für Diabetes bei Kindern reduzieren (Taylor et al., 2005). In der Shanghai Womens`s Health Study, durchgeführt an 62.095 Frauen im mittleren Alter, konnte beobachtet werden, dass Frauen, die ihre Kinder gestillt haben, ein niedrigeres Risiko (RR = 0,88; 95 % CI: 0,76-1,02) haben, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken als Frauen, die nicht gestillt haben. Eine ansteigende Stilldauer war ebenfalls mit einem reduzierten Risiko für Diabetes mellitus assoziiert (Villegas et al., 2008).

Zusammenfassung:

Studien deuten darauf hin, dass Stillen protektive Effekte auf Diabetes mellitus Typ 1 aufweist. Auch das Risiko, im späteren Alter an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, ist bei gestillten Personen niedriger als im Vergleich zu formulaernährten Personen.

Literatur:

Kimpimäki T, Erkkola M, Korhonen S, Kupila A, Virtanen SM, Ilonen J, Simell O, Knip M. Short-term exclusive breastfeeding predisposes young children with increased risk of Type 1 diabetes to progressive beta-cell autoimmunity. *Diabetologia* 2001; 44(1):63-69.

Malcova H, Sumnik Z, Drevinek P, Venhacova J, Lebl J, Cinek O. Absence of breast-feeding is associated with the risk of type 1 diabetes: a case-control study in a population with rapidly increasing incidence. *Eur J Pediatr*. 2006; 165(2):114-119.

Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84(5):1043-1054.

Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev*. 2004; 20(2):150-157.

Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*. 2005; 294(20):2601-2610.

Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the Literatur:e associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *J Am Coll Nutr*. 2005; 24(5):320-326.

Villegas R, Gao YT, Yang G, Li HL, Elasy T, Zheng W, Shu XO. Duration of breast-feeding and the incidence of type 2 diabetes mellitus in the Shanghai Women's Health Study. *Diabetologia*. 2008; 51(2):258-266.

Wasmuth HE, Kolb H. Cow's milk and immune-mediated diabetes. Proc Nutr Soc 2000; 59(4): 573-579.

3.12. Stillen und Einfluss auf kardiovaskuläre Risikofaktoren

Eine Untersuchung des Lipidprofils an Säuglingen ergab, dass ausschließlich gestillte Säuglinge im Alter von 14 Wochen eine höhere Gesamtcholesterinkonzentration aufweisen als Kinder mit gemischter Nahrung ($205,27 \pm 47,31$ mg/dl vs. $176,55 \pm 32,01$ mg/dl; CI 20,77-36,66; $p < 0,001$). Auch im Alter von 6 Monaten scheint die Gesamtcholesterinkonzentration bei ausschließlich gestillten Kindern höher ($192,97 \pm 40,52$ mg/dl vs. $161 \pm 22,53$ mg/dl; CI 24,26-39,22; $p < 0,001$) zu liegen als in der Vergleichsgruppe. Die LDL-Cholesterin- und Triglyceridkonzentrationen waren bei voll gestillten Säuglingen ebenfalls, sowohl im Alter von 14 Wochen als auch im Alter von 6 Monaten, signifikant erhöht (Harit et al., 2007).

Bei 1 und 4 Monate alten Kindern war die Gesamt- und LDL-Cholesterin-konzentration sowie die Apolipoprotein B-Konzentration im Plasma bei gestillten Kindern höher als bei formula-ernährten Kindern (Bianchi et al., 1997). Auch in einer weiteren Studie konnte beobachtet werden, dass die mittlere Plasmacholesterinkonzentration und das Cholesterinverhältnis bei gestillten Kindern im Alter von 3 Monaten signifikant erhöht war. Keine Unterschiede zwischen gestillten und nichtgestillten Kindern waren nach einem Jahr vorhanden (Jooste et al., 1991).

Eine Studie an 6-Jährigen ergab, dass eine lange Stilldauer mit einem erhöhten HDL-Cholesterinwert bei Mädchen, nicht jedoch bei Buben verbunden ist (Thorsdottir et al., 2003). In einer weiteren Studie, durchgeführt an 13 bis 16-jährigen Jugendlichen war Stillen mit einem niedrigeren LDL/HDL-Quotienten sowie einer niedrigeren CRP-Konzentration assoziiert (Singhal et al., 2004). Bei Frauen im Erwachsenenalter konnte in einer weiteren Studie ein signifikanter linearer Zusammenhang zwischen Stilldauer und CRP-Konzentration beobachtet werden ($p < 0,001$). Das geometrische Mittel für die CRP-Konzentration lag bei Frauen, die für sechs Monate oder länger gestillt wurden bei 2,22 mg/L und bei Frauen die nichtgestillt wurden bei 3,95 mg/L (Ratio: 0,69; 95 % CI 0,55-0,87). Ein signifikanter linearer Zusammenhang konnte auch zwischen der Cholesterinkonzentration und dem Stillen ermittelt werden ($p = 0,01$). Eine Stilldauer über 6 Monate führte zu einer geometrisch mittleren Gesamtcholesterinkonzentration von 4,62. Frauen, die nichtgestillt wurden, wiesen eine geometrisch mittlere Gesamtcholesterinkonzentration von 5,04 auf (Ratio: 0,92; 95 % CI 0,87-0,98). Kein Zusammenhang war zwischen Stilldauer und CRP- oder Cholesterinkonzentration bei Männern beobachtbar (Williams et al., 2006).

Ein Review belegt, dass die mittlere Gesamtcholesterinkonzentration bei gestillten Säuglingen (mittlere Gesamtcholesterinkonzentration: 0,64 mmol/L; 95 % CI 0,50-0,79) im Vergleich zu Nichtgestillten höher ist, während die Konzentration im Erwachsenenalter bei gestillten niedriger ($-0,18$ mmol/L; 95 % CI $-0,30$ bis $-0,06$) ist. Ähnliche Ergebnisse waren beim LDL-Cholesterin vorhanden (Owen et al., 2002).

Eine Studie über kardiovaskuläre Risikofaktoren zeigte, dass eine Stilldauer über einen Monat mit einem reduzierten Bauchumfang, einem reduzierten Waist-to-Hip-Ratio, einem reduzierten Von-Willebrand-Faktor und einem geringeren Odds-Ratio für Übergewicht assoziiert ist, nicht aber mit anderen kardiorespiratorischen Risikofaktoren wie Blutdruck, Ausatemvolumen, Gesamt-, HDL- und LDL-Cholesterin, TG, HbA1c im Alter von 44 bis 45 Jahren verbunden ist. Eine Ausnahme stellt jedoch ein geringerer Fibrinogen- und CRP-Gehalt bei Frauen dar (Rudnicka et al., 2007).

Stillen scheint auch mit einem reduzierten Risiko für Atherosklerose im späteren Alter assoziiert zu sein. Im Vergleich zu Formulanahrung war Stillen in einer Studie invers mit der „common carotid intima-media thickness“ (IMT; Unterschied -0,03 mm, 95 % CI, -0,07 bis 0,01), „bifurcation IMT“ (Unterschied -0.19 mm; 95% CI, -0.37 bis -0.01), „carotid plaque“ (OR = 0,52; 95% CI 0,29 bis 0,92) und „femoral plaque“ (OR = 0,54; 95% CI 0,26 bis 1,12) bei Personen über 65 Jahren assoziiert (Martin et al., 2005).

Zusammenfassung:

Säuglinge weisen in der Stillzeit höhere Gesamtcholesterin- und LDL-Konzentrationen auf, als Formula ernährte Säuglinge. Im Jugend-/Erwachsenenalter scheinen die Konzentrationen bei Gestillten niedriger zu sein als bei Nichtgestillten.

Literatur:

Bianchi C, Brambilla P, Cella D, Ragogna F, Tettamanti C, Del Puppo M, Kienle MG, Chiumello G, Ruotolo G. Influence of breast- and formula-feeding on plasma cholesterol precursor sterols throughout the first year of life. *J Pediatr.* 1997; 131(6):928-931.

Harit D, Faridi MM, Aggarwal A, Sharma SB. Lipid profile of terms infants on exclusive breastfeeding and mixed feeding: a comparative study. *Eur J Clin Nutr.* 2008; 62(2): 203-209.

Hromadová M, Kostálová L, Lesková L, Kapellerová A. Relationship between the duration of the breast-feeding period and the lipoprotein profile of children at the age of 13 years. *Physiol Res.* 1997; 46(1):21-25.

Jooste PL, Rossouw LJ, Steenkamp HJ, Rossouw JE, Swanepoel AS, Charlton DO. Effect of breast feeding on the plasma cholesterol and growth of infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1991; 13(2):139-142.

Martin RM, Ebrahim S, Griffin M, Davey Smith G, Nicolaides AN, Georgiou N, Watson S, Frankel S, Holly JM, Gunnell D. Breastfeeding and atherosclerosis: intima-media thickness and plaques at 65-year follow-up of the Boyd Orr cohort. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2005; 25(7):1482-1488.

Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics* 2002; 110(3):597-608.

Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. *Lancet.* 2004; 363(9421):1571-1578.

Thorsdottir I, Gunnarsdottir I, Palsson GI. Association of birth weight and breast-feeding with coronary heart disease risk factors at the age of 6 years. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2003; 13(5):267-272.

Rudnicka AR, Owen CG, Strachan DP. The effect of breastfeeding on cardiorespiratory risk factors in adult life. *Pediatrics* 2007; 119(5):e1107-1115.

Williams MJ, Williams SM, Poulton R. Breast feeding is related to C reactive protein concentration in adult women. J Epidemiol Community Health. 2006; 60(2):146-148.

3.13. Stillen und Blutdruck

In einer Studie konnte gezeigt werden, dass vollgestillte Kinder im Vergleich zu nichtgestillten Kindern im Alter von 9 und 15 Jahren einen um 1,7 mmHg (95 % CI -3,0 bis -0,5) niedrigeren systolischen Blutdruck aufweisen. Ein dosisabhängiger Zusammenhang zwischen vermindertem systolischen Blutdruck und den Kategorien „niemals vollgestillt“ und „Stillen für mindestens 6 Monate“ ist beobachtbar (Lawlor et al., 2005).

Auch eine Metaanalyse unterstützt dieses Ergebnis. Die Studien zeigen, dass der systolische Blutdruck bei gestillten Personen niedriger als bei Formula ernährte Personen ist (zusammengefasster Unterschied: -1,4 mmHg, 95 % CI -2,2 bis -0,6). In kleineren Studien ($n < 1.000$) konnten dabei größere Effekte (-2,3 mmHg; 95 % CI -3,7 bis -0,9) als bei großen Studien ($n \geq 1.000$) (-0,6 mmHg; 95 % CI -1,2 bis 0,02) beobachtet werden (p für zusammengefasste Unterschiede = 0,02). Auch der diastolische Blutdruck kann durch Stillen vermindert werden. Ein Einfluss der Stichprobengröße ist hier nicht beobachtbar (Martin et al., 2005).

Zusammenfassung:

Studien zeigen, dass der systolische und diastolische Blutdruck bei gestillten Personen niedriger ist als bei Nichtgestillten.

Literatur:

Lawlor DA, Riddoch CJ, Page AS, Andersen LB, Wedderkopp N, Harro M, Stansbie D, Smith GD. Infant feeding and components of the metabolic syndrome: findings from the European Youth Heart Study. Arch Dis Child. 2005; 90(6):582-588.

Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol 2005; 161(1):15-26.

3.14. Stillen und Koliken

Koliken treten typischerweise in den ersten Lebenswochen auf und dauern bis zum 4- bis 6-Monat an. Die Prävalenz ist je nach der Definition von Koliken unterschiedlich. Rund 5 % bis 25 % der Säuglinge sind von Koliken betroffen. Die Gründe für Koliken sind noch nicht ausreichend erforscht. Als mögliche Ursachen werden von Ärzten gastrointestinale oder neuropsychologische Probleme, sowie Nahrungsmittelallergien oder elterliches Fehlverhalten diskutiert (Crotteau et al., 2006).

Erstgeborene Kinder einer Familie scheinen häufiger von Koliken betroffen zu sein, als nachfolgende Kinder. Auch Geschwister von betroffenen Kindern scheinen häufiger Koliken

zu haben, als nicht betroffene Kinder. Die Untersuchung zeigte, dass weder die familiäre Vorgeschichte, noch die Symptome einer Allergie, die Dauer des Stillens, der mütterliche Konsum von Kuhmilch während der Stillzeit, oder das Alter des Kindes bei der Einführung von Kuhmilch mit Koliken assoziiert sind (Stahlberg, 1984).

In einer weiteren Studie konnte jedoch beobachtet werden, dass die mütterliche Zufuhr von Kohl (RR = 1,3; 95 % CI 1,1-1,5), Karfiol (RR = 1,2; 95 % CI 1,0-1,4), Brokkoli (RR = 1,3; 95 % CI 1,0-2,2), Kuhmilch (RR = 2,0; 95 % CI 1,1-3,5), Zwiebel (RR = 1,7; 95 % CI 1,1-2,5) und Schokolade (RR = 1,5; 95 % CI 1,0-2,2) mit den Symptomen einer Kolik bei Säuglingen, die über 4 Monate ausschließlich gestillt wurden, verbunden ist. Das Studiendesign wurde jedoch nicht doppelblind durchgeführt (Lust et al., 1996).

Eine weitere Studie zeigte, dass die Zusammensetzung der Mikroflora im Darm bei Säuglingen mit und ohne Koliken unterschiedlich ist. Säuglinge mit Koliken weisen weniger Laktobazillen spp. Kolonien, aber eine höhere Anzahl anaerober Gram-negativer Bakterien auf. Es sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich, ob bei Säuglingen mit Koliken die veränderte Darmflora als primärer Grund oder als Folge anzusehen ist (Savino et al., 2004).

Zusammenfassung:

Koliken bei Säuglingen sind noch nicht ausreichend untersucht. Einen möglichen Einfluss könnte die mütterliche Ernährung (Kohl, Karfiol, Brokkoli, Zwiebel und Kuhmilch) haben, weitere Untersuchungen sind jedoch erforderlich.

Eine Studie zeigt, dass zwischen Säuglingen mit und ohne Koliken eine unterschiedliche Zusammensetzung der Darmflora besteht.

Literatur:

Crotteau CA, Wright ST. Clinical inquiries. What is the best treatment for infants with colic? J Fam Pract. 2006; 55(7):634-636.

Lust KD, Brown JE, Thomas W. Maternal intake of cruciferous vegetables and other foods and colic symptoms in exclusively breast-fed infants. J Am Diet Assoc. 1996; 96(1):46-48.

Savino F, Cresi F, Pautasso S, Palumeri E, Tullio V, Roana J, Silvestro L, Oggero R. Intestinal microflora in breastfed colicky and non-colicky infants. Acta Paediatr. 2004; 93(6):825-829.

Stahlberg MR. Infantile colic: occurrence and risk factors. Eur J Pediatr 1984; 143(2):108-111.

3.15. Stillen und Krebserkrankungen

In der Boyd Orr Kohortenstudie konnte kein Zusammenhang zwischen Stillen und der Inzidenz von Gesamtkrebs (Hazardrisiko HR = 1,07; 95 % CI 0,89-1,28) oder bestimmten Krebsarten wie Prostatakrebs (HR = 1,43; 95 % CI 0,85-3,52), Brustkrebs (HR = 1,62; 95 % CI 0,89-2,94), Kolorektalkrebs (HR = 0,86; 95 % CI 0,45-1,36) und Magenkrebs (HR = 1,22; 95 % CI 0,47-3,15) beobachtet werden. Auch war kein Zusammenhang zwischen Stillen und postmenopausalen Brustkrebs (RR = 1,00; 95 % CI = 0,86-1,16) beobachtbar. Ein

reduziertes Risiko konnte jedoch für premenopausalen Brustkrebs gezeigt werden (RR = 0,88; 95 % CI = 0,79-0,98) (Martin et al., 2005b).

Eine Metaanalyse von 47 epidemiologischen Studien ergab, dass das relative Risiko für Brustkrebs pro 12-monatiger Stilldauer um 4,3 % (95 % CI 2,9-5,8; $p < 0,0001$) verringert werden kann. Für jede Geburt sinkt das Risiko für Brustkrebs um 7,0 % (95 % CI 5,0-9,0; $p < 0,0001$) (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

Metaanalysen an Kindern haben gezeigt, dass sowohl kurzzeitiges als auch langzeitiges Stillen das Risiko für akute lymphoblastische Leukämie (AAL) oder akute myeloblastische Leukämie (AML) signifikant verringern kann (Kwan et al., 2004; Martin et al. 2005a). Eine weitere Metaanalyse ergab, dass nichtgestillte sowie kurzzeitig gestillte Kinder ein höheres Risiko für Hodgkin-Erkrankungen aufweisen als Kinder, die länger als 6 Monate gestillt wurden. Bei nicht-Hodgkin's-Lymphomen oder akuter lymphoblastischer Leukämie wurde dieser Effekt jedoch nicht beobachtet (Davis, 1998).

Zusammenfassung:

Aus einer Metaanalyse, die 47 epidemiologischen Studien umfasste, geht hervor, dass Stillen protektive Effekte auf die Inzidenz von Brustkrebs der Mutter aufweisen kann. Auch bei Kindern scheint Stillen einen positiven Einfluss auf akute lymphoblastische Leukämie und Hodgkin-Erkrankungen zu haben.

Literatur:

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002. Breast cancer and breastfeeding: collaborative analysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302 women with breast cancer and 96.973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360(9328):187-195.

Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J Cancer Suppl.* 1998; 11:29-33.

Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep.* 2004; 119(6):521-535.

Martin RM, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Breast-feeding and childhood cancer: A systematic review with metaanalysis. *Int J Cancer* 2005a; 117(6):1020-1031.

Martin RM, Middleton N, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2005b; 97(19):1446-1457.

3.16. Stillen und SIDS (Sudden Infant Death Syndrom)

SIDS (sudden infant death syndrom, plötzlicher Säuglingstod) ist eine der häufigsten Ursachen für postneonatalen Säuglingstod. SIDS ist eine komplexe, multifaktorielle Erkrankung, deren Ursache noch nicht ausreichend untersucht ist. Mütterliche und

vorgeburtliche Risikofaktoren wie z. B. Rauchen während der Schwangerschaft oder nicht in Rückenlage schlafende Säuglinge und weiche Matratzen sind gut bekannte Umweltrisikofaktoren. Auch genetische Risikofaktoren werden diskutiert (Hunt und Hauck, 2006).

In einer Metaanalyse, bei der Stillen mit Flaschen-Fütterung verglichen wurde, zeigten 19 Studien einen protektiven Effekt von Stillen auf SIDS. Eine kombinierte Analyse aller in der Metaanalyse verwendeten Studien ergab, dass mit Säuglingsnahrung gefütterte Säuglinge doppelt so häufig an SIDS sterben als gestillte Kinder (pooled OR = 2,11; 95 % CI 1,66-2,68). Die Autoren der Metaanalyse merken an, dass dieser Zusammenhang auch auf Confounder-Variablen zurückzuführen sein kann (McVea et al., 2000). Eine deutsche Studie ergab ebenfalls ein erhöhtes Risiko für SIDS, wenn die Säuglinge weniger als 2 Wochen gestillt wurden (OR = 1,71) (Vennemann et al., 2005).

Eine landesweite Informationskampagne über modifizierbare Risikofaktoren für SIDS in Tirol führte zu einer Senkung der Inzidenz von SIDS von 1,83 auf 0,4/1.000 Lebendgeburten gleich nach der Kampagne im Jahr 1994 und blieb vermindert bis zum Jahr 1998 (Ende der Untersuchung). Die Häufigkeit mütterlichen Rauchens ist während der Schwangerschaft von 22,9 % auf 14,5 % ($p < 0,001$), die Prävalenz von Schlafen in Bauchlage von 53,7 % auf 5,4 % ($p < 0,001$) und das Nicht-stillen von 21,3 % auf 6,7 % ($p < 0,001$) gesunken (Kiechl-Kohlendorfer et al., 2001).

Zusammenfassung:

Studien zeigen, dass nicht gestillte Kinder bzw. Kinder, die nur sehr kurz gestillt werden, ein erhöhtes Risiko für SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) haben.

Literatur:

Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. CMAJ 2006; 174(13):1861-1869.

Kiechl-Kohlendorfer U, Peglow UP, Kiechl S, Oberaigner W, Sperl W. Epidemiology of sudden infant death syndrome (SIDS) in the Tyrol before and after an intervention campaign. Wien Klin Wochenschr. 2001; 113(1-2):27-32.

McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. J Hum Lact. 2000; 16(1):13-20.

Vennemann MM, Findeisen M, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Köpcke W, Bajanowski T, Mitchell EA; The GeSID Group. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. Acta Paediatr. 2005; 94(6):655-660.

3.17. Genussmittel (Alkohol, Nikotin, Koffein)

Alkohol, Koffein und Nikotin gehen in die Muttermilch über und können nachteilige Effekte auf die Milchproduktion, das Milchvolumen, die Zusammensetzung der Milch und den Milchfluss, sowie direkte nachteilige Effekte auf den Säugling haben (Liston, 1998). Der mütterliche Alkoholkonsum kann sich Studien zufolge beispielsweise auf das Schlafverhalten und die Grobmotorik der Säuglinge auswirken und zudem die frühe Gewöhnung an Alkohol fördern (Menella, 2001).

Literatur:

Liston J. Breastfeeding and the use of recreational drugs-alcohol, caffeine, nicotine and marijuana. Breastfeed Rev. 1998; 6(2):27-30.

Mennella J. Alcohol's effect on lactation. Alcohol Res Health. 2001; 25(3):230-234.

4. KINDER

4.1. Geburtenstatistik

Nach Angaben der Statistik Austria lag die Zahl der Lebendgeborenen in den 1980er und 1990er Jahren bei durchschnittlich 90.000. Im Jahr 2001 konnte ein Rückgang auf 75.458 beobachtet werden. Im darauf folgenden Jahr lag die Geburtenrate bei 78.399 und im Jahr 2003 bei 76.944. Ein neuerlicher Anstieg konnte im Jahr 2004 (78.986) verzeichnet werden. In den Jahren 2005 und 2006 sank die Zahl der Lebendgeborenen erneut. Vorläufige Zahlen aus dem Jahr 2007 ergaben einen Rückgang auf 74.952. Die Geburtenbilanz (Geburten minus Sterbefälle) war mit 1.214 Personen positiv. Die Anzahl der Kinder pro Frau (Gesamtfertilitätsrate) verringerte sich von den 1980er Jahren bis zum Jahr 2006 von 1,53 auf 1,41 Kinder pro Frau (Statistik Austria, 2008).

Literatur:

Statistik Austria: Natürliche Bevölkerungsbewegung.
 (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html);
 Zugriff: 11.03.2008.

4.2. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr

Tabelle 13 zeigt die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 4. Lebensjahr nach der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) und Schweizerischen Vereinigung für Ernährung (SVE) (D-A-CH, 2000).

Tabelle 13 Referenzwerte für Nährstoffzufuhr für Säuglinge und Kleinkinder
 (D-A-CH, 2000)

D-A-CH Referenzwerte	Säuglinge 0 bis unter 4 Monate		Säuglinge 4 bis unter 12 Monate		Kleinkinder 1 bis unter 4 Jahre	
	m	w	m	w	m	w
Energie (Kcal/d)	500	450	700	700	1.100	1.000
(MJ/d)	2,0	1,9	3,0	2,9	4,7	4,4
Energie (Werte für mittlere körperliche Aktivität) Kcal/kg KG/d	94	91	90	91	91	88
Protein (g/d)	12 (0-1 Mo) 10 (1-2 Mo) 10 (2-4 Mo)		10 (4-6 Mo) 10 (6-12 Mo)		14	13
Protein (g/kg KG/d)	2,7 (0-1 Mo) 2,0 (1-2 Mo) 1,5 (2-4 Mo)		1,3 (4-6 Mo) 1,1 (6-12 Mo)		1,0	
Fett (E%)	45-50		35-45		30-40	

Essentielle FS n-6 (Linolsäure) (E%)	4,0	3,5	3,0
Essentielle FS n-3 (α-Linolensäure) (E%)	0,5	0,5	0,5
Wasser Gesamtwasseraufnahme (ml/d)	680	1000	1300
Wasser, Wasserzufuhr durch Getränke und feste Nahrung (ml/kg/d)	130	110	95
Natrium (mg/d)	100	180	300
Kalium (mg/d)	400	650	1000
Chlorid (mg/d)	200	270	450
Magnesium (mg/d)	24	60	80
Calcium (mg/d)	220	400	600
Phosphor (mg/d)	120	300	500
Eisen (mg/d)	0,5	8	8
Zink (µg/d)	1,0	2,0	3,0
Jod (µg/d)	40	80	100
Fluorid (mg/d)	0,25	0,5	0,7
Zink (mg/d)	1	2	3
Selen (µg/d)	5-15	7-30	10-40
Kupfer (mg/d)	0,2-0,6	0,6-0,7	0,5-1,0
Mangan (mg/d)	-	0,6-1,0	1,0-1,5
Chrom (µg/d)	1-10	20-40	20-60
Molybdän (µg/d)	7	20-40	25-50
Vitamin A (µg-Äquivalent/d)	500	600	600
Vitamin D (µg/d)	10	10	5
Vitamin E (mg-Äquivalent/d)	3	4	5,5
Vitamin K (µg/d)	4	10	15
Vitamin B ₁ (mg/d)	0,2	0,4	0,6
Vitamin B ₂ (mg/d)	0,3	0,4	0,7
Vitamin B ₆ (mg/d)	0,1	0,3	0,4
Niacin (mg-Äquivalent/d)	2	5	7
Folsäure (µg-Äquivalent/d)	60	80	200
Pantothensäure (mg/d)	2	3	4
Biotin (µg/d)	5	5-10	10-15
Vitamin B ₁₂ (µg/d)	0,4	0,8	1,0
Vitamin C (mg/d)	50	55	60

Nach Angaben der D-A-CH-Referenzwerte (2000) gibt es für Säugling und Kinder zurzeit keine Richtwerte für die Ballaststoffzufuhr. Frauenmilch enthält Oligosaccharide, jedoch keine Ballaststoffe. Mit Einführung der Beikost steigt die Ballaststoffzufuhr vom 5./6. Monat auf das 12. Monat von rund 4 g/1.000 kcal auf 10 g/1.000 kcal an.

Kritische Nährstoffe – Supplementierungsempfehlungen

Vitamin D

Da die Vitamin D-Gehalte in der Muttermilch für die Deckung des Bedarfs bei Säuglingen nicht mehr ausreichen, ist die exogene Zufuhr dieses Vitamins im Säuglingsalter besonders wichtig. Von den D-A-CH-Referenzwerten wird eine tägliche Gabe von 10-12,5 µg Vitamin D (400-500 IE) unabhängig von der Jahreszeit während des gesamten Säuglingsalters empfohlen, um Rachitis vorzubeugen. Bei Ernährung mit industriell hergestellter Säuglingsmilchnahrung und empfehlungsgemäßer Gabe eines Vitamin D-Präparates kann die tägliche Dosis bis zu 20 µg (800 IE) betragen, woraus keinerlei Nachteil resultiert. Höhere

Dosierungen kommen nur in Sonderfällen und auf ärztliche Anweisung in Betracht (D-AC-H, 2000).

Vitamin K

Aufgrund unzureichendem Vitamin K-Transport durch die Plazenta treten bei Neugeborenen und jungen Säuglingen ein Vitamin K-Mangel und demzufolge Blutungen auf, die durch prophylaktische Vitamin K-Gaben vermeidbar sind. Nach Angaben der D-A-CH-Referenzwerte kann eine intramuskuläre Vitamin K-Prophylaxe (1 mg Vitamin K intramuskulär) als gesichert gelten. In Deutschland wird, ebenfalls nach Angaben der D-A-CH-Referenzwerte, für gesunde Neugeborene eine orale Vitamin K-Prophylaxe in einer Dosierung von 3x2 mg Vitamin K empfohlen (D-A-CH, 2000).

Zusammenfassung:

Da die Vitamin D-Gehalte in der Muttermilch für die Deckung des Bedarfs bei Säuglingen nicht mehr ausreichen, ist die exogene Zufuhr dieses Vitamins im Säuglingsalter besonders wichtig. Prophylaktische Vitamin K-Gaben vermeiden einen Vitamin K-Mangel bei Neugeborenen und jungen Säuglingen, der aufgrund unzureichendem Vitamin K-Transport durch die Plazenta auftritt.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE) (D-A-CH). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, Verlag Umschau Braus, Frankfurt am Main, 2000.

4.3. Energie- und Nährstoffaufnahme

Im Rahmen der Ausbildung von Studenten der Ernährungspädagogik an der Berufspädagogischen Akademie in Graz wurde eine 3-tägige Verzehrerhebung an 175 österreichischen Kleinkindern im Alter von 12 bis 36 Monaten durchgeführt, wobei der Schwerpunkt der Erhebung in der Steiermark, in Kärnten und in Salzburg lag. In der vorliegenden Erhebung nahmen die Kleinkinder durchschnittlich $4.900 \text{ kJ} \pm 1.877 \text{ kJ}$ Energie, $31,7 \pm 13,3 \text{ g/d}$ ($2,8 \pm 1,4 \text{ g/ kg KG /d}$) Eiweiß, 57 % Energieprozent aus Kohlenhydraten und 32 % der Gesamtenergiezufuhr aus Fett auf. Der Anteil an gesättigten Fettsäuren lag bei durchschnittlich 43,4 %, der an einfach ungesättigten Fettsäuren bei 46,1 % und der an mehrfach ungesättigten Fettsäuren bei 10,8 %. Die Aufnahme an Natrium ($1.438 \pm 926 \text{ mg/d}$) lag über den Empfehlungen der D-A-CH-Referenzwerte. Die mittlere Calcium- ($559 \pm 314 \text{ mg/d}$) und Phosphor-Zufuhr ($631 \pm 257 \text{ mg/d}$) lag im Bereich der Empfehlungen; wobei 57,7 % der Kinder die Referenzwerte für Calcium und 73,7 % der Kinder die Referenzwerte für Phosphor nicht erreichten. 84,4 % der Kinder unterschritten weiters auch die Empfehlungen für Eisen. Die Empfehlungen für die Zinkaufnahme wurden von 80 % unterschritten. Der Richtwert an Magnesium wurde von 16 % der Kleinkinder nicht erreicht. Die mittlere Aufnahme an B-Vitaminen (B6, B12 und Folsäure) lag nahe im Bereich der D-A-CH-Referenzwerte; jedoch auch hier erreichte ein Großteil der Kinder die Empfehlungen nicht (Veitl, 2006).

Die Energie- und Nährstoffaufnahme europäischer Kinder wurde im **European Nutrition and Health Report 2004** zusammengefasst. Ausgewählte Ergebnisse sind nachfolgend in Tabelle 14 für Buben und Tabelle 15 für Mädchen beschrieben.

Tabelle 14 Energie- und Makronährstoffaufnahme von Kindern in Europa (Buben)
(nach Elmadfa et al., 2005)

Land	Alter (Jahre)	n	Energie (MJ)	Protein (%)	Kohlenhydrate (%)		Ballaststoffe (g)	Fett (%)	SFA (%)	MUFA (%)	PUFA (%)	Cholesterin (mg)
					Gesamt	Zucker						
Dänemark	1-3	129	6,9	13	51	11	15	36	17	10	5	207
Finnland	8 mo	215	3,5 ± 0,6	12 ± 3	58 ± 11	3 ± 2	7 ± 3	29 ± 4	13 ± 2	9 ± 2	5 ± 1	73 ± 31
Finnland	13 mo	449	4,2 ± 7,6	17 ± 4	54 ± 10	5 ± 3	9 ± 3	28 ± 5	12 ± 3	9 ± 2	4 ± 1	109 ± 45
Finnland	2	433	4,8 ± 8,6	16 ± 3	50 ± 10	8 ± 4	9 ± 3	33 ± 5	15 ± 3	11 ± 2	4 ± 1	157 ± 65
Finnland	3	398	5,2 ± 1,0	15 ± 4	50 ± 11	10 ± 4	10 ± 3	33 ± 5	15 ± 3	11 ± 2	5 ± 1	171 ± 66
Finnland	1-3	30	5,7 ± 1,3	15 ± 4	49 ± 11	14 ± 4	11 ± 3	36 ± 11	16 ± 5	13 ± 4	6 ± 3	217 ± 86
Griechenland	2-3	k.A.	k.A.	16 ± 4	43 ± 8	k.A.	11 ± 6	41 ± 7	k.A.	k.A.	k.A.	352 ± 169
Italien	1-9	k.A.	7,1 ± 1,9	16 ± 4	49 ± 16	k.A.	14 ± 6	35 ± 10	11 ± 3	12 ± 4	4 ± 3	296 ± 146
Spanien	2-5	192	6,7 ± 0,6	17 ± 2	44 ± 3	k.A.	11 ± 1	38 ± 4	14 ± 2	15 ± 3	4 ± 1	290 ± 101
UK	1-4	848	4,9 ± 1,1	13 ± 3	51 ± 6	29 ± 7	6 ± 2	36 ± 5	16 ± 3	11 ± 2	5 ± 2	137 ± 65

Tabelle 15 Energie- und Makronährstoffaufnahme von Kindern in Europa (Mädchen)
(nach Elmadfa et al., 2005)

Land	Alter (Jahre)	n	Energie (MJ)	Protein (%)	Kohlenhydrate (%)		Ballaststoffe (g)	Fett (%)	SFA (%)	MUFA (%)	PUFA (%)	Cholesterin (mg)
					Gesamt	Zucker						
Dänemark	1-3	149	6,4	14	50	11	14	36	17	10	5	221
Finnland	8 mo	215	3,5 ± 0,6	12 ± 3	58 ± 11	3 ± 2	7 ± 3	29 ± 4	13 ± 2	9 ± 2	5 ± 1	73 ± 31
Finnland	13 mo	449	4,2 ± 7,6	17 ± 4	54 ± 10	5 ± 3	9 ± 3	28 ± 5	12 ± 3	9 ± 2	4 ± 1	109 ± 45
Finnland	2	433	4,8 ± 8,6	16 ± 3	50 ± 10	8 ± 4	9 ± 3	33 ± 5	15 ± 3	11 ± 2	4 ± 1	157 ± 65
Finnland	3	398	5,2 ± 1,0	15 ± 4	50 ± 11	10 ± 4	10 ± 3	33 ± 5	15 ± 3	11 ± 2	5 ± 1	171 ± 66
Finnland	1-3	30	5,7 ± 1,3	15 ± 4	49 ± 11	14 ± 4	11 ± 3	36 ± 11	16 ± 5	13 ± 4	6 ± 3	217 ± 86
Griechenland	2-3	k.A.	k.A.	16 ± 4	42 ± 8	k.A.	10 ± 5	42 ± 7	k.A.	k.A.	k.A.	354 ± 203
Italien	1-9	k.A.	7,1 ± 1,9	16 ± 4	49 ± 16	k.A.	14 ± 6	35 ± 10	11 ± 3	12 ± 4	4 ± 3	296 ± 146
Spanien	2-5	175	6,3 ± 0,7	17 ± 2	45 ± 3	k.A.	10 ± 3	38 ± 3	14 ± 3	15 ± 2	4 ± 1	254 ± 96
UK	1-4	827	4,7 ± 1,1	13 ± 3	51 ± 6	29 ± 7	6 ± 2	36 ± 5	16 ± 3	11 ± 2	5 ± 2	140 ± 72

Zusammenfassung:

Energie- und Nährstoffaufnahme

Bei 12- bis 36-monatigen Kleinkindern lag die mittlere Aufnahme an Natrium über und die mittlere Zufuhr an Calcium, Phosphor und B-Vitaminen im Bereich bzw. nahe im Bereich der Empfehlungen der D-A-CH-Referenzwerte. Jedoch zeigte sich auch, dass über die Hälfte der Kinder die Empfehlungen für Calcium, Phosphor und B-Vitaminen nicht erreichten. Ein Großteil der Kinder unterschritt auch die Empfehlungen für die Eisen- und Zinkzufuhr.

Literatur:

Elmadfa I, Weichselbaum E. European Nutrition and Health Report 2004. Forum Nutr. Basel, Karger, 2005; 58:19-46.

Veitl V. Ernährungssituation von Kleinkindern. Journal für Ernährungsmedizin 2006; 8(1):6-12.

4.4. Ernährung im Kindesalter

4.4.1. Säuglingsanfangs- und Folgenahrung

4.4.1.1. Gründe für die Einführung von Milchfertiernahrungen

Auszug aus den „Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates“ (2007)

Die Gabe altersadäquater Milchfertiernahrung ist dann nötig wenn

- in den ersten Tagen trotz gutem Stillmanagement der Gewichtsverlust des Neugeborenen 10 % des Geburtsgewichtes beträgt oder überschreitet
- das Kind sein Geburtsgewicht nicht nach spätestens 3 Wochen wieder erreicht hat
- die Gewichtszunahme des gestillten Kindes in den ersten drei Monaten bei gutem Management dauerhaft weniger als (120 g-) 140 g/Woche beträgt. Die durchschnittliche Gewichtszunahme in den ersten 3 Monaten liegt bei 180 g/Woche, im 4. Trimenon bei 80 g/Woche.
- Die Mutter abstillen/teilstillen will oder muss (mit dem Stillen nicht zu vereinbarende Erkrankungen der Mutter oder des Kindes – z.B. manche Stoffwechselstörungen bzw. unbedingt erforderliche Einnahme von Medikamenten, die beim Stillen nicht gegeben werden dürfen.
- Die Gabe von selbst zubereiteten Milchmischungen (auf Basis von Kuhmilch, Sojamilch oder anderen tierischen und pflanzlichen Milchen) kann nicht empfohlen werden.
- Weder in Industriestaaten noch in Entwicklungsländern gibt es eine objektivierbare Begründung, das Einführen von Beikost vor dem Ende des 6. Monats zu empfehlen, solange regelmäßige Kontrollen und die Möglichkeit zur Intervention bei Problemen gewährleistet sind; in den ersten 6 Monaten ausschließlich gestillte Kinder profitieren vor allem in Bezug auf die Verminderung gastrointestinaler Infektionen.
- Das Einführen von Beikost vor dem 4. Monat sollte aus Gründen möglicher Allergisierung auf jeden Fall unterbleiben; die Einführung von Beikost bringt, vor allem anfangs, keinerlei „kalorische Vorteile“, da Gemüsebreie etwa nur die halbe Energiedichte von Muttermilch oder Milchfertiernahrung aufweisen.

4.4.1.2. Einführung von Milchfertiernahrung in Österreich

Nach Angaben der Studie „Säuglingsernährung Heute 2006“ (Esberger, 2007) haben 19,2 % der Mütter ihrem Kind in der ersten Woche Flaschennahrung gegeben. 6,8 % der Mütter begannen in der zweiten Woche, ihr Kind mit Säuglingsanfangsnahrung zu füttern. 8 % der Mütter gaben ihrem Kind im Alter von einem Monat, 9,9 % mit zwei Monaten, 7,6 % mit drei Monaten, 9,3 % mit vier Monaten, 10 % mit 5 Monaten und 6,1 % mit sechs Monaten das erste Mal Flaschennahrung. 22 % der Befragten gaben an, ihrem Kind nie Milchfertiernahrung gegeben zu haben.

Rund 80 % der Mütter haben ihr Kind mit Säuglingsanfangsnahrung als erste Flaschennahrung gefüttert. Spezialnahrungen haben 8,4 % der Mütter gegeben (Tabelle 16). Davon wurden am häufigsten *Teilhydrolysate* (H.A.) (91,7 %), gefolgt von *Antirefluxnahrungen* (A.R.) (5,6 %), *Soja-Nahrungen* (2,8 %) und *Sonstige Nahrungen* (2,8 %) gegeben. Als häufigste Ursache für die Fütterung von Spezialnahrungen wurden *Allergie* mit 41,7 %, *Allergiegefährdung* mit 19,4 %, *Allergieprävention* mit 8,3 %, *Neurodermitis* mit 5,6 %, *Krankenhaus* mit 5,6 % und *Andere Gründe* mit 19,4 % genannt.

Tabelle 16 Erste Flaschennahrung (Esberger, 2007)

Erste Sorte Flaschennahrung	Anzahl der Mütter	Prozent
Säuglingsanfangsmilchnahrung (Pre, 1)	340	79,3
Spezialnahrungen (Soja, H.A., A.R.)	36	8,4
Folgemilchnahrung (2, 3)	30	7,0
Sonstige (Conformil)	10	2,3
Andere	6	1,4
Selbstzubereitete Kuhmilchmischungen	5	1,2
Keine	2	0,4
Summe	429	100,0

Die Befragung zur Ernährung innerhalb der letzten 24 Stunden ergab, dass 3 Monate alte Kinder zu 60 % vollgestillt, zu 26,9 % nichtgestillt und zu 12,4 % teilgestillt wurden. Sechs Monate alte Kinder wurden zu 9,7 % voll gestillt, zu 45,3 % zum Teil und zu 44,8 % nichtgestillt. Im Alter von 12 Monaten wurden 0,5 % der Kinder von ihren Müttern voll gestillt. 16,3 % der Mütter stillen ihre Kinder zum Teil und 78,6 % stillen ihre Kinder nicht.

Drei Monate alte zum Teil gestillte Säuglinge bekommen zusätzlich zur Muttermilch meistens Milchfertignahrung oder Tee als Flüssigkeitsersatz, während sechs und zwölf Monate alte Kinder von ihren Müttern hauptsächlich mit Beikost gefüttert werden (Tabelle 17 – Tabelle 18).

Tabelle 17 Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 3 Monate (Esberger, 2007)

Zum Teil gestillte Säuglinge – 3 Monate	Anzahl der Mütter	Prozent
Stillen und Milchfertignahrung (ab und zu)	27	32,5
Stillen und Milchfertignahrung (regelmäßig)	25	30,1
Stillen und Milchfertignahrung (nur in der Nacht)	9	10,8
Keine Angabe	13	15,7
Stillen und Tee als Flüssigkeitsersatz	6	7,2
Stillen und Beikost (Gemüse, Obst, Brei)	3	3,6
Summe	83	100,0

Tabelle 18 Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 6 Monate (Esberger, 2007)

Zum Teil gestillte Säuglinge – 6 Monate	Anzahl der Mütter	Prozent
Stillen und Beikost (Gemüse, Obst, Brei)	232	82,6
Stillen und Milchfertignahrung (ab und zu)	26	9,3
Stillen und Milchfertignahrung (regelmäßig)	14	5,0
Stillen und Milchfertignahrung (nur in der Nacht)	2	0,7
Keine Angabe	7	2,5
Summe	281	100,0

Tabelle 19 Ernährung von zum Teil gestillten Säuglingen – 12 Monate (Esberger, 2007)

Zum Teil gestillte Säuglinge – 12 Monate	Anzahl der Mütter	Prozent
Stillen und Beikost (Gemüse, Obst, Brei)	77	77,0
Stillen und Milchfertignahrung und Beikost	20	20,0
Stillen und Milchfertignahrung (ab und zu)	1	1,0
Stillen und Tee als Flüssigkeitsersatz	2	2,0
Summe	100	100,0

Nichtgestillte Kinder wurden im Alter von 3 Monaten zu 91 % mit Milchfertignahrung und zu 5,6 % mit Milchfertignahrung und Beikost gefüttert. Im Alter von 6 Monaten bekamen sie zu 78,8 % und im Alter von 12 Monaten zu 72,6 % Milchfertignahrung und Beikost (Tabelle 20 – Tabelle 22).

Tabelle 20 Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 3 Monate (Esberger, 2007)

Nichtgestillte Säuglinge – 3 Monate	Anzahl der Mütter	Prozent
Milchfertignahrung	164	91,1
Milchfertignahrung und Beikost	10	5,6
Keine Angabe	6	3,3
Summe	180	100,0

Tabelle 21 Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 6 Monate (Esberger, 2007)

Nichtgestillte Säuglinge – 6 Monate	Anzahl der Mütter	Prozent
Milchfertignahrung und Beikost	219	78,8
Milchfertignahrung	47	16,9
Keine Angabe	12	3,3
Summe	278	100,0

Tabelle 22 Ernährung von nichtgestillten Säuglingen – 12 Monate (Esberger, 2007)

Nichtgestillte Säuglinge – 12 Monate	Anzahl der Mütter	Prozent
Milchfertignahrung und Beikost	368	72,6
Beikost	133	26,2
Keine Angabe	4	0,8
Milchfertignahrung	2	0,4
Summe	507	100,0

Kuhmilch wird den Säuglingen eher selten gegeben. 85 % der befragten Mütter gaben ihrem Kind nie Kuhmilch und rund 3 % der Mütter gaben ihrem Kind mit 6 Monaten Kuhmilch oder Grießkoch mit pasteurisierter oder abgekochter Kuhmilch (Esberger, 2007).

4.4.1.3. Anreicherung der Säuglingsmilchnahrung mit langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren (LCPUFA)

Frühgeborene

Ein systematischer Review von Simmer et al. (2008a) ergab, dass die Anreicherung von Säuglingsmilchnahrung mit LCPUFA (langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren) bei Frühgeborenen in den meisten Studien zu keinem Effekt auf die **Entwicklung der Sehschärfe** im 1. Lebensjahr führt. Bei 12- bis 24-Monate alten Säuglingen konnten in 3 von 7 Studien einige positive Effekte auf die **neurologische Entwicklung** beobachtet werden. Eine Metaanalyse (bestehend aus 3 Studien an 12 Monate alten Säuglingen und 4 Studien an 18 Monate alten Kindern) ergab jedoch keinen Zusammenhang. Vier von 13 Studien berichteten über einen positiven **Wachstumseffekt**. Zwei Studien beobachteten, dass Säuglinge, die LCPUFA erhielten, weniger wuchsen als die Kontrollgruppe. Als Grund wird die alleinige Omega-3-Fettsäuresupplementation ohne Zugabe von Arachidonsäure diskutiert. Spätere Studien, mit Arachidonsäure-Supplementierungen fanden keine negativen Wachstumseffekte. Die Metaanalyse von 5 Studien ergab eine vermehrte Gewichtszunahme und ein verbessertes Längenwachstum im Alter von 2 Monaten bei Säuglingen, die angereicherte Säuglingsanfangsnahrung erhielten. Hingegen zeigte die Untersuchung von 4 Studien keinen signifikanten Effekt auf das Gewicht, Länge oder Kopfumfang mit 12 Monaten respektive mit 18 Monaten. Zusammenfassend findet sich kein klarer Langzeitvorteil, dass die Anreicherung von Säuglingsanfangsnahrung mit Omega-3 und Omega-6-LCPUFA das Wachstum von Frühgeburten verbessert. Angemerkt wird, dass die Studienprobanden relativ reif und gesund für ihr Alter waren und sich die Studien im Design unterschieden haben (Simmer et. al 2008a).

Ein weiterer Review randomisierter, kontrollierter Studien zeigt, dass die Anreicherung von Säuglingsformulanahrung mit langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren bei frühgeborenen Säuglingen keinen sicheren Hinweis für eine signifikante Verbesserung der neurologischen Entwicklung liefert (Hadders-Algra et al., 2007).

Reifgeborene

Bei reifgeborenen Säuglingen konnte in randomisierten, kontrollierten Studien beobachtet werden, dass eine Supplementierung mit LCPUFA ($\geq 0,30$ % DHA) zu positive Effekte auf die **neurologische Entwicklung** im Alter von 4 Monaten führen kann. Nach dem Alter von 4 Monaten wurden jedoch keine einheitlichen positiven Effekte beobachtet (Hadders-Algra et al., 2007). Ein systematischer Review zeigte in drei von elf Studien einen positiven Effekt auf die neurologische Entwicklung bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr, die angereicherte Säuglingsmilchnahrung erhielten. Die Metaanalyse aller eingeschlossenen Studien ergab jedoch keine signifikanten Vorteile einer Supplementierung langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren auf die mentale oder psychomotorische Entwicklung. Auch bei der **Entwicklung der Sehschärfe** sind die Daten (Untersuchung bis zum 3. Lebensjahr) nicht einheitlich. Drei von neun Studien ergaben einen positiven Effekt, während die anderen Studien keinen Einfluss beobachteten. Auch auf das **Wachstum** konnten keine signifikanten Effekte (weder förderliche noch nachteilige) beobachtet werden (Simmer et. al, 2008b).

Ein weiterer aktueller Review über die langkettigen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren Docosahexaensäure (DHA, C22:6n-3) und Arachidonsäure (AA, 20:4n-6) berichtet, dass Föten und Neugeborene langkettige mehrfach ungesättigte Fettsäuren für die optimale visuelle und kognitive Entwicklung aufnehmen sollten. Während der Schwangerschaft reduziert der Konsum von n-3 LC PUFA-reiche Öle das Risiko für Frühgeburt. Schwangere und Stillende sollten eine durchschnittliche tägliche Aufnahme von mindestens 200 mg Docosahexaensäure erreichen. Für gesunde reifgeborene Säuglinge wird Stillen, aufgrund der enthaltenen langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren, als die vorzuziehende Methode empfohlen. Wenn Stillen nicht möglich ist, wird die Gabe von Säuglingsformulanahrung mit Gehalten zwischen 0,2 und 0,5 % der Gesamtfettsäuren empfohlen. Arachidonsäure soll mindestens in gleicher Menge wie DHA zugesetzt werden. Auch nach den ersten 6 Monaten sollen LC-PUFAs weiterhin mit der Nahrung zugeführt

werden, allerdings gibt es zurzeit keine ausreichenden Informationen um eine quantitative Empfehlung abzugeben (Koletzko et al., 2008).

LCPUFA und Blutdruck

Eine randomisierte, kontrollierte, europäische Studie untersuchte, ob die Anreicherung von Säuglingsanfangsnahrung mit langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren (LCPUFAs) den Blutdruck in der späteren Kindheit beeinflusst. Bei 71 Kindern der LCPUFA-Anreicherungsgruppe (64% der Originalgruppe), 76 Kindern der Nichtanreicherungsgruppe (69 % der Originalgruppe) und bei 88 gestillten Kindern (63 % der Originalgruppe) wurde beim follow-up (mit 6 Jahren) der Blutdruck gemessen. Die LCPUFA-Gruppe hatte gegenüber der Nichtanreicherungsgruppe einen signifikant niedrigeren durchschnittlichen Blutdruck [durchschnittliche Differenz -3,0 mmHg (95% CI -5,4 mmHg bis -0,5 mmHg). Weiters war der diastolische Blutdruck signifikant erniedrigt (mittlere Differenz -3,6 mmHg 95 % CI -6,5 mm Hg bis -0,6 mmHg). Der diastolische Blutdruck war bei den gestillten Säuglingen signifikant niedriger als bei der Nichtanreicherungsgruppe, unterschied sich aber nicht von der LCPUFA-Gruppe (Forsyth et al. 2003).

Eine dänische, randomisierte Studie (n=83) untersuchte den Effekt von Fischöl auf den Blutdruck und das Lipidprofil im Säuglingsalter. Dazu erhielten Säuglinge im Alter von 9 bis 12 Monaten täglich 5 ml Fischöl. Mit 12 Monaten hatten die Kinder, die Fischöl erhielten, einen niedrigeren systolischen Blutdruck (adjustierte mittlere Differenz 6,3 mm Hg; 95 % CI 0,9-11,7; p = 0,02), einen höheren Plasmacholesterinspiegel 0,51 mmol/L (95 % CI 0,07-0,95; p = 0,02), und einen höheren LDL Cholesterinspiegel 0,52 mmol/L (95 % CI 0,02-1,01; p = 0,04) verglichen mit den Säuglingen, die kein Fischöl erhielten. Die Intervention mit Fischöl erhöhte den Erythrozytengehalt an n-3 LCPUFA (p < 0,001). Die Plasmatriglyceride waren invers assoziiert mit dem Erythrozytengehalt an Eicosapentaensäure (r = 0,34; p < 0.01) (Damsgaard et al., 2006)

Omega-3-Fettsäuren und Entwicklung von Diabetes mellitus Typ 1

In einer longitudinalen Beobachtungsstudie konnte festgestellt werden, dass ein Konsum von Omega-3-Fettsäuren bei Kindern mit erhöhtem genetischem Risiko für Diabetes mellitus Typ 1 invers mit dem Risiko, Inselzellenautoantikörper zu entwickeln, assoziiert war. Die Autoren gehen davon aus, dass dadurch das Risiko für Diabetes mellitus Typ 1 verringert werden kann (Norris et al., 2007).

4.4.1.4. Anreicherung der Säuglingsnahrung mit Ribonukleotiden

Eine Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit, die Sicherheit und den Dosis-Wirkungs-Effekt von in Säuglingsnahrung zugesetzten Ribonukleotiden. Die Ergebnisse zeigen, dass die zugesetzten Ribonukleotide mit einer besseren Antikörperantwort nach der Impfung mit *Haemophilus influenzae* vaccine (SMD 1,74; 99 % CI 1,43-2,05; p = 0,001), der Diphtherieimpfung (SMD 0,94; 99 % CI 0,75-1,12; p = 0,001), Polioimpfung (oral) (SMD 0,73 (99 % CI 0,51-0,95; p = 0,001) und einer verringerten Durchfallshäufigkeit (RR 0,67; 99 % CI 0,58-0,76; p = 0,02) assoziiert ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die zugesetzten Ribonukleotide sich positiv (und ohne Risiko) auf die Gesundheit der Säuglinge auswirken können. Für den positiven Effekt müssen mindestens 1,9 mg/418,4 kJ zugesetzt werden. Diese positiven Effekte bleiben bzw. steigen wenn die Anreicherung auf 10, 78 mg/418,4 kJ gesteigert wird (Gutiérrez-Castrellón et al, 2007).

4.4.1.5. **Proteinzufuhr bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht**

Formulaernährte Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht

Eine hohe Proteinaufnahme könnte mit negativen Konsequenzen wie beispielsweise Acidose, Urämie, und erhöhten Werten zirkulierender Aminosäuren assoziiert sein.

Ein systematischer Review randomisierter, kontrollierter Studien untersuchte, ob formulaernährte Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht hohe Proteinaufnahmen ($\geq 3,0$ g/kg/d) ohne nachteilige Wirkungen tolerieren können. Die Ergebnisse zeigen, dass eine hohe Proteinaufnahme ($\geq 3,0$ g/kg/d und $< 4,0$ g/kg/d) im Vergleich zu niedrigen Aufnahmen ($< 3,0$ g/kg/d) mit einer verbesserten Gewichtszunahme (mittlere Differenz: 2,36 g/kg/d; 95% CI 1,31-3,40) und einer höheren Stickstoffaufnahme (mittlere Differenz: 143,7 mg/kg/d; 95 % CI 128,7-158,8) bei gesunden Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht assoziiert ist, während andere Nährstoffe konstant blieben. Die Autoren gehen davon aus, dass diese Vorteile jedoch nicht die Nachteile eines erhöhten Blut-Harnstoffstickstoffes, einer erhöhten metabolischen Azidose und neurologischer Entwicklungsstörungen aufwiegen. Keine signifikanten Unterschiede konnten in Bezug auf nekrotisierende Enterocolitis, Sepsis und Diarrhoe beobachtet werden (PREMJL et al., 2006).

4.4.1.6. **Allergieprävention durch die Modifikation der Säuglingsanfangsnahrung**

Verwendung von hydrolysierten Nahrung

Im evidenzbasierten klinischen Report der American Academy of Pediatrics (AAP) wurde der letzte Stand der Wissenschaft (Studien bis inkl. 2006) zum Thema Ernährungsinterventionen zur Vermeidung der atopischen Krankheit bei Säuglingen und Kleinkindern zusammengefasst. Demzufolge gibt es moderate Evidenz dafür, dass bei Säuglingen mit hohem Risiko eine atopische Krankheit zu entwickeln, welche nicht für 4-6 Monate vollgestillt wurden, das Auftreten von atopischer Dermatitis in der frühen Kindheit durch die Verwendung von extensiv-hydrolysierte bzw. partiell hydrolysierte Säuglingsnahrung im Vergleich zu der Verwendung von mit intakten Kuhmilchproteinen hergestellter Säuglingsnahrung verschoben oder vorgebeugt werden kann. Studien, die den Effekt unterschiedlich hydrolysierter Säuglingsanfangsnahrung untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass nicht alle gleich wirksam waren. Extensiv-hydrolysierte Nahrungen zeigten sich effektiver als partiell hydrolysierte Nahrungen um das Auftreten einer atopischen Krankheit vorzubeugen. Trotz dieser Vorteile werden weitere Studien empfohlen um zu untersuchen, ob sich der protektive Effekt bis in die späte Kindheit bzw. bis in die Jugendzeit hält. Die höheren Kosten der hydrolysierten Nahrung sollten in die Nutzungsentscheidung miteinbezogen werden. Zurzeit gibt es nach Angaben der AAP noch keine Studien über den Nutzen von aminosäurenbasierenden Säuglingsanfangsnahrungen (AAP, 2008).

In einem systematischen Review wurde ebenfalls untersucht, ob hydrolysierte Säuglingsanfangsnahrung Säuglinge vor Allergien und Nahrungsmittelintoleranzen schützt. Die Autoren gehen davon aus, dass es keine Hinweise dafür gibt, das Füttern mit hydrolysierte Säuglingsanfangsnahrung dem exklusiven Stillen vorzuziehen. Für nichtgestillte Säuglinge mit hohem Allergierisiko gibt es limitierte Evidenz, dass das längere Füttern von hydrolysierte Nahrung verglichen mit normaler Säuglingsanfangsnahrung das Auftreten von Allergie im Säuglings- und Kleinkinderalter sowie das Auftreten von Kuhmilchallergie im Säuglingsalter vorbeugt. Für die kurzfristige Verwendung von hydrolysierte Säuglingsanfangsnahrung zeigten sich keine signifikanten Vorteile, es gibt allerdings Evidenz, dass Frühgeburten oder Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht signifikant weniger Gewicht zunahmten, wenn sie mit hydrolysierte Säuglingsanfangsnahrung ernährt wurden, allerdings waren die anderen

Wachstumsparameter nicht vermindert (Kopfumfang oder Größe). Studien mit reifgeborenen Säuglingen zeigten keinen negativen Einfluss auf das Wachstum (Osborn und Sinn, 2006a).

Anreicherung der Säuglingsnahrung mit Probiotika bzw. Supplementierung von Probiotika

Nach der Verwendung von Probiotika in der Säuglingsnahrung zeigten Ergebnisse eines systematischen Reviews, durchgeführt an insgesamt 1.477 Säuglingen, eine signifikante Reduktion von Säuglingsekzemen (RR 0,82; 95 % CI 0,70-0,95). Dabei ist anzumerken, dass die Studien signifikant heterogen waren. Bei Reduzierung auf die Studien, die von atopischen Ekzemen (bestätigt durch den Skin-prik Test oder spezifisches IgE) berichteten, verlor sich der signifikante Zusammenhang (RR 0,80; 95% CI 0,62-1,02). Studien, die von signifikanten Ergebnissen berichteten, supplementierten *L.rhamnosus* und führten ihre Untersuchungen bei Säuglingen durch, die ein hohes Risiko zur Allergieerkrankung aufwiesen. Kein weiterer Zusatznutzen im Bezug auf andere Allergien bzw. Nahrungsmittelüberempfindlichkeit konnte festgestellt werden. Die Autoren gehen davon aus, dass die Evidenz zur Supplementierungsempfehlung von Probiotika in der Säuglingsernährung - zur Prävention von allergischen Erkrankungen sowie Nahrungsmittelüberempfindlichkeit - nicht ausreichend ist (Osborn und Sinn, 2007a).

Anreicherung der Säuglingsnahrung mit Prebiotika

Ebenfalls ein systematischer Review untersuchte, ob die Verwendung von Prebiotika in der Säuglingsernährung vor Allergie und Nahrungsmittelüberempfindlichkeit schützt. Von 7 Studien wiesen zwei Daten zur Allergieentstehung auf. Die Analyse dieser zwei Studien ergab keinen signifikanten Unterschied in der Ekzementstehung, allerdings zeigte sich eine signifikante Studienheterogenität.

Bei Säuglingen mit hohem Allergierisiko zeigte eine weitere Studie eine signifikante Reduktion von Ekzemen bis zum 6. Monat (RR 0,42, 95% CI 0,21-0,84). Als Prebiotika wurden Oligosaccharide HA-Nahrung zugesetzt. In einer anderen Studie konnten keine signifikanten Unterschiede in der Ekzementwicklung bis zum 5. Monat (RR 1,62; 95% CI 0,62-4,26) beobachtet werden, wobei in dieser Studie auch Säuglinge ohne erhöhtem Allergierisiko untersucht wurden. Die Analyse von 5 Studien zeigte keinen negativen Einfluss von Prebiotika auf das Säuglingswachstum.

Zusammenfassend konnte keine ausreichende Evidenz gefunden werden um die Wirkung von – mit Prebiotika angereicherter – Säuglingsanfangsnahrung festzustellen (Osborn und Sinn 2007b).

Säuglingsanfangsnahrung aus Sojamilch

Ein weiterer systematischer Review beschäftigte sich auch mit der Frage ob Säuglingsanfangsnahrung aus Sojamilch vor Allergien und Nahrungsmittelintoleranz schützt. Die analysierten Studien verglichen die längere Verwendung von Säuglingsanfangsnahrung aus Sojamilch mit Säuglingsanfangsnahrung aus Kuhmilch. Eine Studie berichtete über signifikante Reduktion von Allergie, Asthma und allergischer Rhinitis. Alle anderen Studien zeigten keine signifikanten Verbesserungen durch Säuglingsanfangsnahrung aus Sojamilch. Die Autoren schlussfolgern, dass Säuglingsanfangsnahrung aus Sojamilch zur Prävention von Allergie oder Nahrungsmittelintoleranz für Säuglinge mit hohem Risiko nicht empfohlen werden kann. Weitere Forschung hinsichtlich der Verwendung von Sojaanfangsnahrung für nichtgestillte Säuglinge, mit familiärer Kuhmilchallergie oder Kuhmilchproteinintoleranz, wird empfohlen (Osborn und Sinn, 2006b). Nach Angaben der American Academy of Pediatrics gibt es keine überzeugende Evidenz dafür, dass Säuglingsanfangsnahrung aus Soja zur Allergieprävention geeignet ist (AAP, 2008).

Ein 2007 publizierter Review kommt zu dem Schluss, dass Sojaanfangsnahrung ein normales Wachstum und eine normale Entwicklung sichert, allerdings hat sie keine nährwertbezogenen Vorteile gegenüber Säuglingsanfangsnahrung aus Kuhmilch. Indikatoren für die Verwendung von Anfangsnahrung aus Soja sind schwere

Laktoseintoleranz, Galaktosämie und der Wunsch tierische Nahrungsmittel zu vermeiden. Sojaanfangsnahrung aus Soja hat keine Bedeutung für die Prävention von Allergien oder in der Behandlung von nichtspezifischen gastrointestinalen Symptomen wie infantile Kolik und Regurgitation. Sie sollten nicht bei Frühgeburten verwendet werden oder bei allergiegefährdeten Säuglingen vor dem 6. Monat. Nach dem 6. Monat kann Sojaanfangsnahrung aus Soja verwendet werden, wenn Sojaprotein toleriert wird (Turck, 2007).

Koletzko et al. Stufen das Risiko, zusätzlich zur Kuhmilchproteinallergie auch eine Sojaproteinallergie zu entwickeln, als hoch ein um eine Verwendung zu befürworten. Speziell gilt das für Kinder unter 6 Monaten. Für Kinder über 6 Monate, die extensiv hydrolysierte Formulanahrung bzw. aminosäurebasierte Formula verweigern, kann Anfangsnahrung aus Soja in Betracht gezogen werden. Man sollte aber die hohen Konzentrationen an Phytat, Aluminium und Phytoöstrogenen (Isoflavonen) nicht außer Acht lassen, da sich diese Inhaltsstoffe negativ auswirken können (Koletzko et al., 2007).

Zusammenfassung:

Nach Angaben der Studie „Säuglingsernährung Heute“ gaben rund 80 % der Mütter, die nicht vollstillten, ihren Kindern Säuglingsanfangsmilchnahrung (Pre, 1) und 8 % Spezialnahrungen (wie Teilhydrolysate, Antireflux- und Sojanahrung) als erste Milchfertiernahrung.

Kinder im Alter von 3 Monaten wurden zu 60 % vollgestillt, zu 26,9 % nichtgestillt und zu 12,4 % teilgestillt. 6 Monate alte Kinder wurden zu 9,7 % voll gestillt, zu 45,3 % zum Teil und zu 44,8 % nichtgestillt. Im Alter von 12 Monaten wurden 0,5 % der Kinder von ihren Müttern voll gestillt. 16,3 % der Mütter stillten ihre Kinder zum Teil und 78,6 % stillten ihre Kinder nicht.

Hinsichtlich der Anreicherung von Säuglingsmilchanhrung mit langkettigen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren zeigten die meisten Studien bei Frühgeborenen keinen positiven Effekt auf die Entwicklung der Sehschärfe. Uneinheitliche Ergebnisse konnten im Hinblick auf die neurologische Entwicklung und das Wachstum festgestellt werden.

Bei Reifgeborenen zeigte die Anreicherung der Säuglingsmilchnahrung mit langkettigen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren mögliche positive Effekte auf die neurologische Entwicklung im Alter von 4 Monaten. Ab einem Alter von 4 Monaten konnten keine einheitlichen Ergebnisse beobachtet werden. Uneinheitliche Daten lagen auch hinsichtlich der Entwicklung der Sehschärfe vor. Keine signifikanten Ergebnisse gab es im Zusammenhang mit dem Wachstum der Kinder. Kinder, die mit langkettigen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren angereicherte Säuglingsmilchnahrung erhielten, zeigte im Gegensatz zur Nichtanreicherungsgruppe einen signifikant niedrigeren durchschnittlichen Blutdruck.

Für gesunde reifgeborene Säuglinge wird vom deutschen Department für Pädiatrie (München) Stillen, aufgrund der enthaltenen langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren, als die vorzuziehende Methode empfohlen. Wenn Stillen nicht möglich ist, wird die Gabe von Säuglingsformulanahrung mit Gehalten an Docosahexaensäure zwischen 0,2 und 0,5 % an der Gesamtfettsäureaufnahme empfohlen.

Eine Anreicherung der Säuglingsmilchnahrung mit Ribonukleotiden kann sich positiv auf die Gesundheit der Säuglinge auswirken. Studien zeigen eine bessere Antikörperantwort nach Impfung mit *Haemophilus influenzae* vaccine, nach Diphtherieimpfung und eine verringerte Durchfallshäufigkeit.

Eine zu hohe Proteinzufuhr kann negative Konsequenzen haben. Die Vorteile einer schnelleren Gewichtszunahme können die Nachteile wie beispielsweise Acidose, Urämie, und erhöhten Werten zirkulierender Aminosäuren jedoch nicht aufwiegen.

Allergieprävention durch Modifikation der Säuglingsanfangsnahrung

Laut American Academy of Pediatrics (AAP) gibt es moderate Evidenz, dass die Verwendung von extensiv-hydrolysierte bzw. partiell hydrolysiertes Säuglingsnahrung im Vergleich zu Säuglingsnahrung, die mit intakten Kuhmilchproteinen hergestellt wurde, dass dem Auftreten von atopischer Dermatitis vorgebeugt werden kann. Wenn gestillt werden kann, ist Stillen jedoch dem Füttern mit hydrolysiertes Säuglingsanfangsnahrung vorzuziehen.

Nach Angaben der AAP gibt es keine überzeugende Evidenz, dass Säuglingsanfangsnahrung aus Soja zur Allergieprävention geeignet ist.

4.4.2. Beikost

Die Einführung der Beikost ist nötig um den Nährstoffbedarf des Säuglings adäquat zu decken, da die Muttermilch nicht mehr ausreicht um den Bedarf an Mikro- (Eisen, Zink, Vit. A, Vit. D) und Makronährstoffen (Energie, Protein) zu decken (ESPHAN, 2008).

4.4.2.1. Empfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates zur Einführung von Beikost

„Die Einführung von Beikost – jede Kost außer Muttermilch und Milchfertignahrung sowie eventuell Flüssigkeiten wie Tee oder Wasser – sollte etwa ab dem 6. Monat beginnen und langsam schrittweise erfolgen, dabei soll weitergestillt werden. Zunächst eine Gabe von Beikost in Form pürierten gekochten Gemüses – Karotten, dann andere Gemüsesorten – jeweils im Abstand von etwa 3 – 4 Tagen dazugegeben, um die Reaktion des Kindes zu sehen; bei allergiegefährdeten Säuglingen noch langsamer. Dann zusätzlich Gabe von Fleisch im Gemüsebrei, etwa 2 – 3x/Woche, um eine adäquate Zufuhr an gut verfügbarem Eisen zu gewährleisten.

Als zweite Beikostmahlzeit wird nach etwa einem weiteren Monat Obst, auch schrittweise, eingeführt. Die Gabe von gliadinhaltigen Nahrungsmitteln – Mehl und fast alle Getreideprodukte außer Mais, Reis und Kartoffeln – sollte bewusst begonnen werden, um eine Unverträglichkeit erkennen zu können. Als dritte Beikostgabe kann ein Getreidebrei, meistens abends gegeben, eingeführt werden“ (Österreichische Stillkommission, 2007).

4.4.2.2. Empfehlungen der WHO für gestillte (WHO, 2003) und nichtgestillte (WHO, 2005) Säuglinge / Kleinkinder im Alter von 6 bis 24 Monaten

Energiebedarf

Nach Angaben der WHO beträgt der Energiebedarf für **nichtgestillte Kinder** im Alter 6 bis 8 Monaten rund 600 kcal/d. 9-11 Monate alte Säuglinge bedürfen täglich 700 kcal und 12-23 Monate alte Kinder 900 kcal/d.

Für gesunde, **gestillte Säuglinge** im Alter von 6-8 Monaten beträgt der Gesamtenergiebedarf 615 kcal/d. 9-11 Monate alte Säuglinge benötigen 686 kcal/d und 12-23 Monate alte Kinder 894 kcal/d. Für Kinder, die sowohl **gestillt als auch formulaernährt** werden, ist der Energiebedarf etwas höher (634, 701 und 900 kcal/d im Alter von 6-8, 9-11 und 12-23 Monaten). Grund ist der höhere Ruheumsatz durch die Formulanahrung (WHO, 2003; WHO 2005).

Menge der Beikosteinführung

Im Alter von 6 Monaten sollte begonnen werden, bei gestillten Kindern kleine Mengen Beikost einzuführen, während Stillen weiterhin fortgesetzt wird. Der Energiebedarf beträgt 130 kcal/ d für 6-8 Monate alte Säuglinge und 310 kcal/d für Kinder im Alter von 9-11 Monaten und 580 kcal/d für Kinder im Alter von 12-23 Monaten (WHO, 2003).

Zusammensetzung der Nahrung

Säuglinge können pürierte, zerdrückte und halb feste Nahrungsmittel ab dem 6. Monat essen. Ab dem Alter von 8 Monaten können Säuglingen auch „Finger Food“ (Snacks, die Kinder alleine essen können) gegeben werden. Mit 12 Monaten können die meisten Kinder schon die gleichen Nahrungsmittel wie der Rest der Familie essen. Lebensmittel bei denen Kinder ersticken können (z. B. Nüsse, ganze Trauben oder rohe Karotten) sollen dabei vermieden werden (WHO, 2003; WHO, 2005).

Mahlzeitenfrequenz & Energiedichte

Je älter Säuglinge werden, desto häufiger soll ein Kind Beikost bekommen. Im Allgemeinen sollten gestillten Säuglingen im Alter von 6 bis 8 Monaten 2- bis 3-mal täglich und Säuglingen im Alter von 9 bis 24 Monaten 3- bis 4-mal Beikost gegeben werden (WHO, 2003).

Gesunden, nichtgestillten Säuglingen sollten 4 bis 5 Mahlzeiten pro Tag angeboten werden (WHO, 2005). Zusätzlich können je nach Bedarf täglich auch 1-2 Snacks wie z. B. Fruchtstücke oder Brot gegeben werden. Die richtige Mahlzeitenfrequenz richtet sich nach der Energiedichte und der verzehrten Menge pro Mahlzeit. Ist die Energiedichte bzw. die Verzehrsmenge gering, ist eine höhere Mahlzeitenfrequenz nötig (WHO, 2003; WHO, 2005).

Nährstoffgehalt von Nahrungsmitteln

Fleisch, Geflügel, Fisch oder Eier sollten täglich oder so oft als möglich gegessen werden (WHO, 2003; WHO, 2005). Diese sind reich an vielen wichtigen Nährstoffen wie z. B. Eisen oder Zink. Milchprodukte enthalten hohe Mengen an Calcium und zahlreiche andere Nährstoffe. Speisen, die keine tierischen Quellen enthalten, enthalten dem Alter entsprechend nicht alle wichtigen Nährstoffe, weshalb angereicherte Produkte oder Nahrungssupplemente von Nöten sind.

Werden genügend tierische Lebensmittel konsumiert, beträgt die benötigte Menge Milch ~200-400 ml/d; ansonsten werden 300-500 ml/d empfohlen. Akzeptable Milchquellen sind Vollmilch (von Kuh, Ziege, Büffel, Schaf oder Kamel), UHT-Milch, fermentierte Milch oder Joghurt und abgepumpte Muttermilch.

Werden Milch und andere tierische Lebensmittel nicht in ausreichenden Mengen gegessen, sollten täglich Getreide und Hülsenfrüchte konsumiert werden, wenn möglich am besten kombiniert, um die Eiweißqualität zu verbessern.

Milchprodukte sind die besten Quellen für Calcium. Werden Milchprodukte nicht in ausreichenden Mengen konsumiert, sollten andere Lebensmittel, die reich an Calcium sind (u. a. Sojabohnen, Kohl, Karotten, Kürbis, grünes Blattgemüse) konsumiert werden (WHO, 2005).

Die tägliche Ernährung sollte reich an Vitamin A (dunkel gefärbtes Gemüse und Früchte, rotes Palmöl, Vitamin A-angereicherte Öle oder Nahrungsmittel), sowie reich an Vitamin C (viele Früchte, Gemüse und Kartoffeln, um die Eisenabsorption zu verbessern) und reich an B-Vitaminen (B₂: Eier, Milchprodukte, grünblättrige Gemüsesorten, Sojabohnen; B₆: Fleisch,

Geflügel, Fisch, Bananen, grünblättrige Gemüsesorten, Kartoffeln, Folsäure: Hülsenfrüchte, grünblättrige Gemüsesorten, Orangensaft) sein.

Nahrungsmittel mit einem niedrigen Nährstoffgehalt (wie z. B. Tee, Kaffee und zuckerreiche Säfte) sollten gemieden werden (WHO, 2003; WHO, 2005).

Verwendung von Vitamin-Mineralstoffsupplementen oder angereicherte Produkte

Bei Bedarf sind **gestillten Säuglingen** Vitamin- und Mineralstoffe zu supplementieren (WHO, 2003). In einigen Populationen benötigen auch Mütter Vitamin- und Mineralstoffsupplemente oder angereicherte Produkte, für ihre eigene Gesundheit und um normale Konzentrationen von bestimmten Nährstoffen in der Muttermilch zu haben (WHO, 2003).

Für **nichtgestillte Kinder** sind ebenfalls bei Bedarf angereicherte Nahrungsmittel oder Vitamin- und Mineralstoffsupplemente zu geben, die Eisen (8-10 mg/d für 6-12 Monate, 5-7 mg/d für 12-24 Monate) enthalten. Werden keine ausreichenden Mengen tierischer Lebensmittel konsumiert, sollten zusätzlich auch andere Mikronährstoffe (besonders Zink, Calcium und Vitamin B₁₂) verabreicht werden (WHO, 2005).

Flüssigkeitsbedarf

Nichtgestillte Säuglinge und Kleinkinder benötigen mindestens 400-600 ml/ Flüssigkeit pro Tag (zusätzlich zu der Flüssigkeitsmenge von 200-700 ml/d aus der Milch und anderen Nahrungsmitteln). Klares, sauberes (evtl. gekochtes) Wasser sollte mehrere Male am Tag angeboten werden um den Durst des Kindes zu stillen (WHO, 2005).

Zubereitung und Lagerung von Nahrungsmitteln

Gute Hygiene und einwandfreie Nahrungsmittelverarbeitung durch Händewaschen vor der Zubereitung und vor dem Essen, sowie sichere Lagerung von Nahrungsmitteln und sofortiges Servieren nach dem Zubereiten. Weiters sind saubere Utensilien zur Nahrungszubereitung und saubere Becher und Schüssel für die Fütterung des Kindes notwendig. Schwer zu reinigende Flaschen sind zu vermeiden (WHO, 2003; WHO, 2005).

Verantwortungsvolle Fütterung:

Säuglinge sollen direkt gefüttert werden bzw. sollen ältere Kinder beim Essen unterstützt werden. Auf den natürlichen Hunger-Sättigungs-Mechanismus ist zu achten. Säuglinge/Kleinkinder sollten langsam und geduldig gefüttert werden und zum Essen ermutigt werden, jedoch ohne Zwang. Wenn Kinder viele Lebensmittel verweigern, können mit verschiedenen Lebensmittel-Kombinationen, mit verschiedenem Geschmack, verschiedener Konsistenz und Methoden zur Ermutigung experimentiert werden. Ablenkungen während dem Essen sind zu vermeiden, da Kinder sehr leicht das Interesse verlieren. Während der Fütterung ist mit den Kindern zu reden und Augenkontakt zu halten (WHO, 2003; WHO 2005).

4.4.2.3. Einführung von Beikost in Österreich

Die Ergebnisse der Studie „Säuglingsernährung Heute 2006“ (Esberger, 2007) zeigen, dass insgesamt 38,9 % der Mütter ihrem Kind vor dem 6. Lebensmonat mit Beikost ernähren. Dabei lag der Anteil der Mütter, die ihrem Baby schon mit 3 Monaten Beikost gaben, bei 2,4 %. 16,6 % der Mütter fütterten ihr Kind im 4. Monat und 19,9 % der Mütter im 5. Monat mit Beikost. Im Alter von 6 Monaten bekamen 38 % der Säuglinge von ihrer Mutter Beikost. 13,8 % der Befragten begannen ihr Kind mit 7 Monaten und rund 9 % mit acht Monaten oder älter mit Beikost zu ernähren.

Über 80 % der Mütter gaben ihrem Kind Gemüse bzw. Gemüsebrei und 35 % der Mütter Obst bzw. Obstbrei als erstes Nahrungsmittel (Tabelle 23).

Tabelle 23 Inhalt der ersten Beikostgabe (n=674, Mehrfachnennungen) (Esberger, 2007)

Inhalt der ersten Beikost-Gabe	Anzahl der Mütter	Prozent
Gemüse bzw. Gemüsebrei	555	82,3
Obst bzw. Obstbrei	238	35,3
Getreidebrei	55	8,2
Obst/Gemüsesäfte	49	7,3
Fleischbrei	36	5,3
Milchbrei	5	0,7

Mit der Einführung von nicht-glutenfreier Nahrung (wie Mehl, Brot, Kekse oder Grießbrei) begannen 0,3 % der Mütter, wenn ihr Kind 3 Monate alt war. 1,5 % der Befragten gaben an, ihrem Kind mit 4 Monaten und 5 % mit 5 Monaten nicht-glutenfreie Lebensmittel zu füttern. 16 % der Mütter nannten ein Alter von sechs Monaten als Zeitpunkt der ersten Einführung von nicht-glutenfreier Nahrung. 19 % der Mütter begannen ihr Kind im Alter von sieben Monaten mit nicht-glutenfreier Nahrung zu füttern. 23 % der Mütter warteten bis das Kind acht Monate, 12 % bis das Kind neun Monate und 11 % der Mütter bis das Kind zehn Monate alt war.

Vitamin D als Ergänzungsmittel wurde von 88,3 % der Befragten verabreicht. 34,6 % der Mütter gaben ihrem Kind Fluor und 12,6 % Eisenpräparate (Esberger, 2007).

4.4.2.4. *Beikost und Einfluss auf die Entstehung von Übergewicht*

Der übermäßige Konsum von energiereicher Beikost kann eine exzessive Gewichtszunahme im Säuglings- und Kleinkindesalter bewirken. Exzessive Gewichtszunahme ist mit einem höheren Übergewichtsrisiko assoziiert (Ong et al., 2006). Ebenso wird schnelles Wachstum mit einem höheren Übergewichtsrisiko assoziiert (Baird et al., 2005; Monteiro et al., 2005).

Eine Metaanalyse über 1.600 Säuglinge von 5 prospektiven randomisierten Studien untersuchte ob die Einführung fester Nahrung das Wachstum und die Gesundheit (Durchfall, Erbrechen, Atopie, untere Atemwegsinfektionen, Schlafverhalten) beeinflusst. Untersucht wurden reifgeborene, zu kleine und zu früh geborene Kinder. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder, die vor der 12. Woche abgestillt wurden, mit 12 Wochen schwerer waren, als jene Säuglinge, die später abgestillt wurden. Im Alter zwischen 12 und 18 Wochen zeigten die Säuglinge, die früher abgestillt wurden, eine langsamere Gewichtszunahme, ein langsames Längenwachstum und einen geringeren Kopfumfang. Mit 18 Monaten konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Größe zwischen den Gruppen beobachtet werden. Ähnliche Ergebnisse konnten auch bei Frühgeborenen beobachtet werden. Für die Gesundheit zeigte das Abstillen in dieser Studie keine Effekte oder Interaktionen (Morgan, 2004).

In einer Kohortenstudie konnte gezeigt werden, dass die Einführung von fester Nahrung vor der 15. Lebenswoche signifikant mit einem erhöhten Körperfettanteil sowie erhöhtem

Gewicht im Alter von 7 Jahren assoziiert ist (mw Körperfett: 18,5 % (18,2-18,8 %) vs. 16,5 % (16 %-17%) (Wilson et al., 1998).

4.4.2.5. Proteinzufuhr und Übergewicht

Studien zeigen, dass eine hohe Eiweißzufuhr im Säuglings- und Kleinkindalter mit einem erhöhten Gewicht im späteren Lebensalter assoziiert ist (Roland-Cachera et al., 1995, Hoppe et al., 2004). In der DONALD-Studie (Dortmund Nutritional and Longitudinally Designed Study), durchgeführt an 203 Mädchen und Jungen, konnte beispielsweise beobachtet werden, dass Kinder, die mit 12 und 18 Monaten hohe Proteinmengen aufnahmen, im Alter von 7 Jahren einen höheren BMI und einen höheren Körperfettanteil aufwiesen. Kein Einfluss schien in dieser Studie die Proteinzufuhr mit 6 Monaten zu haben. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere eine hohe Proteinzufuhr beim Übergang zur Familienernährung mit einer ungünstigen Entwicklung der Körperzusammensetzung verbunden sein könnte (Günther et al., 2007).

Nach Angaben des Medical Position Paper des ESPGHAN Committee on Nutrition gibt es Evidenz, dass eine Proteinzufuhr von ≥ 4 g/kg/d (rund 16 % des Gesamtenergiebedarfs) zwischen dem 8. und 24. Lebensmonat mit späterem Übergewicht assoziiert ist. Dieser Zusammenhang konnte bei einer Proteinzufuhr von unter 15 % der Gesamtenergie nicht beobachtet werden (ESPGHAN, 2008).

4.4.2.6. Blutdruck

1980 startete eine randomisierte holländische Studie (n = 476) die den Effekt einer niedrig- bzw. einer normalnatriumhaltigen Diät während der ersten 6 Lebensmonate auf den Blutdruck untersuchte. Am Ende dieses Versuches war der systolische Blutdruck in der Gruppe mit niedrigen Natriumaufnahmen (n = 231) um 2,1 mm Hg geringer als der in der Kontrollgruppe (n = 245). Nach 15 Jahren wurde erneut der Blutdruck gemessen (n = 167; 35 %). Bei jenen Jugendlichen, die in der Kindheit geringe Natriumaufnahmen hatten (n = 96), war der adjustierte systolische Blutdruck um 3,6 mmHg (95 % CI -6,6 bis -0,5) und der Diastolische um 2,2 mmHg niedriger (95% CI -4,5 – 0,2) als bei Personen der Vergleichsgruppe (Geleijnse et al. 1997).

Eine randomisierte, prospektive Studie ergab, dass Säuglingsmilchnahrungen, die mit natriumreichen Wasser hergestellt wurden, zu einem signifikant höheren systolischen, diastolischen und mittleren Blutdruck in der 6. bis zur 8. Woche bei Säuglingen führten, als im Vergleich zu jenen Säuglingen, die natriumarme Mineralwässer erhielten (Pomeranz et al. 2002).

In einer 2003 publizierten Studie wurde untersucht, ob die Säuglingsernährung mit getrockneter Formulamilch (hergestellt aus Kuhmilch) positiv mit dem Blutdruck im Erwachsenenalter assoziiert ist. Bei Teilnehmern der Barry Caerphilly Growth study cohort (1972-1974) wurde im Follow-up (1997-1999) der diastolische und systolische Blutdruck gemessen. Die sozialen und demografischen Charakteristika der Personen, die am Follow-up teilnahmen (n=678) und der Personen, die nicht teilnahmen (n=272) unterschieden sich nicht. Für jede Quartilsteigerung (Konsumation von getrockneter Milch) im 3. Lebensmonat fand man (nach Adjustierung für Geschlecht, Interventionsgruppe, Geburtsgewicht z scores, soziale Klasse in der Kindheit, Alter beim Follow-up, Alkoholkonsum und Rauchen) eine

Steigerung des systolischen Blutdrucks um 1,28 mm Hg (95% CI 0,46-2,10 mm Hg) und eine Steigerung des diastolischen Blutdrucks um 0,63 mm Hg (95% CI: 0,04-1,22 mm Hg). Die Koeffizienten wurden abgeschwächt als der BMI (im Erwachsenenalter) und die Größe im Modell berücksichtigt wurden, aber die Assoziation (Konsumation von getrockneter Milch im 3. Lebensmonat und systolischer Blutdruck) blieb signifikant (1,07 mm Hg; 95% CI: 0,27-1,87 mm Hg). Diese Studie zeigt, dass Interventionen zur Verbesserung der Säuglingsernährung einen langfristigen, positiven Effekt haben können (Martin et al, 2003). Weitere Studien zum Thema Stillen vs. Formulanahrung siehe Kapitel 3.13.

4.4.2.7. Vegane und makrobiotische Kost

In einer niederländischen Studie an 0 – 10-jährigen Kindern wurde gezeigt, dass bei Ernährung mit rein veganer oder makrobiotischer Kost, mit keinem beziehungsweise mit geringem tierischen Anteil es aufgrund gravierender Nährstoffdefizite (z.B. Protein, Ca, Fe, J, Vitamine B₁₂, B₂, D) zu Wachstumsstörungen, Fett- und Muskelschwund sowie einer langsameren psychomotorischen Entwicklung kommen kann. Nach Angaben der Autoren ist eine Supplementierung der makrobiotischen Kost mit Fett (Minimum 20-25 g/d), fettreichem Fisch (Minimum 100-150g/Woche) und Milchprodukten (Minimum: 150-250 g/d) empfehlenswert (Dagnelie, 1994).

4.4.2.8. Allergie

Um eine Allergienentwicklung zu vermeiden wurde eine verspätete Einführung oder die Elimination von Lebensmitteln aus der Ernährung, die als potentiell allergisch gelten, empfohlen. Weiters wurde eine aktive Atopieprävention mittels spezieller Ernährungskomponenten angestrebt. Es gibt gute Evidenz dafür, dass manche Lebensmittel allergener sind als andere. Dies inkludiert Eier, Fische, Nüsse und Meeresfrüchte. Es gibt Evidenz von Beobachtungsstudien, dass frühe (unter 4 Monaten) Einführung von mehr als 4 Lebensmitteln mit einem höheren Risiko eine atopische Dermatitis zu entwickeln assoziiert ist – kurzfristig sowie langfristig (10 Jahre follow-up) (Fergusson et al. 1990). Trotzdem ist die Evidenz, dass die verzögerte Einführung oder das Vermeiden von allergenen Lebensmitteln einer Allergie vorbeugt nicht überzeugend. Dies ist unter anderem deshalb weil die meisten Daten aus Beobachtungsstudien stammen sowie bei Säuglingen durchgeführt wurden, die ein höheres Allergierisiko aufweisen (ESPGHAN, 2008).

Im evidenzbasierten klinischen Report der American Academy of Pediatrics wurde der letzte Stand der Wissenschaft (Studien bis inkl. 2006) zum Thema Ernährungsinterventionen zur Vermeidung der atopischen Krankheit bei Säuglingen und Kleinkindern zusammengefasst. Man ist der Meinung, dass sich für eine Verzögerung der Beikostzuführung (nach dem 4. bzw. 6. Monat) zur Vorbeugung der atopischen Krankheit keine überzeugende Evidenz findet, egal ob das Kind gestillt wird oder es mit Säuglingsanfangsnahrung aus Kuhmilch ernährt wird. Diese Aussage bezieht sich auch auf die Einführung von Nahrungsmitteln, die ein hohes allergenes Potential aufweisen wie Fisch, Eier und Lebensmittel die Erdnussprotein. Es gibt keine ausreichenden Daten um eine protektive Ernährungsempfehlung für Säuglinge nach dem 4. bzw. 6. Monat zur Prävention der atopischen Krankheit zu unterstützen (AAP, 2008)

Gegenteiliges behauptet das American College of Allergy, Asthma und Immunology. Sie empfehlen Säuglingen mit Allergierisiko keine Milchprodukte vor dem 1. Lebensjahr zu geben, Eier nicht vor dem 2. Lebensjahr und Erdnüsse, Fisch und Meeresfrüchte nicht vor dem 3. Lebensjahr (Fiocchi, 2008).

Das ESPGHAN Committee on Nutrition sagt dazu, dass das Vermeiden von Nüssen und Schalentieren keine nachteiligen Wirkungen hat, aber die Reduktion von n-3 Fettsäuren durch das Vermeiden von Fisch Konsequenzen für die kognitive Entwicklung haben könnte. Weiters gibt es inzwischen Studien, die nachweisen, dass nicht die verfrühte Einführung von Lebensmitteln sondern die Verspätete das Risiko der Allergieentwicklung erhöht (Zutavern et al., 2004; Zutavern et al., 2006, Kull et al. 2006; Filipiak et al., 2007). Eine 2006 publizierte Studie (n= 1.612) ergab, dass eine Getreideeinführung nach dem 6 Lebensmonat, die Wahrscheinlichkeit an Zöliakie zu erkranken, erhöht (Poole et al, 2006). Gluten sollte deshalb laut ESPGHAN nicht zu früh (vor dem 4. Monat) und nicht zu spät (nach dem 7. Monat) eingeführt werden. Die Einführung sollte graduell – während der Säugling noch gestillt wird – erfolgen, dies kann das Risiko an Zöliakie, Diabetes Typ 1 und Weizenallergie zu erkranken reduzieren (ESPGAN, 2008). In einer Metaanalyse, die 6 Fall-Kontroll-Studien analysierte, konnte beobachtet werden, dass Kinder, die während der Gluteneinführung gestillt wurden, ein vermindertes Risiko haben, Zöliakie zu entwickeln, im Vergleich zu Kindern, die während er Gluteneinführung nicht gestillt wurden (OR 0,48; 95% CI: 0,40-0,59) (Akobeng, 2006).

Eine prospektive Beobachtungsstudie an 1.560 Kinder, welche ein erhöhtes Risiko hatten an Zöliakie oder Diabetes Typ 1 zu erkranken (definiert durch HLA-Allele oder einen Verwandten ersten Grades mit Typ 1 Diabetes), ergab, dass sowohl eine verfrühte (vor dem 3. Lebensmonat) als auch eine verspätete (nach dem 7 Lebensmonat) Einführung von glutenhaltiger Nahrung, dass Risiko für Zöliakie erhöht (Norris et al., 2005).

Eine 2006 publizierte Studie (n=679) verglich die Zöliakieprävalenz in Schweden vor und nach der Veränderung der Empfehlungen zur Einführung von glutenhaltigen Nahrungsmitteln. 1996 wurde empfohlen, statt glutenhaltige Lebensmittel erst mit 6 Monaten einzuführen, diese schon mit dem 4. Lebensmonat langsam einzuführen. Dabei konnte beobachtet werden, dass die Prävalenz der symptomatischen Zöliakie, nach Einführung der neuen Empfehlungen (also nach 1996) signifikant abnahm (Carlsson et al. 2006).

Eine populationsbasierte Fall-Kontrollstudie in Schweden untersuchte, ob Stillen oder die spätere Einführung von glutenhaltigen Nahrungsmitteln vor der Entwicklung einer Zöliakie schützt. Die Ergebnisse zeigten, dass das Risiko bei unter 2-Jährigen reduziert war, wenn sie während der Einführung von Gluten noch immer gestillt wurden (OR 0,59 95% CI 0,42–0,83). Dieser Effekt verstärkte sich, wenn die Kinder auch nach der Gluteneinführung noch gestillt wurden (OR 0,36, 95% CI 0,26–0,51). Wenn Gluten in großen Mengen zugeführt wird, erhöhte sich das Risiko (OR 1,5, 95% CI 1,1–2,1) (Ivarsson, 2002).

4.4.2.9. Frühkindliche Prägung des späteren Adipositasrisikos / Metabolische Prägung durch frühkindliche Ernährung

Studien zeigen, dass die Ernährung während der Schwangerschaft und die postnatale Substratzufuhr langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit und Entwicklung im Erwachsenenalter haben können (Koletzko und von Kries, 2001; Oberle et al., 2003; Koletzko et al., 2005; Fankhänel, 2007). Auch Tierversuche unterstützen die Hypothese einer so genannten „metabolischen Prägung“ (Metges, 2001).

4.4.2.10. Entwicklung von Geschmackspräferenzen und Essverhalten von Kindern

Eine Präferenz für süße oder saure Geschmacksrichtungen entwickelt sich schon im frühen Säuglingsalter. Kinder, die im Säuglingsalter mit Proteinhydrolysat Formulanahrung mit markant saurem oder bitterem Geschmack gefüttert wurden, bevorzugten einen sauren

Geschmack von Säften verglichen mit Kindern, die mit Formulanahrung auf Milchbasis gefüttert wurden (Liem und Mennella, 2002; Mennella und Beauchamp 2002). Kein Unterschied konnte bei der Geschmackspräferenz „süß“ beobachtet werden, wobei diese Vorliebe davon abhängig war, in welchem Maße die Mutter normalerweise das Essen süßte (Liem und Mennella, 2002). Kinder, die mit Sojaformulanahrung ernährt wurden, bevorzugten im Alter von 4 – 5 Jahren Apfelsaft mit bitterem Geschmack. Die Akzeptanz für Brokkoli war bei Kindern, die mit Sojaformula oder Hydrolysaten aufgezogen wurden größer als bei jenen, die Milchformulanahrung erhielten (Mennella und Beauchamp, 2002). Es konnte jedoch auch eine sensorisch-spezifische Übersättigung nach wiederholter Gabe bestimmter Geschmacksrichtungen von Milchnahrungen festgestellt werden. Kinder im Alter von 6 – 11 Monaten, die mit Proteinhydrolysaten mit Geschmacksrichtung wie beispielsweise Brokkoli gefüttert wurden, aßen zur gleichen Zeit signifikant weniger Brokkoli oder Karfiol als Karotten verglichen mit Kindern, die Formulanahrung auf Milchbasis erhielten ($p = 0,04$). Kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen konnte in der Verzehrsmenge von Karotten beobachtet werden (Mennella et al., 2006).

Salzhaltiges Essen in der frühen Kindheit kann ebenso zu einer dauerhaften Präferenz dieser Geschmacksrichtung führen. Jugendliche, die früher gerne salzhaltige Lebensmittel gegessen hatten, zeigten, im Gegensatz zu ihren Geschwistern die in ihrer Kindheit salzärmer gegessen hatten, eine Abneigung gegen Nahrungsmittel mit geringem Salzgehalt ($p = 0,003$). Kein Unterschied konnte jedoch in der Bewertung von Lebensmitteln mit höherem Salzgehalt und bei zuckerreichen Lebensmitteln beobachtet werden (Stein et al., 1996).

Genetische Prädisposition und wiederholte Gabe verschiedener Lebensmittel hat Einfluss auf die Akzeptanz und Präferenz im Säuglingsalter und in der Kindheit. Neue Geschmacksrichtungen müssen Vorschulkindern 10 – 16 mal angeboten werden, bevor sie akzeptiert werden (Savage et al., 2007). Bei Kindern, die im Zeitraum von einigen Wochen 15 mal entweder gesüßten, gesalzenen oder neutralen Tofu bekamen, erhöhte sich die Präferenz für die jeweilige Geschmacksrichtung und die Vorliebe für die Andere nahm ab (Sullivan und Birch, 1990). Studien zeigen auch, dass Kinder schon früh eine Präferenz für den Geschmack energiereicher Nahrungsmittel ausbilden (Savage et al., 2007).

Präferenz für sauren Geschmack und Obstkonsum

Eine Studie untersuchte bei Säuglingen die Akzeptanz von extrem sauren Geschmack sowie ob der saure Geschmack mit dem Obstkonsum assoziiert ist. Der Obstkonsum von 53 Säuglingen wurde mit 6,12 und 18 Monaten mittels eines 3 Tages Protokolls erfasst. Die Akzeptanz für Saures wurde mit 18,1 Monaten durch die Beobachtung der Aufnahme von verschiedenen sauren Lösungen untersucht. Säuglinge, die die sauersten Lösungen akzeptierten, konsumierten signifikant mehr Obst ($p = 0,025$) und variierten mehr ($p = 0,015$) und konsumierten öfter Obst ($\chi^2 5,1$; $p = 0,024$) mit 18 Monaten als die Säuglinge, die die sauersten Lösungen ablehnten. Weiters hatten Säuglinge, die die sauerste Lösung akzeptierten, einen höheren Obstkonsum mit 6 Monaten. Der Anstieg des Obstkonsums vom 12. bis zum 18. Lebensmonat war auch signifikant höher (Blossfeld et al. 2007).

4.4.2.11. Eisensupplementierung und Eisenmangel

In einem systematischen Review wurde die Supplementation von Eisen auf die Inzidenz von infektiösen Krankheiten bei Kindern untersucht. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass eine Eisensupplementation keine negativen Effekte auf die Gesamtinzidenz von

Infektionskrankheiten aufweist, jedoch das Durchfallsrisiko leicht erhöht ist (RR 1,11; 1,01-1,23;

$p = 0,04$) (Gera und Sachdev, 2002). Keinen signifikanten Einfluss scheinen Eisensupplemente auf das Wachstum auszuüben (Sachdev et al., 2006). Weitere Studien zeigen, dass die mentale Entwicklung nach einer Eisensupplementierung besonders bei über 7-Jährigen mit anfänglicher Anämie bzw. Eisenmangel gering verbessert werden kann. Die motorische Entwicklung wurde in dieser Studie jedoch nicht beeinflusst. Auch gibt es keine überzeugenden Beweise, dass eine Eisenbehandlung bei Kindern unter 27 Monaten die mentale oder motorische Entwicklung beeinflusst (Sachdev et al., 2005).

Zum Thema Eisenmangel meint das ESPGHAN Committee on Nutrition, dass es unklar ist ob ein bestehender Eisenmangel (ohne Anämie) einen negativen Effekt auf die neurologische Entwicklung hat. Es wird empfohlen, Maßnahmen einzuhalten, die einen Eisenmangel vermeiden wie z.B. die Förderung des exklusiven Stillens, die Einführung von Kuhmilch als ein Hauptgetränk nicht vor dem 1 Lebensjahr und die Förderung von eisenreicher Beikostnahrung. Es gibt zwar wenig Evidenz, dass moderater Eisenmangel und eine niedrige Aufnahme von LCPUFA einen nachteiligen Effekt auf die neurologische Entwicklung haben, trotzdem hält es das Committee für anratsam, eisenreiche (z. B. Fleisch) und LCPUFA-reiche

(z.B. fettreicher Fisch) Lebensmittel in die Beikostnahrung aufzunehmen (ESPGHAN, 2008).

4.4.2.12. Angereicherte Lebensmittel in der Beikost

Im Rahmen der DONALD-Studie wurde mittels 3-tägiger Verzehrerhebung ermittelt, dass jedes 4. Kind angereicherte Lebensmittel konsumiert. Den größten Beitrag zur Nährstoffzufuhr lieferten dabei Getränke. Durch den Konsum angereicherter Produkte wurde die empfehlungsgerechte Zufuhr von Vitamin B₆ noch weiter erhöht und die Zufuhr von Vitamin B₁ verbessert. Die Zufuhr an Folsäure blieb unzureichend (Kersting und Sichert-Hellert, 2003).

4.4.2.13. Zusatzstoffe und Hyperaktivität

Eine randomisiert, doppel-blind, plazebo-kontrollierte Studie, durchgeführt an 3-, 8- und 9-jährigen Kindern zeigte, dass künstliche Farbstoffe und/oder Natriumbenzoate die Hyperaktivität bei Kindern erhöhen können (McCann et al., 2007). Eine Crossover-Studie an 3-Jährigen bestätigt diesen Effekt. Es konnte beobachtet werden, dass das Vermeiden von künstlichen Farbstoffen und Benzoaten zu einer signifikanten Reduktion hyperaktiven Verhaltens führt (Batemann et al., 2004).

Zusammenfassung:

Da die Muttermilch nicht mehr ausreicht um den Bedarf des Säuglings an Mikro- (Eisen, Zink, Vit. A, Vit. D) und Makronährstoffen (Energie, Protein) zu decken, ist die Einführung von Beikost nötig.

Die Einführung von Beikost sollte nach Angaben der österreichischen Stillkommission des österreichischen Sanitätsrates ab dem 6. Monat beginnen.

In Österreich geben rund 40 % der Mütter ihren Kindern Beikost vor dem 6. Lebensmonat. Bei annähernd 80 % der Befragten bestand die erste Beikostnahrung aus Gemüse bzw. Gemüsebrei, gefolgt von Obst und Obstbrei (rund 35 % der Studienteilnehmer).

Gewichtszunahme

Der übermäßige Konsum von **energiereicher Beikost** kann eine exzessive Gewichtszunahme im Säuglings- und Kleinkindesalter bewirken. Studien zeigen auch, dass eine hohe **Eiweißzufuhr** im Säuglings- und Kleinkindesalter mit einem erhöhten Gewicht im späteren Lebensalter assoziiert sein kann.

Blutdruck

Studien geben auch Hinweise darauf, dass eine niedrige **Natriumaufnahme** in der Kindheit zu positiven Effekten auf den **systolischen und diastolischen Blutdruck** im Jugendalter führen kann. Im Gegensatz dazu scheint eine hohe Aufnahme an Säuglingsernährung mit getrockneter Formulamilch (hergestellt aus Kuhmilch) mit erhöhtem systolischen und diastolischen Blutdruck im Erwachsenenalter assoziiert zu sein.

Allergie

Nach Angaben der ESPGHAN und der American Academy of Pediatrics (AAP) gibt es keine überzeugende Evidenz, dass eine verzögerte Beikosteinführung sowie das Meiden der Einführung von Nahrungsmitteln mit einem hohen allergenen Potential (wie beispielsweise Fisch, Eier und Erdnüsse) zur Vorbeugung der atopischen Krankheit führt. Das American College of Allergy, Asthma und Immunology empfiehlt jedoch Säuglingen mit Allergierisiko, keine Milchprodukte vor dem 1. Lebensjahr, keine Eier vor dem 2. Lebensjahr und keine Erdnüsse, Fische oder Meeresfrüchte vor dem 3. Lebensjahr zu geben. Auch nach den Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission wird empfohlen, Vollmilch und „Kindermilch“ erst nach dem 1. Geburtstag zu geben.

Neue Studien geben Hinweise, dass nicht nur die verfrühte Einführung, sondern auch die Verspätete das Risiko für Allergieentwicklung erhöht. Die Einführung von Gluten sollte nach ESPGHAN nicht zu früh (vor dem 4. Monat) und nicht zu spät (nach dem 7. Monat) erfolgen. Eine Metaanalyse zeigt, dass Kinder, die während der Gluteneinführung gestillt werden, ein geringeres Risiko haben, an Zöliakie zu erkranken als nicht gestillte Kinder

Geschmacksprägung Die Präferenz für süße und saure Geschmacksrichtungen entwickelt sich schon im frühen Säuglingsalter. Auch salzhaltiges Essen in der frühen Kindheit kann ebenso zu einer dauerhaften Präferenz dieser Geschmacksrichtung führen.

Zusatzstoffe und Hyperaktivität

Studien belegen, dass künstliche Farbstoffe und/oder Benzoate die Hyperaktivität bei Kindern erhöhen kann und das Vermeiden dieser Stoffe zu einer Reduktion hyperaktiven Verhaltens führen kann.

Literatur:

AAP American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology (Greer FR, Sicherer SH, Burks AW): Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. Pediatrics. 2008; 121(1):183-191.

Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child* 2006; 91:39–43.

Baird J, Fisher D, Lucas P, et al. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ* 2005; 331:929–934.

Bateman B, Warner JO, Hutchinson E, Dean T, Rowlandson P, Gant C, Grundy J, Fitzgerald C, Stevenson J. The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. *Arch Dis Child*. 2004; 89(6):506-511.

Blossfeld I, Collins A, Boland S, Baixauli R, Kiely M, Delahunty C.: Relationships between acceptance of sour taste and fruit intakes in 18-month-old infants. *Br J Nutr*. 2007; 98(5):1084-1091.

Carlsson A, Agardh D, Borulf S, Grodzinsky E, Axelsson I, Ivarsson SA. Prevalence of celiac disease: before and after a national change in feeding recommendations. *Scand J Gastroenterol* 2006; 41:553–558.

Dagnelie PC, van Staveren WA. Macrobiotic nutrition and child health: results of a population-based, mixed-longitudinal cohort study in The Netherlands. *Am J Clin Nutr*. 1994; 59(5 Suppl):1187S-1196S.

Damsgaard CT, Schack-Nielsen L, Michaelsen KF, Fruekilde MB, Hels O, Lauritzen L. Fish oil affects blood pressure and the plasma lipid profile in healthy Danish infants. *J Nutr*. 2006; 136(1):94-99.

Esberger M, in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Säuglingsernährung heute 2006. Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich. Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr (Hrsg, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Sektion IV), 2007 [<http://www.bmgfj.gv.at>].

ESPGHAN COMMITTEE ON NUTRITION (Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J). Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008; 46(1):99-110.

Fankhänel S. ERNEST. Langfristige Auswirkungen der frühen Ernährung. *Ernährung*. 2007; 3:132-135.

Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Early solid food feeding and recurrent childhood eczema: a 10-year longitudinal study. *Paediatrics* 1990; 86:541–6.

Filipiak B, Zutavern A, Koletzko S, von Berg A, Brockow I, Grübl A, Berdel D, Reinhardt D, Bauer CP, Wichmann HE, Heinrich J; GINI-Group. Solid food introduction in relation to eczema: results from the 4 year prospective birth cohort study GINI. *J Pediatr* 2007; 151:331–333.

Fiocchi A, Assa'ad A, Bahna S. Adverse Reactions to Foods Committee; American College of Allergy, Asthma and Immunology. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document. Adverse Reactions to Foods Committee, American College of Allergy, Asthma and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006; 97:10–20.

Forsyth JS, Willatts P, Agostoni C, Bissenden J, Casaer P, Boehm G. Long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infant formula and blood pressure in later childhood: follow up of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2003; 326(7396):953.

Geleijnse JM, Hofman A, Witteman JC, et al. Long-term effects of neonatal sodium restriction on blood pressure. *Hypertension* 1997; 29:913–7.

Gera T, Sachdev HP. Effect of iron supplementation on incidence of infectious illness in children: systematic review. *BMJ*. 2002; 325(7373):1142.

Günther AL, Buyken AE, Kroke A. Protein intake during the period of complementary feeding and early childhood and the association with body mass index and percentage body fat at 7 y of age. *Am J Clin Nutr*. 2007; 85:1626-1633

Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña I, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramirez-Mayans J, Solomon-Santibáñez GA.: Immune response to nucleotide-supplemented infant formulae: systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*. 2007; 98 Suppl 1:S64-67.

Hadders-Algra M, Bouwstra H, van Goor SA, Dijck-Brouwer DA, Muskiet FA. Prenatal and early postnatal fatty acid status and neurodevelopmental outcome. *J Perinat Med*. 2007; 35 Suppl 1:S28-34.

Hoppe C, Mølgaard C, Thomsen BL, Juul A, Michaelsen KF. Protein intake at 9 mo of age is associated with body size but not with body fat in 10-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr*. 2004; 79(3):494-501.

Ivarsson A, Hernell O, Stenlund H, Persson LA. Breast-feeding protects against celiac disease. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:914–921.

Kersting M, Sichert-Hellert W. Welchen Beitrag leisten angereicherte Lebensmittel zur Vitaminszufuhr bei Kindern und Jugendlichen? - Ergebnisse der DONALD Studie. *Ernährung & Medizin* 2003; 18: 77-82.

Koletzko B, Lien E, Agostoni C, Böhles H, Campoy C, Cetin I, Decsi T, Dudenhausen JW, Dupont C, Forsyth S, Hoesli I, Holzgreve W, Lapillonne A, Putet G, Secher NJ, Symonds M, Szajewska H, Willatts P, Uauy R. The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J Perinat Med*. 2008; 36(1):5-14.

Koletzko B, Oberle D, Toschke AM. Programmiert die frühkindliche Ernährung die langfristige Gesundheit und das spätere Adipositasrisiko? *Infusionstherapie und Diätetik in der Pädiatrie*. Verlag Springer Berlin Heidelberg. 2005; 470-489.

Koletzko B, von Kries R. Gibt es eine frühkindliche Prägung des späteren Adipositasrisikos? *Monatschr Kinderheilkd*. 2001; 149:11-18.

Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M, Staiano A, Dupont C.: Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Vandenplas Y, Arch Dis Child*. 2007; 92(10):902-8.

Kull I, Bergström A, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Fish consumption during the first year of life and development of allergic diseases during childhood. *Allergy* 2006; 61:1009–1015.

Liem DG, Mennella JA. Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. *Dev Psychobiol.* 2002; 41(4):388-95.

Martin RM, McCarthy A, Smith GD, Davies DP, Ben-Shlomo Y. Infant nutrition and blood pressure in early adulthood: the Barry Caerphilly Growth study. *Am J Clin Nutr.* 2003; 77(6):1489-1497.

McCann D, Barrett A, Cooper A, Crumpler D, Dalen L, Grimshaw K, Kitchin E, Lok K, Porteous L, Prince E, Sonuga-Barke E, Warner JO, Stevenson J. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2007; 370(9598):1560-1567.

Mennella JA, Beauchamp GK. Flavor experiences during formula feeding are related to preferences during childhood. *Early Hum Dev.* 2002; 68(2):71-82.

Mennella JA, Kennedy JM, Beauchamp GK. Vegetable acceptance by infants: effects of formula flavors. *Early Hum Dev.* 2006; 82(7):463-8.

Metges CC. Does dietary protein in early life affect the development of adiposity in mammals? *J Nutr.* 2001; 131(7):2062-6.

Monteiro PO, Victora CG. Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life: a systematic review. *Obes Rev* 2005; 6:143–654.

Morgan JB, Lucas A, Fewtrell MS: Does weaning influence growth and health up to 18 months? *Arch Dis Child.* 2004; 89(8):728-33.

Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ, Taki I, Miao D, Haas JE, Emery LM, Sokol RJ, Erlich HA, Eisenbarth GS, Rewers M. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *JAMA* 2005; 293: 2343–2351.

Norris JM, Yin X, Lamb MM, Barriga K, Seifert J, Hoffman M, Orton HD, Barón AE, Clare-Salzler M, Chase HP, Szabo NJ, Erlich H, Eisenbarth GS, Rewers M. Omega-3 polyunsaturated fatty acid intake and islet autoimmunity in children at increased risk for type 1 diabetes. *JAMA.* 2007; 298(12):1420-1428.

Oberle D, Toschke AM, von Kries R, Koletzko. Metabolische Prägung durch frühkindliche Ernährung: Schützt Stillen gegen Adipositas? *Monatsschr Kinderheilkd.* 2003; (Suppl 1)151:S58-S64.

Ong K, Loos R. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. *ActaPaediatr* 2006; 95:904–908.

Osborn DA, Sinn J. Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006a; (4):CD003664.

Osborn DA, Sinn J.: Soy formula for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006b; (4):CD003741

Osborn DA, Sinn JK. Probiotics in infants for prevention of allergic disease and food hypersensitivity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007a; (4):CD006475.

Osborn DA, Sinn JK: Prebiotics in infants for prevention of allergic disease and food hypersensitivity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007b; (4):CD006474.

Pomeranz A, Dolfin T, Korzets Z, et al. Increased sodium concentrations in drinking water increase blood pressure in neonates. *J Hypertens* 2002; 20:203–7.

Poole JA, Barriga K, Leung DY, Hoffman M, Eisenbarth GS, Rewers M, Norris JM. Timing of initial exposure to cereal grains and the risk of wheat allergy. *Pediatrics* 2006; 117: 2175–2182.

Premji S, Fenton T, Sauve R. Does amount of protein in formula matter for low-birthweight infants? A Cochrane systematic review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2006; 30(6):507-514.

Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Akrouf M, Bellisle F. Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1995; 19(8):573-8.

Sachdev H, Gera T, Nestel P. Effect of iron supplementation on mental and motor development in children: systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Nutr.* 2005; 8(2):117-132.

Sachdev H, Gera T, Nestel P. Effect of iron supplementation on physical growth in children: systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Nutr.* 2006; 9(7):904-920.

Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics.* 2007 Spring; 35(1):22-34.

Simmer K, Patole SK, Rao SC. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in infants born at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008b; (1):CD000376.

Simmer K, Schulzke SM, Patole S. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008a; (1):CD000375.

Stein LJ, Cowart BJ, Epstein AN, Pilot LJ, Laskin CR, Beauchamp GK. Increased liking for salty foods in adolescents exposed during infancy to a chloride-deficient feeding formula. *Appetite.* 1996; 27(1):65-77.

Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Informationen für Mütter, Väter und alle, die mit jungen Säuglingen und deren Eltern arbeiten. *Speculum* 2007; 3 (25. Jg.):24-28.

Sullivan S, Birch L. Pass the sugar, pass the salt: experience dictates preference. *Dev Psychol.* 1990; 26:546-51.

Turck D: Soy protein for infant feeding: what do we know? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007; 10(3):360-5.

WHO. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed-Child. Geneva, World Health Organization, 2003.

WHO. Guiding Principles for Feeding Non-breastfed Children 6 - 24 Months of Age. Geneva, World Health Organization, 2005.

Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ.* 1998; 316(7124):21-25.

Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, von Berg A, Diez U, Borte M, Kraemer U, Herbarth O, Behrendt H, Wichmann HE, Heinrich J; LISA Study Group. Timing of solid food introduction in relation to atopic dermatitis and atopic sensitization: results from a prospective birth cohort study. *Pediatrics* 2006; 117:401–411.

Zutavern A, von Mutius E, Harris J, Mills P, Moffatt S, White C, Cullinan P. The introduction of solids in relation to as

IST ANALYSE

Stand: 23.06. 2008

PROJEKT



„Richtig essen von Anfang an“

SETTINGANALYSE	109
STAKEHOLDERANALYSE	109
Vorgehensweise in der Stakeholderanalyse	109
SERVICE POINT ANALYSE	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 23	Stakeholderanalyse des indirekten Projektumfelds _____	113
------------	--	-----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2	Organigramm _____	110
Abbildung 3	Mind Map Schwangerschaft des Projektstartworkshops _____	111
Abbildung 4	Grafische Darstellung der Service-Point-Analyse _____	119

SETTINGANALYSE

Der Begriff „Setting“ geht im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Prävention über das räumliche Verständnis, wie etwa „Setting Krabbelstube“ hinaus. So sind soziale Einheiten wie zum Beispiel die Familie genauso unter dem Begriff Setting zu verstehen.

Der Setting-Ansatz berücksichtigt somit alle Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Ein Setting wird als Feld verstanden, das alle relevanten Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst. Daher stehen Gemeinden und Organisationen aller Art im Zentrum des Setting-Ansatzes (Grossmann und Scala, 2006).

Da im vorliegenden Projekt die Zielgruppen in den traditionellen Settings „Kindergarten“, „Schule“, „Betrieb“ und „Gemeinde“ nicht oder nur zum Teil erreicht werden können, wurde zusätzlich eine Service Point Analyse durchgeführt. Des Weiteren wurde im Rahmen der Stakeholderanalyse auf die Identifikation von Institutionen geachtet, die von den Projektzielgruppen genutzt werden. Familie, Krabbelstuben sowie Mutter-Kind-Zentren werden hingegen als traditionelle Settings definiert. Nachbarn, Peers sowie das unmittelbare Umfeld der Zielgruppe wurden mitberücksichtigt.

STAKEHOLDERANALYSE

Generell werden Personen oder Personengruppen als Stakeholder bezeichnet, die in irgendeiner Weise vom jeweiligen Projekt betroffen sind.

Die Stakeholderanalyse ist ein wichtiges Planungselement, um sich über das direkte und indirekte Umfeld des Projekts und seiner Zielgruppen bewusst zu werden. Durch die Steuerung des Projektumfelds, welche das Wissen darüber, wie das Umfeld denkt, voraussetzt, kann der Projektverlauf beeinflusst werden. Bei geschickter Vorgehensweise können so Stakeholder als Unterstützer des Projekts eingebracht werden. Es handelt sich um eine partizipative Steuerungsmethode, die die Akzeptanz aller Beteiligten für das Projekt maßgeblich steigern kann.

Vorgehensweise in der Stakeholderanalyse

Prinzipiell kann zwischen direktem und indirektem Projektumfeld unterschieden werden. Im direkten Umfeld sind die Personen, die unmittelbar mit der Projektorganisation in Verbindung stehen, klassifiziert. Diese Struktur ist aufgrund der eingeschränkten Projektgröße einfach und deckt sich mit dem Organigramm, welches in Abbildung 2 dargestellt wird.



Abbildung 2 Organigramm

Personen bzw. Personengruppen sowie Institutionen die nur mittelbar vom Projekt betroffen sind, werden im indirekten Projektumfeld zusammengefasst. Dazu zählen unter anderem Bürger, Behörden, Politiker oder Interessensverbände (Peipe, 2007).

Zunächst wurden mit Hilfe von Expertengesprächen (unter anderem im Rahmen des Projektstartworkshops), durch fundierte Internetrecherche sowie anhand der Basisliteraturrecherche einzubeziehende Stakeholder identifiziert.

Im Rahmen des Projektstartworkshops wurde als Aufgabe die Erstellung von Mind Maps formuliert. Ziel war es, gemeinsam relevante Organisationen, Interessensgruppen bzw. Schlüsselpersonen zu identifizieren. Abbildung 3 zeigt als Beispiel für die Zielgruppe der Schwangeren, eine der entstandenen Mind Maps. In weiteren Gesprächen mit dem Projektlenausschuss soll beschlossen werden, mit welchen der identifizierten Stakeholdern im weiteren Projektverlauf noch jedenfalls Kontakt aufgenommen werden soll.

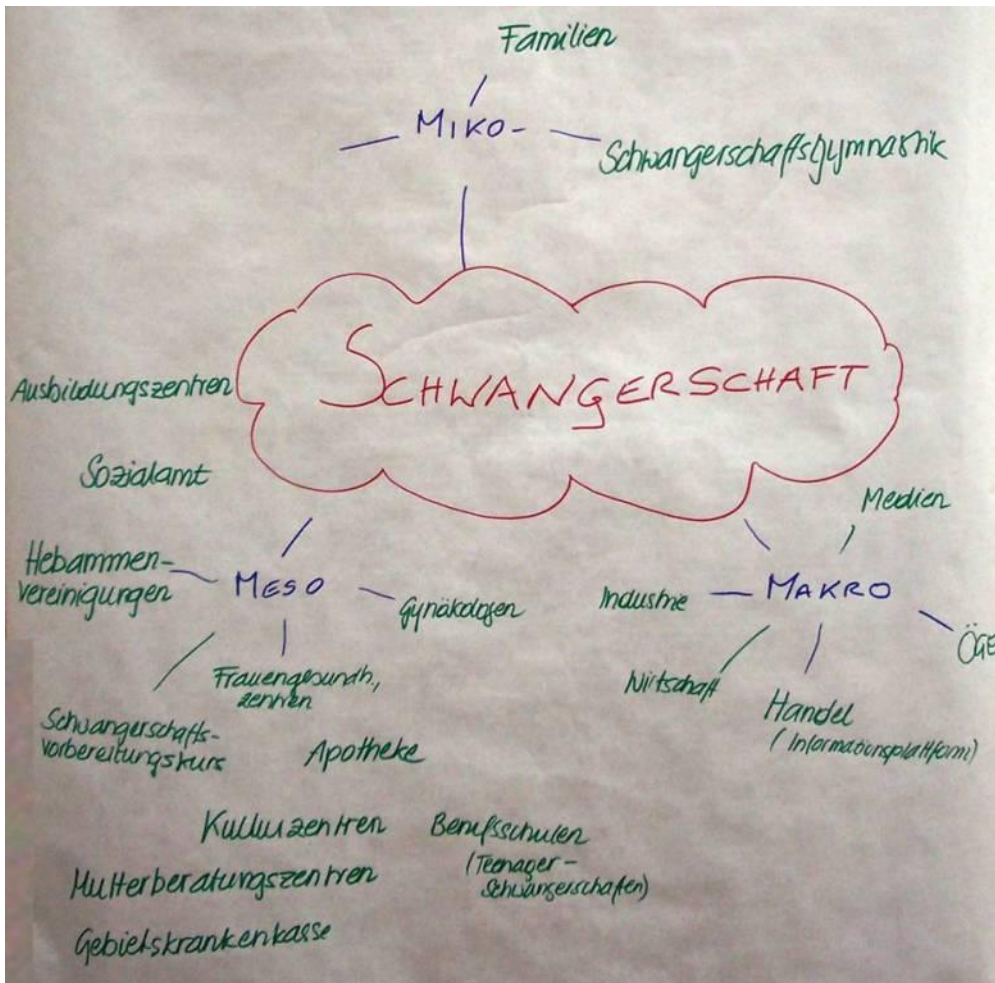


Abbildung 3 Mind Map Schwangerschaft des Projektstartworkshops

Im Rahmen weiterer Recherchen im Projektverlauf wurden Informationen zu den einzelnen Stakeholdern gesammelt und eine Identifikation der Ziele bzw. Interessen einzelner Stakeholder angestrebt. Die vom Projektleitungsausschuss als relevant gewählten Maßnahmen beziehungsweise Handlungsfelder wurden weiter vertieft. In der Nachprojektphase wird nach Auswahl der Sofortmaßnahmen intensiv an einem Netzwerkaufbau gearbeitet.

In der nachstehend angeführten Tabelle werden einzelne Stakeholder gelistet und nach Grad der Betroffenheit (hoch, mittel, niedrig) bewertet sowie nach Ebene (Makro-, Meso-, Mikroebene) und nach Zielgruppe strategisch eingeordnet. Soweit als möglich wurden Kontaktpersonen identifiziert.

Die Stakeholderanalyse ist nicht statisch und wird während des gesamten Projekts immer wieder geprüft und korrigiert.

In Tabelle 24 sind mögliche Stakeholder gelistet die für eine Involvierung in Frage kommen. Es wird nach Ebenen (Alle Ebenen, Makro-, Meso-, Mikroebene) geordnet. Innerhalb jeder Ebene wird alphabetisch gereiht.

Tabelle 24 Stakeholderanalyse des indirekten Projektumfelds

Stakeholder		Kontaktperson/Website	Betroffenheit/ Beteiligung*	Argumente/Status	Ebene und Zielgruppe***
Medien	TV		mittel		Alle 3 Ebenen
	Internet				
	Printmedien				
ÖGE		Univ. Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa Mag. Alexandra Hofer (www.oege.at)	hoch	Herausgeber von Empfehlungen.	Alle 3 Ebenen
Universitäten	Universität Wien	Univ. Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa (Department für Ernährungswissenschaften; www.univie.ac.at/nutrition)	hoch		Alle 3 Ebenen
	Medizinische Universität Wien	Prim. Univ. Prof. Dr. Kurt Widhalm (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde; Österr. Akademisches Institut für Ernährungsmedizin; www.oeaie.org)			
		Univ. Prof. Dr. Michael Kunze (Institut für Sozialmedizin; www.univie.ac.at/sozmed/)			
		Univ. Prof. Dr. Peter-Wolf Husslein (Univ. Klinik für Frauenheilkunde; www.meduniwien.ac.at/frauenheilkunde)			
		Univ. Prof. Dr. Arnold Pollak (Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde; www.kinderklinik.meduniwien.ac.at)			
	Medizinische Universität Graz	Univ. Prof. Dr. Wolfgang Freidl (Inst. f. Sozialmedizin u. Epidemiologie; www.meduni-graz.at/sozialmedizin)			
Univ. Prof. Dr. Thomas Müller (Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde; www.meduni-graz.at/kinderklinik)					

Stakeholder		Kontaktperson/Website	Betroffenheit/ Beteiligung*	Argumente/Status	Ebene und Zielgruppe***
		Ao. Univ.-Prof. Dr. Peter H. Schober (Univ.-Klinik für Kinderchirurgie; www.kinderchirurgie.at)			
	Universität für Bodenkultur	Ao. Univ. Prof. DI Dr. Emmerich Berghofer (Abt. f. Lebensmitteltechnologie)			
Handel (Billa, Merkur, etc.)			hoch		Makroebene
Industrie		Dr. Michael Blass (WKO Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie – Lebensmittelindustrie)	hoch	Erste Besprechungen mit dem Verband der Nahrungsmittelindustrie (Gruppe Kinderlebensmittel) wurden bereits durchgeführt.	Makroebene
Mutter-Kind-Pass-Kommission		Univ. Prof. Dr. Dagmar Bancher-Todesca	hoch		Makroebene
Oberster Sanitätsrat		Dr. Wallner	hoch		Makroebene
	BM für Gesundheit, Familie und Jugend	Hon. Prof. Dr. Robert Schlögel		Schaffung von Stillverhältnissen am Arbeitsplatz. Mutterschutzzeiten (geregelt im Mutterschutzgesetz und Frauenförderungsplan des BMWA).	
	BM für Wirtschaft und Arbeit	Mag. Christine Holzer (Vorsitzende der Arbeitsgruppe für Gleichbehandlungsfragen im BMWA; christne.holzer@bmwa.gv.at)			
	BM für Soziales und Konsumentenschutz	www.bmsk.gv.at)			
	Lebensministerium	Dr Erhard. Höbaus www.lebensministerium.at)			
Wirtschaft	WKO (Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit)	Mag. Barbara Leitner	hoch		Makroebene
	WKO Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie – Lebensmittelindustrie	Dr. Michael Blass			
	WKO Berufsgruppe	Mag. Ursula Umfahrer			

Stakeholder		Kontaktperson/Website	Betroffenheit/ Beteiligung*	Argumente/Status	Ebene und Zielgruppe***
	AK	Walter Rotschädl (Präsident der AK Stmk; Vizepräsident der Bundes-AK)			
Ärzttekammer		MR Prim. Dr. Walter Dorner (Präsident der österreichischen Ärzttekammer)	hoch	Die Berufsgruppe Ärzte sind als Multiplikatoren wichtige Kooperationspartner.	Makro- und Mesoebene
Berufsverband Kinderkrankenpflege		Ulrike Korosec (Ansprechpartnerin für Wien: Donauspital)	mittel		Makro- und Mesoebene; Kinder
DGE: Österreichischer Dachverband für die Vorbereitung auf Geburt und Elternschaft		Marlies Haderspeck (marlies.haderspeck@graz-seckau.at ; www.dge.webplace.at)	hoch		Makro- und Mesoebene; Schwangere und Stillende
Krankenhäuser	Geburtskliniken		hoch		Makro- und Mesoebene
	Kinderkliniken	Univ. Prof. Dr. Arnold Pollak (www.kinderklinik.meduniwien.ac.at)			
	Stillambulanzen	Gabriele Hörander (Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs; www.stillen.at)			
Krankenversicherungen	9 GKKs	Mag. Stefan Spitzbart	hoch		Makro- und Mesoebene
	SVA				
	BVA				
	SVB				
	VAEB				
Österreichisches Hebammengremium		Renate Großbichler (Präsidentin; großbichler@hebammen.at)	hoch		Makro- und Mesoebene; Schwangere, Stillende
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde		Prim. Univ. Prof. Dr. Wilhelm Kaulfersch Univ. Prof. Dr. Karl Zwiauer	mittel		Makro- und Mesoebene; Kinder
Verband der Diätologen Österreichs		Ulrike Thaler Andrea Hofbauer (Verbandsbüro: Tel: +43-1-602 79 60)	hoch		Makro- und Mesoebene
Verein freier Hebammen		(www.hebammenzentrum.at)	hoch		Makro- und Mesoebene;

Stakeholder		Kontaktperson/Website	Betroffenheit/ Beteiligung*	Argumente/Status	Ebene und Zielgruppe***
VEÖ (www.veoe.org)		Mag. Dr. Theres Rathmanner	hoch		Schwangere Stillende Makro- und Mesoebene
Ämter (Jugendämter, Sozialämter)		Amt für Jugend und Familie (MAG 11: http://www.wien.gv.at/menschen/magelf)	niedrig	Es gibt bei jeder Bezirkshauptmannschaft bzw. größeren Stadt ein eigenes Jugendamt (->Stmk).	Mesoebene
Ausbildungs- und Fortbildungsstätten	Diätakademien		hoch		Mesoebene
	Ernährungsakademie (Akademie für Ernährung und Lebensmittelqualität)	Dr. Martin Hofer (MA 38; Wiener Lebensmittel- & Ernährungsservice; lb@m38.magwien.gv.at http://www.wien.gv.at/lebensmittel); ÖGE (info@oege.at);			
	Hebammenakademie	Univ. Doz. Prim. Dr. Gernot Tews (wissenschaftlicher Leiter Hebammenakademie Linz; gernot.tews@gespag.at); FH Campus Wien (Sammelweisklinik u. Rudolfsstiftung): Studiengangsleiterin: christine.kohlhofer@wienkav.at);			
Behörden	MA 38	Dr. Maria Safer (Dienststellenleiterin); Dr. Martin Hofer Wiener Lebensmittel- & Ernährungsservice; Tel: 01/4000/8038; lb@m38.magwien.gv.at http://www.wien.gv.at/lebensmittel ; www.wien.gv.at/lebensmittel/index/htm	hoch		Mesoebene
Fonds Gesundes Österreich		Mag. Christoph Hörhan	mittel	Ernährungsprojekte sowie allgemeine Ernährungs-themen	Mesoebene
Soziale Einrichtungen	Caritas	www.rettet-das-kind.at	mittel		Mesoebene; sozial Schwächere, Migranten
	Hilfswerk (Fachschwerpunkt Kindergesundheit)	www.hilfswerk.at Mag. Harald Blümel (Bundesgeschäftsstelle; Tel: 01/40442-12)			

Stakeholder	Kontaktperson/Website	Betroffenheit/ Beteiligung*	Argumente/Status	Ebene und Zielgruppe***
	Rotes Kreuz www.rotekreuz.at			
	Diakonie www.diakonie.at			
Frauen- und Familienorganisationen	Aktion Leben Österreich: Univ. Prof. Dr. Paul Aiginger (Präsident) Mag. Martina Kronthaler (Leiterin) FEM: www.fem.at : Mag. Daniela Kern FEM süd: http://www.fem.at/FEM_Sued/fem_sued.htm : Mag. Hilde Wolf www.unifem.at	mittel		Meso- und Mikroebene
IKE: Informationskreis Kind und Ernährung	Mag. Ingeborg Hanreich www.informationskreis.org	mittel	Der Verein ist ein gemeinnütziger unabhängiger Verein, der Mütter und Väter wissenschaftlich fundierte Informationen und Hilfestellung rund um die Ernährung ihrer Kinder bietet.	Meso- und Mikroebene, Mütter und Väter
forum.ernaehrung heute	Mag. Marlies Gruber Mag. Petra Borota-Buranich www.forum-ernaehrung.at	mittel	Informationsstelle	Meso- und Mikroebene
Stillberatung La Leche Liga (ganz Österreich)	http://www.lalecheliga.at/	mittel		Meso- und Mikroebene; Stillende
Messeanbieter	Organisatoren der Baby- Expo in Wien	mittel		Mikroebene, Kinder

* hoch, mittel oder niedrig

*** Ist die Zielgruppe nicht explizit genannt so sind sowohl Schwangere, Stillende als auch Kinder betroffen.

Literatur:

Grossmann R, Scala K. Gesundheit durch Projekte fördern: Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa Verlag Weinheim und München, 2006.

Peipe S. Crashkurs Projektmanagement. Haufe Verlag, Freiburg im Breisgau, 2007.

SERVICE POINT ANALYSE

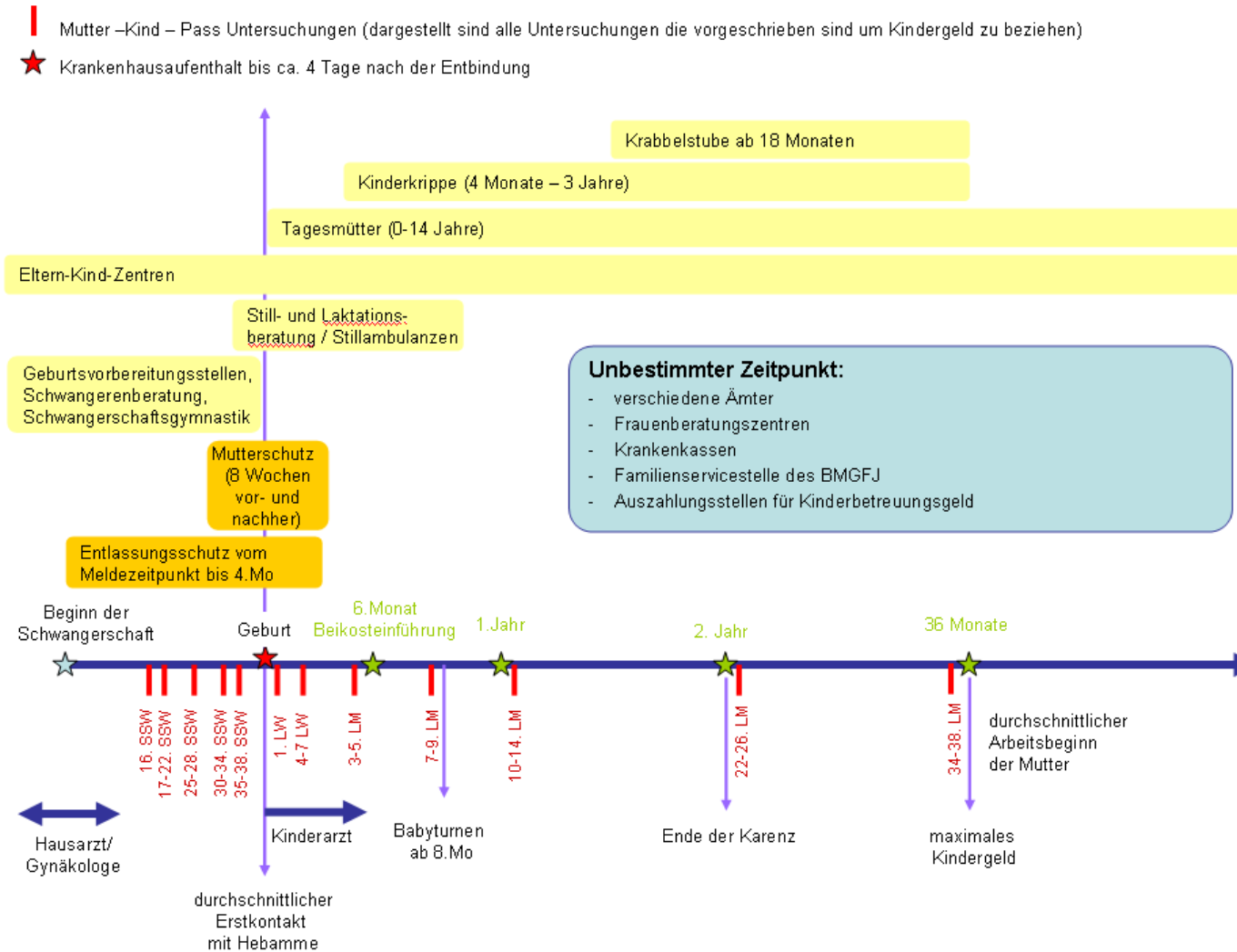
Unter Service Points fallen all jene Stellen, welche von den Projektzielgruppen aufgesucht werden und somit Schnittstellen für Ernährungsmaßnahmen bilden.

Folgende Stellen wurden als für das Projekt relevant identifiziert:

- Krankenkassen (Gebietskrankenkassen und andere Sozialversicherungsträger)
- Krankenhäuser (stillfreundliche Krankenhäuser, Stillambulanzen sowie Kinderkrankenhäuser)
- Hebammen
- Geburtshilfliche Einrichtungen (Geburtskliniken, Geburtsvorbereitungsstellen)
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
- Schwangerschaftsberatung
- Schwangerschaftsgymnastik
- Soziale Einrichtungen der Caritas bzw. des Hilfswerks
- Frauengesundheitszentren
- Stillberatung
- Mutter/Kind Zentren
- Ärzte (Hausarzt, Gynäkologe, Kinderarzt, Psychotherapeuten)
- Sozialreferate
- Familienreferate
- Jugend- und Sozialämter
- Krabbelstuben
- Tagesmütter
- Anbieter von Babyturnen

Die vorliegende Aufstellung ist lediglich als Übersicht gedacht. Eine genaue Auflistung und Beschreibung einzelner relevanter Service Points wird im Rahmen der Detailentwürfe einzelner Maßnahmen beschrieben.

Abbildung 4 Grafische Darstellung der Service-Point-Analyse



IST ANALYSE FRAGENKATALOG

Stand: 23.07.2008

PROJEKT



„Richtig essen von Anfang an“

IST ANALYSE FRAGENKATALOG	122
1 Fragen national und international	122
2 Fragen für Gesamtösterreich sowie für die Steiermark	129
3 Fragen für die Steiermark	136

Tabellenverzeichnis

Tabelle 24	Bevölkerung nach Altersgruppen (in %) _____	130
Tabelle 25	Bildungsstand der Bevölkerung (in %) _____	131
Tabelle 26	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte in Österreich 2006 nach Haushaltstyp _____	131
Tabelle 27	Verbrauch, Verfügbarkeit und Aufnahme von Obst und Gemüse in Österreich (Elmadfa und Weichselbaum, 2005) _____	134
Tabelle 28	Stilldauer in Österreich _____	135

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 5	Beschäftigungsausmaß nach dem Alter des jüngsten Kind _____	123
Abbildung 6	Akzeptanz der Möglichkeit der Karenzierung von Vätern nach Alter _____	124
Abbildung 7	Anzahl der Tagesmütter und der betreuten Kinder unter 3 Jahre (nach Baumgartner, 2007/2008) _____	125
Abbildung 8	Betreuungsquote _____	126
Abbildung 9	Ganztagesbetreuung _____	126
Abbildung 10	Entwicklung des jährlichen Pro-Kopf-Verbrauches von Obst, Gemüse und Kartoffeln (Lebensministerium, 2007) _____	134

Struktureller Aufbau des Dokuments

Der Fragenkatalog wird in drei Kategorien geteilt. Fragen die sich allgemein für Österreich oder über die Grenze hinaus beantworten lassen, Fragen die sowohl für Österreich als auch für die Steiermark beantwortet werden können und Fragen deren Beantwortung derzeit nur für die Steiermark relevant ist. Unterstützt wird diese Struktur durch eine Farbkodierung. Allgemeine Fragen national/international sind orange kodiert, Fragen die sich auf Gesamtösterreich beziehen sind hellblau und Fragen die sich auf die Steiermark beziehen sind hellgrün kodiert. **Fragen für die Region Steiermark werden derzeit von den Projektpartnern in der Steiermark abgearbeitet und nach Fertigstellung ergänzt.**

IST ANALYSE FRAGENKATALOG

1 Fragen national und international

Wie ist die rechtliche Situation (rechtliche Rahmenbedingungen) für Schwangere und Stillende (Mutterschutz, Kindergeld, Stillpausen am Arbeitsplatz, Stillen in der Öffentlichkeit etc.)?

Die Mutterschutzbestimmungen beachten unter anderem folgende Punkte:

- 8 Wochen vor und 8 Wochen nach dem Entbindungstermin gilt für werdende Mütter ein absolutes **Beschäftigungsverbot**. Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittgeburten verlängert sich der Zeitraum nach dem Entbindungstermin auf 12 Wochen.
- Beschäftigungsverbote für **Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit** für werdende und stillende Mütter.
- **Überstundenregelung**
- **Ruhemöglichkeiten** für werdende und stillende Mütter müssen während der Arbeitszeit vom Arbeitgeber/in ermöglicht werden.
- **Regelung für Stillzeiten**
(Auszug aus dem Mutterschutzgesetz 1979 - MSchG, BGBl. Nr. 221; §9:
(1) Stillenden Müttern ist auf Verlangen die zum Stillen ihrer Kinder erforderliche Zeit freizugeben. Diese Freizeit hat an Tagen, an denen die Dienstnehmerin mehr als viereinhalb Stunden arbeitet, fünfundvierzig Minuten zu betragen; bei einer Arbeitszeit von acht oder mehr Stunden ist auf Verlangen zweimal eine Stillzeit von je fünfundvierzig Minuten oder, wenn in der Nähe der Arbeitsstätte keine Stillgelegenheit vorhanden ist, einmal eine Stillzeit von neunzig Minuten zu gewähren.
(2) Durch die Gewährung der Stillzeit darf kein Verdienstausfall eintreten. Die Stillzeit darf von stillenden Müttern nicht vor- oder nachgearbeitet und nicht auf die in anderen gesetzlichen Vorschriften oder kollektivvertraglichen Bestimmungen vorgesehenen Ruhepausen angerechnet werden.
(3) Die gemäß § 36 zuständige Verwaltungsbehörde kann dem/der Dienstgeber/in im Rahmen der Abs. 1 und 2 eine bestimmte Verteilung der Stillzeiten auftragen, wenn es die besonderen Verhältnisse des Einzelfalls erfordern.
(4) Weiters kann die gemäß § 36 zuständige Verwaltungsbehörde die Einrichtung von Stillräumen vorschreiben, wenn es die Verhältnisse des Einzelfalls erfordern.)

- **Kündigungs- und Entlassungsschutz** (Ab Meldung der Schwangerschaft bis 4 Monate nach der Entbindung, bei Inanspruchnahme eines Karenzurlaubes bis 4 Wochen danach, darf die Dienstnehmerin nicht gekündigt werden)
- Anspruch auf Karenz

Literatur:

<http://www.bmwa.gv.at/BMWA/Downloads/Publikationen/Arbeitsrecht/default.htm>

<http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/7385D4B0-8032-4FB5-AC54-D34EBFEF7A6C/16244/Mutterschutzgesetz19791.pdf>

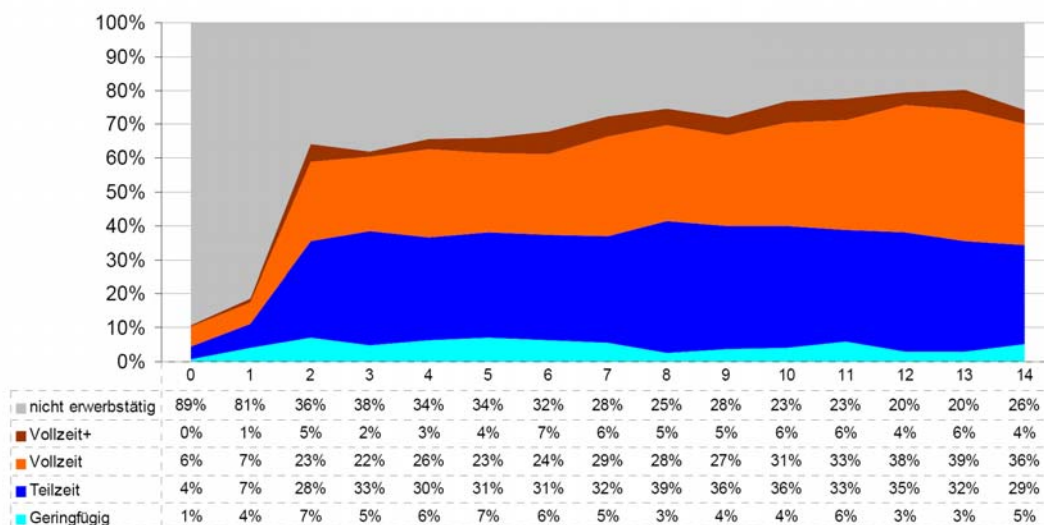
Der **Frauenförderungsplan** steht im Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Er beinhaltet u. a. Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Förderung zum Wiedereinstieg nach Karenz. Weitere Informationen zum Frauenförderungsplan sind unter folgendem Link ersichtlich:

http://archiv.bmbwk.gv.at/medienpool/12295/ffplan_2005.pdf

Wie lange bleibt der/die Österreicher/in durchschnittlich zur Kinderbetreuung zu Hause?

Nach Berechnungen des Österreichischen Instituts für Familienforschung (ÖIF) auf der Datengrundlage des Mikrozensus 2002-03 ist eine deutliche Erhöhung der Beschäftigungsquote von Müttern ab dem 3. Lebensjahr des jüngsten Kindes ersichtlich. Die Ergebnisse repräsentieren einen im Jahr 2002 erhobenen Querschnitt der Beschäftigungsausmaße von Müttern unterschiedlicher Altersstufen. Bei der Interpretation der Daten ist dabei auf die Übergangskohortenregelung des Karenzanspruches hinzuweisen. Nach Angaben des ÖIF zeigen „spätere Geburtskohorten im Aggregat ein „Einschleifen“ der Beschäftigtenquote über das dritte Lebensjahr des jüngsten Kindes“ (Neuwirth und Wernhart, 2007).

Abbildung 5 Beschäftigungsausmaß nach dem Alter des jüngsten Kind



Daten der Kinderbetreuungsgeld-Statistik aus dem Jahr 2007 des Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zeigen insgesamt 169.995 Fälle, davon waren 163.744 Fälle weiblich und 6.251 Fälle männlich (BMGFJ, 2007).

Literatur:

Neuwirth N, Wernhart G (Österreichisches Institut für Familienforschung, ÖIF). Die Entscheidung von Müttern zur Erwerbsteilnahme. Institutionelle Rahmenbedingungen, Werthaltungen und Aufteilung der Haushaltsarbeit. Working Paper Nr. 65/2007

http://www.oif.ac.at/projekte/projekte_item.asp?Rubrik=4&Projekte_Item=233&ID_Art=4.

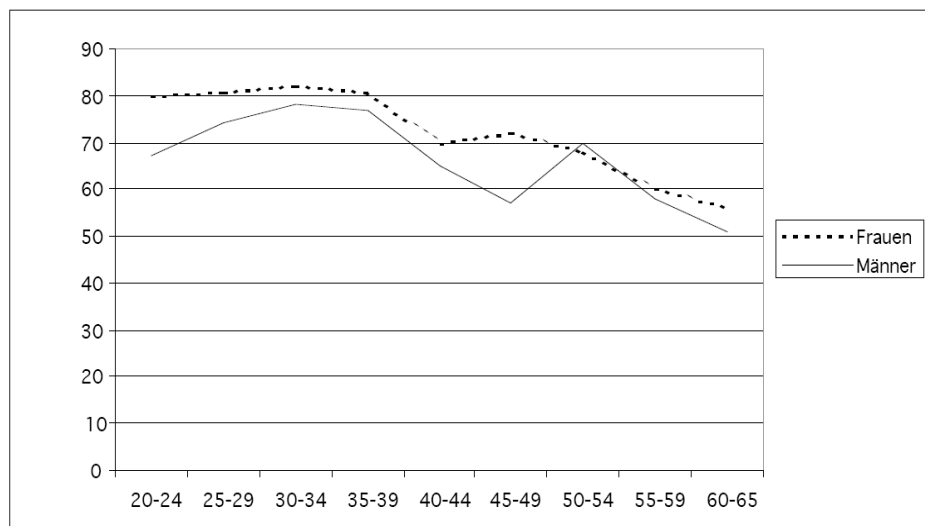
BMGFJ. Kinderbetreuungsgeld-Statistik 2007

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/5/4/CH0610/CMS1172233537841/kbg-statistik_jaenner_2007.pdf.

Wie sieht in Österreich die Einstellung zur Väterkarenz aus?

Aus dem *Population Policy Acceptance Survey 2001* (PPA II) geht hervor, dass insgesamt 70 % der Befragten die Karenz für Väter befürworten und 17 % eine ablehnende Haltung einnehmen. Aus der nachfolgenden Grafik geht hervor, dass vor allem jüngere Frauen (20 bis 39 Jahre) und Männer zwischen 30 und 35 der Väterkarenz positiv gegenüberstehen. Männer in der Lebensmitte (45 bis 49 Jahre) und über 60-jährige Männer stehen dem besonders skeptisch gegenüber (Gisser, 2003).

Abbildung 6 Akzeptanz der Möglichkeit der Karenzierung von Vätern nach Alter



Anmerkung: Angaben in Prozent. Quelle: PPA II, Frage D15.

Laut Recherche des Landes Steiermark zur Väterkarenz (2003) und laut Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz nehmen nicht einmal 2 % der Väter in Österreich Karenz in

Anspruch.

Literatur:

Gisser R (Institut für Demographie Österreichische Akademie der Wissenschaften). Population Policy Acceptance Survey 2001 (PPA II). Familie, Geschlechterverhältnis, Alter und Migration: Wissen, Einstellungen und Wünsche der Österreicherinnen und Österreicher. Tabellenband und Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse. Forschungsbericht Nr. 25
<http://www.oeaw.ac.at/vid/download/rr25.pdf>.

BMSK.

<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0818>

Das Land Steiermark. Väterkarenz – Ergebnisse einer Recherche zu diesem Thema auf Basis vorhandener Literatur und Daten. Wien und Graz. 2003.

Wie hoch ist die Betreuungsquote von Kindern bei Tagesmüttern?

In Österreich gibt es Schätzungen zufolge etwa 4.500 ausgebildete Tagesmütter, die österreichweit ca. 20.000 Kinder betreuen. Je nach Bundesland und Region sind 30 bis 45 Prozent der betreuten Kinder jünger als drei Jahre. Damit sind die unter 3-Jährigen die mit Abstand größte Gruppe, die von Tagesmüttern betreut werden. Nachfolgend sind die Anzahl der Tagesmütter sowie die Anzahl der betreuten Kinder unter 3 Jahren angegeben. Die Grafik schließt Daten jener Vereine und Organisationen, die beim Bundesverband der österreichischen Pflege-, Adoptiv- und Tagesmüttervereine Mitglied sind, sowie Daten des Österreichischen Hilfswerkes, nicht jedoch jene der Volkshilfe, ein (Baumgartner, 2007/2008).

Abbildung 7 Anzahl der Tagesmütter und der betreuten Kinder unter 3 Jahre (nach Baumgartner, 2007/2008)

	Anzahl der Tagesmütter	betreute Kinder unter drei Jahren
BURGENLAND	55	52
KÄRNTEN	106	222
Hilfswerk Ktn	23	
NIEDERÖSTERREICH	245	134
Hilfswerk Nö.	950	3072
ÖBERÖSTERREICH	411	553
SALZBURG	121	257
Hilfswerk Sbg.	123	
STEIERMARK	284	726
Hilfswerk Stmk.	139	
TIROL	183	234
VORARLBERG	127	94
WIEN	45	k.A.

Literatur: Baumgartner R. Beruf Tagesmutter. ehe + familien 2007/2008; Seite 3.

Wie sind die Anforderungen an die Ausbildung zur Tagesmutter (Voraussetzungen, Lehrmaterialien, Qualitätssicherung)?

Die Anforderungen sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich.

Wie ist die Situation in der Kinderbetreuung (z. B. Kinderbetreuung am Arbeitsplatz) für Kinder bis zu 3 Jahren in Österreich?

Die Auswertung der Kindertagesheimstatistik 2006/2007 der AK Wien zeigt, dass Wien, gefolgt von Burgenland, die höchste Betreuungsquote der unter 3-Jährigen aufweist (Abbildung 8). Bei der Erhebung wurden alle Betreuungsformen (auch Tageseltern) miteinbezogen.

Abbildung 8 Betreuungquote

Betreuungsquote der Unter-3-Jährigen 2003 und 2006 – Alle Formen

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
2003	11,3	11,8	7,5	5,6	9,2	6,0	4,3	8,6	23,7	10,5
2006	15,3	12,4	10,5	6,6	11,3	7,4	12,4	9,9	24,8	12,9
Veränderung	4,0	0,6	3,0	1,0	2,1	1,4	8,1	1,3	1,0	2,4

Quelle: Statistik Austria: Kindertagesheimstatistik, eig. Berechnungen

Die Quoten der Ganztagesbetreuungen für Kinder unter 3 Jahren liegen ebenfalls in Wien mit 19 % am höchsten (Abbildung 9).

In Wien sind auch die überwiegende Zahl der Plätze für Kleinkinder ganztägig geöffnet (zumindest 4 x in der Woche 9 ½ Stunden, 45 Stunden in der Woche); zudem wird den Kindern Verpflegung bereitgestellt. Österreichweit gesehen trifft das nur auf etwas mehr als die Hälfte der angebotenen Plätze zu. Neben Wien haben nur in Kärnten und Salzburg die Mehrheit der Kinder in Tagesheimen eine solch umfassende Betreuung. Burgenland und Tirol haben bei der Anzahl der Plätze einiges erreicht, es besteht aber Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Öffnungszeiten.

Abbildung 9 Ganztagesbetreuung

Betreuungsquote in VIF-Einrichtungen 2006 (nur KTH)

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
0-3 Jährige	1,0	6,4	2,2	1,4	4,8	1,2	4,1	2,2	19,0	6,0
3-6 Jährige	4,7	10,7	2,7	3,3	11,5	1,9	6,0	4,2	65,3	16,7

Quelle: Statistik Austria: Kindertagesheimstatistik, Sonderauswertung; VIF-Kriterien: mind. 45 Stunden/Woche geöffnet, mind. 4 Tage 9 ½ Stunden, Angebot von Mittagessen, max. 25 Schließtage/ Jahr; keine Berücksichtigung von Ersatzeinrichtungen

Kinderbetreuungssituation in Städten

Nach Angaben der Arbeiterkammer zeigt der Vergleich des institutionellen Kinderbetreuungs-Angebotes große Unterschiede zwischen Österreichs Städten. Bei den unter 3-Jährigen sind Innsbruck und Wien am besten strukturiert: 23 bzw. 22 % der Kinder werden hier in Einrichtungen betreut. Den Bedürfnissen berufstätiger Eltern (zum Beispiel durch ausreichend lange Öffnungszeiten) kommt Wien, gefolgt von Salzburg am besten nach. Am schlechtesten ist das Angebot in der Betreuung in St. Pölten und Wels: Nur 6 bzw. 8 % der unter 3-Jährigen werden in diesen Regionen in Einrichtungen betreut. In Wels erweist sich sogar kein einziger der Betreuungsplätze als erwerbsfreundlich.

Die AK hat weiters die Kinderbetreuungssituation in Städten mit über 50.000 Einwohnern ausgewertet. Mit dem neuen Vereinbarkeitsindikator für Familien und Beruf (VIF), auf den sich Bund und Länder geeinigt haben, wurde außerdem die Erwerbsfreundlichkeit der Betreuung anhand folgender Kriterien gemessen:

1. 45 Stunden Öffnung pro Woche
2. mindestens viermal pro Woche mindestens 9 ½ Stunden

3. Angebot von Mittagessen
4. maximal 25 Werkstage im Jahr geschlossen.

Laut einer Umfrage des Magistrats Wien (MAG 11) im Jahr 1999 war die Vereinbarkeit von Kind und Beruf von 60 % der Befragten problematisch. Für 40 % der Befragten stellte dies sogar eine „ernste Sorge“ bzw. gar ein „schreckliches Problem“ dar.

Literatur:

Arbeiterkammer. Wie gut sind Österreichs Städte bei der Kinderbetreuung?
<http://www.arbeiterkammer.at/www-192-IP-37781.html>, Artikel vom 02.11.2007.

MAG 11. <http://www.magwien.gv.at/vtx/vtx-rk-xlink?DATUM=19990112&SEITE=019990112003>.

Wofür ist der Oberste Sanitätsrat im Zusammenhang mit der Projektzielgruppe zuständig?

Der Oberste Sanitätsrat besteht aus rund 30 ehrenamtlichen Mitgliedern/innen aus den Bereichen Medizin und Wissenschaft, Ärzte- und Apothekerkammer, Pflegeberufe, Sozialversicherung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die ständig eingerichteten Unterkommissionen des Obersten Sanitätsrates - für Zahnmedizin und Prophylaxe, für AIDS und andere sexuelle übertragbare Krankheiten, zur Qualitätssicherung in der Suchterkrankung, **Mutter-Kind-Pass Kommission, Stillkommission**, Geriatriekommission und der Impfausschuss - leisten durch ihre Expertise einen wichtigen Beitrag für eine effiziente Umsetzung der geplanten Präventionsmaßnahmen. (z. B. Rotavirus-Impfung für alle Säuglinge, österreichweite Pneumokokkenimpfung)

Was macht die „World Alliance for Breastfeeding Action“ Wer sind die Kontaktpersonen?

- **Einhaltung des Codex**
Förderung der Einführung des „International Code of Marketing Breastmilk Substitutes“ durch Training, Entwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen, Erarbeitung von Materialien und Monitoring.
- **Mutterberatungsstellen**
Förderung der Zusammenarbeit von Mutterberatungsstellen weltweit; Ermöglichen von Berater/in-Ausbildung und der Erhöhung der Anzahl von Beratungsstellen; Schaffen von passendem Bewusstseinsumfeld, Unterstützung der Mütter beim Stillen (Anlegen, Weiterstillen). Diese Arbeitsgruppe arbeitet an einem „Mutter-zu-Mutter Beratungshandbuch“.
- **Forschung**
Diese Arbeitsgruppe arbeitet an folgenden Bereichen
 - Monitoring von Konferenzen
 - Mitwirken bei der Forschung: Monitoring und Unterstützung der Bemühungen von WABA Ärzten/innen (Hersteller/innen von Muttermilchersatzprodukten werden dazu gebracht ihre Behauptungen zu rechtfertigen, indem sie ihre Forschungsergebnisse nachweisen)
 - Abhalten von regionalen Forschungsmeetings
 - Verbreitung und Übersetzung von „Breastfeeding Papers of the Month“
- **Frauen und Beruf**
Entwicklung von Strategien um auf die speziellen Bedürfnisse von arbeitenden Müttern einzugehen, durch innovative Gesetzgebung und andere Aktivitäten, die Mütter dabei unterstützen, das Stillen in das Arbeitsleben einzubeziehen. Die „Mother-Friendly Workplace Initiative (MFWI)“ wird erweitert und die Arbeitsgruppe führt die Entwicklung von Programmen weiter, unter anderem das „SIDA Seedgrants Project“ für die Unterstützung von stillenden arbeitenden Müttern.

- **Gesundheitsförderung**
Förderung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Krankenhäusern und in der Bevölkerung, indem das Stillen gemäß dem „WHO/UNICEF Joint Statement on the ten Steps to successful Breastfeeding“ geschützt, gefördert und unterstützt wird. Diese Arbeitsgruppe arbeitet mit mehreren Organisationen zusammen, wie z. B. BAMBI (Childbirth/Breastfeeding Foundation), WEDO (Women Empowerment and Development Organisation) und ICM (International Confederation of Midwives).
- **Stillen und HIV**
Monitoring und Verbreitung von Forschung und Entwicklung im Bezug auf HIV, Empfehlung von Stillen zum Nutzen der Mütter und ihrer Kinder, sowie Stillberater/innen und Gesundheitspersonal.
- **Weltweite Befürwortung**
Hinweisen auf kritische, akute und notwendige Angelegenheiten sowie Miteinbeziehen von Stakeholdern um die Ziele der GSIYCF (Global Strategy of Infant and Young Child Feeding), der Innocenti Declarations und der MDGs zu erreichen.

Kontakt:

GIFA (Association Genevoise pour l'Alimentation Infantile)

Lida Lhotska (Kontaktperson für Europa)

Avenue de la Paix 11

1202 Genf; Schweiz

Tel: 41-22-798 9164

lida.lhotska@gifa.org

<http://www.waba.org.my/>

2 Fragen für Gesamtösterreich sowie für die Steiermark

Welche Frauengesundheitszentren und Frauenberatungsstellen gibt es in Österreich?

In Österreich gibt es unter anderem folgende Frauengesundheitszentren und Frauenberatungsstellen:

- Frauengesundheitszentrum Kärnten (www.fgz-kaernten.at)
- Frauengesundheitszentrum Linz (www.fgz-linz.at)
- Frauengesundheitszentrum Steiermark (www.fgz.co.at)
- Frauengesundheitsbüro Tirol (<http://lbi-frauen.uibk.ac.at>)
- Gesundheitszentrum FEM in der Semmelweislinik und FEM-Süd im Kaiser Franz Josef Spital, Wien (www.fem.at)

Das Netzwerk österreichischer Mädchen- und Frauenberatungsstellen informiert über nächstgelegene Mädchen- und Frauenberatungsstellen und deren Angebote (www.netzwerk-frauenberatung.at).

Was bieten die Gesundheitszentren FEM und FEM Süd an?

FEM/FEM-Süd sind Gesundheitszentren für Frauen, Eltern und Mädchen in Wien. Die Standorte sind in der Semmelweislinik (FEM) und im Kaiser Franz Josef Spital (FEM-Süd). In den Gesundheitszentren werden unter anderem Frauen-/Mädchen- und Elternberatungen, Ernährungsberatungen, Schwangerenberatungen sowie psychologische Betreuungen und allgemeine Gesundheitsvorsorge angeboten. Das Kaiser Franz Josef Spital ist zusätzlich ein „Migrant friendly hospital“ (EU-Initiative). Im FEM-Süd werden mehrsprachige Programme in serbisch, bosnisch, kroatisch und türkisch angeboten.

Literatur: <http://www.fem.at>.

Welche Service Points / Institutionen werden von den Projektzielgruppen genutzt?

Service Points / Institutionen, die von den Projektzielgruppen genutzt werden, sind unter anderem:

- Krankenkassen
- Krankenhäuser, stillfreundliche Krankenhäuser, Stillambulanzen
- Hebammen (Verein freier Hebammen, Hebammenzentrum: www.hebammenzentrum.at; Österreichisches Hebammengremium: www.hebammen.at)
- Geburtshilfliche Einrichtungen (Geburtskliniken in Wien: www.wien.gv.at/index/geburtskliniken.htm); Geburtsvorbereitungsstellen
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Familienservice)
- Schwangerenberatung
- Schwangerschaftsgymnastik
- Informationskreis Kind und Ernährung (IKE; gemeinnütziger unabhängiger Verein der Müttern und Vätern wissenschaftlich fundierte Information und Hilfestellung rund um die Ernährung ihrer Kinder bietet; www.informationskreis.at; www.kinderkost.com)

- Österreichischer Dachverband für Vorbereitung auf Geburt und Elternschaft (DGE; www.elternkindzentrum.com; www.dge.webplace.at)
- Soziale Einrichtungen, NGOs (Caritas)
- Frauengesundheitszentrum; Frauen- und Mädchenberatungsstellen (Adressen und Infos über Stellen in allen Bundesländern auf der Homepage von FEM Wien: http://www.aberer.at/femwien/index.htm?http://www.aberer.at/femwien/adr_a_fbr.htm)
- Stillberatung
- Ärzte/innen (Hausarzt/ärztin, Gynäkologe/in, Kinderarzt/ärztin, Psychotherapeute/in)
- Sozial-, Familienreferate; Jugend- und Sozialämter
- Krabbelstuben
- Anbieter/in von Babyturnen
- Österreichischer Familienbund (www.familienbund.at)
- GKK und andere Sozialversicherungsträger (www.sozialversicherung.at)

Wie ist die soziodemographische Struktur in Österreich? (Altersstatistik, Geschlechterverteilung, Arbeitslosenrate, Statistik alleinerziehender Elternteile, Bildungsgrad, Einkommensstatistik, Bildungsstatus, Armutsrisiko?)

Bevölkerung (1.1.2008):

Gesamt: 8.331.930 Männer: 4.054.214 (49 %) Frauen: 4.277.716 (51 %)
Kinder 0 – 3 Jahre: 316.498 Burschen: 161.796 (51 %) Mädchen: 154.702 (49 %)

Tabelle 25 Bevölkerung nach Altersgruppen (in %)

	0 bis 5 Jahre	6 bis 14 Jahre	15 bis 24 Jahre	25 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Gesamt	6 %	10 %	12 %	37 %	18 %	17 %
männlich	6 %	10 %	13 %	39 %	18 %	14 %
weiblich	5 %	9 %	12 %	36 %	18 %	20 %

Ausländeranteil (1.1.2008):

Gesamt: 10 % Männer: 11 % Frauen: 10 %
Kinder 0 – 5 Jahre: 12 % Burschen: 12 % Mädchen: 12 %

Davon Staatsangehörigkeit EU:

Gesamt: 35 % Männer: 34 % Frauen: 37 %
Kinder 0 – 5 Jahre: 30 % Burschen: 30 % Mädchen: 30 %

Im Ausland geboren (1.1.2008):

Gesamt: 15 % Männer: 15 % Frauen: 15 %
Kinder 0 – 5 Jahre: 4 % Burschen: 4 % Mädchen: 4 %

Alleinerziehende Elternteile – Jahresdurchschnitt 2007 (in 1.000):

Gesamt: 301,9 dar.: Alleinerziehende Mütter: 257,9

Bildungsstand der Bevölkerung ≥ 15 Jahre (2007)

(Präsenz- u. Zivildienstler sowie Anstalten nicht enthalten):

Tabelle 26 Bildungsstand der Bevölkerung (in %)

Pflichtschule	Lehre	Fachschule	Höhere Schule ¹⁾	Hochschule, Universität ²⁾
28 %	36 %	12 %	14 %	10 %

1) Allgemein bildende und berufsbildende höhere Schulen. - 2) Inkl. hochschulverwandte Lehranstalten. Ab 2004 Inkl. Universitätslehrgänge.

Einkommensstatistik

Tabelle 27 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte in Österreich 2006 nach Haushaltstyp

Haushaltstyp	Anzahl Haushalte in 1.000	Verteilungsmaße des verfügbaren Haushaltseinkommens ¹⁾					Arithmetisches Mittel in EUR
		10%	25%	50%	75%	90%	
Insgesamt	3.508	11.230	17.109	27.371	40.438	56.266	31.534
Haushalte mit Kindern	1.055	19.018	27.097	36.253	48.791	64.394	40.390
Ein-Eltern-Haushalte	136	(12.362)	15.830	21.064	27.981	(37.764)	22.935
Mehrpersonenhaushalt + 1 Kind	427	21.932	29.091	38.272	51.875	67.099	43.217
Mehrpersonenhaushalt + 2 Kinder	351	23.519	29.669	37.080	49.893	66.577	41.602
Mehrpersonenhaushalt + mind. 3 Kinder	141	(24.832)	32.333	40.422	53.386	(66.103)	45.719
Haushalte nach Geschlecht des Hauptverdieners/der Hauptverdienerin							
männlicher Hauptverdiener	2.271	14.423	21.415	31.545	44.066	59.558	35.173
weibliche Hauptverdienerin	1.238	9.282	12.898	19.148	31.075	45.916	24.857

1) Netto-Jahreseinkommen eines Haushalts. - 2) Haushalte mit Pension sind jene deren Haushaltseinkommen zu mindestens 50% aus Pensionen stammt, Haushalte ohne Pension sind jene, wo Pensionen weniger als 50% des Einkommens ausmachen.

Arbeitslosenrate (nationale Definition) (1. Quartal 2008):

Anteil der Zahl der beim AMS registrierten arbeitslosen Personen am unselbständigen Arbeitskräftepotential (lt. AMS bzw. HV).

Gesamt: 7 % Männer: 8 % Frauen: 6 %

Armutsgefährdung nach Erhalt von Sozialleistungen:

Gesamt: 13 % Männer: 11 % Frauen: 14 %

Laut Statistik Austria waren in Österreich zu Jahresbeginn in etwa 316.000 Kinder unter 3 Jahre alt. 12 % der unter 5-Jährigen kommen aus dem Ausland. Der Ausländeranteil in der Erwachsenenbevölkerung beläuft sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf 15 %.

Mehr als 300.000 Eltern sind alleinerziehend. Ungefähr ein Viertel der Bevölkerung (24 %) hat einen höheren Schulabschluss.

Literatur: Statistik Austria www.statistik.at

*Was bieten Mutter-Eltern-Beratungsstellen sowie Eltern-Kind-Zentren an?
Wie beliebt sind solche Institutionen bzw. wie stark werden sie genutzt?*

Mutterberatungsstellen und Eltern-Kind-Zentren bieten unter anderem folgende Services an:

- Informationen zu Geburt und Schwangerschaft; Geburtsvorbereitung
- Informationen rund ums Baby
- Erfahrungsaustausch
- Vorträge
- Informationen zu Gesundheit und Wohlbefinden
- Kulturelle Angebote
- Sport- und Turngruppen
- Informationen zur Kinderbetreuung
- Informationen über Stillen, Stillberatung, Stillgruppen
- Familienrechtliche Beratung
- Ernährungsberatung

In Wien gibt es 33 Elternberatungsstellen (ehemalige Mutterberatungsstellen). Sie sind jeweils mit einer Ärztin oder einem Arzt, einer Sozialpädagogin oder einem Sozialpädagogen und einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter besetzt. Die Elternberatungsstellen wurden zur Untersuchung gesunder Säuglinge und Kleinkinder eingerichtet. In den Beratungsstellen erhalten Mütter und Väter Tipps und Beratung zur

- Betreuung ihres Kindes aus medizinischer und sozialmedizinischer Sicht
- richtigen Ernährung (zum Beispiel Stillberatung)
- Entwicklung des Kindes
- richtigen Pflege des Kindes
- Impfvorsorge

Die Ärztinnen und Ärzte führen auf Wunsch die Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass durch und impfen die Kinder entsprechend dem österreichischen Impfplan.

An wen wenden sich Migranten/innen (inkl. Ansprechpersonen, wenn vorhanden)?

In Wien können sich Migranten/innen beispielsweise an das Gesundheitszentrum FEM-Süd im Kaiser Franz Josef Spital (Pilotspital der EU-Initiative „Migrant friendly hospitals“) wenden. Das Kaiser Franz Josef Spital bietet muttersprachige Kurse für schwangere Migrantinnen über Themen rund um die Geburt an.

Zusätzlich besteht für Asylwerber/innen und Migranten/innen die Möglichkeit, sich an „Elternberatungsstellen mit Dolmetscherinnen oder Dolmetschern“ zu wenden. Einen Überblick über mögliche Anlaufstellen in Wien bietet der folgende Link:

<http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/service/elternberatungen.html>.

Migranten/innen können sich unter anderem auch an mehrsprachige Ärzte/innen, Betreuungspersonal in Wohnheimen oder Bekannten mit dem gleichen kulturellen Hintergrund wenden.

**Gibt es Biokisten-Zusteller/innen (mit Mutter-Kind-Biokisten)?
Was sind die Inhalte der Biokisten (Beispiele) und wie viel kosten sie?**

NÖ:

Biohof Adamah
Arbeitsgemeinschaft Familie Zoubek
2282 Markgrafneusiedl, Glinzendorf 7

Vom Biohof Adamah werden unter anderem Obst- und Gemüseboxen aus 100 % biologischem Anbau, ohne Geschmacksverstärker, Farbstoffen und Konservierungsmitteln direkt ins Haus geliefert. Als Lieferrhythmus können einmalig, 14-tägig, 3- und 4-wöchentlich gewählt werden. Es werden auch Obst- und Gemüseboxen für Mutter und Kind in 3 verschiedenen Größen angeboten, die Salat, Kräuter, Gemüse und Obst – ohne Blähendes und ohne Zitrusfrüchte – enthalten.

OÖ:

Biohof Archleitner (www.biohof.at)

Angeboten werden unter anderem:

Mutter-Kind-Kiste (klein) – EUR 13,-/Kiste (für 1 – 2 Personen)

Beispiel: Inhalt in der Woche (KW 20) vom 12.05.2008 bis 18.05.2008 :

0,45 kg Strauchparadeiser
0,9 kg Äpfel "Jonagold"
0,5 kg Zucchini
0,4 kg Rhabarber
1 Stück Schlangengurken
1 Stück Battaviasalat
1 Bund Schnittlauch

Mutter-Kind-Kiste (mittel) – EUR 17,-/Kiste (für 2 – 3 Personen)

Beispiel: Inhalt in der Woche (KW 20) vom 12.05.2008 bis 18.05.2008 :

0,8 kg Bananen
0,65 kg Strauchparadeiser
0,95 kg Äpfel "Jonagold"
0,6 kg Zucchini
0,45 kg Rhabarber
1 Stück Schlangengurken
1 Stück Battaviasalat
1 Bund Schnittlauch

Mutter-Kind-Kiste (groß) – EUR 22,-/Kiste (für 3 – 4 Personen)

Beispiel: Inhalt in der Woche (KW 20) vom 12.05.2008 bis 18.05.2008 :

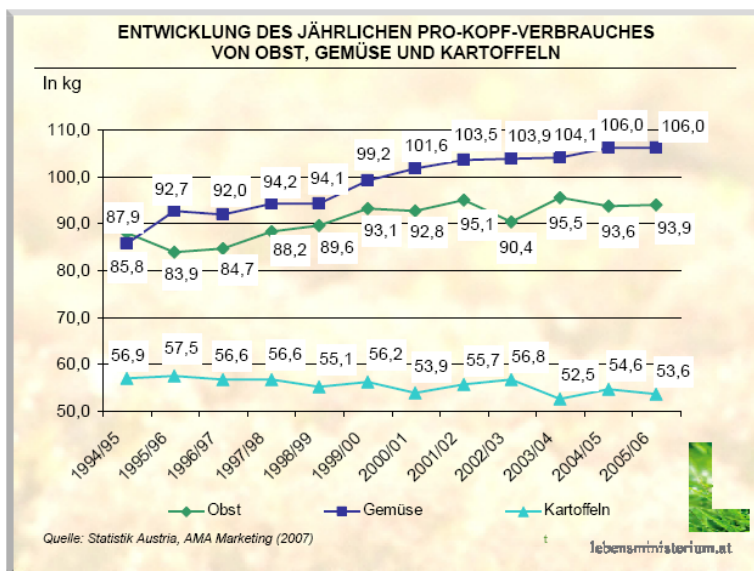
0,8 kg Strauchparadeiser
1,05 kg Bananen
1,25 kg Äpfel "Jonagold"
0,75 kg Zucchini
0,6 kg Rhabarber
1 Stück Schlangengurken
1 Stück Battaviasalat
1 Bund Schnittlauch
1 Stück Lollo Rosso

Literatur:
Biohof Adamah. Obst- und Gemüseboxen. <http://www.oekokiste.com/adamah/> (Zugriff: 05.05.2008)

Gibt es Daten zum Pro-Kopf-Verbrauch und zur tatsächlichen Aufnahme von Obst und Gemüse?

Laut Österreichischem Lebensmittelbericht 2008 liegt in Österreich der Pro-Kopf-Verbrauch für den Zeitraum 2005/06 von Gemüse bei 106,0 kg und von Obst bei 93,9 kg (Abbildung 109).

Abbildung 10 Entwicklung des jährlichen Pro-Kopf-Verbrauches von Obst, Gemüse und Kartoffeln (Lebensministerium, 2007)



Aus Tabelle 28 ist ersichtlich, dass der durchschnittliche Verbrauch von Obst und Gemüse in Österreich (auf Basis von Agrarstatistiken) im Jahr 2000 über den empfohlenen 400 g/d lag, die Verfügbarkeit auf Haushaltsebene (berechnet aus Konsumerhebungen) mit 334 g/d und die Verzehrdaten der österreichischen Bevölkerung mit 331 g/d jedoch deutlich darunter.

Tabelle 28 Verbrauch, Verfügbarkeit und Aufnahme von Obst und Gemüse in Österreich (Elmadfa und Weichselbaum, 2005)

	Verbrauch ¹	Verfügbarkeit ²	Aufnahme ³
Obst g/d	353	192	183
Gemüse g/d	262	142	148

¹ Verbrauchsdaten von FAO Food Balance Sheets Daten; für Österreich 2000.

² Verfügbarkeit auf Haushaltsebene; Daten von DAFNE (Data Food Networking) Datenbank; für Österreich 1999 – 2000.

³ Aufnahmedaten auf individueller Ebene; Daten aus Verzehrerhebungen österreichischer Erwachsener (19 – 60 Jahre) 1998 – 2001.

Literatur:
Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (Hg.)
Lebensmittelbericht 2008. Wien: Eigne Verlag, 2007; 146.

Elmadfa I. Weichselbaum E. European Nutrition and Health Report 2004. Forum Nutr. Basel, Kager; 2005; 58: 62-65.

Wie lange wird in Gesamtösterreich gestillt und wie werden die Daten erhoben?

Im Rahmen der österreichischen Stillstudie (Säuglingsernährung heute 2006) wurde eine für Österreich repräsentative Erhebung mit dem Ziel, „Erkenntnisse über die Rahmenbedingungen in Bezug auf das Stillen in den Geburtenkliniken sowie über das aktuelle Ernährungsverhalten von jungen Müttern im ersten Lebensjahr des Kindes zu gewinnen, durchgeführt.

Nach Angaben der Studie haben in Österreich 93,2 % der Mütter zu stillen begonnen. 3 Monate (oder bis 3 Monate) voll gestillt haben 33 % der Mütter. 32,6 % der Befragten gaben an, ihr Kind 6 Monate voll gestillt und 23,8 % ihr Kind überwiegend gestillt (zusätzlich zur Muttermilch auch Tee oder Wasser) zu haben (siehe Tabelle 29). Ergänzt gestillt (zusätzlich zur Muttermilch auch Milchfertiernahrung oder Beikost) wurden Säuglinge im Alter von 6 Monaten von 14,7 % der Mütter (Esberger, 2007).

Tabelle 29 Stilldauer in Österreich

Dauer des Vollstillens	Prozent
3 Monate oder bis 3 Monate voll gestillt	33
4 Monate	9,5
5 Monate	10,4
6 Monate	32,6
7 Monate	5,8
8 Monate	3,5
länger als 9 Monate	5

Literatur:

Esberger M (Aktion Zufriedener Patient), in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Säuglingsernährung heute 2006. Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich. Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr (Hrsg, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Sektion IV), 2007 [<http://www.bmgfj.gv.at>].

3 Fragen für die Steiermark

Welche Interessensverbände gibt es für die Projektzielgruppen in der Steiermark (inkl. Ansprechpersonen, wenn vorhanden)?

In der Steiermark gibt es unter anderem die folgenden Interessenverbände:

- **Österreichischer Familienbund:**

Eltern-Kind-Zentren:

Eltern-Kind-Treff: für alle Kleinkinder bis zum Kindergartenalter

8330 Feldbach, Oedterstr. 3

Leitung: Hermine Monschein, Tel. 03119 / 3267

jeden Mittwoch von 9 - 11 Uhr (ausgenommen Schulferien)

Offener Baby-Treff: für die Allerkleinsten

8330 Feldbach, Oedterstr. 3

jeden Freitag von 9 - 10.30 Uhr (ausgenommen Schulferien)

Landesverband Steiermark des Österreichischen Familienbundes:

8010 Graz, Mondscheingasse 8/3/5; Tel. 0316 / 83 03 18;

Landesvorsitzender: Dr. Peter Schweppe

- **Kinderfreunde Österreich:**

Kinderfreunde Steiermark: (<http://www.kinderfreunde-steiermark.at/index.php>)

- **Verband der Still- und Laktationsberater/innen Österreichs**

Der medizinische Beirat des VSLÖ der Steiermark hat folgende Repräsentanten/innen:

Prof. Dr. Wilhelm Müller, FA für Kinder- und Jugendheilkunde, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Auenbruggerplatz 30, Tel.: (0)316-385-2605,

E-Mail: wilhelm.mueller@kfunigraz.ac.at

Dr. Eva Unterberger, IBCLC, Ärztin für Allgemeinmedizin, Stationsärztin Sanatorium St. Leonhard, Schanzelgasse 42, 8010 Graz, Tel. 0316/3607- 621,

E-Mail: unterberger.eva@aon.at

Dr. Anna Trinkl, IBCLC, FÄ für Kinderheilkunde, KH Leoben, Tel.: 03842 / 401 – 2570;

E-Mail: anna.trinkl@lkh-leoben.at, (<http://www.stillen.at>)

Wie sind die Anforderungen an die Ausbildung zur Tagesmutter? (Vorraussetzungen, Lehrinhalte, Qualitätssicherung)

Die Voraussetzungen für den Beruf Tagesmutter:

- Abgeschlossene Schulausbildung
- Physische und psychische Eignung
- Erfahrung im Umgang mit Kindern
- Soziale Kompetenz
- Kindgerechte räumliche Gegebenheiten

- Möglichkeit zur Betreuung von mindestens 2 Kindern
- Betreuungsbewilligung der Fachabteilung 6B/Referat für Kinderbetreuung der Steiermärkischen Landesregierung
- Erfolgreicher Ausbildungsabschluss
- Bereitschaft zur Weiterbildung

(http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10698231_197647/c701ce3a/Gesetz%20KBG%2069-2007.pdf)

GROBENTWURF DES MAßNAHMENKATALOGS

Stand: 09. Juli 2008

PROJEKT



Grobentwurf-

Maßnahmenkatalog

Handlungsfeld 1: „Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums in allen drei Zielgruppen“							
	Titel der möglichen Maßnahme	Ziele der Maßnahme	Vorgehensweise	Models of Good Practice	Makro*	Meso	Mikro
1	Schaffung von Kaufanreizen	- Förderung des Obst- und Gemüsekonsums - Schaffung gleicher Möglichkeiten für verschiedene Einkommensschichten - Positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens der gesamten Familie	- Zusammenarbeit mit Industrie, Handel und Bundesministerium - Identifikation finanzieller Fördermöglichkeiten	- Community Food Co-ops UK-ECFI (Edinburgh Community Food Initiative)		×	
		- Förderung des Obst- und Gemüsekonsums von Personen niedrigerer sozialer Schichten - Positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens von Anfang an	- Finanzielle Förderungen der Zielgruppe in Form von Gutscheinen - Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheits-Professionisten/-innen	- Healthy Start - WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children	×		
			- Finanzielle Förderung der Zielgruppe in Form von Gutscheinen - Finanzielle Förderung z.B. durch New Opportunities Fund - „5 a day“ Promotion	- Coventry 5 A Day Initiative		×	
2	Obstpromotion in Kindertagesstätten	- Förderung der richtigen Lebensmittelauswahl - Schaffung günstiger Geschmackspräferenzen - Erreichung sozial benachteiligter Gruppen	- Organisationsleitfäden für Aktionstage - Erstellung von Lehrmaterialien - Finanzierungsstrategie für die Versorgung von Kindertagesstätten mit gefördertem Obst und Gemüse	- Free Fruit in School Scheme		×	

3	Maßnahmen zur Steigerung des Obst- und Gemüseverzehr im Rahmen des Außer-Haus-Verzehrs	- Günstige Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten und des Ernährungsverhaltens	- Schulungen relevanter Berufsgruppen im Bereich Catering - Schaffung von Guidelines	- Hungry for Success Scotland		×	
4	Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungswissens und -verhaltens	- Prävention von Adipositas - Etablierung eines gesunden Ernährungsverhaltens	- Heim- und betreuungseinrichtungsbasiertes Adipositaspräventionsprogramm	- Daycare Programm zur Prävention von Adipositas		×	
		- Untersuchung der Effektivität eines Adipositaspräventionsprogramms für Kleinkinder - Unterstützung eines positiven Ernährungs- und Bewegungsverhaltens	- Schulung Erwachsener, die zum ersten Mal Eltern wurden, in Bezug auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten ihrer Kinder	- INFANT – The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial - ein Interventionsprogramm zur Prävention von Adipositas bei Kindern			×
		- Verbesserung des Ernährungswissens und -verhaltens einkommensschwacher Eltern in der ländlichen Bevölkerung	- Ernährungslektionen und strukturierte wiederholende Aktivitäten; Tipps für Eltern, um den Gemüsekonsum ihrer Kinder zu fördern - Leistungsauszahlung	- NEAT – Nutrition Education Aimed at Toddlers			×
5	Maßnahmen zur Förderung des Obst und Gemüsekonsums im Rahmen eines ganzheitlichen Projekts zur Gesundheitsförderung	- Jedem Kind den besten Start ermöglichen - Förderung von Kindern mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen und ihrer Familien	- Zusammenarbeit mit Bundesministerium, lokalen Behörden, Gesundheitsprofessionisten/-innen, AMS, Gemeinden, staatlichen Stellen und Organisationen des privaten Sektors - Events zur Promotion des Obst- und Gemüseverzehr	- Sure Start		×	

Handlungsfeld 2: „Stillförderung“

	Titel der möglichen Maßnahme	Ziele der Maßnahme	Vorgehensweise	Models of Good Practice	Makro	Meso	Mikro
--	-------------------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------------------------	--------------	-------------	--------------

1	Etablierung eines/-r Stillkoordinators/-in	<ul style="list-style-type: none"> - Stillförderung - Organisation und Koordination des Informationsflusses - Erschaffung eines Netzwerks - Organisation von Multiplikatorentraining 	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung eines Konzepts für Österreich nach dem Modell der Innocenti Deklaration und des schottischen Modells - Erstellung und Umsetzung von Qualitätsstandards 	<ul style="list-style-type: none"> - Infant Feeding Strategie for Scotland - Stillen in Vorarlberg 	×		
2	Maßnahmen zur Förderung der Teilnahme an der Baby Friendly Hospital Initiative	<ul style="list-style-type: none"> - Stillförderung - Schaffung stillfreundlicher Rahmenbedingungen - Förderung einer positiven Einstellung zum Stillen 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktaufnahme mit dem einzigen Baby Friendly Hospital in der Steiermark - Konzepterstellung und Umsetzung nach Modells of Good Practice 	<ul style="list-style-type: none"> - Sanatorium St. Leonhard Spital Steiermark - Baby Friendly Hospital: Monitoring "Baby-Friendly-Hospital Initiative" - Migrant Friendly Hospital 		×	
3	Schaffung stillfreundlicher Arbeitsplätze	<ul style="list-style-type: none"> - Stillförderung - Schaffung stillfreundlicher Rahmenbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung des Ist Zustandes - Bedarfserhebung - Verbesserungsvorschläge - Schaffung von Qualitätskriterien 	<ul style="list-style-type: none"> - SIDA Seedgrants Project & Mother Friendly Workplace Initiative (Projekte der World Alliance for Breastfeeding Action) - Maternity Protection Campaign KIT (Projekt der World Alliance for Breastfeeding Action) - Breastfeeding Mother Friendly Employer 	×		
4	Nutzung von Krabbelstuben als Kontaktstellen zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Stillförderung - Schaffung stillfreundlicher Rahmenbedingungen - Förderung von Stillen in der Öffentlichkeit - Unterstützung von Personal (durch Aus- und Weiterbildungen) und Zielgruppe (durch Informationen) - Förderung des Informationsflusses zur Zielgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen - Konzipierung der Weiterbildung - Durchführung von Aus- und Weiterbildungen für das Personal - Weitergabe von Informationen an die Zielgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> - Breastfeeding Friendly Nursery 		×	

5	Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitsberufe in Entbindungsstationen	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffung eines einheitlichen Wissensstandes des medizinischen Personals - Stillförderung - Stillförderung durch Hebammen schon in der Schwangerschaft 	<ul style="list-style-type: none"> - Konzipierung und Umsetzung der Fortbildungsveranstaltungen (Grund- und Weiterbildungen) - Verankerung in den Lehrplänen - Promotion von Stillkleidung/Nursing shirts 	<ul style="list-style-type: none"> - Stillen und Stillberatung Fortbildungsveranstaltung im Krankenhaus 		×	
6	Reduktion von Stillkrisen	<ul style="list-style-type: none"> - Verlängerung der Stilldauer - Förderung des Selbstbewusstsein im Umgang mit dem Stillen 	<ul style="list-style-type: none"> - Schulungen von Gesundheitspersonal zum Umgang mit Patienten/-innen mit Stillkrisen - Verbesserung der Angebote zur Beratung bei Stillkrisen - Verbreitung von Information - Nutzung der VKI Ernährungshotline zur Stillaufklärung 	<ul style="list-style-type: none"> - Stillen in Vorarlberg 			×
7	Maßnahmen zur Förderung von Peer Support Groups	<ul style="list-style-type: none"> - Bewerbung der Vorteile des Stillens - Imagesteigerung des Stillens - Förderung des Erfahrungsaustausches unter Betroffenen 	<ul style="list-style-type: none"> - Konzipierung von Unterrichtsunterlagen nach Vorlage der La Leche Liga - Planung der Schulungen - Promotion von Stillkleidung/Nursing shirts 	<ul style="list-style-type: none"> - Flintshire Breastfeeding Peer Support Programme 			×
8	Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Stillförderung - Öffentliche Interessen für die Vorteile des Stillens erhöhen - Mütter und ihre Familien über die Wichtigkeit des Stillens informieren - Grundlegendes Wissen über das Stillmanagement vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation möglicher Aktivitäten und Veranstaltungen - Identifikation relevanter Stakeholder und Kooperationspartner/-innen - Koordination einzelner Veranstaltungen 	<ul style="list-style-type: none"> - National Breastfeeding Awareness Week (UK) - National Breastfeeding Awareness Campaign (USA) 			×
9	Still-Workshops in Mutter-Kind-Zentren	<ul style="list-style-type: none"> - Stillförderung - Empowerment - Bewusstseinschaffung - Wissenssteigerung relevanter Berufsgruppen und Vermittlung einheitlicher Botschaften 	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung von Netzwerken - Konzipierung von Workshops - Implementierung von Pilotprojekten - Promotion von Stillkleidung/Nursing shirts 	<ul style="list-style-type: none"> - Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres 		×	

10	Schaffung von Kaufanreizen	<ul style="list-style-type: none"> - Stillförderung in sozial niedrigeren Schichten - Anreize für gesünderes Essverhalten während (Schwangerschaft und) Stillzeit schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Förderungen der Zielgruppe in Form von Gutscheinen - Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheits-Professionisten 	- Best Fed Babies		×	
----	----------------------------	--	---	-------------------	--	---	--

Handlungsfeld 3: „Kinderlebensmittel und Nahrungsmittelangebot“

	Titel der möglichen Maßnahme	Ziele der Maßnahme	Vorgehensweise	Models of Good Practice	Makro	Meso	Mikro
1	Überprüfung des Nahrungsmittelangebots und Verbesserung der Konsumenteninformation über das Nahrungsmittelangebot	<u>Säuglingsanfangsnahrung</u> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung der richtigen Verwendung von Säuglingsanfangsnahrung - Vermittlung von Wissen über den sachgemäßen Gebrauch (Zubereitung, Hygiene, Produktauswahl) - Schaffung eines sicheren Umgangs mit den Produkten 	<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung der Nice public health Guidance 11 - Erstellung einer Empfehlungsgrundlage nach Vorbild des Department of Health UK - Verbraucherschulung - Multiplikatorentraining - Aufklärung - Mutterschulungen - Zusammenarbeit mit der Lebensmittelindustrie - Überprüfung der Mutter-Kind-Box 	- Department of Health 2007 “bottle feeding”	×		

	<p><u>Beikost</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Produktpaletten - Schaffung einer Wissensgrundlage die Verbraucher/-innen befähigt, richtig/informiert zu wählen - Hilfestellung bei der Umstellung auf Beikost - Wissensvermittlung zur Beikosteinführung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Nahrungsmittelangebots (u.a. Aktualisierung der VKI Bewertungen) - Gegenüberstellung von Empfehlungen und Produktangebot - Multiplikatorentraining - Förderung der Verbreitung relevanter Informationen über verschiedene Service Points - Beikostkochkurse - Beratungsangebot erhöhen (Mutter-Kind-Pass) - Erstellung von Gütesiegel für ausgegebene Ernährungsinformation 	<ul style="list-style-type: none"> - The North Glasgow Community Food Initiative Weaning Programme - Glasgow's First Food Weaning Programme 		×	
	<p><u>Kinderlebensmittel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Datensammlung zur Ist Situation - Schaffung einer Diskussionsgrundlage - Bessere Aufklärung des Konsumenten/-innen und dadurch Empowerment - Schaffung einer Basis für Empfehlungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit mit Industrie, AK und VKI - Überprüfung des Produktsortiments (Beikost, Kinderlebensmittel, zielgruppenspezifische Lebensmittel) - Maßnahmenplanung zur Verbesserung der Konsumenteninformation über einzelne Produkte 	<ul style="list-style-type: none"> - WXYfm nutritional profiling 	×		

2	Erstellung von zielgruppenspezifischen „Food Based Dietary Guidelines“ (Schwangere, Stillende, Kinder ab 2 Jahren, Kinder beim Übergang zum Mittagstisch)	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung eines positiven Ernährungsverhaltens - Mitberücksichtigung von kulturellen und religiösen Faktoren, sowie Preis und Verfügbarkeit in der Erstellung - Schaffung gezielter praxisnaher Empfehlungen die auf die Bedürfnisse einzelner Gruppen abgestimmt sind - Schaffung eines einheitlichen Informationsflusses - Schaffung einer besseren Verständlichkeit von Empfehlungen - Vereinfachung der Umsetzbarkeit in die Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung vorhandener Leitlinien - Erstellung unter Berücksichtigung der WHO Richtlinien „Preparation and use of food-based dietary guidelines“ - Identifikation spezieller Bedürfnisse einzelner Gruppierungen - Anknüpfung an steirische Gesundheitsziele - Miteinbezug von Lebensmittelindustrie, regionalem Lebensmittelangebot und traditioneller Essenszubereitung - Berücksichtigung der Bedürfnisse von bestimmten Zielgruppen (z.B. Gestaltung des Ernährungskreises für die drei Stufen der Schwangerschaft) - Beachtung von Risikonährstoffen - Erstellung eines Basisdokuments nach Vorbild des schottischen Modells 	<ul style="list-style-type: none"> - Dortmunder Empfehlungen (bei Bedarf zu kaufen) - Stmk. Leitlinien (wird von Mag. Peinhaupt im Spätherbst nachgereicht) - Keine Modelle vorhanden 	x		
---	---	--	---	--	---	--	--

3	Reduktion des Salz- und Zuckerkonsums der Zielgruppen	<u>Verminderung der Salz- und Zuckeraufnahme</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerung der Salz- und Zuckerpräferenz in der Geschmacksbildung der Kinder - Senkung des Salz- und Zuckergehalts in Kinderlebensmitteln - Hypertonieprävention - Senkung von Herz-Kreislaufkrankungsraten - Verringerung der Salzsensitivität bei Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> - Beachtung der Nice Public Health Guidance 11 (Salz) - Vorschläge zur weiteren Ist Datensammlung (tatsächlicher Salz- und Zuckerkonsum) - Vorschlag eines Richtwerts für den Salz- und Zuckergehalt in Kinderlebensmitteln bzw. Lebensmitteln allgemein - In Kombination dazu Erarbeitung einer Verzehrsempfehlung - Kommunikation mit Industrie und Handel - Reduktion des Salzgehalts im Cateringsektor 	<ul style="list-style-type: none"> - Salzreduktion der AFSSA - FSA "Saltreduction" - Netsle Example Frankreich - FERCO 	×		
		<u>Aufklärung der Zielgruppe</u> <ul style="list-style-type: none"> - Risikoinformation - Steigerung der Eigenverantwortung über die eigene Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärungskampagne - Awarnestraining zum Natrium Konsum (Übermittlung von Botschaften z.B. „Zu viel Salz ist schlecht für das Herz“) - Zusammenarbeit mit den Medien - Ernährungsschulung 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung der Zielgruppe: Salzkampagne der FSA UK 		×	

4	Produktentwicklung und Schaffung von Anreizen für die Wahl von gesünderen Lebensmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Zurückdrängung ungünstiger Ernährungsgewohnheiten durch bessere Lebensmittelauswahl - Schaffung reizvoller Produkte (Alternativen) bzw. Verpackungen (z.B. „Kinderapfel“) zur Förderung des Konsums ernährungsphysiologisch hochwertiger Lebensmittel - Förderung regionaler, saisonaler, natürlicher und traditioneller Produkte - Förderung von Bio-Produkten - Schaffung gesunder Alternativen/Wahlmöglichkeiten zu erschwinglichen Preisen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit mit Industrie, VKI, AK, Landwirtschaft und Handel - Identifikation von Fördermöglichkeiten - Förderung der Zusammenarbeit - Beachtung der Empfehlungen des „Eurodiet Report“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Food for life Aktionsplan - WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children 				X	
		<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung der Thematik Gentechnik/Soja und Babynahrung 	<ul style="list-style-type: none"> - Experten/-innen-Diskussion über den Prüfbericht von Global 2000, 30. April 2008. „Global 2000-Tests: Gentech-Soja sogar in Baby-Nahrung“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Modell vorhanden 					X
5	Werbeverbote (bzw. Einschränkungen) für Kinderlebensmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Verminderung der Aufnahme von Produkten die in ihrer Zusammensetzung fragwürdig sind - In Folge eine Verminderung der Salz-, Zucker- und Fettaufnahme 	<ul style="list-style-type: none"> - Experten/-innen-Diskussion zur Sinnhaftigkeit der Maßnahme in Österreich 	<ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmenplan der FSA UK 					X
6	Zusatzstoffe in Kinderlebensmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Risikobewertung einzelner Stoffe - Schaffung sicherer hochwertiger Lebensmittel 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenzsammlung und Bewertung unter anderem zu den Themen Hyperaktivität und Allergien - Experten/-innen-Diskussion - Formulierung von Empfehlungen an die Eltern - Konsumenten/-innen-Information - Kooperation mit der Lebensmittelindustrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Ländermodell UK - Haribo Dänemark 					X

7	Schaffung von Qualitätsstandards in der Verpflegung von Kindern	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Außer-Haus-Verpflegung der Kinder - Gewährleistung einer optimalen Versorgung - Positive Beeinflussung von Ernährungsverhalten und Geschmackspräferenzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ist Datensammlung (VKI plant eine Testung über die Versorgung in Kindertagesstätten) - Erstellung von Guidelines und Qualitätssiegel nach schottischem Modell) - Einbezug sämtlicher Kinderbetreuungsstätten (Tagesmütter etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hungry for Success Scotland - UK Healthy Catering guidelines, Caroline Walker Trust guidelines for food provision in childcare settings (kostenpflichtig) - Besser Essen mehr bewegen (DGE), Das gute Schulbuffet (ÖGE) - Guidelines Steiermark (ab Spätherbst erhältlich) 	×		
---	---	---	---	---	---	--	--

Handlungsfeld 4: „Early Childhood Interventions“

	Titel der möglichen Maßnahme	Ziele der Maßnahme	Vorgehensweise	Models of Good Practice	Makro	Meso	Mikro
1	Maßnahmen zur Förderung und Planung aufsuchender Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> - Besseres Erreichen von Familien in schwierigen sozialen Lagen wie Arbeitslosigkeit, Armut oder Alleinerziehung - Steigerung der Gesundheitschancen sozial Benachteiligter - Verbesserung der Möglichkeiten, das Verhalten, durch intensiveren Kontakt mit der Zielgruppe, nachhaltig zu ändern - Interdisziplinäres Arbeiten mit anderen Bereichen der Gesundheitsförderung 	<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung der Nice Public Health Guidance 11 - Planung des Einsatzes von Familienhebammen - Verbreitung wichtigster Informationen durch aufsuchende Betreuer/-innen direkt an das Individuum - Verteilen von mehrsprachigen Informationsbroschüren kann hier nur ein Teilbereich sein - Verbesserung der Möglichkeiten auf die Bedürfnisse des Individuums einzugehen 	<ul style="list-style-type: none"> - Public Health Nurse within the Regional Health Authority - FEM Elternambulanz - Familienhebammen-Sachsen-Anhalt 	×		

2	Maßnahmen zur Förderung von lokalen Strukturen (z.B. Mutter-Kind-Zentren, Mutterberatungsstellen, Stillzentren, Kulturzentren)	<ul style="list-style-type: none"> - Bessere Erreichbarkeit der Risikogruppen - Förderung der Gemeinschaft und des Gesamtwohlbefindens durch Steigerung sozialer Kontakte - Modelllernen von anderen Gemeindemitgliedern - Ernährungsaufklärung sowie Ernährungsschulung - Beeinflussung von Nahrungspräferenzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Nach Vorbild des EKZ sollen Institutionen geschaffen werden, die kostenfrei nutzbar und ohne Versicherung (e-card) zugänglich sind (niederschwellig) - Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen soll gefördert werden - Attraktive Angebotsgestaltung für Migranten/-innen (Dolmetscher/-innen usw.) - Interkulturelle Öffnung durch Identifikation der größten ethnischen Gruppierungen und durch Einladung einzelner Stellvertreter/-innen zu Gesprächen - Gezielte Bewerbung der Institutionen (z.B. Gemeindenachrichten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mutter Kind Zentrum Wien Ziegelofengasse - Leipziger Beratungsstelle „Schreisprechstunde“ - MIA-Mütter in Aktion - NHS Tayside – Implementing breastfeeding: Workshops in Child and Family Centers - EARNEST (Early Nutrition Programming) 		×	
3	Vernetzung von Ernährungsinitiativen mit Initiativen der Gesundheitsförderung allgemein	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung des Zugangs für benachteiligte Gruppen - Verbesserte Erkennung von Gesundheitsproblemen - Integration von Services in Kinderzentren - Prävention und Frühintervention - Förderung partnerschaftlichen Arbeitens 	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung eines koordinierten Aktionsprogramms nach Vorbild von CHPP - Vernetzung mit dem Projekt „Safe“ und Einbettung von Ernährungsthemen falls möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - The Child Health Promotion Programme (CHIPP) - The Canada Prenatal Nutrition Program (A Decade of Promoting the Health of Mothers, Babies and Communities) - SAFE Sichere Ausbildung für Eltern 	×		

4	Mutter-Kind-Pass	<ul style="list-style-type: none"> - Reduktion von Risiken und Komplikationen - Förderung der Datensammlung - Gezielte Ernährungsberatung mit Empfehlungen für einen gesunden Verlauf der Schwangerschaft - Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten und des Ernährungsverhaltens - Schulung und Aufklärung - Schaffung eines ganzheitlichen Angebots in dem Ernährung ein Bestandteil ist 	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffung kostenloser Angebote von Ernährungsberatung/Lebensberatung (eventuell über Kassen) - Mitgabe von Zusatzinformation mit dem Mutter-Kind-Pass - Erhebungsfragebögen zum Ernährungsverhalten - Erarbeitung von Empfehlungen für die Verbesserung des Mutter-Kind-Passes anhand der Bestandsaufnahme des Mutter-Kind-Passes (Projekt LBI) 	- ICW: Elektronischer Mutter-Kind-Pass	×		
5	Verringerung der Frühgeburtenrate durch Ernährungsintervention	<ul style="list-style-type: none"> - Verringerung der Frühgeburtenrate - Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit - Datensammlung 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung der Schwangeren - Supplementierungsempfehlungen 	<ul style="list-style-type: none"> - babycare - Healthy Start - Sure Start 			×
Handlungsfeld 5: „Multiplikatorentraining und Ausbildung“							
	Titel der möglichen Maßnahme	Ziele der Maßnahme	Vorgehensweise	Models of good practice	Makro	Meso	Mikro
1	Formulierung von Standards im Bereich Ernährungsausbildung diverser Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Bessere und einheitliche Informationsvermittlung an die Zielgruppe - Erhöhung der Erreichbarkeit der Bevölkerung - Gezieltes Arbeiten mit Risikogruppen fördern 	<ul style="list-style-type: none"> - Relevante Trainingsthemen identifizieren laut NHS 2008 - Schlüsselpersonen identifizieren und Gespräche einleiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Growing through Adolescence - Mit Migranten für Migranten (MiMi) als Teil der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“-Gesundheitsförderung für Migranten - Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen – Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA - MigesBalü–eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind 	×		

2	Versorgung der Multiplikatoren/-innen mit erstellten Leitlinien bzw. mit qualitativ hochwertigen Informationen	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung einheitlicher Botschaften - Übermittlung fundierten Wissens an Bedienstete im Gesundheitswesen die im Kontakt mit der Zielgruppe stehen - Ausbildung von pädagogischem Personal hinsichtlich „Schulung der Kinder zum eigenverantwortlichen, ungezwungenen und genussvollen Umgang mit Lebensmitteln,“ etc. - Schulung von Multiplikatoren/-innen aus der Zielgruppe selbst und Empowerment 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation relevanter Berufsgruppen - Einbezug der Berufsgruppenstellvertreter/-innen - Prüfung derzeitiger Lehrpläne und Lehrmaterialien - Gemeinsame Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen - Erstellung eines Kriterienkatalogs zur Bewertung von Ernährungsinformation (z.B. Miteinbezug von Experten/-innen; Qualität der Literaturquellen; Verwendung zuordenbaren Basiswissens etc.) - Erstellung eines Leitfadens für pädagogisches Personal zur Anleitung zur Ernährungserziehung 	<ul style="list-style-type: none"> - The Child Health Promotion Programme (CHPP) - Familienhebammen-Sachsen-Anhalt - Gesunde KiTas, starke Kinder - MIA „Mütter in Aktion“ - Gesunde Kindertagesstätte–erleben und gestalten–ein Projekt der AGETHUR - MigesBalü–eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind 		✘	
3	Ausbildung von „Case Managern/-innen“ (Gesundheits- oder Versorgungskordinatoren/-innen)	<ul style="list-style-type: none"> - Schulung diverser Berufsgruppen in den Grundsätzen von Public Health und Gesundheitsförderung - Besseres Eingehen auf die Bedürfnisse der Klienten/-innen (Weiterverweisen, Selbsthilfegruppen und dergleichen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation von Dachverbänden und Stellvertretern/-innen - Vernetzung von Experten/-innen - Awarnestraining - Versorgung der Case Manager /-in mit nötigen Informationen (Servicestellen, Informationsquellen) 	- Versorgungskordinatoren/-innen der StGKK	✘		

4	Gezielte Schulung von Multiplikatoren/-innen	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation der Berufsgruppen - Vielfalt der Lebensmittel kennen und schätzen lernen und den Nutzen und das Wissen auf die Zielgruppe übertragen 	<ul style="list-style-type: none"> - Diskussionen mit Dachverbänden und Berufsgruppenstellvertretern/-innen - Planung gemeinsamer Schritte - Förderung der Akzeptanz durch Einbezug wichtiger Stakeholder - Zusammenarbeit mit der Lebensmittelindustrie die teilweise in Multiplikatoren/-innen-Training involviert ist (Schwesternfortbildung, Ärzte/-innen-Fortbildung) (Nestle hat hier Unterstützung angeboten) - Gemeinsame Konzeption neuer Trainingsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> - BeKi–Bewusste Kinderernährung - TigerKids - KidBalu - Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen–Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA - Mit Migranten für Migranten (MiMi) als Teil der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ – Gesundheitsförderung für Migranten - Gesunde Kindertagesstätte–erleben und gestalten–ein Projekt der AGETHUR - MigesBalü–eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind 	×	
---	--	--	---	--	---	--

BEWERTUNGSKRITERIEN DER MODELS OF GOOD PRACTICE

Stand: 09. Juli 2008

PROJEKT



Definition der verwendeten Bewertungskriterien einzelner Modelle im Rahmen des Projekts „Richtig Essen von Anfang an“

Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Die Messung der Ziele wird/wurde mitgeplant, erste Messergebnisse liegen vor, Zielsetzung geht mit konkreten Handlungsempfehlungen einher und ist klar und eindeutig.
	++++	Die Messung der Ziele wird/wurde mitgeplant, Messergebnisse liegen noch nicht vor. Zielsetzung zeigt einen gewissen Praxisbezug (Umsetzbarkeit) und ist nicht nur strategischer Natur.
	+++	Angaben zur Messbarkeit/Evaluierung sowie eine klare Zielsetzung sind in Ansätzen vorhanden. Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung/Prävention und Zielformulierung ist vorhanden.
	++	Oberflächliche Zielsetzung. Messbarkeit nur marginal mitgedacht.
	+	Unrealistische Zielsetzung.
Partizipation (aktives Beteiligen der Ziel- gruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Kompletter Einbezug der Zielgruppe in Konzeption und Durchführung. Risikogruppen sind mitberücksichtigt. Empowerment.
	++++	Die Zielgruppe ist entweder in der Konzeption oder der Durchführung nicht oder nur teilweise eingebunden. Empowerment wird angestrebt.
	+++	Die Zielgruppe hat in irgendeiner Form die Möglichkeit mitzugestalten oder wird adressiert.
	++	Geringe Einbindung der Zielgruppe. Wenig Fokus auf die Risikogruppe.
	+	Zielgruppen werden nicht ausreichend eingebunden bzw. adressiert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Sowohl national als auch international starke Vernetzung. Wichtige Schlüsselpersonen sowie lokales Umfeld sind einbezogen. Capacity building: Ganzheitliche, nachhaltige Netzwerkstrukturen wurden/werden gebildet.
	++++	Hoher Vernetzungsgrad. Fachübergreifende Zusammenarbeit. Lokales Umfeld ist eingebunden.
	+++	Lokales Umfeld oder fachübergreifende Zusammenarbeit sind nicht oder nur teilweise einbezogen.

	++	Minimale Vernetzung. Wichtige Stakeholder fehlen.
	+	Ungenügende Vernetzung.
Wirksamkeit	+++++	Wirksamkeit ist evaluiert oder Evaluierungskonzept konzipiert. Daten liegen vor. Settingansatz ist mitberücksichtigt.
	++++	Wirksamkeit ist wahrscheinlich, gutes Qualitätsmanagement, Evaluierung mitberücksichtigt.
	+++	Wirksamkeit ist fraglich. Ergebnisse liegen keine vor. Evaluierung nur in Ansätzen geplant/durchgeführt.
	++	Ergebnisse liegen keine vor. Angaben zu Evaluierung sind nicht vorhanden oder zugänglich.
	+	Wirksamkeit ist unwahrscheinlich.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Innovativer Charakter. Strebt kontinuierliche und nachhaltige Fortführung erfolgreicher Projektkomponenten an.
	++++	Projekte sind auf längeren Zeitraum geplant und finanziert. Strukturen werden geschaffen.
	+++	Unsicherheitsfaktoren für den Fortbestand bzw. die Nachhaltigkeit z.B. Finanzierung.
	++	Marginale Planung, geringer nachhaltiger Effekt.
	+	Keine Fortführung des Projekts angedacht. Keine nachhaltigen Strukturen werden/wurden geschaffen (z.B. Angebotstruktur). Keine nachhaltigen Effekte konnten erwiesen werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Modelle sind 1:1 auf andere Regionen/Länder umlegbar.
	++++	Modelle sind zum größten Teil reproduzierbar.
	+++	Vorhandene Strukturen, die eine Übertragbarkeit möglich machen, sind nur zum Teil vorhanden.
	++	Für die Umsetzbarkeit nötige Strukturen fehlen zum Teil ganz. Einzelne Ideen können übernommen werden.

	+	Nicht übertragbar.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	In Österreich 1:1 umsetzbar.
	++++	Eine genaue Ist-Analyse ist vorab nötig um zu ermitteln, ob das Konzept auf alle Regionen umsetzbar ist. Die Möglichkeit der Umsetzbarkeit scheint wahrscheinlich.
	+++	Strukturen fehlen zum Teil. Einzelne Bereiche sind umsetzbar. Konzepte müssen adaptiert werden.
	++	Strukturen fehlen ganz. Teilideen können übernommen werden.
	+	Umsetzbarkeit in Österreich unwahrscheinlich.

DETAILENTWURF- MAßNAHMENKATALOG

Stand: 19.09.2008

PROJEKT



„Richtig essen von Anfang an“

HANDLUNGSFELD 1: „STEIGERUNG DES OBST- UND GEMÜSEKONSUMS IN ALLEN DREI ZIELGRUPPEN“	162
Maßnahme 1: Maßnahme zur Schaffung von Kaufanreizen	162
Maßnahme 2: Maßnahme zur Obstpromotion in Kindertagesstätten	173
Maßnahme 3: Maßnahme zur Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums im Rahmen des Außer-Haus-Verzehrs	175
Maßnahme 4: Maßnahme zur Verbesserung des Ernährungswissens und -verhaltens	178
Maßnahme 5: Maßnahme zur Förderung des Obst- und Gemüsekonsums im Rahmen eines ganzheitlichen Projekts zur Gesundheitsförderung	187
HANDLUNGSFELD 2: MAßNAHMEN ZUR „STILLFÖRDERUNG“	190
Maßnahme 1: Etablierung eines/-r Stillkoordinators/-in	190
Maßnahme 2: Maßnahmen zur Förderung der Teilnahme an der Baby Friendly Hospital Initiative	196
Maßnahme 3: Schaffung stillfreundlicher Arbeitsplätze	205
Maßnahme 4: Nutzung von Krabbelstuben als Kontaktstelle zur Zielgruppe	212
Maßnahme 5: Fortbildungsveranstaltung für Gesundheitsberufe in Entbindungsstationen	214
Maßnahme 6: Reduktion von Stillkrisen	216
Maßnahme 7: Maßnahmen zur Förderung von Peer Support Groups	219
Maßnahme 8: Öffentlichkeitsarbeit	221
Maßnahme 9: Still-Workshops in Mutter-Kind-Zentren	226
Maßnahme 10: Schaffung von Kaufanreizen	228
HANDLUNGSFELD 3: MAßNAHMEN ZU „KINDERLEBENSMITTEL UND NAHRUNGSMITTELANGEBOT“	230
Maßnahme 1: Überprüfung des Nahrungsmittelangebots und Verbesserung der Konsumenteninformation über das Nahrungsangebot	230
Maßnahme 2: Erstellung von Food-Based Dietary Guidelines	241
Maßnahme 3: Reduktion des Salz- und Zuckerkonsums der Zielgruppe	242
Maßnahme 4: Produktentwicklung und Schaffung von Anreizen	253
Maßnahme 5: Werbung für Kinderlebensmittel	258

Maßnahme 6: Zusatzstoffe in Kinderlebensmittel **260**

HANDLUNGSFELD 4: MAßNAHMEN ZU „EARLY CHILDHOOD INTERVENTIONS“ **268**

Maßnahme 1: Förderung und Planung aufsuchender Betreuung **268**

Maßnahme 2: Förderung von lokalen Strukturen **274**

Maßnahme 3: Vernetzung von Ernährungsinitiativen mit Initiativen der Gesundheitsförderung allgemein **284**

Maßnahme 4: Mutter-Kind-Pass **292**

Maßnahme 5: Verringerung der Frühgeburtenrate **294**

HANDLUNGSFELD 5: „MULTIPLIKATOREN/-INNENTRAINING UND AUSBILDUNG“ **301**

Maßnahme 1: Formulierung von Standards im Bereich Ernährungsbildung diverser Berufsgruppen **301**

Maßnahme 2: Versorgung der Multiplikatoren/-innen mit erstellten Leitlinien bzw. mit qualitativ hochwertigen Informationen **314**

Maßnahme 3: Ausbildung von „Case Managern“ **328**

Maßnahme 4: Gezielte Schulung von Multiplikatoren/-innen **333**

Tabellenverzeichnis

Tabelle 29	Modell: Community Food Co-ops - ECFI (Edinburgh Community Food Initiative)	162
Tabelle 30	Modell: Healthy Start	165
Tabelle 31	Modell: WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children	168
Tabelle 32	Modell: Conventry 5 A Day Initiative	171
Tabelle 33	Modell: Free Fruit in School Scheme	173
Tabelle 34	Modell: Hungry for Success Schottland	175
Tabelle 35	Modell: Daycare Programm zur Prävention von Adipositas	178
Tabelle 36	Modell: INFANT – The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial - ein Interventionsprogramm zur Prävention von Adipositas bei Kindern	181
Tabelle 37	Modell: NEAT – Nutrition Education Aimed at Toddlers	183
Tabelle 38	Modell: Sure Start	187
Tabelle 39	Modell: Infant Feeding Strategy for Scotland	190
Tabelle 40	Modell: Stillen in Vorarlberg (Projekt des Fonds Gesundes Österreich, FGÖ)	193
Tabelle 41	Modell: Sanatorium St. Leonhard Spital Steiermark	196
Tabelle 42	Modell: Baby Friendly Hospital: Monitoring “Baby-Friendly-Hospital Initiative”	200
Tabelle 43	Modell: Migrant Friendly Hospital	202
Tabelle 44	Modell: SIDA Seedgrants Project & Mother Friendly Workplace Initiative (Projekte der World Alliance for Breastfeeding Action)	205
Tabelle 45	Modell: Maternity Protection Campaign KIT (Projekt der World Alliance for Breastfeeding Action)	208
Tabelle 46	Modell: Breastfeeding Mother Friendly Employer	210
Tabelle 47	Modell: Breastfeeding Friendly Nursery	212
Tabelle 48	Modell: Stillen und Stillberatung – Fortbildungsveranstaltung im Krankenhaus (Projekt des Fonds Gesundes Österreich, FGÖ)	214
Tabelle 49	Modell: Stillen in Vorarlberg (Projekt des Fonds Gesundes Österreich, FGÖ)	216
Tabelle 50	Modell: Flintshire Breastfeeding Peer Support Programme	219
Tabelle 51	Modell: National Breastfeeding Awareness Week	221
Tabelle 52	Modell: National Breastfeeding Awareness Campaign	224
Tabelle 53	Modell: Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres	226
Tabelle 54	Modell: Best Fed Babies	228
Tabelle 55	Modell: Department of Health 2007 “bottle feeding”	230
Tabelle 56	Modell: The North Gasgow Community Food Initiative Weaning Programme	233
Tabelle 57	Modell: Glasgow’s First Food Weaning Program	236
Tabelle 58	Modell: WXYfm nutritional profiling	238
Tabelle 59	Modell: Salzreduktion der AFSSA	243
Tabelle 60	Modell: FSA “Saltreduction”	245
Tabelle 61	Modell: Nestle Example Frankreich	247
Tabelle 62	Modell: FERCO	249
Tabelle 63	Modell: Aufklärung der Zielgruppe: Salzkampagne der FSA UK	251
Tabelle 64	Modell: Food for Life Action Plan	253
Tabelle 65	Modell: WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children	255
Tabelle 66	Modell: Maßnahmenplan der FSA UK	258
Tabelle 67	Modell: UK	260
Tabelle 68	Modell: Hungry for Success Schottland	262
Tabelle 69	Modell: UK Catering Guidelines und Guidelines für die Verpflegung in Kindertagesstätten	265
Tabelle 70	Modell: Besser Essen mehr bewegen (DGE), Das gute Schulbuffet (ÖGE)	267
Tabelle 71	Modell: Public Health Nurse within the Regional Health Authority	268
Tabelle 72	Modell: FEM Elternambulanz	270
Tabelle 73	Modell: Familienhebammen-Sachsen-Anhalt	272
Tabelle 74	Modell: Leipziger Beratungsstelle „Schreisprechstunde“	276
Tabelle 75	Modell: MIA “Mütter in Aktion”	278

Tabelle 76	Modell: Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres	280
Tabelle 77	Modell: EARNEST (Early Nutrition Programming)	282
Tabelle 78	Modell: The Child Health Promotion Programme (CHPP)	284
Tabelle 79	Modell: The Canada Prenatal Nutrition Program (A Decade of Promoting the Health of Mothers, Babies and Communities)	286
Tabelle 80	Modell: SAFE Sichere Ausbildung für Eltern	289
Tabelle 81	Modell: ICW: Elektronischer Mutter-Kind-Pass	292
Tabelle 82	Modell: babycare	294
Tabelle 83	Modell: Healthy Start	296
Tabelle 84	Modell: Sure Start	299
Tabelle 85	Modell: Growing through Adolescence	301
Tabelle 86	Modell: Mit Migranten für Migranten (MiMi) als Teil der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ – Gesundheitsförderung für Migrante/-innen	304
Tabelle 87	Modell: Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen – Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA	308
Tabelle 88	Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind	311
Tabelle 89	Modell: The Child Health Promotion Programme (CHPP)	314
Tabelle 90	Modell: Familienhebammen-Sachsen-Anhalt	316
Tabelle 91	Modell: Gesunde KiTas, starke Kinder	318
Tabelle 92	Modell: MIA “Mütter in Aktion”	320
Tabelle 93	Modell: Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten – ein Projekt der AGETHUR	322
Tabelle 94	Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind	325
Tabelle 95	Modell: Versorgungskordinatoren der StGKK	328
Tabelle 96	Modell: BeKi – Bewusste Kinderernährung	333
Tabelle 97	Modell: TigerKids	336
Tabelle 98	Modell: KidBalù	338
Tabelle 99	Modell: Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen – Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA	340
Tabelle 100	Modell: Mit Migranten für Migranten (MiMi) als Teil der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ – Gesundheitsförderung für Migranten	343
Tabelle 101	Modell: Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten – ein Projekt der AGETHUR	347
Tabelle 102	Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind	350

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 11	Durchschnittliche Wissensscores - Zeit-Gruppen-Effekte (Horodynski und Stommel, 2005)	185
--------------	---	-----

HANDLUNGSFELD 1: „STEIGERUNG DES OBST- UND GEMÜSEKONSUMS IN ALLEN DREI ZIELGRUPPEN“

Maßnahme 1: Maßnahme zur Schaffung von Kaufanreizen

Tabelle 30 Modell: Community Food Co-ops - ECFI (Edinburgh Community Food Initiative)

Ort / Land	UK (Schottland)
Kontakt, Adresse	www.ecfi.org.uk Cara Gillespie, Interim Chief Executive ECFI, 22 Tennant Street, Edinburgh, EH6 5ND Tel:0131 467 7326, Fax:0131 467 7325, Email: admin@ecfi.org.uk
Zielgruppe	Familien
Hintergrund	<p>Ein im Jahr 1993 durchgeführter Bericht der Regierung zeigte, dass Kinder unter 5 Jahren in Familien mit niedrigem Einkommen mehr gesättigte Fette und Zucker essen und weniger Vitamine, Mineralstoffe und Ballaststoffe zu sich nehmen sowie geringeres Wachstum aufweisen.</p> <p>ECFI wurde 1996 gegründet, um Food Co-ops (gemeinnützige Verkaufsstellen von ernährungsphysiologisch hochwertigen Lebensmitteln zu niedrigen Preisen – Community Development Approach) zu unterstützen, und eine größere Anzahl und Auswahl von Nahrungsmittel-Initiativen zu etablieren und sicherzustellen, dass sie gesundheitsorientiert arbeiten. In Zusammenarbeit zwischen „City of Edinburgh Council“ und „Lothian NHS Board“ wird die Basis-Finanzierung für ECFI zur Verfügung gestellt. Zusätzliche Finanzierung durch div. Partner.</p> <p>Externe Faktoren, die positive Ernährungsumstellung verhindern: Zugang, Erhältlichkeit, Leistbarkeit, Befähigung und Verhalten.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung der Ungleichheiten im Bereich Gesundheit besonders in Bezug auf Ernährung • Förderung der Gleichheit und sozialen Gerechtigkeit • Unterstützung der Verfügbarkeit und Leistbarkeit von frischem, hochqualitativen Obst und Gemüse für Familien mit niedrigem Einkommen, Gemeinden, Organisationen, Kindertagesstätten und Kinderbetreuungseinrichtungen • Förderung der Qualifikation, des Wissens und Vertrauens in Bezug auf Nahrungsmittelthemen sowie den Umgang mit Lebensmitteln
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der Barrieren zum gesünderen Essverhaltens für Personen in Gebieten mit niedrigem Einkommen • <u>Provide & Promote Methode</u> – Große Auswahl an

	<p>hochqualitativem frischen Obst und Gemüse in lokalen Gemeinden, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen und anderen Projekten zu leistbaren Preisen zur Verfügung stellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Seasonal Promotion Programme</u> – Food Co-ops Einkäufern bewusst machen, welche Lebensmittel wann wachsen (Saison) • Unterstützung der Fähigkeiten, des Wissens, Vertrauens und Bewusstseins in Bezug auf Nahrungsmittel und Gesundheitsthemen: ECFI unterstützt eine große Anzahl an Gemeinde-Veranstaltungen, Konferenzen und Seminaren, unterstützt Ausbildung, Training und Gruppenarbeit und Workshops • <u>Kinder:</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>„HappyJack“</u> – gegründet durch „Sure Start“ 2004 Kochkurse mit Eltern (gesundes Essen und Hygiene) - <u>„Little Leithers Project“</u> 2006 gegründet und finanziert durch Leith Regeneration Outcome Agreement bis März 2008 Zielgruppe: Familien mit Kindern bis 5 Jahre – Förderung und Beeinflussung der Lebensmittelauswahl dieser Familien durch verschiedene Wege: <ol style="list-style-type: none"> 1. Trainings-Sessions 2. Little Leithers Bücherei 3. Gutschein-Schema (Mehrheit – Healthy Start Gutscheine) - <u>Growing Projects</u> „Apple treegrowing project“ in Schulen – „The Big Apple – An Orchard for Edinburgh“ Anpflanzung von nativen Apfelsorten, Unterricht über Bio-Diversität,ritisches Apfelerbe, Verkostung von verschiedenen Apfelsorten 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Verkaufszahlen in Food Co-ops und Teilnehmerzahlen bei Veranstaltungen sind messbar. Eindeutige Zielsetzung: Verbesserung des Ernährungswissens, Erhältlichkeit.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Teilnahme an der Durchführung z.B. Kochkurse mit Eltern, Trainingskurse, Gemeinde-Events. Projekte mit Kindern. Keine Teilnahme an Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	City of Edinburgh Council, Lothian NHS Board, (Lokale) Food Co-ops, Sure Start, Healthy Start, Craigmillar Partnership, Community Regeneration Forums, CEC Children, Family Department, Edinburgh Mela, Khush Dil project, British Heart Foundation. Regional und national sehr gut verzweigt.
Wirksamkeit	+++	Ca. 200 Bestellungen pro Woche. Keine Angaben über Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums.

Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Das Projekt besteht seit 1996.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Diverse Projekte könnten als Modell übernommen werden z.B. Growing Projects, Kochkurse mit Eltern, usw.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Diverse Projekte wie beispielsweise Kochkurse, Growing Projects könnten auch in Österreich umgesetzt werden. Aufbau und Vernetzung schon vorhandener Strukturen. Wer würde das Angebot von günstigem Obst und Gemüse sowie die Gutscheine finanzieren?

Literatur:

www.ecfi.org.uk

Tabelle 31 Modell: Healthy Start

Ort / Land	UK (England, Schottland, Wales, Nordirland)
Kontakt, Adresse	www.healthystart.nhs.uk Helpline: 0845 607 6823
Zielgruppe	Schwangere Frauen und Familien mit Kindern unter 5 Jahren, die finanzielle Unterstützung, einkommensbasiertes Arbeitslosengeld (income-based Jobseeker's Allowance), oder Steuergutschrift für Kinder (Child Tax Credit) mit einem Jahreseinkommen von höchstens £15,575 (2008/9) erhalten. Alle schwangeren Frauen unter 18 Jahren qualifizieren sich ebenfalls für dieses Programm, unabhängig davon, ob sie finanzielle Unterstützung erhalten.
Hintergrund	Besonders in der Schwangerschaft, der Stillzeit und in der Ernährung kleiner Kinder ist auf eine gesunde Ernährung mit erhöhtem Obst- und Gemüseanteil zu achten. Gesundheitsinterventionsprogramme mit dem Ziel, gesunde Ernährung bei Kindern zu fördern, sollten bereits mit dem Abstillen oder besser noch vor dem Abstillen beginnen und - für eine optimale Effektivität - auch eine Verbesserung der mütterlichen Ernährung zum Ziel haben (Harris, 2008). Eine aktuelle Studie des Healthy Start Projekts konnte bei 519 Kindern (durchschnittliches Alter 3,9 Jahre) zeigen, dass Ernährung einen Einfluss auf das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen hat (Williams und Strobino, 2008).
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Obst- und Gemüsekonsums von niedrigen Einkommenschichten • Positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens von Anfang an • Reduktion des Krankheitsrisikos besonders in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen • Reduktion des Gesamtfettgehalts in den Mahlzeiten und Snacks von Vorschülern auf unter 30 Energieprozent und Reduktion des Gehalts an gesättigten Fettsäuren auf unter 10 Energieprozent
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Förderungen in Form von Gutscheinen • Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheitsprofessionisten/innen • Unterstützung der Aufnahme von Obst und Gemüse, Milch und Formula-Milchnahrungen, des Stillens und Förderung der Aufnahme von Vitaminsupplementen • Ermöglichung eines frühen und engen Kontakts zwischen Gesundheitsprofessionalisten und Familien mit geringem Einkommen • <u>Gutscheine:</u> Gutscheine werden alle 4 Wochen mit der Post zugeschickt. Jeder Gutschein im Wert von £3.00 kann in registrierten Geschäften für Milch, frisches Obst und Gemüse sowie Formula-Milchnahrung eingelöst werden. Anspruch auf

	<p>Vitaminsupplemente wird auf die beigelegten Briefe gedruckt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwangere Frauen und Kinder zwischen 1 und 4 Jahren erhalten einen Gutschein im Wert von £3.00 pro Woche für jedes Kind / jede Schwangere - Babys unter einem Jahr erhalten 2 Gutscheine mit einem Gesamtwert von £6.00 - Frühgeborene erhalten 2 Gutscheine bis 1 Jahr nach dem erwarteten Geburtstermin. • Zusätzlich zu den Gutscheinen werden auch Beratung zu den Themen „gesundes Essen“, „Stillen“, „Säuglingsernährung“ und „Gebrauch der Gutscheine“ angeboten • Gesundheitsunterricht für Vorschüler hauptsächlich zum Thema Ernährung • Auf der Website von Healthy Start gibt es Gesundheitstipps und Informationen unter anderem zu Obst und Gemüse inklusive Rezepte 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Verringerung des Fettgehalts, Ernährungsinformation; Messbarkeit der eingelösten Gutscheine. Eindeutigkeit: Verringerung der koronaren Herzkrankheiten, Ernährungsgewohnheiten.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Verwendung der Gutscheine, Teilnahme an Beratungen. Direkter Kontakt mit Professionisten. Keine Teilnahme an Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheitsprofessionisten
Wirksamkeit	+++++	Healthy Start konnte den Gehalt an Fett und gesättigten Fetten in Mahlzeiten von Vorschülern reduzieren, ohne den Energiegehalt oder die Aufnahme an essenziellen Nährstoffen zu kompromittieren. Diese Ziele decken sich mit U.S Dietary Guidelines für Kinder über 2 Jahre (Williams et al, 2002). Es ist anzunehmen, dass die Senkung von Fetten, besonders gesättigten Fetten in der Nahrung positive Effekte auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungsrate haben kann. Das Ernährungsverhalten konnte somit positiv beeinflusst werden.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Durch Gutscheine gemeinsam mit Ernährungsbildung / Beratung – Schaffung von Kaufanreizen für Obst und Gemüse. Das Projekt besteht seit ca. 10 Jahren.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Genauere Auflistung, wer welche Gutscheine bekommt.

		Gesundheitstipps und Informationen zu Obst und Gemüse, Rezepte auf der Homepage.
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Beratungen könnten durchgeführt werden. Finanzierung der Gutscheine?

Literatur:

Harris G. Development of taste and food preferences in children. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2008;11(3):315-9.

Williams CL, Bollella MC, Strobino BA, Spark A, Nicklas TA, Tolosi LB, Pittman BP "Healthy-start": outcome of an intervention to promote a heart healthy diet in preschool children. *J Am Coll Nutr.* 2002; Feb;21(1):62-71.

Williams CL, Squillace MM, Bollella MC, Brotanek J, Campanaro L, D'Agostino C, Pfau J, Sprance L, Strobino BA, Spark A, Boccio L. Healthy Start: a comprehensive health education program for preschool children. *Prev Med.* 1998;27(2):216-23.

Williams CL, Strobino BA. Childhood diet, overweight, and CVD risk factors: the Healthy Start project. *Prev Cardiol.* 2008;11(1):11-20.

www.healthystart.nhs.uk

Tabelle 32 Modell: WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children

Ort / Land	USA
Kontakt, Adresse	http://www.fns.usda.gov/wic/ verschiedene Ansprechpartner in div. state agencies: http://www.fns.usda.gov/wic/Contacts/statealpha.HTM
Zielgruppe	Einkommensschwache schwangere, stillende und nicht stillende Frauen sowie Säuglinge und Kinder bis zu 5 Jahren mit dem Risiko einer mangelhaften Ernährung. <u>Teilnehmer (April 2006):</u> 8.772.218 Frauen, Säuglinge, Kinder (FNS, USDA, 2007): <ul style="list-style-type: none"> - Schwangere: 11 % - Stillende: 7 % - Postpartum: 7 % - Säuglinge: 26 % - Kleinkinder (1 – 3 Jahre): 41 % - Kinder (4 Jahre): 8 %
Hintergrund	Das „Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children“ (WIC) bietet bundesstaatliche Subventionen an Staaten der USA. Subventioniert werden ergänzende Lebensmittel, Gesundheitsvorsorgeempfehlungen und Ernährungsausbildung für einkommensschwache schwangere, stillende und nicht stillende Frauen sowie für Säuglinge und Kinder bis zu 5 Jahren mit dem Risiko einer mangelhaften Ernährung. WIC wurde 1972 als Pilotprogramm etabliert und 1974 dauerhaft eingeführt.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Kaufanreizen • Förderung des Obst- und Gemüsekonsums von Personen niedrigerer sozialer Schichten • Positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens von Anfang an
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>4 Interventionsgruppen:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ernährungsausbildung über den Gebrauch, Lagerung und Nährwert von Obst und Gemüse 2. Verteilung von Gutscheinen auf Wochenmärkten 3. Ernährungsausbildung und Gutscheine 4. Keine Intervention • <u>Gutscheine:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bundesstaatliche Subventionen (Lebensmittelgutscheine) für Lebensmittel, Gesundheitsvorsorgeempfehlungen und Ernährungsausbildung für einkommensschwache schwangere, stillende und nicht stillende Frauen sowie für Säuglinge und Kinder bis zu 5 Jahren mit dem Risiko einer mangelhaften Ernährung <p><u>Gutscheine für Obst und Gemüse (Department of Agriculture, 2007):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kinder (1 – 4 Jahre):</i> \$ 6.00 in Barwert-Gutscheinen

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Schwangere und teilweise Stillende</i> (bis zu 1 Jahr postpartum): \$ 8.00 in Barwert-Gutscheinen - <i>Postpartum</i> (bis zu 6 Monaten postpartum): \$ 8.00 in Barwert-Gutscheinen - <i>Vollstillende</i> (bis zu 1 Jahr postpartum): \$ 10.00 in Barwert-Gutscheinen • <u>Minimale Anforderungen und Spezifikationen für ergänzende Lebensmittel am Beispiel Obst und Gemüse (frisch und verarbeitet) (Department of Agriculture, 2007):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Jedes frische Obst (ganz oder geschnitten) ohne zugesetztem Zucker - Jedes frische Gemüse (ganz oder geschnitten), mit Ausnahme von weißen Kartoffeln, ohne zugesetztem Zucker, Fetten oder Ölen (Süßkartoffeln sind erlaubt) - Jedes Dosenobst inklusive Apfeloße, Saftpackung, Wasserpäckung ohne zugesetztem Zucker, Fetten, Ölen oder Salz (Natrium). Jedes gefrorene Obst ohne zugesetztem Zucker - Jedes Gemüse in Dosen oder gefrorenes Gemüse mit Ausnahme von weißen Kartoffeln (Süßkartoffeln sind erlaubt) ohne zugesetztem Zucker, Fetten oder Ölen mit normalem oder niedrigerem Salzgehalt - Jedes getrocknete Obst oder Gemüse ohne zugesetztem Zucker, Fetten, Ölen oder Salz (Natrium) • Laut U.S. Department of Agriculture (USDA) soll der Kauf von dunkelgrünem Blattgemüse oder orangem Gemüse nicht angeordnet werden, damit die Teilnehmer den größtmöglichen Zugang zu Obst und Gemüse haben. Jedoch soll der ernährungsphysiologische Wert dieser speziellen Lebensmittel in der WIC Ernährungsausbildung vermittelt werden. • Die Richtlinie gibt Staaten, die das WIC-Programm auf lokaler Ebene ausführen, die Berechtigung, dass auch auf Wochenmärkten die WIC-Gutscheine akzeptiert werden. • Gutscheine werden nicht länger für den Kauf von Säften, inklusive Obst- und Gemüsesäften, für Säuglinge unter 6 Monaten angeboten. Die Kommission erwartet, dass die Lebensmittel als Ganzes zur Verfügung gestellt werden. Saftanteile für Kinder von 1 – 4 Jahren werden ebenfalls reduziert. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Ergebnisse wurden evaluiert und publiziert.
Partizipation (aktives Betiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Beteiligung der Zielgruppe bei der Durchführung, nicht bei der Planung. Teilnehmer (April 2006): 8.772.218 Frauen, Säuglinge, Kinder.

Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheitsprofessionisten/innen.
Wirksamkeit	+++++	Durch Ernährungsinformation über ein halbes Jahr konnte der tägliche Obst- und Gemüsekonsum der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöht werden (P = 0,002). Unterschiede blieben auch nach einem Jahr follow-up signifikant (P = 0,004) (Havas et al., 1998). Ein maximaler Effekt konnte durch eine Intervention mit Kombination beider Maßnahmen (Ernährungsinformation und Gutscheine) erreicht werden (Anderson, 2001).
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Projekt wurde bereits 1972 etabliert, hat sich gehalten und erweitert. Durch Gutscheine und Ernährungsbildung – Schaffung von Kaufanreizen für Obst und Gemüse.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Genaue Auflistung der Food Packages und Gutscheine.
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Finanzierung der Gutscheine? Flächendeckendes Angebot wäre vorteilhaft. Interventionen könnten übernommen werden.

Literatur:

Anderson J. 5 A Day Fruit and Vegetable Intervention Improves Consumption in a Low Income Population. J Am Diet Assoc. 2001; 101:195-202.

Department of Agriculture. Food and Nutrition Service. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC): Revisions in the WIC Food Packages; Interim Rule. 7 CFR Part 246. Federal Register. December 6, 2007; 234: 68966-69032.

FNS, USDA. WIC Participant and Program Characteristics 2006: Summary. Office of Research, Nutrition and Analysis. 2007; 1-5.

Havas S, Anliker J, Damron D, Langenberg P, Ballesteros M, Feldman R. Final results of the Maryland WIC 5-A-Day Promotion Program. Am J Public Health. 1998; 88(8): 1161-7.

<http://www.fns.usda.gov/wic/>

Tabelle 33 Modell: Coventry 5 A Day Initiative

Ort / Land	Coventry, UK
Kontakt, Adresse	www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/FiveADay/ FiveADayGeneralInformation/DH_4084361 Helene Heath - 5 A DAY Co-ordinator - 024 7624 6574 Dietetic Department Coventry & Warwickshire Hospital
Zielgruppe	Familien mit Kindern unter 5 Jahren
Hintergrund	<p>Eine Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums kann dazu beitragen, das Krankheitsrisiko wie beispielsweise Herzkrankheiten, Diabetes und Krebserkrankungen zu senken und somit die finanzielle Last des nationalen Gesundheitssystems zu reduzieren. Familien mit Kindern unter 5 Jahren wurden als Zielgruppe ausgewählt, da besonders im jungen Alter erlerntes Verhalten ein Leben lang beibehalten wird.</p> <p>Laut WHO besteht Evidenz, dass die Erhöhung der Aufnahme einer Portion Obst und Gemüse mit einer 20 prozentigen Senkung der Gesamtmortalität einhergeht (WHO/FAO, 2003).</p> <p>Um die Gesundheitsziele (Reduktion der Prävalenz von ernährungsabhängigen nicht-übertragbaren Krankheiten, Umkehrung des Adipositas-Trends bei Kindern und Erwachsenen, Reduktion der Prävalenz von Mikronährstoffmangel, Reduktion der Inzidenz von Lebensmittelinfektionen) des Zweiten Aktionsplans der WHO 2007 – 2012 zu erreichen, wird von der WHO unter anderem eine Aufnahme von mindestens 400 g Obst und Gemüse pro Tag empfohlen (WHO/FAO, 2003; WHO, 2008).</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> Familien mit Kindern unter 5 Jahren eine erhöhte Aufnahme an Obst und Gemüse zu ermöglichen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> Gutscheine, um frisches, gefrorenes, getrocknetes oder Dosenobst und -gemüse sowie frischen Fruchtsaft zu kaufen. Zu jedem Gutschein wurde eine 5 A Day Portionsbroschüre beigelegt. In den Supermärkten wurden am Point of Sale gratis Broschüren, Tragtaschen sowie Rezeptkarten und Anleitungen, wie man Obst und Gemüse in Mahlzeiten einbauen kann, angeboten. Ein lokaler Obst- und Gemüseladen lieferte für 50 Pence Obst und Gemüse an Personen, die aufgrund von Behinderungen usw. das Geschäft nicht erreichen konnten. Das Programm wurde von New Opportunities Fund finanziert. <u>Gutscheine:</u> Die Familien erhielten einen £ 2.00 Gutschein. Zu Beginn des Programms mussten die Familien £ 4.00 von ihrem eigenen Geld für Obst und Gemüse ausgeben, bevor sie den Gutschein einlösen konnten. Da Evaluierungen zeigten, dass £ 4.00 zu hoch war, wurde der Betrag, ab der die Gutscheine eingesetzt werden konnten, auf £ 2.00 reduziert.

	<ul style="list-style-type: none"> Während der Vergabe der Gutscheine wurde eine große 5 A Day Promotion durchgeführt (Bus & Bushaltestellen, Werbetafeln, Radio). 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Aufgrund der Einlösung der Gutscheine gut messbar aber kein Vorher-Nachher-Vergleich möglich.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Verwendung der Gutscheine und Informationsmaterialien. Keine Beteiligung an der Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Zusammenarbeit mit Regierung, Handel, Medien und mit der Gemeinde selbst.
Wirksamkeit	k. A.	
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Gutscheinhöhe sowie Promotionen bekannt. Angabe, wer welche Gutscheine bekommt, sowie genaue Durchführung nicht bekannt.
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Finanzierung der Gutscheine? „5 a Day“-Promotionen könnten übernommen werden.

Literatur:

WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation, January 28 - February 1, 2002, Geneva, World Health Organ Tech Rep Ser 2003; 916: i-viii, 1-149.

WHO. Proposed Second European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007 – 2012. 2008. 1-28.

www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/FiveADay/FiveADayGeneralInformation/DH_4084361

Maßnahme 2: Maßnahme zur Obstpromotion in Kindertagesstätten

Tabelle 34 Modell: Free Fruit in School Scheme

Ort / Land	Schottland (UK)	
Kontakt, Adresse	<p>www.scotland.gov.uk PO Box 777 London SE1 6XH Tel: 0870 155 54 55 Fax: 01623 724 524 Mail: sfvs@supplychain.nhs.uk</p>	
Zielgruppe	<p>Schüler in der ersten und zweiten Schulstufe. Teile des Konzepts können auf Krabbelstuben und Tagesmütter umgelegt werden.</p>	
Hintergrund	<p>Verbesserung der kindlichen Ernährung kann einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder mit positiven Ergebnissen in der Ausbildung, physisches Wohlbefinden und somit eine Verbesserung des späteren Lebens haben. Gesundes Ernährungsverhalten, das bereits in der Kindheit angelernt wird, hat Einfluss auf eine gesündere Ernährung im späteren Leben. Die Initiative ist eine zusätzliche Maßnahme zu den Empfehlungen des Expertenausschusses von Hungry for Success und ein positives Beispiel für die Vernetzung verschiedenster Initiativen.</p>	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Obstverzehrs bei Kindern • Die Initiative soll bereits bei Kindern die Gewohnheit Obst zu essen, anregen und von fett-, zucker- oder salzreichen Alternativen abraten und somit auch zu einer Verbesserung der Zahngesundheit beitragen. 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Scottish Executive hatte £ 2m pro Jahr für die Jahre 2003/04 bis 2005/06 für die Einführung der Free Fruit Initiative zur Verfügung gestellt. • Zur Verfügung Stellung von einer Portion Obst 3 x wöchentlich während der Schulzeit an alle Primary 1 und Primary 2 Schüler in den öffentlichen Schulen - in drei Einrichtungen erhielten die Schüler 1 Portion Obst 5 Tage die Woche. • Entweder Schulcatering oder lokale Lieferanten stellten Obst zur Verfügung - in den meisten Gebieten wurde das Obst durch einen lokalen Obst- und Gemüsegroßhändler zur Verfügung gestellt. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Scottish Centre for Social Research (ScotGen) wurde durch Schools Group Analytical Service Unit im Education Department of the Scottish Executive beauftragt, die Einführung der Free Fruit in Schools

		Initiative in Schottland zu evaluieren. Projekt wurde evaluiert. (510 Volksschulen – 458 Fragebögen retourniert – Antwortrate von 90 %).
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Teilnahme von 510 Volksschulen. Vertreter einzelner Berufsgruppen sowie Eltern- und Schüler-Vertretung wurden in die Planung involviert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Schottische Regierung, Local authority professionals, Mitarbeiter in Schulen.
Wirksamkeit	+++++	<u>Bericht 2005:</u> Die Mehrheit der Schulen berichteten einen positiven Effekt der Gratis-Obst-Aktion in Hinblick auf höheren Obstkonsum und Förderung einer gesunden Ernährung. Positiven Einfluss auch auf Snacking. Kinder, die nie Obst gegessen hatten oder nur eine geringe Auswahl an Obst aßen, fanden Gefallen an neuen Geschmäckern. <u>Bericht 2007:</u> Signifikant höherer Obst- und Gemüsekonsum zwischen 2005 und 2007. Kinder essen durchschnittlich 4.41 Portionen pro Tag vgl. mit 3.65 im Jahr 2004; 44 % erreichten das '5 A DAY' Ziel vgl. mit 32 % im Jahr 2004. Signifikante Erhöhung des Gemüsekonsums (von 1,61 auf 2,14 Portionen); Erhöhung des Obstkonsums war ebenfalls signifikant, jedoch geringer. Verringerung des Snack-Konsums, jedoch nicht signifikant.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Projekt besteht seit ca. 5 Jahren. Eine Erweiterung auf höhere Schulstufen und eine Erhöhung der Häufigkeit des Angebots an Obst und Gemüse pro Woche ist in Planung.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Laut Evaluationsbericht. Top-Down / Flächendeckend?
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Finanzierung / Förderung von Gratisobst?

Literatur:

National Foundation for Educational Research. The further evaluation of the school fruit and vegetable scheme. May 2007; 1-74.

Scottish Executive Social Research. Evaluation of Free Fruit in Schools Initiative. 2005; 1-67.

www.scotland.gov.uk

Maßnahme 3: Maßnahme zur Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums im Rahmen des Außer-Haus-Verzehrs

Tabelle 35 Modell: Hungry for Success Schottland

Ort / Land	Schottland (UK)
Kontakt, Adresse	<u>Chairman</u> : Michael O'Neill, Director of Education, North Lanarkshire Council, also representing the Association of Directors of Education in Scotland www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16273/17566
Zielgruppe	Volksschulen, Schulen für schwer erziehbare Kinder sowie Kinder mit einer Beeinträchtigung, Hauptschulen und Gymnasien. Teile dieses Konzepts können auf die Verpflegung in Kindertagesstätten und für die Verpflegung durch Tagesmütter herangezogen werden.
Hintergrund	Die Initiative „Hungry for Success“ wurde von der schottischen Regierung als Antwort auf die besorgniserregenden Gesundheitsstatistiken im Bereich Kinder und Jugendliche ins Leben gerufen. Die schottische Bevölkerung ernährt sich zu fett-, zucker- und salzreich und hat einen niedrigen Verbrauch an Obst und Gemüse. Schulverpflegung sollte als Schlüsselaspekt der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung gesehen werden. Eine Verbesserung der Ernährung im Kindes- und Jugendalter kann maßgeblich an der Verbesserung der Gesundheitssituation der Kinder beitragen und positive Auswirkungen auf den Lernerfolg und das gesamte spätere Leben haben.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von „5 a day“-Initiativen. Obst und Gemüse soll in den ersten zwei Schulstufen drei Mal wöchentlich kostenlos an alle Kinder ausgegeben werden • Günstige Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten und des Ernährungsverhaltens • Verbesserung der Schulverpflegung, um die allgemeine Aufnahme gesunder Lebensmittel zu verbessern • Eliminierung von Stigmata, die im Zusammenhang mit Gratis-Schulverpflegung entstehen kann • Förderung der Nutzung des Angebots durch die Kinder, sowie Anregung, neue Lebensmittel zu probieren • Aufzeigen eines Zusammenhangs zwischen Armut und schlechtem Gesundheitszustand • Aufbau von Breakfast Clubs. Dieses Angebot soll vor allem für Kinder aus ärmeren Verhältnissen zugänglich sein • Umstrukturierung des Schulbuffets

	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung von Getränke- und Speiseautomaten in Schulen • Einführung von Lehrmaterialien und Lehrmethoden zur gesunden Ernährung und Verankerung des Themas Ernährung im Lehrplan • Involvierung von Eltern in Ernährungsthemen • Einführung von Belohnungsschemata auf Basis gesunder Lebensmittel • Optimierung von Schulmilchinitiativen • Entwicklung von Trinkwasserinitiativen zur Anregung der Flüssigkeitsaufnahme 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Situationsanalyse • Literaturrecherche zum Thema Ernährungsgewohnheiten von Kindern • Erstellung von Ernährungsrichtlinien (Guidelines) für Schulausspeisungen • Erstellung von Richtlinien für Caterer • Entwicklung von Evaluierungsmethoden sowie Lösungsansätzen für ein ganzheitliches Projekt • Information von Landesregierungen, Schulen, Caterern in einer landesweiten Workshop-Serie • Einholung von Informationen über Förderungsmöglichkeiten • Schulung relevanter Berufsgruppen im Bereich Catering • Entwicklung eines Gesundheitsprogramms, einer Gesundheitsstrategie und spezifischer Health Promotion Aktivitäten • Ernährungsthemen wurden interdisziplinär in allen Fächern diskutiert • Entwicklung von Schul-Newsletter zum Thema Gesundheit und Ernährung sowie diverse Broschüren 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Es wurde ein Mechanismus für das Monitoring der Standards entwickelt. Eindeutige Vorgaben zur Erreichung gesetzter Ziele in einzelnen Jahren. Evaluationsbericht.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Alle Schulen haben an der Einführung gearbeitet und alle Volksschulen haben die Empfehlungen umgesetzt. Mit Vertretern aus den Schulen und Familien wird ständig kommuniziert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Director of Education, Scottish Food and Health Coordinator, Ernährungsexperten, Education Authorities, Lehrer, Schulcaterer, Mitglieder des Health Education Board Schottland, Schulinspektorat, Mitglieder der Food Standards Agency, Mitglieder der Children's Agency, Vertreter der Regierung, Vertreter des NHS (National Health

		Service). Enge Zusammenarbeit mit anderen Initiativen.
Wirksamkeit	+++++	Schüler konnten ihr Wissen zu Ernährungsthemen signifikant erhöhen und waren in der Lage, die Grundsätze einer gesunden Ernährung zu diskutieren (siehe Evaluationsbericht).
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Wird eine Umstellung des Ernährungsverhaltens in der Zielgruppe erreicht und werden Grundprinzipien der gesunden Ernährung in diesem Alter vermittelt, können positive Verhaltensmuster bis ins Erwachsenenalter mitgetragen werden. Langzeitplanung für das Projekt ist vorhanden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Projektbericht Veröffentlichung eines Reports und Verteilung an Schulen, der Selbstevaluierung stark vereinfacht hat.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Die Projektidee muss erst auf die Zielgruppe und österreichische Strukturen adaptiert werden.

Literatur:

Hitthaller A, Umfahrer-Pirker U. Hungry for Success – ein ganzheitlicher Ansatz zur Gesundheitsförderung: Schwerpunkt Ernährung in Schulen (nach einem schottischen Modell). 1-7.

Hungry for Success: A Whole School Approach to School Meals in Scotland. Final Report of the Expert Panel on School Meals; November 2002.

www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16273/17566.

Maßnahme 4: Maßnahme zur Verbesserung des Ernährungswissens und -verhaltens

Tabelle 36 Modell: Daycare Programm zur Prävention von Adipositas

Ort / Land	Miami Dade County, USA
Kontakt, Adresse	American Heart Association http://americanheart.mediaroom.com/index.php?s=43&item=361 Sarah E. Messiah, Ph.D., M.P.H., lead author der Studie und research assistant professor der Division of Pediatric Clinical Research, University of Miami, Miller School of Medicine
Zielgruppe	2- bis 5-jährige Kinder Die Kinder kamen aus Familien mit geringem Einkommen aus 8 Kinderbetreuungsstätten in Miami Dade County.
Hintergrund	Das Interventionsprogramm für Vorschulkinder wurde am 12. März 2008 bei der Nutrition, Physical Activity and Metabolism Conference 2008 der American Heart Association vorgestellt. Bereits Kinder unter 7 Jahren erfahren Gesundheitskonsequenzen infolge von Übergewicht. Interventionen sind somit so früh wie möglich anzusetzen und sollten die gesamte Familie involvieren. Kinder, besonders aus ärmeren Vierteln in Großstädten, verbringen viele Stunden in der Vorschule, was diese zu einem signifikanten Einflussfaktor vieler Aspekte ihres Lebens macht. Ebenso sind die Kinder in diesem Alter in Bezug auf die Ernährungs- und Bewegungsauswahl von ihren Eltern abhängig. Somit sollte auch das Umfeld zu Hause mitberücksichtigt werden. Der Zugang zu einer großen Auswahl an Obst und Gemüse (zu Hause) scheint bei Kindern wichtig für die Entwicklung der Präferenzen für diese Lebensmittelgruppen zu sein. Elterliches Wissen, Einstellung und Verhalten zu gesunder Ernährung und Bewegung sind wichtige Determinanten in der Schaffung der Vorbildrolle der Eltern (WHO/FAO, 2003).
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Adipositas • Etablierung eines gesunden Ernährungsverhaltens mit einem hohen Anteil an Obst und Gemüse, wenig gezuckerte Getränke und Verwendung von fettarmer Milch
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionsgruppe: 6-monatiges zweistufiges schul- und heimbasiertes Adipositaspräventionsprogramm (Mahlzeiten-Modifikationen und Ernährungsbildung): <u>Schule:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Wasser als bevorzugtes Getränk - nur Magermilch oder Milch mit 1 % Fett - begrenzt Säfte und andere gesüßte Getränke - so viel wie möglich Obst und Gemüse in Snacks

	<p><u>Familie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - monatliche Abendessen mit Eltern um sie über Nährwertangaben, Ernährungspyramide und Portionsgrößen zu informieren - Newsletters (schlechte Esser, gesunde Kochtipps, gesundes Fast Food, Rezepte für gesunde Snacks) - Aktivitäten zu Hause (Probieren von verschiedenen Gemüsearten und verschiedenen Arten fettarmer Milch) - Vergleich der Daten der Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Ergebnisse wurden evaluiert und publiziert. Obst- und Gemüsekonsum konnte um 25 % erhöht werden.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Teilnahme der Zielgruppe bei Durchführung, nicht bei der Planung. Einbezug des Settings Familie.
Vernetzung relevanter Beteiligter	k. A.	
Wirksamkeit	+++++	Das Interventionsprogramm konnte dazu beitragen, den frühen Trend in Richtung Adipositas vorzubeugen und ein gesundes Ernährungsverhalten bei 2- bis 5-Jährigen zu etablieren. Verglichen mit der Kontrollgruppe aßen die Kinder der Interventionsgruppe am Ende der Intervention weniger Junk Food, mehr frisches Obst und Gemüse und tranken statt Säften mehr Wasser und konsumierten, mehr Milch mit 1 % Fett. In der Interventionsgruppe konnte unter anderem der Konsum von frischem Obst und Gemüse um 25 % erhöht werden, während er in der Kontrollgruppe sank.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	Derzeit wurde die Studie nur 6 Monate durchgeführt. Weitere Vorgehensweise oder Nachbetreuung nicht bekannt.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Interventionen in der Schule und in den Familien können übernommen werden. Genaue Unterlagen jedoch nicht bekannt.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Mahlzeiten-Modifikation und Ernährungsbildung könnten in Österreich umgesetzt werden.

Literatur:

American Heart Association. "Preschoolers Benefit From Daycare Program To Prevent Obesity, Study Shows." ScienceDaily 12 March 2008. 24 June 2008
<http://www.sciencedaily.com/releases/2008/03/080312115432.htm>

WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation, January 28 - February 1, 2002, Geneva, World Health Organ Tech Rep Ser 2003; 916: i-viii, 1-149.

<http://americanheart.mediaroom.com/index.php?s=43&item=361>

Tabelle 37 Modell: INFANT – The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial - ein Interventionsprogramm zur Prävention von Adipositas bei Kindern

Ort / Land	Victoria, Australien
Kontakt, Adresse	Karen Campbell Centre for Physical Activity and Nutrition Research, Faculty of Health, Medicine, Nursing and Behavioral Sciences, Deakin University, Victoria, Australia. karen.campbell@deakin.edu.au
Zielgruppe	600 Erwachsene, die zum ersten Mal Eltern wurden und ihre Neugeborenen im Alter ab 3 bis hin zu 18 Monaten.
Hintergrund	Verschiedenste Faktoren spielen eine Rolle in der Entwicklung adipositasfördernden Verhaltens wie beispielsweise schlechte Ernährungsgewohnheiten (z.B. hohe Aufnahme an Soft-Drinks, geringe Aufnahme an Obst und Gemüse), wenig Bewegung und sitzende Lebensweise. Diese Gewohnheiten werden meist bis ins Erwachsenenalter beibehalten. Eltern spielen in der Förderung kindlichen Essverhaltens inklusive der Obst- und Gemüseaufnahme eine wesentliche Rolle. Es konnte gezeigt werden, dass bei Kindern zwischen 2 und 6 Jahren der elterliche Obst- und Gemüsekonsum der stärkste Prädiktor für die Aufnahme dieser Lebensmittelgruppen bei den Kindern war (Cooke et al., 2004).
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Neben Erhöhung der Bewegungszeit, Verringerung des Fernsehkonsums sowie der schrittweisen Reduktion des Body-Mass-Index, soll bei den Kindern der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe der Obst- und Gemüsekonsum erhöht und die Aufnahme von Verdünnsäften, Soft-Drinks und Säften sowie energiereichen Snacks verringert werden. • Mindestziel soll eine 25 prozentige Erhöhung des Gemüseverzehrs sein. • Bei den Eltern der Interventionsgruppe soll im Gegensatz zur Kontrollgruppe unter anderem die Häufigkeit, mit der sie ihren Kindern Obst, Gemüse und Milch anbieten, erhöht werden • Weiters soll das Wissen der Eltern über die Fütterung, Bewegung und sitzende Lebensweise der Kinder verbessert werden und eine positive Einstellung bezüglich des Einflusses der Eltern auf die Verhaltensweisen der Kinder vermittelt werden • Einführung von Fütterungsstrategien im Hinblick auf eine gesunde Ernährung. Möglichkeiten für Erhöhung der Bewegung und Verringerung von sitzender Lebensweise
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Die cluster-randomisierte kontrollierte Infant Feeding Activity and Nutrition Trial (INFANT) wird derzeit an 600 Erwachsenen, die zum ersten Mal Eltern wurden und an ihren Neugeborenen im Alter ab 3 bis hin zu 18 Monaten durchgeführt. • Die Intervention wird von einem Diätspezialisten durchgeführt und besteht aus 6 Einheiten in 3-Monatsintervallen. Sie beinhaltet unter anderem kurze didaktische Einheiten, Gruppendiskussionen und peer support, Untersuchung von

	<p>wahrgenommenen Barrieren, Einsatz von visuellen und geschriebenen Mitteilungen, follow-up von Mitteilungen per SMS oder Mail.</p> <ul style="list-style-type: none"> Finanzierung durch National Health und Medical Research Council Grant No. 425801 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Mindestziel (25 prozentige Erhöhung des Gemüseverzehrs) bekannt. Intervention wird evaluiert.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Teilnahme an der Durchführung, nicht an der Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	80 Mutter-Kind-Zentren in 39 Regionen, Gesundheitsprofessionisten.
Wirksamkeit	k. A.	Noch nicht bekannt.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Noch nicht bekannt – Intervention wird derzeit durchgeführt. Die Intervention ist auf längere Zeit geplant. Nach zusätzlicher Finanzierung wird gefragt, um Follow-up für Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu sichern.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Das Wissen und die Fähigkeiten die für die Ernährungswissensvermittlung benötigt werden, können leicht auf Mutter-Kind-Pfleger/-innen und andere vergleichbare Gesundheitsprofessionalisten/-innen übertragen werden. Ganz genaue Vorgehensweise fehlt jedoch.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Umsetzung in Österreich scheint möglich, muss aber durch genaue Ist-Analyse noch ermittelt werden.

Literatur:

Campbell K, Hesketh K, Crawford D, Salmon J, Ball K, McCallum Z. The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial (INFANT) an early intervention to prevent childhood obesity: cluster-randomised controlled trial. BMC Public Health. 2008; 8: 103.

Cooke LJ, Wardle J, Gibson EL, Sapochnik M, Sheiham A, Lawson M. Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. Public Health Nutr. 2004;7(2):295-302.

Tabelle 38 Modell: NEAT – Nutrition Education Aimed at Toddlers

Ort / Land	Michigan, USA
Kontakt, Adresse	<p>http://nursing.msu.edu/neat/nutritionresearch.asp Kate Smith, RN, Projektmanagerin Toddler-Parent Nutrition Research Office B 510-5 West Fee Hall Michigan State University, College of Nursing East Lansing, MI 48824 Phone: 517-355-6744 Fax: 517-355-5002</p>
Zielgruppe	<p>Einkommensschwache Eltern von Kleinkindern im Alter zwischen 11 und 36 Monaten in ländlicher Bevölkerung. Teilnehmer: Familien mit niedrigem Einkommen aus dem Early Head Start (EHS)* – Programm aus 28 Bezirken aus Michigan (USA). Baseline-Interview: 135 Familien (Interventionsgruppe: 62; Kontrollgruppe 73) Letztes Follow-up: 96 Familien (71 %) (Interventionsgruppe: 43; Kontrollgruppe 53).</p>
Hintergrund	<p>1969 bezeichnete die White House Conference on Food, Nutrition, and Health die Ernährung von Kleinkindern als hohe Priorität. Ca. 30 Jahre später hat sich die schlechte Ernährungssituation von Kleinkindern und Vorschulkindern nicht wesentlich verbessert. Besonders in ländlicher und innerstädtischer Umgebung gibt es einen hohen Anteil an armen Familien – und diese Familien tendieren zu einer schlechten Ernährungsweise und zu Gewichtsproblemen. Deshalb sind effektive Strategien zur Förderung einer gesunden Ernährungsweise vonnöten. Zur Verbesserung des Gesundheitsstatus von Familien in ländlichen Gegenden mit geringem Einkommen bedarf es Bemühungen, welche sie befähigt, ihr Gesundheits- und Ernährungsverhalten positiv zu beeinflussen.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Ernährungswissens und –verhaltens • Entwicklung von Unterrichtsmaterialien zur Benutzung für Early Head Start Lehrer/-innen, für Professionalisten/-innen, die in Interventionsprogrammen arbeiten, für Eltern, damit sie ihr Wissen in Bezug auf die Ernährung ihrer Kleinkinder verbessern • Verbesserung der Entwicklung von Selbstregulierung des Ernährungsverhaltens
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungslektionen für Eltern und strukturierte wiederholende, unterstützende Aktivitäten über einen Zeitraum von 6 Monaten • Design: Vergleiche über 3 Messzeitpunkte zwischen Interventions- und Kontrollgruppe • Rekrutierung und Datensammlung: Einzelbefragung mit zusätzlichen Beobachtungen jedes

	<p>Teilnehmers zu Hause</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Ein Besuch beinhaltet:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Aufzeichnung einer Mahlzeitenbeobachtung - 24-Stunden-Recall - Fragebogen aller selbst berichteten Messungen • Ein zweiter 24-Stunden-Recall (Eltern und Kinder) erfolgte per Telefon 2 Wochen nach dem ersten Besuch. • Diese Datensammlung wurde nach 4 Wochen (nach der Gruppenintervention) und nach 6 Monaten (nach Beendigung der wiederholenden unterstützenden Aktivitäten) wiederholt. • <u>Leistungsauszahlung:</u> \$ 10.00 bei den ersten 2 Besuchen und \$ 20.00 bei der letzten Befragung • Intervention: <ul style="list-style-type: none"> <u>4 gruppenbasierte Ernährungslektionen:</u> Entwicklung der Kinder und Nahrungsmittelsicherheit Nahrungsmittelvielfalt und Mahlzeitenverhalten positive Handhabung mit Essen und Mahlzeitenverhalten zugeschnittene Mahlzeiten für kleine Kinder und Zeit 4 bis 5 Teilnehmer je Klasse; wöchentlich je 90 Minuten durch geschulte Ernährungsfachleute aus County Extension Programs • Erzieher: Videokassetten, Hand-outs • Eltern und Kinder: Food tasting, Nahrungsmittelzubereitung, family eating time • <u>18 individuelle strukturierte wiederholende Aktivitäten</u> Kognitive und affektive Aktivitäten, wöchentlich ca. 10 Minuten während eines Besuchs bei den Familien • <u>Beispiel: Tipps für Eltern, um den Gemüsekonsum der Kleinkinder zu fördern (NEAT ACYF, 2006b):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bieten Sie eine Auswahl an Gemüsesorten, die Ihr Kind mag sowie auch neue Sorten an. - Bieten Sie mindestens eine Gemüsesorte zu jeder Hauptmahlzeit an. - Es ist in Ordnung, wenn Ihr Kind nicht das ganze Gemüse isst oder es ausspuckt. Wichtig ist, einen neuen Geschmack kennen zu lernen. Sagen Sie „Das ist großartig! Du hast ein neues Lebensmittel gekostet. Vielleicht nächstes Mal, wenn du größer bist, wirst du es mögen“. - Vermeiden Sie verschiedene Gemüsearten zu vermischen, wie beispielsweise Erbsen und Karotten. - Bieten Sie Gemüse beim ersten Mal nicht gewürzt an. - Schneiden und bereiten Sie Gemüse in lustigen Formen zu. - Lassen Sie Ihre Kinder beim Gemüsewaschen mithelfen. - Dämpfen oder kochen Sie hartes Gemüse, um Erstickungsgefahr zu vermeiden.
--	---

Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Ergebnisse wurden evaluiert und publiziert.
Partizipation (aktives Beweilen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Beteiligung der Zielgruppe bei Durchführung (Eltern bekamen jedoch Leistungsauszahlung für die Teilnahme). Teilnehmer: 135 Familien in 28 Counties durch EHS Partner. Keine Beteiligung an der Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Zusammenarbeit mit Early Head Start (EHS)*
Wirksamkeit	++++	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Erhöhung des Ernährungswissens und (nicht signifikante) Verringerung des Fernsehens während dem Essen in der Interventionsgruppe. • Sowohl Eltern der Interventions-, als auch der Kontrollgruppe hatten positive Einstellung und fühlten sich selbstbewusst hinsichtlich der Ernährung ihrer Kinder. <p>Genauere Beschreibung der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer der Interventionsgruppe hatten zu Beginn ein geringeres durchschnittliches Wissen als die Kontrollgruppe. Das Wissen erhöhte sich nach der Intervention, überholte die Kontrollgruppe und steigerte sich weiter nach den wiederholenden, unterstützenden Aktivitäten (<i>Abbildung 1</i>). • Verringerung des Fernsehens während dem Essen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (nicht signifikant: $p=0,077$). • Sowohl Eltern der Interventions-, als auch der Kontrollgruppe hatten positive Einstellung und fühlten sich selbstbewusst hinsichtlich der Ernährung ihrer Kinder. • Intervention änderte Fütterungsverhalten oder Selbstvertrauen nicht spezifisch. <p>Abbildung 11 Durchschnittliche Wissensscores - Zeit-Gruppen-Effekte (Horodynski und Stommel, 2005)</p>

		Figure 1. Means for Knowledge Scores Time by Group Effects												
		<table border="1"> <caption>Data for Figure 1: Means for Knowledge Scores Time by Group Effects</caption> <thead> <tr> <th>Time</th> <th>Intervention</th> <th>Control</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>13.3</td> <td>13.5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>14.6</td> <td>14.2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>15.0</td> <td>13.9</td> </tr> </tbody> </table>	Time	Intervention	Control	1	13.3	13.5	2	14.6	14.2	3	15.0	13.9
Time	Intervention	Control												
1	13.3	13.5												
2	14.6	14.2												
3	15.0	13.9												
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Weitere Projekte (NEAT Bridge Project, ACYF NEAT Research Project, Toddler-Parent Nutrition Research Project) wurden entwickelt, um die NEAT Intervention weiter auszuarbeiten und valide, zuverlässige Instrumente zu entwickeln. Durch Schaffung von Wissen wird auch die Nachhaltigkeit erhöht.												
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Herausgabe von Anleitungen und Worksheets.												
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Ernährungslektionen und wiederholende Aktivitäten möglich. Leistungsauszahlung jedoch fraglich.												

* Early Head Start (EHS) ist ein bundesstaatlich finanziertes gemeindebasiertes Programm für einkommensschwache Familien, für Kinder, Kleinkinder und schwangere Frauen. Aufgabe: Förderung gesunder Babys, Verbesserung der Entwicklung sehr junger Kinder, Förderung eines gesunden Familienzusammenlebens.

Literatur:

Horodynski MA, Stommel M. Nutrition Education Aimed at Toddlers: An Intervention Study. *Pediatric Nursing*. 2005; 31(5): 364-72.

NEAT, ACYF. The NEAT ACYF Research Project. *Nutrition Education Aimed at Toddlers*. Curriculum Michigan State University. 2006a: 1-98.

<http://nursing.msu.edu/neat/nutritionresearch.asp>

Maßnahme 5: Maßnahme zur Förderung des Obst- und Gemüsekonsums im Rahmen eines ganzheitlichen Projekts zur Gesundheitsförderung

Tabelle 39 Modell: Sure Start

Ort / Land	UK (Schottland, Wales, Nordirland)
Kontakt, Adresse	www.surestart.gov.uk (Verschiedene Kontakte in Schottland, Wales, Nordirland) Early Years Extended Schools and Special Needs Group Department for Children, Schools and Families; 1st Floor; Sanctuary Buildings, Great Smith Street, London SW1P 3BT
Zielgruppe	Familien, von der Schwangerschaft bis zum 15. Lebensjahr der Kinder. Jene, mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen und Behinderungen werden bis zum Alter von 16 Jahren unterstützt.
Hintergrund	Sure Start ist ein staatliches Programm, um jedem Kind in England den besten Start in Hinblick auf frühe Ausbildung, Kinderbetreuung, Gesundheit und Familienunterstützung zu ermöglichen.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Jedem Kind den besten Start ermöglichen • Förderung von Kindern mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen und Unterstützung ihrer Familien
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Allen 3- und 4-Jährigen wird ein kostenloser Teilzeitunterrichtsplatz (12 ½ Stunden pro Woche, 38 Wochen im Jahr) angeboten • Die Early Years Extended Schools und Special Needs Group arbeiten zusammen mit lokalen Behörden, Primärversorgungsunternehmen (primary care trusts), Jobcentre Plus, lokale Gemeinden, staatliche Stellen und Organisationen des privaten Sektors • Im Zuge des Programms wurden unter anderem Events zur Promotion des Obst- und Gemüseverzehr veranstaltet: • <u>Fruit and Veg Tasting Fun Day (23. Juni 2006)</u> Kindern in Kindertagesstätten und ihren Tagesmüttern oder Eltern und Betreuern wurde die Möglichkeit geboten, ein Sortiment von Obst und Gemüse zu probieren. Angeboten wurden Gemüsesticks, Zubereitung von Obstsalat, Ausprobieren von neuen Rezepten, Wettbewerb mit Raten, wie das Obst oder das Gemüse genannt wird, woher es stammt und wie es gegessen werden kann. Jene mit den höchsten Punkten gewannen einen Geschenkkorb sowie Obst- und Gemüse Gutscheine vom örtlichen Kaufhaus. • <u>Fruity Tuesday (10. Oktober 2006)</u> Inhalt der Veranstaltung war unter anderem die Herstellung von Obstsalat, Kostproben von Obst-Smoothies und Einsetzen einer

	<p>eigenen Erdbeerpflanze.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Take Your Dad to Nursery</u> Bei „Take Your Dad to Nursery“ gibt es unter anderem verschiedene Thementage wie beispielsweise „Gemüse“, „Sport“, „Wissenschaft“ usw. • Die Broschüre „5 A Day Made Easy“, vom Gesundheitsministerium beinhaltet Tipps, wie man die 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag leicht erreichen kann. Die Broschüre wurde erstellt, um Obst und Gemüse für die Leser/-innen und ihren Kindern oder ihren Eltern attraktiver zu machen. • <u>Newham Early Start Nutrition Service</u> Das Early Start Nutrition Service betreut schwangere Frauen und Kinder von 0 – 5 Jahren und ihre Familien in Newham. Ziele des Programms sind unter anderem eine Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums bei Kindern unter 5 Jahren sowie eine vermehrte Anzahl an Eltern oder Kinderbetreuern, die berichten, dass die Kinder aufgrund einer Beratung zur Förderung gesunder Ernährung mindestens eine neue Obst- oder Gemüsesorte ausprobiert haben. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Das Ziel 2.500 Kinderzentren zu erreichen wurde Anfang März 2008 erlangt. Die Zielsetzung „den besten Start geben“ ist nicht eindeutig.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Beteiligung sowohl bei der Durchführung als auch bei der Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Staatliches Programm Early Years Extended Schools und Special Needs Group, lokale Behörden, Primärversorgungsunternehmen (primary care trusts), Jobcentre Plus, lokale Gemeinden, staatliche Stellen, Organisationen des privaten Sektors
Wirksamkeit	+++++	Das Ziel der Erreichung von 2.500 Kinderzentren wurde Anfang März 2008 erreicht und 2.907 Zentren wurden im Juni 2008 errichtet. Derzeit werden Leistungen an über 2,2 Millionen junge Kinder und deren Familien angeboten. Derzeit gibt es über 37.000 staatlich geförderte Plätze im privaten, ehrenamtlichen und unabhängigen Sektor.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Das erste „Sure Start Programm“ wurde im Jahr 1999 etabliert.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Keine Angaben zur Durchführung des Projekts als Ganzes, jedoch zu den Teilprojekten.
Umsetzbarkeit in	++	Diverse Events könnten übernommen werden.

Österreich		Unterstützung durch den Staat – Finanzierung? Ist es sinnvoll, einzelne Events zu übernehmen oder funktioniert dies nur als Gesamtkonzept?
------------	--	--

Literatur:

www.surestart.gov.uk

HANDLUNGSFELD 2: MAßNAHMEN ZUR „STILLFÖRDERUNG“

Maßnahme 1: Etablierung eines/-r Stillkoordinators/-in

Tabelle 40 Modell: Infant Feeding Strategy for Scotland

Ort / Land	Schottland
Kontakt, Adresse	Jenny Warren (National Breastfeeding Adviser)
Zielgruppe	Regierung, Kliniken, Konsumenten/-innen, Forschung
Hintergrund	Stillen weist sowohl für Säuglinge als auch für Mütter zahlreiche Vorteile auf. Aufgrund der niedrigen Stillraten wurde in Schottland im Jahr 1991 die Scottish Joint Breastfeeding Initiative, die vom Ministerium („Scottish Office“) gegründet wurde, eingeführt. Die Initiative wird durch eine interdisziplinäre Expertengruppe und einem/er Stillkoordinator/-in unterstützt. Ziel der Initiative ist es, Stillen zu fördern und den Frauen und ihren Babys die nötige Unterstützung zu geben bzw. Bemühungen in diesem Bereich zu verbessern.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Optimale Ernährung der Mutter • Erhöhung der Anfangsstillraten und der Dauer des Stillens • Reduzierung/Minimierung der Zahl jener, die Formulanahrung füttern • Unterstützung der zeitgerechten und angemessenen Einführung fester Nahrung • Anbieten nützlicher Informationen für Eltern, damit diese optimale Entscheidungen treffen können • Erhöhung des Wissens und der Akzeptanz von Stillen in der Öffentlichkeit • Bewusstmachen der Bedürfnisse von Risikobabys • Bewusstsein für gesetzliche Rechte, die die Säuglingsnahrung betreffen, erhöhen • Aufzeigen der Effektivität von Stillförderung • Sicherstellung einer fächerübergreifenden, ganzheitlichen Unterstützung
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Die „Scottish Executive“ unterstützt Stillen durch: <ul style="list-style-type: none"> – den <i>“National Breastfeeding Advisor“</i>: dieser besteht seit 1996 und ist u.a. verantwortlich für: Mitarbeit und Information über Strategieentwicklung und Vorgehensweise, Mitwirkung bei der Erstellung diverser Ressourcen und Arbeitsmaterialien, Unterstützung und Monitoring der NHS Board-Aktivität, Förderung der „best practice“ sowie Förderung nationaler und internationaler Zusammenarbeit – die <i>“Scottish Breastfeeding Group“</i> bestehend seit 1995 Ihre Aufgabengebiete sind: Mitwirkung bei der politischen

	<p>Entwicklung, Veröffentlichung eines zweimal jährlich erscheinenden Newsletters, Abhaltung einer jährlichen Konferenz, Managing von kurzzeitigen Arbeitsgruppen, Mitglieder sind Leiter/-innen für die Verteilung der relevanten News und Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - die <i>“Breastfeeding in Scotland Website”</i> gegründet im Jahr 1999 mit dem Ziel, Informationen für Kliniken, Konsumenten/-innen, ausübende Personen und Forscher/-innen zur Verfügung zu stellen Informationen inkludieren Newsletter, Nachweise, und „best practice“, Stillraten und Kontaktpersonen - das <i>“NHS Health Scotland”</i> Erstellung von Still-Publikationen (wie beispielsweise „Off to a good Start“; „Ready Steady Baby“; ...) „action-papers“, Fernsehwerbekampagnen, Entwicklung von Lehrmaterialien für das Gesundheitspersonal - <i>Breastfeeding (Scotland) Act 2005</i> (gesetzliche Verankerung) <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring des Erfolgs erfolgt durch Messung der Stillraten (Child Health Surveillance Programm – Pre-School; UK Infant Feeding Survey; Guthrie Data) 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Die Zielsetzungen sind eindeutig. Der Erfolg des Modells wird durch die Erhebung der Stillraten gemessen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Die Infant Feeding Strategy ist ein Projekt auf Makroebene. Im Rahmen des NHS Boards gibt es einen „voluntary/charitable sector“ bei dem unter anderem Stillberatungsgruppen wie „Breastfeeding Support Groups“ und „Peer Support Groups La Leche League“ eingebunden sind, deren Beraterinnen selbst gestillt haben und somit an der Durchführung beteiligt sind.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Vernetzung relevanter Beteiligten ist durch den „National Breastfeeding Advisor“ gegeben. Das Projekt zielt auf gute Vernetzbarkeit ab und weist hohe Priorität auf. Ein Ziel ist die Förderung nationaler und internationaler Zusammenarbeit. In Österreich wäre auch eine Vernetzung mit der Stillkommission möglich/sinnvoll.
Wirksamkeit	+++++	Im Jahr 1996 hatte nur ein NHS Board eine „breastfeeding strategy“; im Jahr 2005 konnten mit Ausnahme eines NHS Boards, alle eine „breastfeeding strategy“ aufweisen. Die Anzahl der „Breastfeeding support groups“ nahm zwischen 1993 und 2005 von 4 auf 150 zu; auch bei den „peer support programmes“ konnte eine Steigerung der Anzahl von 1 auf 11 zwischen den Jahren 1994 und 2005 beobachtet werden. Die schottische „Infant

		<p>Feeding Strategy“ erzielte auch eine Erhöhung der Geburtenrate in stillfreundlichen Krankenhäusern (nach der UNICEF UK Baby Friendly Initiative). Schottland setzt auch die Teilnahme an dem UK Infant Feeding Survey fort.</p> <p>Der Erfolg der „Infant Feeding Strategy“ wird auch durch Monitoring der Stillraten gemessen.</p>
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Die Umsetzung der „Infant Feeding Strategy“ hat in Schottland schon vor Jahren begonnen, und wird auch weiterhin nachhaltig umgesetzt und weiter ausgebaut werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Bei Ländern mit ähnlichen Strukturen (v. a. Regierung) gut zu übernehmen.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die „Scottish Executive“ ist mit der österreichischen Politik nicht zu vergleichen. Die Umsetzung für Österreich ist jedoch möglich, wenn das Projekt an die österreichische Situation angepasst wird und eine Netzwerkbildung entsteht. Strukturen sind z. T. vorhanden (z.B. Stillkommission, Teilnahme an La Leche Liga).

Literatur:

Scottish Executive. Infant Feeding Strategy for Scotland. A consultation paper. Scottish Executive, Edinburgh 2006 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/04/03092034/0>).

Tabelle 41 Modell: Stillen in Vorarlberg (Projekt des Fonds Gesundes Österreich, FGÖ)

Ort / Land	Vorarlberg
Kontakt, Adresse	Mag. Angelika Stöckler, aks, Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin GmbH, Rheinstraße 61, 6900 Bregenz, Telefon: +43 (0) 5574 / 64570-1013, Mail: ernaehrung@aks.or.at Kooperation: Niedergelassene Ärzte/-innen, aks Kinderdienste, alle Krankenhäuser des Landes, Institut für Gesundheits- und Krankenpflege, Verband der Still- und Laktationsberater/-innen, Ernährungsberater/-innen, Hebammenverband
Zielgruppe	Stillende Mütter (werden über Folder und Medien einschlägiger Institute erreicht) ; Berufsgruppen wie Ärzte/-innen, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, und Elternberater/-innen, die mit den stillenden Frauen in Kontakt sind
Hintergrund	Laut Frau Mag. Stöckler sind die Stillraten in Vorarlberg am schlechtesten von ganz Österreich. Die Anfangsstillrate beträgt in Vorarlberg 84 %. Nach dem ersten Lebensmonat werden nur noch 77 % und ein halbes Jahr nach der Geburt noch knapp 23 % der Babys gestillt. Nach Angaben von Frau Mag. Stöckler liegen die tatsächlichen Stillraten noch niedriger als in der Österreichischen Stillstudie (Esberger, 2007) beschrieben. Dies trifft vor allem bei Frauen mit Kaiserschnittgeburt oder Raucherinnen zu.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Zahl der bis zum 6. Lebensmonat voll gestillten Säuglinge durch folgende <i>inhaltliche Schwerpunkte</i>: <ul style="list-style-type: none"> – Vernetzung aller Institutionen in Vorarlberg, die mit dem Thema Stillen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf der Schwangerschaft und Stillperiode mit den Müttern in Kontakt sind – Definierung und sukzessive Umsetzung von Qualitätsstandards (Leitlinien für Beratung und Information) – Koordinierung, Ergänzung und systematische Weiterentwicklung aller vorhandenen Aktivitäten aller betroffenen Institutionen (gezielte Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildungsveranstaltungen, Entwicklung einheitlicher Informationsmaterialien) – Ausbau der Stillberatung
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Errichtung einer Stillhotline</i>, damit stillende Mütter bei auftretenden Stillproblemen jederzeit die Möglichkeit haben, sofort fachlichen Rat einzuholen und an die nächste beratende Stelle verwiesen werden können • Erstellung von drei aufeinander abgestimmten <i>Broschüren</i> für Eltern (Brustuntersuchung; Stillen. Das Beste für Mutter und Kind; Beikost. Babys erste feste Nahrung), die dem Mutter-Kind-Pass beigelegt werden sollen. • <i>Vorträge und Seminare</i> für Berufsgruppen (z.B. Personal der Geburtenstation, Hebammen, Ärzte/-innen, Laktationsberater/-innen, Elternberatung) • <i>Vernetzungsarbeit und Weiterbildungsangebote</i> für die oben genannten Berufsgruppen

	<ul style="list-style-type: none"> • Projektdauer: 3 Jahre; Projekt läuft noch 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Alle unter „Ziele des Projekts“ genannten Punkte weisen eine eindeutige Zielsetzung auf. Die Messbarkeit der Ziele ist durch die Stillrate, die Anzahl der vernetzten Institutionen und deren Aktivitäten gegeben.
Partizipation (aktives Beteiligen der Ziel- gruppe in der Planung und Durchführung)	k. A.	Die Einbeziehung von Stillenden ist aus der vorhandenen Literatur nicht ersichtlich; hierfür wäre eine erneute Kontaktaufnahme mit Frau Mag. Stöckler erforderlich.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Das Projekt hat zum Ziel, alle relevanten Institutionen bzw. Beteiligten (Niedergelassene Ärzte/-innen, aks Kinderdienste, alle Krankenhäuser des Landes, Institut für Gesundheits- und Krankenpflege, Verband der Still- und Laktationsberater/-innen, Ernährungsberater/-innen, Hebammenverband) zu vernetzen. Eine intensive Zusammenarbeit mit Krankenhäusern wird derzeit forciert.
Wirksamkeit	++++	Das Projekt läuft noch. Nach Angaben von Frau Mag. Stöckler wurden zwei Studien zur Evaluierung in Auftrag gegeben, bei der 600 Frauen befragt wurden. Die Ergebnisse sind laut Mag. Stöckler sehr erfreulich, da die Stilldauer deutlich gesteigert werden konnte. Die Anfangsstillraten gehen jedoch weiterhin zurück. Die Hotline ist vor allem für die Zeit zwischen Verlassen des Krankenhauses und dem ersten Besuch des/r Kinderarztes/-ärztin relevant.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Das Projekt läuft noch. Die Vernetzung aller Beteiligten übt nachhaltige Funktionen aus. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Weiterbildung aller Projektbeteiligten sowie die Erstellung der Broschüren sich langfristig auf die Zielgruppe positiv auswirken.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Gutes Modell, das in all seinen Schwerpunkten auch in anderen Bundesländern umsetzbar wäre. Für die Umsetzung in anderen Bundesländern ist eine vorherige Ist Analyse erforderlich, um beispielsweise das Angebot an Vorträgen und Seminaren zu ermitteln, aber auch um Stakeholder, die für die Vernetzungsarbeit relevant sind, zu erheben. Eine österreichweite Vernetzung wäre ebenfalls denkbar bzw. wünschenswert. Dies könnte beispielsweise mit der Einführung eines/r Stillkoordinators/-in (siehe Modell: „Infant Feeding

		Strategy for Scotland“) einhergehen.
Umsetzbarkeit in Österreich		Siehe „Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit“

Literatur:

„Das Projekt: Stillen in Vorarlberg“

http://www.gesundesleben.at/frame_main2.cfm?bid=3&tid=37&uid=60&beitragid=7755

Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin. Powerpointpräsentation zu „Stillstudie Vorarlberg“ und Projekt „Stillen in Vorarlberg“.

www.khbq.at/redaktion/uploads/files/dfa54a10a3a00a188dafbd3dafb2a7f4/stillstudie_vorarlberg_05_ast.ppt

Rundum Gsund.org – Fonds gesundes Vorarlberg. „Stillen in Vorarlberg“.

<http://www.rundumgsund.org/index.php?newsID=687>

Fonds Gesundes Österreich. Stillen in Vorarlberg.

http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_261165

Telefonat mit Frau Mag. Stöckler

Maßnahme 2: Maßnahmen zur Förderung der Teilnahme an der Baby Friendly Hospital Initiative

Tabelle 42 Modell: Sanatorium St. Leonhard Spital Steiermark

Ort / Land	Steiermark / Österreich
Kontakt, Adresse	Ingrid Haidinger, Stationsleitung Schanzelgasse 42, 8010 Graz Telefon: +43 (0) 316/3607
Zielgruppe	Personal in Krankenhäusern; Stillende
Hintergrund	<p>Das Sanatorium St. Leonhard Spital ist das einzige (private) stillfreundliche Krankenhaus in der Steiermark. Die Verleihung der Auszeichnung „Stillfreundliches Krankenhaus“ (Baby-Friendly-Hospital) erfolgt auf Basis der Umsetzung der WHO/UNICEF Richtlinie „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ in den Geburtskliniken:</p> <p>"Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorliegen schriftlicher Richtlinien zur Stillförderung, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahe gebracht werden. 2. Das gesamte Mitarbeiter-Team in Theorie und Praxis so schulen, dass es diese Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann. 3. Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren. 4. Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt anzulegen. 5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind. 6. Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt scheint. 7. Rooming-in praktizieren – Mutter und Kind erlauben, zusammenzubleiben – 24 Stunden am Tag. 8. Zum Stillen nach Bedarf ermuntern. 9. Gestillten Kindern keinen Gummisauger oder Schnuller geben. 10. Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ im privaten Krankenhaus „Sanatorium St. Leonhard Spital“ in der Steiermark mit dem Ziel die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ umzusetzen.
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ erfolgt in Anlehnung an die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ <ul style="list-style-type: none"> – Für die genaue Vorgehensweise zur

	<p>Durchführung/Umsetzung im Sanatorium St. Leonhard Spital ist Frau Haidinger zu kontaktieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfestellungen könnte auch Herr Univ. Prof. Dr. Sepp Leodolter von UNICEF Österreich geben. <ul style="list-style-type: none"> • Im Sanatorium St. Leonhard gibt es u.a. eine Stillambulanz, die als Ergänzung zu den bestehenden Angeboten bei Stillgruppen, Mutterberatungsstellen und niedergelassenen Ärzten/-innen anzusehen ist. Das Angebot umfasst: <ul style="list-style-type: none"> - Beratung von Schwangeren und deren Angehörigen zu allen Fragen rund um das Stillen - Beratung und Behandlung in schwierigeren Situationen, wie etwa bei: Brustentzündung, Milchstau, Trink- und Saugproblemen des Kindes, zuviel oder zuwenig Milch, Anlegeproblemen, Frühgeburten, Zwillingen, Kindern mit besonderen Bedürfnissen, besonders unruhigem oder schläfrigem Kind, Beikostbeginn - Hilfe beim Umstellen von Pumpen auf Stillen - Lasertherapie bei wunden Mamillen, Mastitis, und anderen Beschwerden <p>Die Aufnahme ins Sanatorium St. Leonhard ist in Krisensituationen jederzeit ohne Voranmeldung möglich.</p>	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	<p>Die Ziele der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ sind durch die Auflistung der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ eindeutig formuliert und auch messbar.</p> <p>Im Rahmen der Studie „Säuglingsernährung heute 2006“ wurden „Stillfreundliche“ und „Nicht-stillfreundliche Krankenhäuser“ in Österreich verglichen. In der Schweiz werden die „Baby-Friendly-Hospitals“ beispielsweise im Rahmen eines groß angelegten Monitorings regelmäßig evaluiert.</p>
Partizipation (aktives Betiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	<p>Die Zielgruppe ist infolge der Schulung und Beratung indirekt bei der Durchführung der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ beteiligt.</p> <p>Durch das niederschwellige Angebot wird die Inanspruchnahme gefördert.</p>
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	<p>Bei der Einführung der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ ist das Zusammenarbeiten mit allen Beteiligten erforderlich, um eine gute Compliance mit den WHO/UNICEF-Guidelines zu erreichen.</p>
Wirksamkeit	+++++	<p>Ergebnisse für das St. Leonhard Spital konnten bis dato in der Literatur nicht gefunden werden.</p> <p>Vergleiche von „Stillfreundlichen“ und „Nicht-stillfreundlichen“ Krankenhäusern, die im Rahmen der Studie „Säuglingsernährung heute 2006“ (Esberger, 2007) durchgeführt wurden, ergaben</p>

		<p>signifikant bessere Werte bei jenen Kriterien, bei denen ein unmittelbarer Einfluss auf das Stillen dokumentiert ist. Große Unterschiede zwischen den „Stillfreundlichen“ und „Nichtstillfreundlichen Kliniken“ konnten vor allem in den Bereichen Stillförderung, Still-, Aus- und Weiterbildung, Stillrichtlinien und anderen Fragen, die unmittelbar mit dem Stillen zusammenhängen beobachtet werden.</p> <p>In den „Stillfreundlichen Krankenhäusern“ beginnt eine größere Anzahl an Müttern zu stillen, und es verlassen auch mehr vollstillende Mütter die Klinik. Weiters gibt es in den „Stillfreundlichen Krankenhäusern“ einen höheren Anteil an schriftlichen Richtlinien fürs Stillen, sowohl für Mütter als auch für das Gesundheitspersonal. Auch die Fortbildungstätigkeit in Theorie und Praxis liegt in den „Stillfreundlichen Krankenhäusern“ höher. In den „Stillfreundlichen Krankenhäusern“ ist auch die Methode der Zufütterung besser; die Verwendung von Saughütchen fällt beispielsweise gering aus. Die Untersagung der Verteilung von Informationen von Nahrungsmittelfirmen über Milchfertignahrung und Beikost wurde von den „Baby-Friendly-Hospitals“ eingehalten. Im Vergleich dazu wurden bei 75 % der „Nicht-Stillfreundlichen“ Geburtenkliniken Werbematerialien zugelassen (Esberger, 2007).</p> <p>Die Evaluation der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ in der Schweiz wird im Modell „Monitoring der Baby Friendly Hospital Initiative“ beschrieben.</p>
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Durch die Verleihung der Auszeichnung „Stillfreundliches Krankenhaus“ kann von der Nachhaltigkeit der Intervention ausgegangen werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Gutes Modell, das bereits in vielen Ländern umgesetzt wird. Derzeit gibt es in Österreich insgesamt 16 Baby-Friendly-Hospitals. Weitere Teilnahmen wären wünschenswert.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	Siehe „Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit“ Für die Teilnahme weiterer Krankenhäuser in Österreich ist eine vorherige Ist Analyse und die anschließende Umsetzung der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ im jeweiligen Krankenhaus erforderlich.

Literatur:

Stillfreundliche Krankenhäuser - Geburtshäuser in Österreich
<http://www.strampelmax.at/stillen/stillfreundliche.krankenhaeuser.htm>

Sanatorium St. Leonhard - Stillambulanz.

<http://www.leonhard.at/index.php/article/articleview/77/1/5/67/>

Schweizerisches Komitee für UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative.

http://www.allaiter.ch/downloads/de/FSheet_BFHI_d.pdf

Esberger M, in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Säuglingsernährung heute 2006. Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich. Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr (Hrsg, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Sektion IV), 2007 [<http://www.bmgfj.gv.at>].

Tabelle 43 Modell: Baby Friendly Hospital: Monitoring "Baby-Friendly-Hospital Initiative"

Ort / Land	Schweiz	
Kontakt, Adresse	Prof.Dr.med. Ursula Ackermann-Liebrich Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) Steinengraben 49, 4051 Basel Telefon: +41 (0) 61 267 60 66 Mail: Ursula.Ackermann-Liebrich@unibas.ch	
Zielgruppe	Stillende	
Hintergrund	Die Schweiz nimmt mit rund 60 stillfreundlichen Einrichtungen eine führende Stellung bei der Stillförderung in Europa ein. Die Umsetzung der internationalen Kampagne „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ (BFHI) begann in der Schweiz im Jahr 1993. Das ISPM erarbeitete im Jahr 1997 ein Monitoring der Stillresultate der zertifizierten Geburtsstätten.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring der Baby-Friendly-Hospital Initiative durch Messung der erzielten Resultate in Schweizer Kliniken (Das Monitoring dient der Qualitätskontrolle und als Führungsinstrument im Spital). 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Monitoring-Instruments (Evaluationskonzeptes) durch das ISPM zur Begleitung der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ in der Schweiz • Erhebungen von Neugeborenen-Stillstatistiken, um die erzielten Resultate in den Spitälern zu messen • Gesamte Stillerhebung in der Schweiz (geplante Durchführung alle 10 Jahre) • Erstellung eines jährlichen Berichtes • Projektdauer: 01.01.1998 bis 31.12.2005 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Die Zielsetzung der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ ist eindeutig und auch die Messbarkeit ist durch das im Projekt vorgesehene Monitoring gegeben.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Die Zielgruppe ist, soweit derzeit bekannt, nicht an der Planung beteiligt. In der Durchführung wird die Zielgruppe indirekt – durch die Befragung /das Monitoring der Stillsituation – mit eingeschlossen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Für das Monitoring der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ ist eine gute Zusammenarbeit des ISPM mit den Krankenhäusern erforderlich, um eine hohe Compliance zu erzielen.
Wirksamkeit	+++++	Im Rahmen des Monitorings der „Baby-Friendly-Hospital Initiative“ wurden die Stillraten zwischen 1994 und 2003 evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine allgemeine Erhöhung der Stillrate innerhalb dieses Zeitraums. Kinder, die in „Baby-Friendly-Hospitals“ auf die Welt kommen, werden länger gestillt, vor allem, wenn die Krankenhäuser eine hohe Compliance mit den UNICEF-Guidelines aufweisen.

Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Durch die Neugeborenenstatistik und die Planung, alle 10 Jahre eine gesamte Still-Erhebung in der Schweiz durchzuführen, werden nachhaltige Interventionen gesetzt.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Das von der ISPM entwickelte Monitoring-Instrument ist – nach Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten – auch in anderen Ländern einführbar. In Österreich werden die Stillraten beispielsweise durch die Studie „Säuglingsernährung heute 2006 (Esberger, 2007)“ erhoben. Detaillierte und flächendeckende Ergebnisse, getrennt nach Bundesländern und der „Stillfreundlichkeit“ des Krankenhauses wären wünschenswert. Derzeit gibt es in Österreich 16 „Baby-Friendly-Hospitals“.
Umsetzbarkeit in Österreich		Siehe Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit

Literatur:

Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics 2005;116(5):e702-8.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel. Baby Friendly Hospital: Monitoring 'Baby-Friendly Hospital Initiative'
http://www.ispm-unibas.ch/deutsch/forschung_details.php?id=38

Universität Basel. Projekt: Baby-Friendly Hospital Initiative in der Schweiz: Monitoring der Stillfreundlichkeit in UNICEF-zertifizierten Geburtsstätten
http://www.forschungsdb.unibas.ch/ProjectDetailShort.cfm?project_id=1995

Tabelle 44 Modell: Migrant Friendly Hospital

Ort / Land	12 Länder (u.a. Österreich)
Kontakt, Adresse	Pilotspital in Österreich: Kaiser Franz Josef Spital, 1100 Wien
Zielgruppe	Schwangere, Stillende, Migranten/-innen
Hintergrund	Gründe für das EU-Projekt sind: vermehrte Migration; soziale Ungleichheit und Benachteiligung; mangelndes Gesundheitsbewusstsein „health literacy“; mangelndes Wissen um das Gesundheitssystem und erschwerten Zugang; Spitäler sind oft die erste Anlaufstelle
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von Problembereichen • Entwicklung guter Modelle • Förderung des Gesundheitsbewusstseins • Verbesserung der Dienstleistungen für Migranten/-innen und ethnische Minderheiten • Patienten/-innen-Orientierung auch für diese Gruppen
Durchführung	<p>Wichtige Elemente in der Durchführung des Projekts waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzeptentwicklung • lokales „Needs Assessment“ unter anderem <u>Identifikation von Problembereichen</u> wie: <ul style="list-style-type: none"> – Sprache und Kommunikation – Patienten/-innen-Besuche durch Angehörige – Kulturelle Unterschiede – Geschlechtsassoziierte Probleme – Unzureichendes muttersprachliches Informationsmaterial – Patienten/-innen-Verpflegung – Analphabetismus – Unterschiedliches Verständnis von Krankheit, Gesundheit & Tod – Mangelnde Toleranz für Mitpatienten/-innen unterschiedlicher Herkunft • Entwicklung und Auswahl von Subprojekten (A, B, C) <ul style="list-style-type: none"> – A: Professionalisierung des Dolmetschwesens im Spital – B: muttersprachliche Kurse für schwangere Migrantinnen über Themen rund um die Geburt <u>Themenschwerpunkte</u> <u>Schwangerschaft</u> (Normale Schwangerschaft, Ernährung, Bewegung, Sexualität, Ängste/Entspannung, Probleme, Zuständigkeiten bei med. Problemen, Medikamente, Geburtsvorbereitung) <u>Geburt</u> (Normale Geburt, Geburtsmodus, Entspannung, Schmerzbekämpfung, Wehenmittel, Probleme, Abnabeln/„bonding“, Mutterkuchen) <u>Wochenbett</u> (Das Neugeborene, Muttermilch/Stillen, Stillprobleme, Hygiene/Pflege, Babypflege, Wochenbettgymnastik, Postpartale Depression, Sexualität/Verhütung, Bürokratisches und Organisatorisches) <u>Das Kind in den ersten 6 Lebensmonaten</u> (Ernährung, Schlafen, Pflege, Das kranke Baby, Impfungen, Das soziale Umfeld) – C: Kurse für das Personal zur Überwindung kultureller Schranken und Verbesserung der Kommunikation im

	<p>Krankenhausalltag</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training Workshop • Umsetzung der Subprojekte • Implementation Workshops • Evaluierung, Publikationen und Präsentationen • Projektzeitraum: 10/2002 – 12/2004 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klar formulierte Zielsetzungen mit zahlreichen Unterpunkten; das Projekt wird evaluiert
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Eine Einbeziehung der Zielgruppe zur Identifikation von Problembereichen ist anzunehmen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Das EU-Projekt war/ist mit zahlreichen Kontakten vernetzt, die Wissen und Erfahrungen austauschen.
Wirksamkeit	++++	<p>Evaluierungskonzept ist vorhanden.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen, dass von ca. 80 persönlich eingeladenen Frauen, 29 zum Kurs kamen; 5 davon nahmen alle Module wahr, die Anderen absolvierten 1-2 Module (überwiegend wegen Zeitmangel, oder weil sie geglaubt hatten, für den Kurs bezahlen zu müssen).</p> <p>Bei den teilnehmenden Patientinnen konnte eine große Zufriedenheit beobachtet werden; Frauen empfanden einen deutlichen Wissenszuwachs, fühlten sich gut betreut und „sicherer“ im Umgang mit den abgehandelten Themen.</p> <p>Das Personal empfand die niedrige Teilnehmerinnenzahl als frustrierend und meinte, dass es – in erster Linie durch die geringe Teilnehmerzahl und kurze Laufzeit - es „wenig oder keine spürbaren Erleichterungen im Krankenhausalltag“ gab.</p> <p>Aus der Sicht der Vorbereitenden wurde großes Interesse bei den Frauen, die teilnahmen, beobachtet. In Einzelfällen war ein deutlich merkbarer Zuwachs an Sicherheit und Selbstvertrauen vorhanden. Weiters konnten viele positive Erlebnisse im Zuge der Vorbereitung und des gegenseitigen „Kennenlernens“ beobachtet werden.</p>
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	<p>Durch die geringe Teilnehmeranzahl und die kurze Laufzeit des Projekts ist die Nachhaltigkeit nur bedingt gegeben.</p> <p>Frauen, die bei diesem Projekt teilgenommen haben, können jedoch auch langfristig von den Kursen und Informationen über Schwangerschaft, Stillzeit und Kinderernährung bis zum 6. Lebensmonat profitieren und diese Informationen auch an andere</p>

		Frauen/Familien weitergeben.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	<p>Das Migrant-Friendly-Hospital ist ein Pilotprojekt, das in insgesamt 12 Ländern in Europa unter anderem in Österreich umgesetzt wurde.</p> <p>Im Endbericht zum Österreichischen Migrant-Friendly-Hospital wird auf einige Verbesserungsvorschläge (beispielsweise des Bekanntmachens der „Gratis-Teilnahme“ oder der längeren Laufzeit) hingewiesen. Diese Hinweise sind wesentlich, um das Projekt auch in anderen Krankenhäusern erfolgreich einführen zu können.</p> <p>Bei der Einführung des Projekts in andere Krankenhäuser ist eine Ist Analyse erforderlich, um das Personal entsprechend der Zielgruppe (unter anderem aufgrund des Herkunftslandes, der Sprache und der kulturellen Gegebenheiten ...) zu schulen.</p>
Umsetzbarkeit in Österreich		Siehe Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit

Literatur:

Endler E. Das “migrant friendly hospital“-Projekt im Kaiser Franz Josef Spital in Wien. Powerpoint Präsentation. <http://www.univie.ac.at/lbimgs/present/jf24112004.pdf>

migrant-friendly hospitals. <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>

Maßnahme 3: Schaffung stillfreundlicher Arbeitsplätze

Tabelle 45 Modell: SIDA Seedgrants Project & Mother Friendly Workplace Initiative
(Projekte der World Alliance for Breastfeeding Action)

Ort / Land	International
Kontakt, Adresse	EUROPE GIFA Lida Lhotska Avenue de la Paix 11 1202 Geneva Switzerland Telefon: +41-22-798 9164 Fax: +41-22-798 4443 E-mail: lida.lhotska@gifa.org
Zielgruppe	Berufstätige, stillende Frauen
Hintergrund	<p>Die „Mother-Friendly-Workplace Initiative“ wurde von der „World Alliance for Breastfeeding Action“ während der „World Breastfeeding Week“ im Jahr 1993 gegründet. Die Initiative soll Frauen helfen, das Stillen am Arbeitsplatz fortsetzen zu können.</p> <p>Über 100 Länder nehmen bei der „Mother-Friendly-Workplace Initiative“ bereits teil, unterstützt durch „non-traditional supports“ wie beispielsweise Frauenorganisationen, Vereinigungen und Arbeitgeber/-innen.</p> <p>Zusammen mit der Kooperation der „Swedish International Development Cooperation Agency“ (SIDA) konnte die „World Alliance for Breastfeeding Action“ durch die Bereitstellung von Fördergeldern zahlreiche lokale Initiativen aufrechterhalten.</p> <p>Seit 1994 bekamen 10 „National Groups“ so genannte „Seedgrants“ (Fördergelder). Diese sollen bei der Einführung von „Mother-Friendly-Workplaces“ durch verschiedene Aktivitäten, die den arbeitenden Müttern langfristige Vorteile bringen, wie beispielsweise dem Mutterschutz, dem Kündigungsschutz oder unterstützende Gemeinden, helfen.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung stillender Frauen, damit diese Arbeiten und Stillen miteinander verbinden können • Erarbeitung von Strategien, um die speziellen Bedürfnisse von arbeitenden Frauen anzusprechen und andere Aktivitäten zu planen, die den Frauen die Integration von Stillen in ihren Berufsalltag ermöglicht
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der „Mother-Friendly-Workplace Initiative“ und der Seedgrant Projekte wurden in einzelnen Ländern (beginnend ab dem Jahr 1994) dem Bedarf angepasste Interventionen durchgeführt. • Von der World Alliance of Breastfeeding Action wurden mögliche Ideen für Seedgrantprojekte vorgeschlagen: <u>Ideen betreffend Mutterschutzgesetz und ILO (International Labour Organization) Convention 183:</u> <ul style="list-style-type: none"> – Ermittlung des Bekanntheitsgrades des

	<p>Mutterschutzgesetzes bei Frauen, Männern, Gewerkschafter/-innen und Arbeitgeber/-innen. Wenn der Bekanntheitsgrad niedrig ist, wird vorgeschlagen, Broschüren, Poster oder Informationsschulungen anzubieten oder auch die Medien einzuschalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontaktaufnahme mit örtlichen Journalisten um den Wissenstand der Journalisten betreffend des Mutterschutzgesetzes, der ILO Convention und des Stillens zu erfragen und bei Wissensdefiziten Informationen und Hintergrundmaterialien anzubieten. - Den Grad der Einführung der ILO Convention im Ministerium erfragen; noch offene Punkte identifizieren und im eigenen Land einführen. <p><u>Ideen betreffend der Mother Friendly Workplace Initiative:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhebung jener Arbeitgeber/-innen, die stillende Mütter am Arbeitsplatz am besten unterstützen. Dies könnte auch durch Einbeziehung der lokalen Zeitungen oder des Fernsehens und des Radios geschehen. - Kontaktaufnahme mit den Gewerkschaften in der Gemeinde und Ermittlung, in wie fern die Gewerkschaften das Stillen unterstützen können. Zusätzlich können Workshops angeboten werden, um die Gewerkschaftsführer/-innen über die Notwendigkeit des Stillens zu informieren. - Ermittlung der Vorgehensweisen und Arbeitsbedingungen, die das Stillen bei arbeitenden Müttern am besten unterstützt. Erhebung der Situation von stillenden Müttern am Arbeitsplatz bei den unterschiedlichsten Berufsgruppen (und Ermittlung, welche Hindernisse vorliegen). - „Childcare workers“ Still-Workshops anbieten, um einerseits das Stillen bei arbeitenden Müttern zu unterstützen und andererseits Frauen dazu ermutigen, Stillen und Arbeiten zu kombinieren. Still-Training soll dabei sowohl in „Childcare centers“ als auch Frauen, die ihre Kinder zu Hause betreuen ermöglicht werden. - Errichtung von Krabbelstuben in den zentralen Gebieten, in denen Frauen arbeiten. Außerdem sollten mobile Kinderrippen, Genossenschaften und andere kostengünstige Möglichkeiten erkundet werden. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Das Ziel ist eindeutig formuliert; die Vorgehensweise zur Umsetzung des Zieles ist von den Teilnehmern/-innen jedoch relativ offen und frei wählbar. Die Messbarkeit ist demnach auch Ideen/Projekt-spezifisch zu bestimmen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Die Partizipation der Zielgruppe (stillende Frauen) in der Planung und Durchführung der Seedgrantprojekte ist sehr wahrscheinlich, jedoch abhängig von der Wahl der geplanten Umsetzungsidee.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Eine gute Vernetzbarkeit ist Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der Projekte.

Wirksamkeit	k.A.	
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Je nach Wahl des Projekts kann die Umsetzung nachhaltige positive Auswirkungen mit sich bringen und langfristige Erfolge vor allem in der Stildauer zeigen.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Die Projekte der „World Alliance for Breastfeeding Action“ weisen eine gute Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit aus, da sie schon in vielen Ländern eingeführt wurden und sich an den Bedarf des jeweiligen Landes anpassen.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Auch in Österreich ist die „World Alliance for Breastfeeding“ tätig. Durch die zahlreichen vorgeschlagenen Ideen, kann ein für Österreich am besten durchzuführendes Projekt ausgewählt werden. Entscheidend ist eine zuvor durchgeführte Ist Analyse, um den Bedarf an die österreichischen Arbeitsplätze bzw. den unterschiedlichen Berufsgruppen anzupassen.

Literatur:

World Alliance for Breastfeeding Action. Women and Work. <http://www.waba.org>

Tabelle 46 Modell: Maternity Protection Campaign KIT (Projekt der World Alliance for Breastfeeding Action)

Ort / Land	International	
Kontakt, Adresse		
Zielgruppe	Berufstätige, stillende Frauen	
Hintergrund	<p>Immer mehr Frauen, die ein Kind zur Welt gebracht haben, arbeiten außerhalb des Haushaltes. Die Ermöglichung von Stillen am Arbeitsplatz hat nicht nur gesundheitliche und ökonomische Vorteile, sondern weist auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeber/-innen positive Eigenschaften auf.</p> <p>Schlüsselemente der „Maternity Protection at Work“ sind die ILO Convention 183 und Recommendation 191; Mutterschutzurlaub; Förderung medizinischer Versorgung während der Schwangerschaft und nach der Geburt; Karenz- und Kindergeld; Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind; Arbeitsplatzsicherung; Stillpausen und Schaffung von stillfreundlichen Rahmenbedingungen</p>	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Frauen am Arbeitsplatz, damit diese stillen können (durch Förderung der Einführung und Überwachung von verbesserten Mutterschutzansprüchen) 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der „Maternity Protection Campaign“ werden folgende Stufen zur erfolgreichen Durchführung der „Maternity Protection Campaign“ empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> – Bewertung der eigenen Ressourcen und Beurteilung des aktuellen Status der „Maternity Protection“ – Ist Analyse und Beurteilung der nationalen Situation – Bildung einer Aktionsgemeinschaft – Erstellung einer detaillierten Erhebung – Zusammenarbeit mit „Key-Partnern/-innen“ – Entwicklung eines Aktionsplans – Ausführung des Aktionsplans – Monitoring und Evaluierung – Follow-up und Berichtschreiben 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Die Zielsetzung ist relativ offen formuliert, geht jedoch mit konkreten Handlungsempfehlungen einher.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Die Partizipation der Zielgruppe ist in der Planung und Durchführung möglich, beispielsweise durch die Einbindung in Interviews oder Fragebogenerhebungen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die „Maternity Protection Campaign“ ist gut vernetzt. Sie wird von der Maternity Protection Coalition (MPC), sowie dem International Baby Food Action Network (IBFAN), der International Lactation Consultant Association (ILCA), dem LINKAGES-project und der World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) organisiert. Technische Unterstützung wird von der International Maternal & Child Health, Uppsala University, Sweden (IMCH)


		und der United Nations Children's Fund (UNICEF) geleistet.
Wirksamkeit	k.A.	
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Die Umsetzung der „Maternity Protection campaign“ kann nachhaltige positive Auswirkungen mit sich bringen und langfristige Erfolge zeigen. Evaluationsergebnisse konnten bis dato nicht recherchiert werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Das Modell ist so konzipiert, dass es in verschiedenen Ländern durchgeführt werden kann. Es werden sogenannte „Campaign Tools“ aufgelistet, die Fragen und Anleitungen für die Umsetzung enthalten. Je nach Bedarf des jeweiligen Landes kann im Anschluss ein Aktionsplan entwickelt werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	Die Umsetzung ist auch in Österreich möglich. Eine ausführliche Ist Analyse ist jedoch erforderlich. Viele der Schlüsselemente werden in Österreich bereits umgesetzt.

Literatur:

World Alliance for Breastfeeding Action. Maternity Protection Campaign KIT.
<http://www.waba.org>

Tabelle 47 Modell: Breastfeeding Mother Friendly Employer

Ort / Land	Oregon, USA
Kontakt, Adresse	Kristin Sasseen Breastfeeding Mother Friendly Employer Project Coordinator Telefon: +1 (971) 673-0070 kristin.j.sasseen@state.or.us
Zielgruppe	Berufstätige, stillende Frauen, Arbeitgeber/-innen
Hintergrund	<p>Frauen mit Säuglingen und Kindern unter 3 Jahren sind in der Erwerbstätigkeit das am schnellsten wachsende Segment. Mindestens 58 % der arbeitenden Frauen kehren in Oregon in den Berufsalltag zurück, wenn ihr Baby 3 Monate alt ist. Frauen, die bereits in den Berufsalltag zurückgekehrt sind und ihr Kind weiterstillen möchten, haben dabei nur relativ wenige und einfache Bedürfnisse wie beispielsweise das Vorhandensein effizienter Brustpumpen; ein komfortabler, sicherer und privater Raum am Arbeitsplatz und die Möglichkeit, 2-3 mal pro Tag Milch abzupumpen.</p> <p>Von der Stillförderung profitieren nicht nur Mutter und Kind, sondern auch Arbeitgeber/-innen: Die Einführung von „workplace lactation programs“ führt unter anderem zu folgenden positiven Ergebnissen: geringere Fehlstunden (Frauen, die ihr Baby mit Formulanahrung füttern, fehlen aufgrund einer Erkrankung des Kindes 3 mal so häufig, als Frauen die ihr Baby stillen), höhere Produktivität, höhere „company loyalty“, höhere Arbeitsmoral und geringere Gesundheitskosten.</p> <p>Das „Breastfeeding-Mother-Friendly-Employer Project“ ist ein Teil des Vorhabens, das Stillen in der Gemeinde zu fördern. Im Rahmen des Projekts werden alle Arbeitgeber/-innen dazu ermutigt, Stillen am Arbeitsplatz zu fördern (damit Frauen mindestens ein Jahr – wie von Gesundheitsexperten/-innen empfohlen – stillen können). Im Jahr 2005 haben rund 85 % der Frauen in Oregon ihr Kind gleich nach der Geburt gestillt. Die Stillraten sanken jedoch signifikant nach den ersten 2-4 Wochen nach der Entbindung. Dieser Trend setzt sich auch danach weiter fort.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Zahl der arbeitenden Frauen, die ihre Babys 6 Monate ausschließlich stillen. • Erhöhung der Zahl an Arbeitgeber/-innen in Oregon, die die Kriterien des „Breastfeeding Mother Friendly Employer Projects“ einschließen.
Durchführung	<p>Im Rahmen des Projekts wurden folgende Strategien festgelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Beispiel für andere Arbeitgeber setzen: Das Departement of Human Services (DHS) bietet arbeitenden, stillenden Müttern Unterstützung an. Zusätzlich hat das DHS in all ihren Institutionen Regelungen erlassen, die stillende Mütter unterstützen sollen und ein positives Beispiel für andere Projektgeber darstellen soll. • Zur Verfügungsstellung von kostenlosen Implementierungshilfen (employer packets) für Arbeitgeber/-innen, welche bei der Einführung der stillfördernden Arbeitsplätze helfen sollen.

	<ul style="list-style-type: none"> Eine Art Qualitätssiegel („Certification of Recognition“) soll all jenen Arbeitgebern/-innen verliehen werden, die eine Bewerbung einreichen, in welcher dokumentiert ist, dass die Institution alle Kriterien für einen „breastfeeding mother friendly Employer“ erfüllt. <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> Anbieten von „Free Breastfeeding Promotion materials“ unter dem gemeinsamen Titel „Babys were born to be breastfed!“ (z. B. Infoblätter über: „How to Become a Breastfeeding Mother Friendly Employer“) 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Eindeutige und messbare Zielsetzung inklusive Kriterienkatalog.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	„Stillende“ als Zielgruppe scheinen nur zum Teil eingebunden. Arbeitgeber/-innen werden jedoch zur aktiven Mitarbeit angeregt, sich bei der Durchführung und Planung zu beteiligen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Koordination erfolgt über DHS und erreicht viele Arbeitnehmer/-innen.
Wirksamkeit	+++++	Messbarkeit der Erfolge anhand des Kriterienkatalogs.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Sind Rahmenbedingungen einmal geschaffen, werden diese meist beibehalten. Vor allem durch den Qualitätssiegel (regelmäßige Kontrollen).
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Aufgrund genauer Angaben von Kriterien und Vorgehensweisen hoch.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Strukturen bzw. Gegebenheiten (rechtliche Situation) sind unterschiedlich. Diese Gegebenheiten müssen bei der Konzeption mitberücksichtigt werden.

Literatur:

How to Become a Breastfeeding Mother Friendly Employer. Babies were born to be breastfed! Together we are building a community that supports breastfeeding.

<http://ecphd.com/Resources/741.pdf>

Departement of Human Service. Working and Breastfeeding.

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/bf/working.shtml>

Maßnahme 4: Nutzung von Krabbelstuben als Kontaktstelle zur Zielgruppe

Tabelle 48 Modell: Breastfeeding Friendly Nursery

Ort / Land	Glasgow / England
Kontakt, Adresse	Clare Walker, Senior Health Promotion Officer Early Years Child Health GGNHSB Dalian House, 350 St. Vincent Street, Glasgow G3 8YZ Telefon: +44 (0) 141 201 4461, clare.walker@gghb.scot.nhs.uk
Zielgruppe	Personal in Kindertagesstätten, Stillende
Hintergrund	Im Departement of State Health Services (Texas / USA) wurden zehn Schritte für eine stillfreundliche Kindertagesstätte beschrieben: 1.) Das Thema „Stillen“ jährlich in den Arbeitsplan der Kindertagesstätte zu integrieren. 2.) Schulungen des Personals durchführen, damit diese das Stillen fördern und Aktivitäten unterstützen können. 3.) Eltern der Kinder über die Vorteile des Stillens informieren. 4.) Schulungsmöglichkeiten für Schwangere, Stillende und Familienmitglieder attraktiver gestalten und bewerben. 5.) Förderung partizipativen Lernens mit Kindern in Bezug auf Stillen. 6.) Förderung der Fortsetzung des Stillens in Kindertagesstätten oder „Child Care Centers“. 7.) Förderung einer Vollstilldauer von 6 Monaten. 8.) Vermeiden von Schnullern. 9.) Unterstützung der Bildung von „Breastfeeding Support Groups“ innerhalb der „educational community“ (Eltern, Lehrer/-innen, Direktoren/-innen, Pfleger/-innen usw.). 10.) Zusammenarbeit mit Gesundheitszentren und anderen Organisationen in der Gemeinde.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung eines Umfeldes, in dem Stillen als normal und natürlich angesehen wird • Förderung einer positiven Einstellung zum Stillen • Imagesteigerung des Stillens, vor allem in Gegenden mit sehr niedrigen Stillraten
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Anbieten von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für das Personal, damit dieses innerhalb ihrer Arbeit die Möglichkeit und Fähigkeit hat, Stillen zu fördern, zu unterstützen und zu schützen • Schaffung von Basiswissen, um die Zielgruppe dadurch zu befähigen, richtige Entscheidungen in Hinblick auf Kleinkinderernährung zu treffen • Stillende Mütter und deren Familien darauf aufmerksam machen, dass es Unterstützung und Informationen gibt • Hintergrundinformationen weitergeben, die Stillen in jeder Kultur

		<p>als beste Wahl bewirkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung stillfreundlicher Rahmenbedingungen für stillende Mütter und deren Familien • Förderung des Stillens in der Öffentlichkeit und Befreiung von eventuellen Stigmata • Unterstützung des Personals und der Zielgruppen
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++	Die Zielsetzung ist relativ offen formuliert.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Die Zielgruppe ist in die Durchführung durch die Schaffung von Basiswissen in der Zielgruppe involviert. Es wird auf Empowerment geachtet.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Im Rahmen des Pilotprojekts wurde mit „health professionals“ zusammengearbeitet, die zum Erfolg des Projekts beigetragen haben.
Wirksamkeit	+++	Die Pilotphase und erste Implementierungen des „Breast Feeding Friendly Nursery“-Programms funktionierten sehr gut und waren am leichtesten umzusetzen, wenn die Kindertagesstätten mit „health professionals“ zusammenarbeiteten. Detaillierte Informationen gehen an Gesundheitsprofessionisten/-innen, Institutionen und an die Zielgruppe.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Das Thema Stillen wird jährlich im Arbeitsplan verankert. Die Schulung des Personals hat einen Multiplikatoren/-innen-Effekt.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Das Modell kann gut in Kindertagesstätten integriert werden, vor allem dann, wenn mit „health professionals“ zusammengearbeitet wird. Es ist geplant, das Projekt auch in anderen Niederlassungen zu integrieren.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die Einführung von Breastfeeding-Friendly-Nurserys ist auch in Österreich möglich und eine gute Möglichkeit, Kontakt zu stillenden Müttern aufzunehmen.

Literatur:

<http://www.breastfeed.scot.nhs.uk/NETNEWS12.HTM#7a>

Texas Department of State Health Service. 10-Steps for a Breastfeeding Friendly Childcare Center. http://www.dshs.state.tx.us/wichd/bf/10-step_childcare.shtm

Maßnahme 5: Fortbildungsveranstaltung für Gesundheitsberufe in Entbindungsstationen

Tabelle 49 Modell: Stillen und Stillberatung – Fortbildungsveranstaltung im Krankenhaus (Projekt des Fonds Gesundes Österreich, FGÖ)

Ort / Land	Niederösterreich/Gmünd	
Kontakt, Adresse	Pflegedir. Meisl Ingrid Telefon: +43-2852-525250 Fax: +43-2852-525255418 E-Mail: pdir.meisl.ingrid@kh.gmuend.at Organisationsname: Allg. öffentliches KH Gmünd Conrathstrasse 17, 3950 Gmünd / Niederösterreich	
Zielgruppe	medizinisches Personal verschiedener Berufsgruppen auf Entbindungsstationen	
Hintergrund	In der regulären Ausbildung des Gesundheitspersonals wird dem Thema Stillen nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet, obwohl Stillen als effiziente Präventivmaßnahme bekannt ist. Verschiedene Ausrüfte über das Stillen führen häufig zur Verunsicherung der Mütter, die damit in der Folge oft keine guten Erfahrungen machen.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Grund- und Weiterbildung über die gesundheitlichen Vorteile sowie die Handhabung des Stillens für medizinisches Personal verschiedener Berufsgruppen auf Entbindungsstationen 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • 3-tägige Fortbildungsseminare (basierend auf einem von der UNICEF ausgearbeiteten und der WHO empfohlenen 18-Stunden-Kurs für Mitarbeiter/-innen in Entbindungseinrichtungen), die von namhaften Fachleuten auf dem Gebiet des Stillens gestaltet wurden • Projekt ist bereits abgeschlossen 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Grund- und Weiterbildung ist durch empirische Erhebung messbar
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Es ist anzunehmen, dass die Zielgruppe „stillende Frauen“ bei der Erstellung des 18-Stunden-Kurses von der UNICEF in irgendeiner Form (z.B. Konsultierung) eingebunden wurde. Das medizinische Personal ist an der Durchführung (durch die Teilnahme an den Fortbildungsseminaren) beteiligt.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Es hat eine Kooperation mit dem Netzwerk Stillen Niederösterreich stattgefunden.
Wirksamkeit	++++	Positive Auswirkungen des Fortbildungsseminars auf das medizinische Personal in Entbindungsstationen und in Folge dessen auf die Patienten/-innen sind sehr wahrscheinlich. Der Informationsfluss wird

		vereinheitlicht. Genauere Informationen zur Wirksamkeit sind bei Frau Meisl zu erfragen.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Ausbildungen über die gesundheitlichen Vorteile sowie die Handhabung des Stillens sind vor allem dann als nachhaltig anzusehen, wenn Strukturen geschaffen und die Ausbildungen regelmäßig angeboten und vom Personal besucht werden. Nicht zu vergessen ist auch die Weitergabe von Wissen der Patienten/-innen auf deren Bekannte und Freunde/-innen.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Es handelt sich um ein österreichisches Modell, das auch in anderen Bundesländern eingeführt werden kann. Bei der Planung der Umsetzung in andere Krankenhäuser ist eine vorherige Ist-Analyse über die bereits vorhandenen Aus- und Weiterbildungen in den jeweiligen Krankenhäusern (bzw. in den jeweiligen Bundesländern) empfehlenswert, um die fehlenden Beratungsinhalte der WHO-Empfehlungen zu ergänzen. Eine weitere Möglichkeit wäre, standardisierte Fortbildungsseminare für ganz Österreich zu erarbeiten/anzubieten.
Umsetzbarkeit in Österreich		Siehe „Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit“

Literatur:

"Stillen und Stillberatung" Fortbildungsveranstaltung im Krankenhaus.
http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_123434

Maßnahme 6: Reduktion von Stillkrisen

Tabelle 50 Modell: Stillen in Vorarlberg (Projekt des Fonds Gesundes Österreich, FGÖ)

Ort / Land	Vorarlberg
Kontakt, Adresse	Mag. Angelika Stöckler, aks, Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin GmbH, Rheinstraße 61, 6900 Bregenz, Telefon: +43 (0) 5574 / 64570-1013, Mail: ernaehrung@aks.or.at Kooperation: Niedergelassene Ärzte/-innen, aks Kinderdienste, alle Krankenhäuser des Landes, Institut für Gesundheits- und Krankenpflege, Verband der Still- und Laktationsberater/-innen, Ernährungsberater/-innen, Hebammenverband
Zielgruppe	Stillende Mütter (werden über Folder und Medien einschlägiger Institute erreicht) ; Berufsgruppen wie Ärzte/-innen, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, und Elternberater/-innen, die mit den stillenden Frauen in Kontakt sind
Hintergrund	Laut Frau Mag. Stöckler sind die Stillraten in Vorarlberg am schlechtesten von ganz Österreich. Die Anfangsstillrate beträgt in Vorarlberg 84 %. Nach dem ersten Lebensmonat werden nur noch 77 % und ein halbes Jahr nach der Geburt noch knapp 23 % der Babys gestillt. Nach Angaben von Frau Mag. Stöckler liegen die tatsächlichen Stillraten noch niedriger als in der Österreichischen Stillstudie (Esberger, 2007) beschrieben. Dies trifft vor allem bei Frauen mit Kaiserschnittgeburt oder Raucherinnen zu.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Zahl der bis zum 6. Lebensmonat voll gestillten Säuglinge durch folgende <i>inhaltliche Schwerpunkte</i>: <ul style="list-style-type: none"> – Vernetzung aller Institutionen in Vorarlberg, die mit dem Thema Stillen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf der Schwangerschaft und Stillperiode mit den Müttern in Kontakt sind – Definierung und sukzessive Umsetzung von Qualitätsstandards (Leitlinien für Beratung und Information) – Koordinierung, Ergänzung und systematische Weiterentwicklung aller vorhandenen Aktivitäten aller betroffenen Institutionen (gezielte Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildungsveranstaltungen, Entwicklung einheitlicher Informationsmaterialien) – Ausbau der Stillberatung
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Errichtung einer Stillhotline</i>, damit stillende Mütter bei auftretenden Stillproblemen jederzeit die Möglichkeit haben, sofort fachlichen Rat einzuholen und an die nächste beratende Stelle verwiesen werden können • Erstellung von drei aufeinander abgestimmten <i>Broschüren</i> für Eltern (Brustuntersuchung; Stillen. Das Beste für Mutter und Kind; Beikost. Babys erste feste Nahrung), die dem Mutter-Kind-

	Pass beigelegt werden sollen. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vorträge und Seminare</i> für Berufsgruppen (z.B. Personal der Geburtenstation, Hebammen, Ärzte/-innen, Laktationsberater/-innen, Elternberatung) • <i>Vernetzungsarbeit und Weiterbildungsangebote</i> für die oben genannten Berufsgruppen • Projektdauer: 3 Jahre; Projekt läuft noch 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Alle unter „Ziele des Projekts“ genannten Punkte weisen eine eindeutige Zielsetzung auf. Die Messbarkeit der Ziele ist durch die Stillrate, die Anzahl der vernetzten Institutionen und deren Aktivitäten gegeben.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	k. A.	Die Einbeziehung von Stillenden ist aus der vorhandenen Literatur nicht ersichtlich; hierfür wäre eine erneute Kontaktaufnahme mit Frau Mag. Stöckler erforderlich.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Das Projekt hat zum Ziel, alle relevanten Institutionen bzw. Beteiligten (Niedergelassene Ärzte/-innen, als Kinderdienste, alle Krankenhäuser des Landes, Institut für Gesundheits- und Krankenpflege, Verband der Still- und Laktationsberater/-innen, Ernährungsberater/-innen, Hebammenverband) zu vernetzen. Eine intensive Zusammenarbeit mit Krankenhäusern wird derzeit forciert.
Wirksamkeit	++++	Das Projekt läuft noch. Nach Angaben von Frau Mag. Stöckler wurden zwei Studien zur Evaluierung in Auftrag gegeben, bei der 600 Frauen befragt wurden. Die Ergebnisse sind laut Mag. Stöckler sehr erfreulich, da die Stilldauer deutlich gesteigert werden konnte. Die Anfangsstillraten gehen jedoch weiterhin zurück. Die Hotline ist vor allem für die Zeit zwischen Verlassen des Krankenhauses und dem ersten Besuch des/r Kinderarztes/-ärztin relevant.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Das Projekt läuft noch. Die Vernetzung aller Beteiligten übt nachhaltige Funktionen aus. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Weiterbildung aller Projektbeteiligten sowie die Erstellung der Broschüren sich langfristig auf die Zielgruppe positiv auswirken.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Gutes Modell, das in all seinen Schwerpunkten auch in anderen Bundesländern umsetzbar wäre. Für die Umsetzung in anderen Bundesländern ist eine vorherige Ist Analyse erforderlich, um beispielsweise das Angebot an Vorträgen und

		Seminaren zu ermitteln, aber auch um Stakeholder, die für die Vernetzungsarbeit relevant sind, zu erheben. Eine österreichweite Vernetzung wäre ebenfalls denkbar bzw. wünschenswert. Dies könnte beispielsweise mit der Einführung eines/r Stillkoordinators/-in (siehe Modell: „Infant Feeding Strategy for Scotland“) einhergehen.
Umsetzbarkeit in Österreich		Siehe „Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit“

Literatur:

„Das Projekt: Stillen in Vorarlberg“

http://www.gesundesleben.at/frame_main2.cfm?bid=3&tid=37&uid=60&beitragid=7755

aks Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin. Powerpointpräsentation zu „Stillstudie Vorarlberg“ und Projekt „Stillen in Vorarlberg“.

www.khbq.at/redaktion/uploads/files/dfa54a10a3a00a188dafbd3dafb2a7f4/stillstudie_vorarlberg_05_ast.ppt

Rundum Gsund.org – Fonds gesundes Vorarlberg. „Stillen in Vorarlberg“.

<http://www.rundumgsund.org/index.php?newsID=687>

Fonds Gesundes Österreich. Stillen in Vorarlberg.

http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_261165

Telefonat mit Frau Mag. Stöckler

Maßnahme 7: Maßnahmen zur Förderung von Peer Support Groups

Tabelle 51 Modell: Flintshire Breastfeeding Peer Support Programme

Ort / Land	Flintshire	
Kontakt, Adresse	Fiona Fee (Infant Feeding Co-Coordinator); North East Wales NHS	
Zielgruppe	Kinder im Alter von 0 bis 1 Jahren, Familien, Fachkräfte und Ausübende, Kinder im Alter von 1 bis 4 Jahren, Schwangere	
Hintergrund	In Flintshire liegt die Stillrate unter dem nationalen Durchschnitt.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Stillförderung aufgrund der positiven Effekte auf die Gesundheit von Mutter und Kind, besonders bei <i>kulturellen Gruppen</i>, bei denen Stillen nicht gang und gebe ist. 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung freiwilliger/ehrenamtlicher Mütter, um anderen Müttern zu helfen • Als Lehrmaterialien wird das La Leche Liga Curriculum verwendet 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Die Zielsetzung ist gut messbar, insbesondere kann die Anzahl der ausgebildeten „Peer Supports“ und deren Anzahl durchgeführter Stillberatungen gut gemessen werden.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Die Zielgruppe ist in der Durchführung beteiligt, indem ausgebildete Frauen, die selbst gestillt haben, anderen Müttern helfen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die La Leche Liga gibt es in vielen Ländern. Daher ist anzunehmen, dass bei der Erstellung der Lehrmaterialien eine internationale Vernetzung stattgefunden hat. Die ausgebildeten Frauen sind durch die Frauenselbsthilfeorganisation vernetzt. Das Laktationsumfeld wird eingebunden.
Wirksamkeit	k.A.	So weit bekannt, liegen derzeit noch keine publizierten Ergebnisse vor.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Mit einer Nachhaltigkeit ist zu rechnen. Ausgebildete Stillberaterinnen geben ihr Wissen und ihre Erfahrungen an viele Stillende weiter, die ihrerseits auch ihr Wissen an andere Bekannte und Freunde/-innen weitergeben können und so nachhaltig ihre Umgebung beeinflussen.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Das Projekt kann auf andere Länder mit ähnlichen Strukturen umgelegt werden. Es ist international vernetzt und auch die La Leche Liga wird miteinbezogen.
Umsetzbarkeit in	+++++	In Österreich gibt es bereits Stillberaterinnen und

Österreich		<p>Stillgruppen der La Leche Liga. Besonderes Augenmerk ist jedoch auf kulturelle Gruppen zu legen. Dabei könnten auch nicht-deutschsprachige Kurse und Kursunterlagen zur Verfügung gestellt werden, die für Migranten/-innen eine große Hilfe darstellen. Eine weitere Möglichkeit wären „mobile Stillberatungen“ um auch Personen zu erreichen, die nicht in Stillgruppen oder Institutionen kommen können.</p>
------------	--	--

Literatur:

Food Standards Agency. The 'AFAL' Awards for Food Action Locally Project Summaries 2007. <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/afalsummary07.pdf>

Food Standards Agency. Food Standards Agency Wales recognises community food projects. http://www.food.gov.uk/wales/aboutus_wales/pressreleases/2007/jul/afalawarded2007

Maßnahme 8: Öffentlichkeitsarbeit

Tabelle 52 Modell: National Breastfeeding Awareness Week

Ort / Land	UK
Kontakt, Adresse	BLDH@bisslancaster.com
Zielgruppe	Stillende
Hintergrund	Die "National Breastfeeding Awareness Week" (NBAW) ist eine landesweite jährliche Veranstaltung, die seit 1993 vom Departement of Health durchgeführt wird. Die Kampagne soll Frauen helfen, einen Zugang zum Stillen zu bekommen.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentliches Interesse für Stillen (als die gesündeste Fütterungsmethode für Babys) fördern. • Frauen bewusstmachen, dass sie zu jeder Zeit und überall ein Recht auf Stillen haben. • Unterstützung des Stillens durch Freunde/-innen, Familie und Gesundheitspersonal. • Förderung des Stillbeginns und der Stilldauer bei Frauen mit niedrigerem Einkommen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Während der Breastfeeding Awareness Week werden jedes Jahr verschiedene Aktivitäten durchgeführt. <p>Im Jahr 2008 wurden folgende Aktivitäten organisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Breast Buddy Initiative“ Zielgruppe sind junge Mütter im Alter von 16 bis 25 Jahren, die emotionale und praktische Unterstützung durch Nominierung eines „Buddys“ aus dem Freundes/-innen- und Familienkreises bekommen. Diese Initiative zielt dabei nicht darauf ab, das Gesundheitspersonal zu ersetzen, sondern soll emotionale Hilfe gewährleisten. Die „Breast Buddy Initiative“ wird durch eine berühmte Persönlichkeit (Jenny Frost, Atomic Kitten) unterstützt. Junge Mütter, die bei der „Breast Buddy Initiative“ teilnehmen, erhalten Informationsmaterialien (Department of Health leaflet-Breastfeeding: Off to the Best Start and a fridge magnet featuring the three breastfeeding helplines (National Breastfeeding Helpline, La Leche League and National Childbirth Trust)). • „Jenny Frost Regional Tour“ zu verschiedenen Städten in UK, um den Bekanntheitsgrad der „Breast Buddy Initiative“ zu erhöhen. • „Breastfeeding friendly places“ campaign Einführung von stillfreundlichen Shops, Supermärkten, Einkaufszentren und Arbeitsplätzen Stillfreundliche Plätze müssen bestimmte Kriterien erfüllen, um das Stillen so einfach wie möglich zu machen: (z.B. durch Anbieten komfortabler Sitzgelegenheiten, Anbieten von Trinkwasser, Unterweisung der Angestellten um das Stillen zu

	<p>unterstützen). Die Kampagne ist eine gute Chance für Einzelhändler/-innen um eine „Extraleistung“ anzubieten und um den Babys den besten Start ins Leben zu ermöglichen. „Breastfeeding Friendly Places“ sind durch einen Sticker auf der Auslage gekennzeichnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Breastfeeding Activities and Events Die Events finden regional statt (z. B. Breastfeeding bbq's; tea parties, cinema clubs and fitness sessions); dabei ist es wichtig, dass eine Mutter eine Mutter sein kann, und Familie und Freunde/-innen dies wissen/unterstützen. • Kontakt mit Medien und Bekanntgabe der Aktivitäten und Events. • Die Breastfeeding Awareness Week wird immer von einem Werbeslogan begleitet; der im Jahr 2008 unter folgendem Motto „Breastfeeding: every day makes a difference to your baby“ stattfand. • Die „National Breastfeeding Awareness Week“ fand dieses Jahr von 11. bis 17.05.2008 statt. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Stillbeginn und -dauer können durch die regelmäßig durchgeführten Surveys erhoben, jedoch nicht in direkten Zusammenhang mit der Kampagne gebracht werden. Die Veranstaltungen können u.a. durch die Teilnehmer/-innen-Zahl evaluiert werden.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Bei der Breastfeeding Awareness Week wird die Zielgruppe sowohl in die Planung als auch in die Durchführung einbezogen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Im Rahmen des Projekts findet eine Zusammenarbeit mit dem lokalen Umfeld, Gesundheitsprofessionisten/-innen und den Medien statt.
Wirksamkeit	++	Durch den Einbezug der Gemeinde und der aktiven Mitarbeit der Familien ist eine Erhöhung des öffentlichen Interesses und des Bewusstmachens des Stillens in der Öffentlichkeit wahrscheinlich.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Die Breastfeeding Awareness Week findet jährlich (seit 1993), jeweils für eine Woche statt. Dadurch kann von einer nachhaltigen Bewusstseins-schaffung ausgegangen werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Die Breastfeeding Awareness Week ist ein Modell, das sehr leicht in andere Gemeinden / Städten / Ländern übernommen werden kann.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Die Umsetzbarkeit wäre auch in Österreich möglich, jedoch ist die Akzeptanz des innovativen Gedankens / neuen Konzepts fraglich.

Literatur:

NHS. National Breastfeeding Awareness Week.

<http://www.breastfeeding.nhs.uk/en/fe/page.asp?n1=5&n2=13>

Tabelle 53 Modell: National Breastfeeding Awareness Campaign

Ort / Land	USA	
Kontakt, Adresse	Suzanne G. Haynes, PhD Senior Science Advisor, Office on Women's Health (OWH) US Department of Health and Human Services (DHHS)	
Zielgruppe	Stillende	
Hintergrund	Die „National Breastfeeding Awareness Campaign“ wurde gemeinsam mit dem "United States Breastfeeding Committee", dem "DHHS Office of Women's Health" und dem "Ad Council" erarbeitet.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Stillrate und –dauer bis zum Jahr 2010 (Erhöhung der Stillrate auf 75 %; Erhöhung der 6-monatigen Stilldauer auf 50 %) • Einführung der Empfehlung einer ausschließlichen Stilldauer von 6 Monaten in allen Gemeinden • Frauen das Gefühl vermitteln, dass Stillen eine einfache und praktikable Methode ist • Vorteile des Stillens so darstellen, dass sie besser wahrgenommen werden • Stillen als die "Standardmethode" einführen 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • 3-jährige Medienkampagne mit dem Slogan „Babies Were Born To Be Breastfed!“ • Medienkampagne basiert auf den Zielen und Empfehlungen des „HHS Blueprint for Action on Breastfeeding“ • „Media Outreach Campaign“ Fernsehen (Sendungen, Werbungen, sonstiges), Radio (Sendungen/Interviews, Werbungen, sonstiges), Magazine & Tageszeitungen (Artikel, Werbungen, sonstiges), Poster, Anschlagbretter für Reklame, Internet • „Community-Based Demonstration Projects“ Implementierung der „National Breastfeeding Awareness Campaign“ auf regionaler Ebene durch <i>Stillhilfen und –informationen</i> durch Ärzte/-innen, Krankenschwestern, Laktationsberater/-innen und Ernährungswissenschaftler/-innen und Diätberater/-innen <i>Einführen von Familien- und Gemeindeprogrammen</i> <i>Förderung sozialer Unterstützung</i> <i>Stillinformationen für Eltern</i> (Broschüre „An Easy Guide to Breastfeeding“; diverse Flyer) <i>Kostenfreie Stillhotlines</i>, „peer counseling“ und „mother-to-mother support groups“ • Evaluation der "National Breastfeeding Awareness Campaign" 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Messbare und eindeutige Zielsetzung
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und	++++	Frauen werden zum Großteil passiv über die Medien erreicht. In der Durchführung ist die Zielgruppe durch „community development approach“ einbezogen.

Durchführung)		
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Lokale Strukturen werden stark eingebunden. Weiters findet eine Vernetzung mit den Medien und Professionisten/-innen statt. Die Koordination wird vom DHHS übernommen.
Wirksamkeit	+++++	Die „National Breastfeeding Awareness Campaign“ wurde mittels Telefon-Survey evaluiert. Erhebungszeiträume waren vor der Kampagne im Jahr 2004 (Pre-wave Survey-Attitudes/Behavior & Ad Recall, 18.04.2008 bis 15.05.2004) und nach der Kampagne im Jahr 2005 (Post-wave Survey-Attitudes/Behavior & Ad Recall, 09. bis 19.04.2005). Das Bewusstsein über Stillen erhöhte sich nach der Kampagne im Jahr 2005 von 28 % auf 38 %. 64 % der Befragten glauben, dass Stillen das Beste für das Baby ist (Vgl. 54 % im Jahr 2004, 39 % im Jahr 2003). 73 % der Befragten haben ihr Kind gestillt (Vgl. 68 % im Jahr 2004). 62 % der Teilnehmer/-innen befürworten eine Vollstillzeit von 6 Monaten (Vgl. 53 % im Jahr 2004).
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Die Erreichung der Projektziele ist bis 2010 festgelegt.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Gutes Modell, das auch in anderen Ländern umsetzbar wäre.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Änderungen in den Werbespots, Interviews usw. sowie Anpassungen auf Österreich sind jedoch erforderlich. Das Bewusstsein über Stillen würde sich durch eine Werbekampagne auch in Österreich erhöhen, jedoch ist die Akzeptanz von Werbekampagnen über Stillen im Vorfeld zu ermitteln um keine gegenteiligen Effekte zu erzielen.

Literatur:

U.S. Department of Health and Human Service. National Breastfeeding Awareness Campaign — Babies were Born to be Breastfed.

<http://www.4woman.gov/breastfeeding/index.cfm?page=Campaign>

American Public Health Association. National breastfeeding awareness campaign launched.

<http://www.apha.org/membergroups/newsletters/sectionnewsletters/matern/fall03/432.htm>

The Breastfeeding Task Force of Greater Los Angeles. National Breastfeeding Awareness Campaign.

<http://www.breastfeedingtaskforla.org/breastfeeding-awareness-campaign/index.htm>

The Breastfeeding Task Force of Greater Los Angeles. Breastfeeding Resources & Information.

<http://www.breastfeedingtaskforla.org/resources/breastfeeding-public-education.htm>

aßnahme 9: Still-Workshops in Mutter-Kind-Zentren

Tabelle 54 Modell: Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres

Ort / Land	Tayside
Kontakt, Adresse	NHS Greater Glasgow; Health Promotion Departement (Child health Team) Douglas Child & Family Centre Team Janet Dalzell, Breastfeeding Co-ordinator Margaret Duncan, Sure Start Health Visitor, Christine Crocker, Sure Start Health Visitor Ray Glen, Sure Start Health Visitor Krystyna Baxter, Sure Start Health Visitor Shirley Leslie, Sure Start Health Visitor Susan Duncan, Health Development worker
Zielgruppe	Personal der Eltern-Kind-Zentren, (Stillende)
Hintergrund	Eltern-Kind-Zentren bieten umfassende Informationen und Beratungen für werdende Eltern sowie Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern an.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Trainings- und Lehrprogramms für das Personal von Mutter-Kind-Zentren • Erhöhung des Bewusstseins und des Verständnisses über kulturelle und gesellschaftliche Barrieren des Stillens • Dem Personal die Fähigkeiten übermitteln, Stillen zu fördern und zu unterstützen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Phase 1: Entwicklung der Workshopinhalte und der Durchführung <i>Trainingsinhalte sind:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Exploring Cultural Attitudes • Why breastfeeding is important • Breastfeeding in practice • Role of fathers • Return to work • Welcoming atmosphere for breastfeeding families • <i>Informationsmaterial für das Personal enthält:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Eating while you are pregnant (SHPS, NHS Tayside) • Eating for Breastfeeding (SHPS, NHS Tayside) • Great for Both of You – Breastfeeding • Guidelines for expressing, freezing, storing and thawing breastmilk (SHPS, NHS Tayside) • Out & About in Tayside (SHPS, NHS Tayside) • Breastfeeding and Return to work (SHPS, NHS Tayside) • Breastfeeding and returning to work – a simple guide (HEBS 2001) • The Scottish Breastfeeding Group: Breastfeeding and returning to work (Scottish Executive 2000) • Pregnant and using drugs (2003)

		<ul style="list-style-type: none"> • Caring for Your Baby withdrawal? (2003) • Off to a Good Start (Midwives/Health Visitor) • Bottle feeding leaflet (SHPS, NHS Tayside) • Breastfeeding Welcome poster and window sticker • Phase 2: Einführung des Personaltrainings • Phase 3: Evaluation
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Zielsetzung ist sowohl messbar als auch eindeutig. In der Projektbeschreibung ist ein Evaluierungsfragebogen über Workshops in Eltern-Kind-Zentren enthalten.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Zielgruppe ist an der Durchführung durch die Teilnahme an den Kursen involviert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Vernetzung von relevanten Beteiligten ist vorhanden, da die Beteiligten von verschiedenen Organisationen/Bereichen kommen. Die erfolgreiche Entwicklung des Programms ist auf die gute Zusammenarbeit mit Projektpartnern/-innen zurückzuführen.
Wirksamkeit	+++++	Vor Beginn des Workshops wurden die Einstellungen und die Meinungen der Kursteilnehmer/-innen über Stillen anhand der „Iowa Infant Feeding Attitude Scale“ erhoben. Vor Beginn des Workshops zeigten 52 % der Kursteilnehmer/-innen eine positive Meinung/Einstellung gegenüber Stillen. Während des Workshops erhöhte sich die Zahl der positiven Meinungen/Einstellungen um 25 % auf 77 %.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Es ist anzunehmen, dass die Einführung von Stillworkshops in Eltern-Kind-Zentren positiv nachhaltige und langfristige Auswirkungen haben.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Modell ist auch auf andere Länder gut übertragbar.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	In Österreich gibt es bereits einige Eltern-Kind-Zentren, bei denen z.T. Stillgruppen angeboten werden. Auf vorhandene Strukturen kann daher aufgebaut werden. Eine auf das jeweilige Bundesland abgestimmte Entwicklung der Workshopinhalte, sowie einheitliche Schulungsmaterialien und Patienteninformationen wären wünschenswert.

Literatur:

NHS Greater Glasgow (2002). Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres. <http://www.thpc.scot.nhs.uk/PDFs/TJBI/BFworkshopoverview.pdf>

Maßnahme 10: Schaffung von Kaufanreizen

Tabelle 55 Modell: Best Fed Babies

Ort / Land	Schottland	
Kontakt, Adresse	Elaine Little Blantyre and North Hamilton Social Inclusion Partnership David Dale House, 45 John Street, Blantyre, G72 0JG Telefon: +44 (0) 1698 527940, E-Mail: Elaine@bnh-sip.co.uk , Web site: http://www.localgossip.org	
Zielgruppe	Schwangere, Stillende, Kinder bis 3 Monate	
Hintergrund	Best Fed Babies wurde aufgrund der hohen Inzidenz von niedrigem Geburtsgewicht und der niedrigen Stillrate innerhalb der Blantyre & Nort Hamilton SIP area initiiert. Ein geringes Geburtsgewicht ist ein Schlüsselindikator für Armut.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Kindern einen bestmöglichen Start ins Leben geben (durch gute Vorsorge für Mutter und Baby während der Schwangerschaft) • Anreiz für gesünderes Essverhalten während Schwangerschaft und Stillzeit fördern, sowie Förderung der Gesundheit und einer qualitativ hochwertigen Ernährung des Kindes. • Durch Unterstützung des familiären Einkommens und dem Anbieten von Lernhilfen soll das Projekt praktische und direkte Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit und langzeitige Auswirkungen auf die Nahrungsmittelauswahl haben. 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Werdende Mütter der "Social Inclusion Partnership (SIP) area" erhalten 6 Monate vor und 3 Monate nach der Geburt (sofern die Mutter stillt) Lebensmittelbons im Wert von 50 Pfund/Monat. Die Gutscheine können in lokalen „Asda stores“ (Supermarktkette) eingelöst werden. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Ziele sind klar, jedoch ohne genauere Angaben formuliert. Die strategischen Ziele weisen wenig Praxisbezug auf.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	So weit ersichtlich, ist die Zielgruppe in der Durchführung, jedoch nicht in der Planung involviert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Der „Partnership Development Officer“ stellt eine Steuerungsgruppe zusammen, bei der Hebammen, „health visitors“ und Ernährungswissenschaftler/-innen und Diätologen/-innen involviert sind. Das Team arbeitet eng mit dem Personal der „Asda-Filialen“ zusammen.
Wirksamkeit	+++++	Im Rahmen des Projekts wurde eine Evaluation

		durchgeführt. 53 % der Mütter erhielten Lebensmittelbons vor, und 42 % sowohl vor als auch nach der Geburt ihres Babys. Insgesamt konnten positive Auswirkung auf die Gesundheit des ungeborenen sowie des gestillten Kindes und die ganze Familie beobachtet werden. Die Ernährungsgewohnheiten der Mütter wurden durch das Projekt ebenfalls positiv beeinflusst. Die Inzidenz für niedriges Geburtsgewicht konnte von 11 % auf 6 % gesenkt und die Stillrate von 12 % auf 30 % erhöht werden.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	Evaluierungen bzw. Ergebnisse zur Nachhaltigkeit waren nicht zugänglich.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Die Umsetzung des Projekts in anderen Ländern ist bei gleichen/ähnlichen Strukturen möglich.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Vorhandene Strukturen zur Umsetzung in Österreich müssen überprüft werden.

Literatur:

Ruth Campbell. Best Fed Babies. NHS Lanarkshire.

<http://www.thpc.scot.nhs.uk/Presentations/Ruth%20Campbell.pps#259,2,Area Profile>

Scottish Executive. Best Fed Babies.

<http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/fm35/fm35.pdf>

The Scotland Government news. Free food for healthier babies.

<http://www.scotland.gov.uk/News/Releases/2002/01/939>

HANDLUNGSFELD 3: MAßNAHMEN ZU „KINDERLEBENSMITTEL UND NAHRUNGSMITTELANGEBOT“

Maßnahme 1: Überprüfung des Nahrungsmittelangebots und Verbesserung der Konsumenteninformation über das Nahrungsangebot

Säuglingsanfangsnahrung:

Laut Projektbasisliteraturbericht kann sich die Anreicherung (Ribonukleotide, langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren etc.) bzw. Modifikation (z.B. hinsichtlich des Proteingehalts) von Säuglingsanfangsnahrung positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Derzeit wird sehr viel auf diesem Gebiet geforscht und die Wissenschaft sowie Experten in der Umsetzung befassen sich intensiv mit dieser Thematik. Diesen Forschungen sollte aus Sicht des Projektteams nicht vorgegriffen werden. Handlungsbedarf besteht viel mehr in der Förderung des Stillens gegenüber der Verwendung von Säuglingsanfangsnahrung siehe Handlungsfeld 2, sowie der Schulung der Frauen im Umgang mit Säuglingsanfangsnahrung die sich aus bestimmten Gründen für diese Fütterungsmethode entschieden haben.

Im jüngsten Bericht des National Health Service zum Thema „Improving the Nutrition of Pregnant and Breastfeeding Mothers and Children in Low-Income Households“ empfiehlt das NHS UK (2008) die bessere Schulung der Zielgruppen im Umgang mit Säuglingsnahrung. Dazu wird empfohlen sicherzustellen, dass Mütter unabhängige Beratung von qualifiziertem Fachpersonal im Gesundheitswesen bekommen, um den sicheren Umgang mit den Produkten zu gewährleisten. Diese sollte Informationen über mögliche Risiken bei der Verwendung von Säuglingsnahrung beinhalten und die Zielgruppe darüber aufklären, wo sie im weiteren Verlauf Informationen beziehen kann. Hebammen haben die Aufgabe Müttern, die ihrem Baby Säuglingsanfangsnahrung füttern, die sachgemäße Anwendung näher zu bringen, noch bevor die Mütter das Krankenhaus verlassen beziehungsweise, bevor Mütter nach einer Hausgeburt alleine gelassen werden.

Tabelle 56 Modell: Department of Health 2007 “bottle feeding”

Ort / Land	UK
Kontakt, Adresse	DOH UK, dh@prolog.uk.com
Zielgruppe	Mütter und Betreuer/-innen von Kindern im Säuglingsalter die nicht stillen
Hintergrund	Können Mütter nicht stillen, ist das Stillen kontraindiziert oder entscheidet sich die Familie, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu stillen, muss der sichere Gebrauch von Säuglingsanfangsnahrung gewährleistet sein, um Infektionen zu vermeiden und den Säugling bestmöglich zu versorgen. Dabei muss weiterhin die Botschaft vermittelt werden, dass Stillen nach wie vor die bestmögliche Versorgung für den Säugling bietet.

Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der richtigen Verwendung von Säuglingsanfangsnahrung • Vermittlung von Wissen über den sachgemäßen Gebrauch (Zubereitung, Hygiene) • Minimierung von Infektionsrisiken • Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung der Säuglinge • Vorgehensweise nach dem International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes • Erstellung einer einheitlichen Empfehlungsgrundlage von einer unabhängigen Instanz 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Zubereitungsrichtlinien, die vom Department of Health in Zusammenarbeit mit der UNICEF UK Baby Friendly Initiative herausgegeben werden, wurden erstellt • Empfehlungen werden sehr anschaulich und leicht verständlich mit Unterstützung von Fotografien zur Verdeutlichung der Handlungsschritte präsentiert • Ausführung in mehreren Sprachen • Wissensvermittlung über diverse Gesundheitsprofessionisten/-innen 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Das Ziel, eine unabhängige Zubereitungsrichtlinie zu erstellen, wurde erreicht. Durch direkten Kontakt der Gesundheitsprofessionisten/-innen mit der Zielgruppe ist gewährleistet, dass die Richtlinie an die richtigen Personen kommt.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Die Unterlagen sowie das Multiplikatoren/-innentraining werden vom NHS (National Health Service) angeboten. Das NHS gilt als zuverlässige Anlaufstelle und wird sowohl von Gesundheitsprofessionisten/-innen als auch von der Bevölkerung selbst in relevanten Belangen kontaktiert. Inwieweit die Zielgruppe selbst in der Erstellung der Unterlagen konsultiert wurde, geht nicht hervor.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Durch Einbezug der UK Baby Friendly Initiative, des Department of Health, des NHS und der Food Standards Agency scheinen wichtige Stakeholder in der Entwicklung eingebunden worden zu sein. Es wird fachübergreifend gearbeitet.
Wirksamkeit	++++	Evaluierungsergebnisse liegen nicht vor, dennoch ist anzunehmen, dass die Zielgruppe erreicht wird und Informationen angenommen und umgesetzt werden. (Das NHS ist als Informationsträger gut etabliert und hat eine große Reichweite). Familien scheinen in diesem Bereich für Informationen sehr offen.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Durch ständige Bewerbung durch das NHS und Aufnahme als Teilbereich von Aus- und Weiterbildung ist mit hoher Nachhaltigkeit zu

		rechnen. Strukturen werden geschaffen. Die Empfehlungen werden laufend überarbeitet.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Innerhalb von Ländern mit guter Vernetzung und interner Kommunikation im Bereich Health Promotion ist die Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit hoch.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	<p>In Österreich scheinen die Strukturen im Bereich Gesundheitskommunikation nicht so stark vernetzt wie in England. Es müsste eine unabhängige Instanz mit der Erstellung einheitlicher Zubereitungsrichtlinien beauftragt werden. Um die Akzeptanz zu erhöhen, wäre es empfehlenswert alle relevanten Stakeholder zu konsultieren und einzubeziehen. Für die Übersetzung in alle nötigen Sprachen müsste nach den regional größten ethnischen Gruppierungen recherchiert werden. Schulungen der Gesundheitsprofessionisten/-innen im Umgang mit den Zubereitungsrichtlinien müssten konzipiert, organisiert und umgesetzt werden.</p> <p>Fazit: In England hat das NHS die Erstellung, Verteilung an Gesundheitsprofessionisten/-innen und Weiterreichung durch diese an die Zielgruppe selbst organisiert. Somit ist die Akzeptanz hoch und die Schulung flächendeckend. In Österreich fehlen diese Strukturen teilweise, dennoch ist das Modell unter Einbezug relevanter Stakeholder zum größten Teil reproduzierbar.</p>

Literatur:

NHS. Nice Public Health Guidance 11. London, 2008.

NHS. Bottle feeding. Great Britain, 2007.

Beikostnahrung:

Am österreichischen Markt befindet sich eine fast unüberschaubare Fülle an Produkten, die mit verschiedensten Informationen sowie Werbeaussagen präsentiert werden.

Der VKI (Verein für Konsumenteninformation) hat 2006 Beikostprodukte, die am österreichischen Markt im Handel sind, bewertet. Bei Beikostnahrung, die ab dem 6. Monat zugefüttert werden kann, ist es laut VKI besonders wichtig, die Zutatenliste zu prüfen und nicht ausschließlich von Werbesprüchen beeinflusst zu werden.

Evidenzbasierte Evaluierung zum Thema **Ernährungsinformation** von Schwangeren, Stillenden und Kleinkindern existiert nur sehr limitiert. Boyd und Windsor (1993) kommen in Ihrer Metaanalyse zum Thema „Effizienz von Ernährungsinformation bei Schwangeren“ zu folgendem Schluss: Die Notwendigkeit qualitativ hochwertiger Ernährungsinformation ist unumstritten. Derzeit existiert in der publizierten Literatur jedoch keine standardisierte, evaluierte, umlegbare Methode zur Ernährungsaufklärung. Weitere Studien werden benötigt.

Tabelle 57 Modell: The North Gasgow Community Food Initiative Weaning Programme

Ort / Land	Schottland, Glasgow
Kontakt, Adresse	North Glasgow Community Food Initiative, ngcfi@yahoo.co.uk , www.ngcfi.org.uk
Zielgruppe	Eltern und Familienangehörige von Kindern im Beikostalter, besondere Beachtung finden Familien aus sozial schwächeren Schichten und Migranten/-innen
Hintergrund	Die „North Glasgow Community Food Initiative“ ist ein Gesundheitsförderungsprojekt in der Gemeinde, das abgesehen vom Projektleiter ehrenamtlich geführt wird. Das Projekt strebt in seiner Arbeit die Erhöhung des Bewusstseins für ein gesünderes Leben in der Bevölkerung von Glasgow an. Neben finanziell geförderten Programmen, die den Obst- und Gemüseverzehr anregen sollen, Gartenprojekten, Kochworkshops, einem „gesünder Leben“-Club für Kinder und diversen anderen Aktivitäten, wird auch ein Beikost-Programm angeboten. Das Projekt möchte mit seiner Arbeit Personen unterschiedlichster Kulturkreise in praxisorientierte und nachhaltige Ernährungsprojekte integrieren und die Gemeinde zu einem gesünderen Leben inspirieren. Das Projekt ist von der Europäischen Union teilgefördert.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von sozialen Netzwerken und Einbezug des Individuums in das Leben in der Gemeinde • Förderung gesunder/richtiger Beikostfütterung • Zur Verfügung Stellung adäquater Informationen über die Beikosteinführung • Förderung der sozialen Gleichberechtigung • Anregung des Interesses zu einem späteren Zeitpunkt an einem Kochworkshop teilzunehmen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Eltern werden zu Beikost-Workshops in diversen Arztpraxen eingeladen • Einladungen erfolgen über „Health Visitors“ (aufsuchende

		<p>Betreuung), Ärzte/-innen, verschiedene Service Points und durch Projektbeteiligte, die im ständigen Kontakt mit der Gemeinschaft sind. Das NHS fördert die Vermarktung der angebotenen Klassen und Kurse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Zubereitung von Beikost im Rahmen der Workshops • Geförderte Pakete, die die nötige Ausrüstung zur selbständigen Zubereitung beinhalten, werden zum Kauf angeboten und für sozial Schwächere gratis vergeben • Regelmäßig evaluiert werden die Teilnehmerzahlen, die Annahme der Beikostpakete sowie die Teilnehmerzufriedenheit und der Lerneffekt der Teilnehmer/-innen
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klare Zielsetzung mit Praxisbezug und genauer Definition der Zielgruppe.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Die Zielgruppe hat die Möglichkeit, nach jedem Workshop Feedback zu geben, welches dazu verwendet wird, die Workshops zu optimieren. Es ist ein gemeindenahes Projekt. Mitglieder der Gemeinde sind voll eingebunden.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	NHS, Projektbetreiber/-innen, Gemeindemitglieder (durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit), die Zielgruppe selbst sowie Gesundheitsprofessionisten/-innen sind gut vernetzt.
Wirksamkeit	+++	Über die Zahl der Teilnehmer/-innen und deren Feedback konnten keine Informationen eingeholt werden. Spezielle Risikogruppen können durch gezieltes Angebot erreicht werden.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Erreicht man hohe Teilnehmer/-innenzahlen, kann zusätzlich der Multiplikatoreneffekt durch bereits geschulte Eltern ausgenutzt werden. Einmal konzipiert und organisiert, sind die Kurse gut beizubehalten. Ein engagierter Experte/-in muss sich der Sache annehmen und koordinieren.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Innerhalb von Ländern mit ähnlicher Struktur (NHS, health visitors, community food projects) sehr gut zu übernehmen.

Umsetzbarkeit in Österreich	++++	<p>Die Konzipierung solcher Kurse sowie die Durchführung durch Experten sind umsetzbar. Geeignete Orte müssen gefunden werden und diverse Stakeholder (Ärzte/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Geldgeber/-innen usw.) kooperationsbereit sein. In Österreich finden sich Strukturen der aufsuchenden Betreuung nur in Ansätzen. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe über diese Schiene ist daher begrenzt. Fördermöglichkeiten müssten identifiziert werden. Experten/-innen in Österreich sowie die Zielgruppe selbst berichten über einen Bedarf im Bereich Schulung in der Beikosteneinführung. In Österreich existieren jedoch keine „Non Profit making Community Health Projects“ in der Form, wie man sie in UK findet. Strukturen, die genutzt werden könnten, um ähnliche Initiativen anzubieten, sind Mutter-Kind-Zentren, Gesunde Gemeinden und Arztpraxen selbst. Die Einstellung einzelner Stakeholder zu solchen Initiativen muss zuvor geprüft werden. Der Projekterfolg und deren Umsetzung sind abhängig von einer guten Zusammenarbeit und dem Engagement diverser Stellen.</p>
-----------------------------	------	---

Literatur:

Boyd N, Windsor R; A Meta-evaluation of Nutrition Education Intervention Research among Pregnant Women. Health Education & Behaviour.1993; 20: 327.

<http://www.ngcfi.org.uk/id18.html>

Tabelle 58 Modell: Glasgow's First Food Weaning Program

Ort / Land	Schottland, Glasgow	
Kontakt, Adresse	Anne Gebbie - Diben, Greater Glasgow NHS Board, Dalian House, Tel: +44 141 2014725, E-Mail: anne.gebbie-diben@gghb.scot.nhs.uk	
Zielgruppe	Eltern und Familienangehörige von Kindern im Alter von etwa 4 Monaten werden identifiziert und eingeladen	
Hintergrund	First Food ist ein Pilotprojekt, das in 5 verschiedenen schottischen Regionen zwischen September 2003 – September 2004 durchgeführt wurde. Eltern wurden dabei von „health visitors“ identifiziert und eingeladen. Die Idee für First Foods entstammt dem „Milton Food Project“.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfestellung bei der Beikosteinführung • Wissensvermittlung zur eigenen Zubereitung von Beikost • Hilfestellung für sozial Schwächere • Förderung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Gesundheitsförderungsprojekten in der Gemeinde • Die Schaffung von Gelegenheiten Ressourcen und Wissen auszutauschen • Empowerment der Zielgruppe 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation von regelmäßigen Veranstaltungen im Rahmen dessen die Zielgruppe die Gelegenheit hat, informell mit „health visitors“, „oral health visitors“ und Diätologen/-innen über Fütterungsmethoden ihrer Kinder zu sprechen • Durchführung von Demonstrationen zur Zubereitung von Beikost • Angebot und Demonstration von passendem, kostengünstigen (subventionierten) Equipment, wie z.B. Stabmixer und Aufbewahrungsbehälter zur Zubereitung eigener Beikost 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Klare Zielsetzung, s.o. Genaue Messergebnisse zu allen Zielen konnten bis dato vom Projektteam nicht recherchiert werden.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Durch ständige Evaluierung der Angebote wird die Meinung der Zielgruppe fortlaufend miteinbezogen und die Veranstaltungen dahingehend optimiert. Ein wichtiger Erfolgsparameter ist der Austausch innerhalb der Zielgruppe sowie Empowerment.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Gesundheitsprofessionisten/-innen, Gemeindemitglieder und Fördergeber arbeiten eng zusammen.
Wirksamkeit	+++++	Evaluieren werden einzelne Veranstaltungen mittels Fragebögen. Resultate zeigen, dass 93 % der Teilnehmer das angebotene, geförderte Paket mit Equipment erstehen. Eltern geben an, dass

		<p>Informationen zur Beikostfütterung rar sind und sie das Angebot sehr schätzen, wieder nutzen würden und weiterempfehlen. Das Feedback zu den einzelnen Veranstaltungen ist sehr gut. Gesundheitsprofessionisten/-innen werten die Arbeit als besonders hilfreich, da das Wissen der Zielgruppe erhöht wird und vor allem bei „health visitors“ weniger Fragen auftreten. Gesundheitsprofessionisten/-innen sehen einen deutlichen Wissenszuwachs der Zielgruppe die im Umgang mit der Beikosteinführung dadurch selbstsicherer agieren kann. Es konnten jedoch keine genauen Teilnehmerzahlen gefunden werden.</p>
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	<p>Vermitteltes und erlerntes Wissen kann nachhaltig angewandt und über Generationen weitergegeben werden. Macht die Zielgruppe, positive Erfahrungen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie auch weitere Schulungen besucht und sich bei Problemen an die Ansprechpersonen wendet.</p>
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	<p>Sind Örtlichkeiten und Organisationsleitfaden identifiziert und erstellt, ist die Durchführung in anderen Regionen relativ einfach. Dennoch ist eine gute Kommunikationsschiene zwischen Gemeindemitgliedern, Gesundheitsprofessionisten/-innen und Organisatoren die Voraussetzung für den Erfolg.</p>
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	<p>Die Strukturen der „health visitors“ fehlen in Österreich. Damit muss eine andere Schiene zur Vermarktung und zur Erreichung der Gemeindemitglieder, eventuell über Mutter-Kind-Zentren oder Arztpraxen, gefunden werden. Fördergelder müssen akquiriert werden.</p>

Literatur:

VKI. Ins Gläschen geschaut. Konsument. 2006; 9.

VKI. Etikettenschwindel. Konsument. 2006; 10.

Kinderlebensmittel:

Laut Gesprächen mit der Arbeiterkammer und dem VKI (Verein für Konsumenteninformation) ist das derzeitige Angebot an Kinderlebensmittel in Österreich stark verbesserungswürdig. Die Kinderprodukte, die sich auf dem Markt befinden, sind vor allem von Seiten des Zucker- und Salzgehalts her fragwürdig. Laut Österreichischem Ernährungsbericht (Elmadfa et al. 2003) essen bereits Österreichs Kinder viel zu süß.

Die AK meint dazu, dass der Zucker- bzw. Salzgehalt von Kinderlebensmitteln um rund 1/3 reduziert werden könnte, ohne Geschmackseinbußen zu verzeichnen. Ein Vorteil für die Industrie wäre die Einsparung von Zucker aus Kostengründen. Hinzu kommt, dass der Verzehr von zu vielen Kinderlebensmitteln dazu führt, dass andere hochwertige Lebensmittel mit hoher Nährstoffdichte wie Obst, Gemüse und Getreideprodukte dadurch verdrängt werden.

Die Arbeiterkammer gibt folgende Empfehlungen an die Beschaffenheit von Kinderlebensmitteln (Lobner, Macho, Reiselhuber. 2008):

- „Sinnvolle Kinderlebensmittel müssen sich am Bedarf von Kindern orientieren.
- Die Nährstoffzusammensetzung sollte den optimiX®-Empfehlungen für eine ausgewogene Zwischenmahlzeit entsprechen.
- Bei Nährstoffanreicherungen sollte gezielt und bedarfsorientiert vorgegangen werden. Defizite in der Versorgung gibt es bei Kindern bei Kalzium, Eisen, Folsäure, Vitamin-D und Jod. Gezielte Anreicherungen mit diesen Vitaminen und Mineralstoffen könnten zu einer Verbesserung der Versorgungslage beitragen.
- Zucker, Fett und Kochsalz sollten auf das empfohlene Niveau reduziert werden.
- Eine Erhöhung des Ballaststoffanteils ist wünschenswert.
- Kinderlebensmittel sollten möglichst natürlich im Geschmack, schonend produziert worden sein und so wenig wie möglich Zusatzstoffe enthalten.
- Kinderprodukte sollten vor allem in jenen Lebensmittelgruppen angesiedelt sein, die als sinnvolle Zwischenmahlzeit geeignet sind und die aktuell von Kindern in zu geringen Mengen verzehrt werden: Obst, Gemüse, fettarme Milchprodukte mit moderatem Zuckergehalt usw. Für derartige Produkte sollten Marketingexperten/-innen Werbekonzepte und ansprechende Werbebotschaften, die zum Essen animieren, entwickeln.“

Laut Projektbasisliteraturbericht liegt die mittlere Na-Aufnahme bei 12- bis 36- monatigen Kleinkindern über den Empfehlungen der D-A-C-H Referenzwerte, was eindeutig für einen Handlungsbedarf in diesem Bereich spricht. Bei Kleinkindern scheint vor allem die Zufuhr an Kalzium, Phosphor, B-Vitaminen sowie Eisen und Zink verbesserungswürdig.

Tabelle 59 Modell: WXYfm nutritional profiling

Ort / Land	UK
Kontakt, Adresse	Food Standards Agency
Zielgruppe	Kinder
Hintergrund	„Nutritional Profiling“ ist definiert als die Wissenschaft, Lebensmittel nach ihrer Zusammensetzung zu kategorisieren. Dabei ist Nutritional Profiling als Instrument zu sehen, das eine solche Einteilung ermöglicht und mit den schon länger vorhandenen Lebensqualitätsindikatoren von Patienten vergleicht. Ähnliche Indikatoren wurden für die Messung von Luftverschmutzung

	entwickelt (Carakusi, Scarborough, Rayner. 2007) Dieses validierte Modell wurde dazu entwickelt, nach Gesundheitsaspekten in ernährungsphysiologisch bessere und weniger gute Lebensmittel zu unterteilen. Dabei lehnt es sich an die in UK geltenden Food Based Dietary Guidelines (Plate Model). Es baut auf der Theorie auf, dass der Gesundheitsgrad eines Lebensmittels mit dem Gesundheitsgrad einzelner Ernährungsweisen korreliert.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Bewertungskriterien für Lebensmittel • Schaffung einer Basis zur Regulierung der Kinderlebensmittelwerbung • Verbesserung der Ernährungsweise und des Ernährungsverhaltens der Bevölkerung und im Speziellen der Kinder 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • WXYfm bewertet einzelne Lebensmittel mit Hilfe einer Skala -15 (most healthy) bis +40 (least healthy) • Die Bewertung erfolgt nach Energiegehalt, Gehalt an gesättigten Fetten, Gesamtzucker-, Salz-, Ballaststoff-, Protein-, Obst- und Gemüsegehalt sowie Nussanteil in 100 g Lebensmittel 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Die Schaffung von Bewertungsindikatoren für Lebensmittel und die Einführung des Modells wurden als gesetzte Ziele erreicht.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	k.A.	Dies ist eine Maßnahme auf Makroebene. Die Zielgruppe selbst war in die Entwicklung des Modells nicht eingebunden. Ausführungen des Modells sind jedoch für Eltern und Familien eine Hilfe in der Entscheidung, welche Lebensmittel ausgewählt werden sollten.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Das Modell wurde von der FSA in Zusammenhang mit allen wichtigen Stakeholdern konzipiert und konsultiert.
Wirksamkeit	+++++	Die Validität dieses Modells wurde streng geprüft. Es gilt als eines der wenigen Modelle das hohe Validität aufweist und einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Kategorie eingeteilter Lebensmittel und der Ernährungsweise zeigt. Das Modell korreliert mit den Empfehlungen des „Plate Models“ (The Balance of good Health). Das Modell ist das am meisten anerkannte in UK.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Wird das Modell von der Bevölkerung angenommen und verstanden, kann der Einfluss auf Ernährungs- und Kaufverhalten groß sein. Die Maßnahme kann sowohl in der Kinderwerbung als auch in der Nahrungsmittelkennzeichnung Anwendung finden. Hat sich der Konsument einmal an ein Modell gewöhnt und hat sich dieses etabliert, ist das Potential groß. Im vorliegenden Fall sind noch keine Daten zur Nachhaltigkeit zu finden. Es muss weiter

		abgewartet werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Sind Ernährungsempfehlungen einzelner Länder ähnlich, kann das Modell relativ einfach umgelegt werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die Entwicklung eines Modells, dass sich wie das WXYfm Model an nationalen Food Based Dietary Guidelines anlehnt, wäre in der Theorie relativ einfach umsetzbar. Vor allem weil sich das britische „Plate Modell“ nicht gravierend von der in Österreich gebräuchlichen Lebensmittelpyramide unterscheidet. Die tatsächliche Einführung eines solchen Modells ist abhängig von der Kooperation einzelner Stakeholder im Makrobereich (Lebensmittelindustrie, Politik).

Literatur:

Carukshi A, Scarborough P, Rayner M. Validating a nutrient profile model. PHN. 11(4).

Elmadfa I, Freisling H, König J, et al.; Österreichischer Ernährungsbericht 2003. 1 Auflage, Wien, 2003.

<http://wien.arbeiterkammer.at/www-397-IP-39487.html>

Lobner K, Macho B, Reiselhuber; Kinderernährung - Die Herausforderung im Alltag. Wien, 2008.

Rayner M. Scarborough P. Boxer A. Stockley L. Nutrient Profiles: Development of Final Model. Final Report. British Heart Health Promotion Research Group, Depart of Public Health, University of Oxford. 2005.

Maßnahme 2: Erstellung von Food-Based Dietary Guidelines

1995 fand ein Treffen einer Arbeitsgruppe der WHO in Zypern statt, bei welchem ein Bericht zur Erstellung und Anwendung von Dietary Guidelines verabschiedet wurde (WHO, 1996). Die Expertengruppe definiert Food-Based Dietary Guidelines (FBDG) als praxisnahe Werkzeuge, die der Bevölkerung helfen können, wesentliche Ernährungsziele zu erreichen. Spezifische Ernährungsmuster sowie Bedürfnisse einzelner Gruppen müssen berücksichtigt und kulturelle, ethnische, soziale und familiäre Bedingungen miteinbezogen werden. Verschiedenste Studien zeigen den Einfluss, den spezielle Ernährungsmuster auf die Risikoreduzierung spezieller Erkrankungen haben. FBDG können diese Ernährungsmuster fördern und haben ein hohes präventives Potential.

Bei der Erstellung von Food-Based Dietary Guidelines ist darauf zu achten, dass diese mit dem im jeweiligen Land vorhandenen Lebensmittel übereinstimmen. Dazu ist der landwirtschaftliche Sektor sowie Industrie und Handel miteinzubeziehen. Bei der Einführung von FBDG ist die Infrastruktur von Catering, Supermärkten und anderen Essensoutlets (z.B. Automaten) mitzubedenken, damit die Bevölkerung vom Angebot her die Möglichkeit hat die Empfehlungen umsetzen zu können. Bewertungskriterien für Produkte und Lebensmittel, sowie Angebotsgestaltung für ernährungsphysiologisch hochwertigere Lebensmittel und deren gezielte Bewerbung sollen in die Planung eingebunden werden. Food Based Dietary Guidelines sollten weiters für spezielle Zielgruppen wie Kleinkinder und Schwangere erstellt werden. Dazu müssen kulturelle und religiöse Faktoren sowie Preisgestaltung und Verfügbarkeit berücksichtigt werden. Die Akzeptanz der Guidelines in einem Land und die einheitliche Verwendung derselbigen muss gefördert werden. Ebenso miteinbezogen werden müssen regionale Produkte und deren traditionelle Zubereitung. Diese müssen in Bezug zu einer ausgewogenen Ernährung gebracht werden (WHO, 2008).

Generelle Ernährungsempfehlungen für Erwachsene lassen sich nicht für Kinder unter 2 Jahren anwenden. Die Zeit zwischen 2. und 5. Lebensjahr und der Grad der Änderung der Ernährung richten sich flexibel nach der Entwicklungsstufe. Ab dem 5. Lebensjahr sind Ernährungsempfehlungen, die sich an die erwachsene Bevölkerung richten, auch für Kinder geeignet (NHS, 2008).

Models of Good Practice für FBDG die auf die Projektzielgruppe abgestimmt sind, konnten nicht identifiziert werden.

Literatur:

Keller I, Lang T. Food –based dietary guidelines and implementation: lessons from four countries – Chile, Germany, New Zealand and South Africa. Public Health Nutrition: 11(8), 867-874.

NHS. Nice Public Health Guidance 11. London. 2008.

WHO. Preparation and use of food-based dietary guidelines. Report of a joint FAO/WHO consultation. Nicosia, Cyprus. March 1995. Geneva. (Unpublished Report) www.fao.org/Docrep/W5849T/w5849t0a.htm.

WHO, European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. Kopenhagen. 2008.

Maßnahme 3: Reduktion des Salz- und Zuckerkonsums der Zielgruppe

Herz-/Kreislauferkrankungen gestalten sich als rasant größer werdendes Problem in den Industriestaaten. Gleichzeitig liegt hier ein großes Potential, die Gesundheitssituation zu verbessern. Weltweit sind Herz-/Kreislauferkrankungen die Ursache für jeden dritten Sterbefall und sind somit die Todesursache Nummer eins (WHO, 1999).

Die WHO (2007) hat kürzlich einen Bericht zum Thema Reduktion der Salzaufnahme in der Bevölkerung herausgegeben, in welchem unter anderem Initiativen, Strategien und Programme für dieses Public Health Ziel beschrieben sind. Der Bericht weist weiters darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen exzessiven Salzkonsum und der Entstehung diverser chronischer Erkrankungen gibt. Interventionen, die sich mit der bevölkerungsweiten Reduktion des Salzkonsums beschäftigen, sind daher sehr kosteneffektiv. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, weitere Initiativen zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Die Zusammenarbeit mit der Industrie ist dabei unverzichtbar. Diese Kooperation sollte, mit dem Ziel den Salzgehalt in Produkten zu harmonisieren, über Ländergrenzen hinausgehen.

Eine Reduktion der derzeitigen Salzaufnahme in der Bevölkerung in UK auf 6 g / Tag würde eine geschätzte Reduktion um 13 % bei Schlaganfällen und 10 % bei Herz-/Kreislauferkrankungen (FSA, 2008) zur Folge haben. Diese Zahlen können für Österreich in der Form nicht umgelegt werden, da Daten zur derzeitigen Salzaufnahme in der österreichischen Bevölkerung fehlen. Weiters berichtet die FSA (2008), dass fast $\frac{3}{4}$ des Salzkonsums über verarbeitete Lebensmittel erfolgt.

Die Pediatric Group of the British Dietetic Associate sagt, dass auch wenn Kleinkinder geringe Mengen an Salz aus der Nahrung brauchen, Salz in zu großen Mengen sehr gefährlich für die Kinder sein kann und dass daher kein Salz zu Kleinkinderlebensmittel zugesetzt werden sollte (MRC, nn).

In Österreich liegt die Natriumaufnahme der Kinder über den Empfehlungen der D-A-C-H Referenzwerte (Basisliteraturbericht), dennoch wurden bislang für die österreichische Bevölkerung keine Empfehlungen für die Salzaufnahme formuliert. In England gelten für Kinder folgende Salzempfehlungen: Nicht mehr als 1 g Salz für 7 - 12 Monate alte Kinder und maximal 2 g für die 1 - 3 Jährigen (SCAN, 2004).

Die nationalen Empfehlungen zum Salzkonsum in Österreich belaufen sich auf die allgemeine Aussage den Salzkonsum zu reduzieren, sind jedoch nicht quantifiziert. Die meisten Länder, die Empfehlungen zur Zuckeraufnahme formuliert haben, raten die Energieaufnahme in Form von Zucker unter 10 % der Gesamtenergieaufnahme zu halten. Viele Länder empfehlen hingegen lediglich die Gesamtzuckeraufnahme zu senken und quantifizieren nicht. Zu diesen Ländern zählt auch Österreich (WHO, 1995).

Tabelle 60 Modell: Salzreduktion der AFSSA

Ort / Land	Frankreich	
Kontakt, Adresse	AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), Parliament	
Zielgruppe	Gesamtpopulation	
Hintergrund	In Frankreich stammen nur etwa 10 % des Gesamtsalzkonsums aus dem Salzgebrauch in der eigenen Küche bzw. am Esstisch. Die verbleibenden 90 % stammen aus verarbeiteten Lebensmitteln. Dies spricht für eine bessere Kennzeichnung der einzelnen Produkte. Frankreich ist Vorreiter auf dem Gebiet der bevölkerungsweiten Salzreduktion.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung des Salzkonsums in der Bevölkerung unter 8 g/Person (20 %) bis zum Jahr 2008 • Reduktion des Salzgehalts in Produkten 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung einer Arbeitsgruppe • Ingangsetzung einer Expertendiskussion (Wissenschaftler/-innen, Ärzte/-innen, Konsumenten/-innen) und erste Diskussionen mit der Lebensmittelindustrie • Schätzungen der Salzaufnahme der französischen Bevölkerung (INCA1: The first National Individual Food Consumption Survey) • Identifikation der Hauptsalzquellen die konsumiert werden • Einführung von effektiven Indikatoren zur Messung der Salzreduktion • Verankerung der Zielsetzung in nationale Gesundheitspläne • Schrittweise Reduktion des Salzgehalts in Lebensmittel 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klare eindeutige Zielsetzung. Kurzfristig (Erhebung der Ist-Situation) wie langfristig (Senkung des Salzkonsums auf 20 %).
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Es handelt sich um eine Top-Down Vorgehensweise. Dennoch wurden Konsumentenmeinungen in Diskussionsprozesse miteinbezogen. Dies ist jedoch noch ausbaufähig.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Die Arbeitsgruppe hat Expertengespräche initiiert und erste Schritte in Richtung Konsultierung unternommen. Dies könnte noch verstärkt werden.
Wirksamkeit	++++	Vor allem die Zusammenarbeit mit der Lebensmittelindustrie zeigt hohe Wirksamkeit. Eine stetige Salzreduktion wurde in Gang gesetzt und Erfolge regelmäßig gemessen. Zwischen 1997 - 2003 konnte eine generelle Salzreduktion in Lebensmitteln von 3 % pro Jahr beobachtet werden. Eine erneute Evaluierung des derzeitigen Salzkonsums (nach Interventionsbeginn) in der

		Bevölkerung ist geplant. Daten dazu liegen derzeit nicht vor.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Als Langzeitmaßnahme im Sinne eines „Public Health Acts“ als sehr hoch einzustufen. Sind Veränderungen erst etabliert, können diese gut beibehalten werden (Verhaltensänderungen, Änderungen in der Produktion). Die Maßnahme zielt jedoch auf die Gesamtbevölkerung ab und geht über die Projektzielgruppe hinaus.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Andere Länder begegnen der Problematik mit ähnlichen Strategien. Es scheint generell einen Engpass an Informationen zur Ist-Situation zu geben. Der Einbezug der Lebensmittelindustrie ist für die effektive Maßnahmenplanung in diesem Bereich unumgänglich. Die Ansätze haben hohen Modellcharakter.
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Im Rahmen des Projekts fragwürdig. Dies müsste als Strategieplanung vom Bundesministerium ausgehen. Dennoch kann ein Detailentwurf zur möglichen Vorgehensweise als Empfehlung erarbeitet werden.

Literatur:

WHO. Reducing Salt Intake in Populations. Report of a WHO Forum and Technical Meeting. Schweiz. 2007.

Tabelle 61 Modell: FSA "Saltreduction"

Ort / Land	Food Standards Agency UK	
Kontakt, Adresse	Dr. Rosemary Hignett	
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	
Hintergrund	Um die gesetzten Ziele zu erreichen, wählt UK seitens Health Promotion einen „partnership approach“. Die Strategie involviert ähnlich wie beim Modell in Frankreich verschiedenste Stakeholder. Regierung, Industrie und Handel, Konsumenten/-innen und Gesundheitsprofessionisten/-innen.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und somit des Gesundheitszustandes der Bevölkerung • Reduktion des Salzkonsums auf 6 g/Tag bis 2010 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Produkte, die maßgeblich zur Salzversorgung der Bevölkerung beitragen • Expertendiskussionen, Diskussionsperiode 1 Jahr • Publizierung der Zielsetzung 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klare Zielsetzung
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Die Bevölkerung und deren Umfeld werden mitberücksichtigt. FSA arbeitet mit NGOs auf community level und versucht dadurch spezielle Risikogruppen zu erreichen und Personen direkt zu adressieren.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Derzeit sind 70 Organisationen, welche die Bereiche Handel, Produktion und Vertrieb abdecken, involviert. Die Zusammenarbeit mit Gesundheitsprofessionisten/-innen ist gut. Konsumenten/-innen sowie Caterer werden ebenfalls einbezogen. Noch bessere Vernetzung als im französischen Modell.
Wirksamkeit	+++++	Das Programm ist sehr ganzheitlich angesetzt. Zusätzlich zu community work, Aufklärungskampagnen und der Zusammenarbeit mit der Industrie wurden auch Kennzeichnungssysteme und „healthier food choices“ beworben. Daraus resultieren Aussagen der Bevölkerung, die darauf schließen lassen, dass etwa 20 Millionen Menschen ihren Salzkonsum bereits reduziert haben. Die Hälfte der Konsumenten informiert sich nun anhand von Produktkennzeichnung über den Salzgehalt. Eine 10-fache Steigerung im Konsumentenbewusstsein durch die Kampagne wird verzeichnet.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Sind schrittweise Änderungen etabliert, ist auch die Nachhaltigkeit hoch.

Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Ähnlich wie beim französischen Modell hohe Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit. Lediglich einzelne Strukturen sind nicht in allen Ländern vorhanden (z.B. NGOs, Volunteering, NHS).
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Schon in den ersten Schritten muss verstärkt auf die Projektzielgruppe eingegangen werden (z.B. Erhebung der Produkte die zur Salzversorgung der Kinder maßgeblich beitragen). Eine gezielte Vorgehensweise, angepasst an die Projektzielgruppe, muss erarbeitet werden. Gewisse Strukturen sind in Österreich nicht vorhanden (z.B. NGOs, Volunteering, NHS). Die Umsetzbarkeit hängt stark vom Kooperationswillen einzelner Stakeholder ab.

Literatur:

WHO. Food based dietary guidelines in the WHO Region. WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen. 2003.

WHO. Reducing Salt Intake in Populations. Report of a WHO Forum and Technical Meeting. Schweiz. 2007.

Tabelle 62 Modell: Nestle Example Frankreich

Ort / Land	Frankreich	
Kontakt, Adresse	CIAA, Confederation of the Food and Drink Industries in the EU, Ms. Simone Prigent (Vertreter von Nestle Frankreich)	
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung, Schwerpunkt auf Produktgruppen	
Hintergrund	Die CIAA befasst sich mit Fragen der Lebensmittelsicherheit, Technologie, Umsetzbarkeit, dem Gesundheitsaspekt und dem Geschmack einzelner Produkte (Produktentwicklung). Dabei hat Nestle sich unter anderem auf die Salzreduktion von Lebensmitteln spezialisiert.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Produktmodifikation und Produktentwicklung • Senkung des Salzgehalts in Lebensmitteln unter Minimierung der Einbußen im Geschmack 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Zusammensetzung aller Produkte, Entwicklung von Ernährungsguidelines mit Schwerpunkt auf Innovation und Weiterentwicklung bestehender Produkte • Schwerpunktsetzung auf bestimmte Lebensmittelgruppen (Kinderlebensmittel, Fleischprodukte etc.) • Schwerpunktsetzung: Geschmack, Sicherheit, Kennzeichnung 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++	Eine klare Zielsetzung in Zahlen ist nicht vorhanden.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	k.A.	Darüber sind keine Fakten bekannt.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+	Der Einbezug verschiedenster Stakeholder und der Zielgruppe selbst muss noch eingehender geprüft werden.
Wirksamkeit	++++	Messbare Reduktion des Salzgehalts in speziellen Lebensmittelgruppen und somit verringerte Aufnahme durch die Bevölkerung.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Ändert sich das angebotene Sortiment stetig hin zu ernährungsphysiologisch besseren Produkten, kann die Nachhaltigkeit groß sein.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Nestle ist ein internationales Unternehmen und vertreibt Produkte weltweit. Die CIAA fungiert ebenfalls international. Hohe Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit auch international. Rezepturen und Produktpaletten können von Land zu Land variieren und müssen vorab geprüft werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Das Netzwerk CIAA ist vorhanden. Nationale Vertreter müssen eingebunden werden und die Koordination übernehmen. Die Umsetzbarkeit hängt

		maßgeblich von Vertretern der Lebensmittelindustrie ab.
--	--	---

Literatur:

WHO. Reducing Salt Intake in Populations. Report of a WHO Forum and Technical Meeting. Schweiz. 2007.

Tabelle 63 Modell: FERCO

Ort / Land	12 Mitgliedsstaaten der EU	
Kontakt, Adresse	FERCO (EU Federation of Contract Catering Organisations) Ms. Marie-Christine Lefebvre, Brüssel	
Zielgruppe	Konsumenten/-innen in den einzelnen Mitgliedsländern	
Hintergrund	FERCO versorgt 67 Millionen Konsumenten/-innen pro Tag und bringt dabei 5,5 Billionen Gerichte an die Zielgruppe. FERCO ist Mitglied der EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health. Eines der Ziele sind die Reduktion des Salz- und Zuckergehalts im Cateringsektor.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion des Salz- und Zuckergehalts im Cateringbereich 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptierung von Rezepten • Einführung von Konsumenteninformation • Bewusstseinsbildung durch Kampagnen • Kooperation mit Anbietern und Lieferanten • Einführung von jodiertem Salz 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Je nach Land unterschiedlich klare Zielsetzung
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	k.A.	Keine Daten
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Scheint über die EU Plattform gut vernetzt.
Wirksamkeit	++++	<p>Am Beispiel UK zeigen sich gute Erfolge im Bereich Angebot (Zusammensetzung der angebotenen Menüs). Holland hat verschiedene erfolgreiche Konsumenten/-innen Aufklärungskampagnen durchgeführt. Frankreich hat Webseiten und Hotlines für Konsumenten/-innen eingeführt. Punktuell wurden Kaufanreize für ernährungsphysiologisch günstigere Speisen geschaffen.</p> <p>Die Modifikation der angebotenen Speisen ist relativ gut messbar. Der Einfluss von Aufklärungskampagnen auf das Verhalten der Konsumenten/-innen ist noch nicht ausreichend evaluiert.</p>
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Der Außer-Haus-Verzehr nimmt stetig zu und somit der Einfluss von Catering, Convenience und Fast Food Angebot auf das Ernährungsverhalten. Durch Änderung des Angebots kann daher nachhaltig das

		Verhalten beeinflusst werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Internationales Netzwerk und somit umlegbar auf verschiedene Länder.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Abhängig von der Kooperationsbereitschaft einzelner Stakeholder.

Literatur:

Food Standards Agency FSA. www.salt.gov.uk. Juni. 2008.

MRC Medical Research Council Human Nutrition Research. Why 6g? A summary of the scientific evidence for the salt intake target. Cambridge. Nn.

SCAN Scientific Advisory Committee on Nutrition. Salt and Health. London. 2004.

WHO. Preparation and use of food-based dietary guidelines. Report of a joint FAO/WHO consultation. Nicosia, Cyprus. March 1995. Geneva. (Unpublished Report) www.fao.org/Docrep/W5849T/w5849t0a.htm.

WHO, World Health Report 1999. Making a difference, Geneva 1999.

WHO. Reducing Salt Intake in Populations. Report of a WHO Forum and Technical Meeting. Schweiz. 2007.

Tabelle 64 Modell: Aufklärung der Zielgruppe: Salzkampagne der FSA UK

Ort / Land	UK	
Kontakt, Adresse	www.salt.gov.uk	
Zielgruppe	Allgemeine Bevölkerung mit Schwerpunkt auf verschiedene Personengruppen (u.a. Kinder)	
Hintergrund	Zu hoher Salzkonsum in der Bevölkerung führt zu erhöhtem Auftreten von Hypertonie und einer erhöhten Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen. Um das Bewusstsein für Auswirkungen einer zu salzreichen Kost in der Bevölkerung zu erhöhen, hat die Food Standards Agency UK eine Salzkampagne entworfen und durchgeführt. Diese läuft derzeit noch.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion des Salzkonsums • Verringerung von Hypertonieraten in der Bevölkerung und das damit verbundene Risiko koronarer Herzkrankheit • Vermittlung von Ernährungswissen als Basis für eine Verhaltensänderung 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Kernbotschaften über Medien (TV-Spots, Printmedien, Radio, Internet) • Aufklärung der Bevölkerung über die Risiken eines zu hohen Salzkonsums (z. B. „Zuviel Salz erhöht den Blutdruck“, „Iss nicht mehr als 6 g Salz pro Tag“ etc.) 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Die Zielsetzung ist eindeutig, jedoch die Messbarkeit des Erfolgs schwierig. Ergebnisberichte konnten bis dato nicht identifiziert werden.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Die Zielgruppe selbst hat über ein Onlineforum die Möglichkeit sich mit Projektbetreibern auszutauschen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	FSA UK arbeitet mit zahlreichen Schlüsselorganisationen und mit der Regierung zusammen.
Wirksamkeit	+++	Genauere Daten über die Wirksamkeit sind nicht publiziert. Es ist jedoch anzunehmen, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden als andere.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Der Effekt und die Nachhaltigkeit von ausschließlicher Ernährungsaufklärung ist fraglich. FSA UK kombiniert diese Maßnahme jedoch mit weiteren Bemühungen. Siehe Modell FSA „Saltreduction“
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Die Einführung eines Internetportals sowie die Durchführung einer Werbekampagne nach englischem Vorbild sind einfach umzusetzen.

Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die Umsetzung in Österreich müsste von einer bestimmten Person koordiniert werden. Die Kostenfrage muss nach vorhergehender Budgetierung geklärt werden.
-----------------------------	------	--

Literatur:

DGE. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Qualitätsstandards für die Schulverpflegung. Bonn. 2007.

Maßnahme 4: Produktentwicklung und Schaffung von Anreizen

Tabelle 65 Modell: Food for Life Action Plan

Ort / Land	Agiert europaweit	
Kontakt, Adresse	CIAA, Prof. Dr. Peter van Bladeren (European Technology Platform), Dr. Ian Maat (Chairman, Operational Committee)	
Zielgruppe	Allgemeine Bevölkerung mit Schwerpunkt auf spezielle Personengruppen	
Hintergrund	<p>Die Europäische Lebensmittelindustrie ist vertreten durch die CIAA (Confederation of the Food and Drink Industrie of the EU) die sich regelmäßig trifft, um Maßnahmen in ihrem Sektor zu planen. Im CIAA benchmarking report (2006) beschreibt die CIAA die dringende Notwendigkeit in die Bereiche Forschung, Recherche und Entwicklung zu investieren, um eine Produktion von hochwertigen Lebensmitteln zu fördern. Dabei soll auch auf die Bedürfnisse der Konsumenten/-innen gezielt eingegangen werden.</p> <p>Im Sinne der Gesundheitsförderung wird eine Kombination von Maßnahmen, die sich mit der Änderung des Ernährungs- und Lifestyleverhaltens befassen, und einem aus ernährungsphysiologisch verbessertem Produktangebot angestrebt.</p>	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Forschung • Förderung der transnationalen Zusammenarbeit • Besseres Management der Versorgung der Bevölkerung • Schaffung gesünderer Produktpaletten und Schaffung von Kaufanreizen für gesündere Optionen • Förderung nachhaltiger Produktion • Förderung des Selbstbewusstseins der Konsumenten/-innen 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer effektiven konsumentenorientierten Plattform • Schaffung eines Expertenforums, um sicherzustellen, dass ein ganzheitlicher interdisziplinärer Ansatz zum Besten des Konsumenten/-innen gewählt wurde • Verbesserung der europäischen Infrastruktur im Bereich Evidenz und Wissen • Identifikation von Best Practice 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	k. A.	Das vorliegende Modell ist ein Aktionsplan, der erst teilweise durchgeführt wurde. Genauere Daten liegen nicht vor.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und	k. A.	

Durchführung)		
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	Ein Teilziel ist das Zusammenbringen internationaler Stakeholder und die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Dies scheint durch Einführung der European Technology Plattform gelungen. Folgende Fragen sollten geklärt werden: „Ist das Netzwerk zu industrielaastig und werden die Konsumenten selbst genügend einbezogen?“
Wirksamkeit	k. A.	
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Der Aktionsplan kann an regionale Gegebenheiten angepasst werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Eine genaue Ausarbeitung eines Durchführungsleitfadens für Österreich muss zuvor erarbeitet werden.

Literatur:

Confederation of the food and drink industries of the EU. CIAA benchmarking report 2006. The competitiveness of EU food and drink industry.Brüssel. 2006.

WHO, European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. Kopenhagen. 2008.

Tabelle 66 Modell: WIC – Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children

Ort / Land	USA
Kontakt, Adresse	http://www.fns.usda.gov/wic/ verschiedene Ansprechpartner in div. state agencies: http://www.fns.usda.gov/wic/Contacts/statealpha.HTM
Zielgruppe	Einkommensschwache schwangere, stillende und nicht stillende Frauen sowie Säuglinge und Kinder bis zu 5 Jahren mit dem Risiko einer mangelhaften Ernährung. <u>Teilnehmer (April 2006):</u> 8.772.218 Frauen, Säuglinge, Kinder (FNS, USDA, 2007): <ul style="list-style-type: none"> - Schwangere: 11 % - Stillende: 7 % - Postpartum: 7 % - Säuglinge: 26 % - Kleinkinder (1 – 3 Jahre): 41 % - Kinder (4 Jahre): 8 %
Hintergrund	Das „Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children“ (WIC) bietet bundesstaatliche Subventionen an Staaten der USA. Subventioniert werden ergänzende Lebensmittel, Gesundheitsvorsorgeempfehlungen und Ernährungsausbildung für einkommensschwache schwangere, stillende und nicht stillende Frauen sowie für Säuglinge und Kinder bis zu 5 Jahren mit dem Risiko einer mangelhaften Ernährung. WIC wurde 1972 als Pilotprogramm etabliert und 1974 dauerhaft eingeführt.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Kaufanreizen • Förderung des Obst- und Gemüsekonsums von Personen niedrigerer sozialer Schichten • Positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens von Anfang an
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>4 Interventionsgruppen:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ernährungsausbildung über den Gebrauch, Lagerung und Nährwert von Obst und Gemüse 2. Verteilung von Gutscheinen auf Wochenmärkten 3. Ernährungsausbildung und Gutscheine 4. Keine Intervention • <u>Gutscheine:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bundesstaatliche Subventionen (Lebensmittelgutscheine) für Lebensmittel, Gesundheitsvorsorgeempfehlungen und Ernährungsausbildung für einkommensschwache schwangere, stillende und nicht stillende Frauen sowie für Säuglinge und Kinder bis zu 5 Jahren mit dem Risiko einer mangelhaften Ernährung. <p><u>Gutscheine für Obst und Gemüse (Department of Agriculture, 2007):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kinder (1 – 4 Jahre):</i> \$ 6.00 in Barwert-Gutscheinen - <i>Schwangere und teilweise Stillende (bis zu 1 Jahr</i>

	<p>postpartum): \$ 8.00 in Barwert-Gutscheinen</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Postpartum</i> (bis zu 6 Monaten postpartum): \$ 8.00 in Barwert-Gutscheinen - <i>Vollstillende</i> (bis zu 1 Jahr postpartum): \$ 10.00 in Barwert-Gutscheinen <ul style="list-style-type: none"> • <u>Minimale Anforderungen und Spezifikationen für ergänzende Lebensmittel am Beispiel Obst und Gemüse (frisch und verarbeitet) (Department of Agriculture, 2007):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Jedes frische Obst (ganz oder geschnitten) ohne zugesetztem Zucker - Jedes frische Gemüse (ganz oder geschnitten), mit Ausnahme von weißen Kartoffeln, ohne zugesetztem Zucker, Fetten oder Ölen (Süßkartoffeln sind erlaubt) - Jedes Dosenobst inklusive Apfeloße, Saftpackung, Wasserpäckung ohne zugesetztem Zucker, Fetten, Ölen oder Salz (Natrium). Jedes gefrorene Obst ohne zugesetztem Zucker - Jedes Gemüse in Dosen oder gefrorene Gemüse mit Ausnahme von weißen Kartoffeln (Süßkartoffeln sind erlaubt) ohne zugesetztem Zucker, Fetten oder Ölen mit normalem oder niedrigerem Salzgehalt - Jedes getrocknete Obst oder Gemüse ohne zugesetztem Zucker, Fetten, Ölen oder Salz (Natrium) • Laut U.S. Department of Agriculture (USDA) soll der Kauf von dunkelgrünem Blattgemüse oder orangem Gemüse nicht angeordnet werden, damit die Teilnehmer den größtmöglichen Zugang zu Obst und Gemüse haben. Jedoch soll der ernährungsphysiologische Wert dieser speziellen Lebensmittel in der WIC Ernährungsausbildung vermittelt werden. • Die Richtlinie gibt Staaten, die das WIC-Programm auf lokaler Ebene ausführen die Berechtigung, dass auch auf Wochenmärkte die WIC-Gutscheine akzeptiert werden. • Gutscheine werden nicht länger für den Kauf von Säften, inklusive Obst- und Gemüsesäften, für Säuglinge unter 6 Monaten angeboten. Die Kommission erwartet, dass die Lebensmittel als Ganzes zur Verfügung gestellt werden. Saftanteile für Kinder von 1 – 4 Jahren werden ebenfalls reduziert. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Ergebnisse wurden evaluiert und publiziert.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Beteiligung der Zielgruppe bei der Durchführung, nicht bei der Planung. Teilnehmer (April 2006): 8.772.218 Frauen, Säuglinge, Kinder.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheitsprofessionalisten.

Wirksamkeit	+++++	Durch Ernährungsinformation über ein halbes Jahr konnte der tägliche Obst- und Gemüsekonsum der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöht werden (P = 0,002). Unterschiede blieben auch nach einem Jahr follow-up signifikant (P = 0,004) (Havas et al., 1998). Ein maximaler Effekt konnte durch eine Intervention mit Kombination beider Maßnahmen (Ernährungsinformation und Gutscheine) erreicht werden (Anderson, 2001).
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Projekt wurde bereits 1972 etabliert, hat sich gehalten und erweitert. Durch Gutscheine und Ernährungsbildung – Schaffung von Kaufanreizen für Obst und Gemüse.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Genaue Auflistung der Food Packages und Gutscheine.
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Finanzierung der Gutscheine? Flächendeckendes Angebot wäre vorteilhaft.

Literatur:

Anderson J. 5 A Day Fruit and Vegetable Intervention Improves Consumption in a Low Income Population. J Am Diet Assoc. 2001; 101:195-202.

Department of Agriculture. Food and Nutrition Service. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC): Revisions in the WIC Food Packages; Interim Rule. 7 CFR Part 246. Federal Register. December 6, 2007; 234: 68966-69032.

FNS, USDA. WIC Participant and Program Characteristics 2006: Summary. Office of Research, Nutrition and Analysis. 2007; 1-5.

Havas S, Anliker J, Damron D, Langenberg P, Ballesteros M, Feldman R. Final results of the Maryland WIC 5-A-Day Promotion Program. Am J Public Health. 1998; 88(8): 1161-7.

<http://www.fns.usda.gov/wic/>

Maßnahme 5: Werbung für Kinderlebensmittel

Tabelle 67 Modell: Maßnahmenplan der FSA UK

Ort / Land	UK	
Kontakt, Adresse	FSA (Food Standards Agency)	
Zielgruppe	Kinder	
Hintergrund	<p>Das FSA Board ist zu der Übereinkunft gekommen, dass Werbung die Ernährungsgewohnheiten der Kinder beeinflusst. Durch generelle Trends in Richtung „Snacking“, „Convenience Food“ und „Außer-Haus-Verzehr“ wird es immer schwieriger für Kinder sich ausgewogen zu ernähren. Im Rahmen dessen wird immer mehr zu fett-, zucker- und salzreichen Produkten und stark verarbeiteten Lebensmitteln gegriffen. Die FSA ist der Meinung, dass die Zielgruppe dahingehend unterstützt werden sollte sich für gesündere Optionen zu entscheiden. Ein Weg in diese Richtung ist eine Änderung in der Art und Weise in der Kinderlebensmittel beworben werden.</p>	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Aufnahme von ernährungsphysiologisch besseren Lebensmitteln (auch durch richtig eingesetzte Werbung) • Bessere Konsumenteninformation durch klare Deklaration • Erste Schritte zur Adressierung der Thematik Fernsehwerbung gerichtet an Kinder 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Herausgabe eines Kriterienkatalogs für die Lebensmittelindustrie. Ziel ist die Reduktion von Salz, Zucker und Fett in Lebensmitteln sowie die Verbesserung der Produktpalette für Kinder (profiling) • Erstellung von Vorschlägen zur Lebensmittelkennzeichnung (Salz, Zucker, Fett) • Erstellung von Guidelines für Handel und Industrie darüber, wie verschiedene Lehrmaterialien mitgesponsert werden können • Es existiert kein offizielles Werbeverbot an Kinder. Einschränkungen werden von der OFCOM jedoch formuliert (Office of Communications) 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Ein klarer Zeitplan für einzelne Schritte liegt vor. Die Zielsetzung ist sehr genau.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Mit der Zielgruppe wurde eingehend konsultiert.

Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die FSA ist bemüht zur Problemlösung Eltern, Kinder, junge Menschen, die Regierung, Schulen, die Industrie sowie alle weiteren wichtigen Stakeholder in die Debatte einzubeziehen. Es wird auch angedacht, Stars und Idole der Zielgruppe mit einzubeziehen und zu Werbezwecken für ernährungsphysiologisch förderungswerte Produkte zu gewinnen. Zahlreiche Debatten und Konsultierungen fanden und finden statt.
Wirksamkeit	k.A.	Derzeit zu wenige Daten vorhanden. Antirauch- und Antialkoholkampagnen sind die noch am besten evaluierten Werbekampagnen. Diese Kampagnen sind jedoch Negativwerbungen und mit dem Effekt von Positivwerbungen für gesündere Optionen schwer zu vergleichen. Ob das vollständige Verbot von Kinderwerbung eine Verbesserung der Ernährungsweise bewirkt, wird noch kontrovers diskutiert.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Eine dauerhafte Reglementierung von Kinderwerbung macht nur Sinn, wenn sie über Ländergrenzen hinweg erfolgt. Anhand des Beispiels der FSA konnte jedoch gezeigt werden, dass eine klare Deklaration positive Einflüsse auf das Kaufverhalten haben kann. In Kombination mit der Reglementierung von Kinderwerbung und Aufklärung kann ein nachhaltiger positiver Effekt auf Ernährungswissen und -verhalten erzielt werden. Das kann nur erfolgen wenn ein ganzheitlicher Ansatz gewählt wird.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Eine vollständige Umsetzung des vorliegenden Modells setzt nutritional profiling Methoden voraus.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	s. o. Strukturen fehlen

Literatur:

Confederation of the food and drink industries of the EU. CIAA benchmarking report 2006. The competitiveness of EU food and drink industry.Brüssel. 2006.

Department of Media and Communications. Advertising Foods to children. Understanding Promotion in the context of children's daily lives. UK. 2004.

Food Standards Agency FSA. www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/apkid. Juni. 2008.

Maßnahme 6: Zusatzstoffe in Kinderlebensmittel

Tabelle 68 Modell: UK

Ort / Land	UK	
Kontakt, Adresse	www.actiononadditives.com , The Center for Science in the Public Interest (CSPI), FSA	
Zielgruppe	Speziellen Focus auf Kinderlebensmittel	
Hintergrund	Lebensmittelfarbstoffe haben keinerlei Nährwert und gelten vor allem in der Kinderernährung als fragwürdig. Eventuelle Zusammenhänge mit der Entstehung von Allergien bzw. mit Hyperaktivität werden derzeit diskutiert. Ergebnisse, die diese Theorie teilweise bestätigen, werden in der kürzlich durchgeführten Southampton Studie publiziert (EFSA, 2008).	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verbot von 7 identifizierten Zusatzstoffe in Kinderlebensmitteln, die eventuell in Zusammenhang mit Hyperaktivität gebracht werden können • Durchsetzung eines Verbots von „Substances of no Nutritional Value as Foods or Ingredients“ • Erstellung einer Lebensmittelliste, die fragwürdige Substanzen auflistet • Aufklärung der Bevölkerung 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung eines Internetportals (www.actiononadditives.com) zur Verbreitung neuester Erkenntnisse und zur Aufklärung der Bevölkerung • Eröffnung einer Kampagne gegen 7 bestimmte Zusatzstoffe • Erstellung von FSA Empfehlungen für Eltern • Förderung eines Kompletterverbots von „Substances of no Nutritional Value in Food“ 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Zielsetzung ist das Verbot definierter Zusatzstoffe. Ziele sind zeitlich nicht geplant. Koordination und Evidenz fehlen noch.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Eltern werden in die Kampagne miteinbezogen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++	Die Kommunikation ist noch nicht optimal koordiniert. Die Regierung noch zu wenig eingebunden.
Wirksamkeit	k.A.	Noch zu wenige Daten.
Nachhaltigkeit der	k.A.	Es sind keine Daten vorhanden.

Interventionen		
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Ist die Evidenz (derzeit in Arbeit) stark genug, kann man Empfehlungen und Verbote auch für andere Länder erstellen und durchsetzen.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Derzeit eventuell zu wenig Evidenz. Freiwillige Modelle mit der Lebensmittelindustrie können nach dem Beispiel Haribo Dänemark erstellt werden. In sämtlichen dänischen Hariboprodukten sind keine Azofarbstoffe mehr enthalten.

Literatur:

European Food Safety Authority EFSA. Assessment of the results of the study by McCann et al. (2007) on the effect of some colours and sodium benzoate on children's behaviour. Scientific Opinion of the Panel on Food Additives, Flavourings, Processing Aids and Food Contact Materials. The EFSA Journal. 2008.

Tabelle 69 Modell: Hungry for Success Schottland

Ort / Land	Schottland (UK)
Kontakt, Adresse	<u>Chairman</u> : Michael O'Neill, Director of Education, North Lanarkshire Council, also representing the Association of Directors of Education in Scotland www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16273/17566
Zielgruppe	Volksschulen, Schulen für schwer erziehbare Kinder sowie Kinder mit einer Beeinträchtigung, Hauptschulen und Gymnasien. Teile dieses Konzepts können auf die Verpflegung in Kindertagesstätten und für die Verpflegung durch Tagesmütter herangezogen werden.
Hintergrund	Die Initiative „Hungry for Success“ wurde von der schottischen Regierung als Antwort auf die besorgniserregenden Gesundheitsstatistiken im Bereich Kinder und Jugendliche ins Leben gerufen. Die schottische Bevölkerung ernährt sich zu fett-, zucker- und salzreich und hat einen niedrigen Verbrauch an Obst und Gemüse. Schulverpflegung sollte als Schlüsselaspekt der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung gesehen werden. Eine Verbesserung der Ernährung im Kindes- und Jugendalter kann maßgeblich an der Verbesserung der Gesundheitssituation der Kinder beitragen und positive Auswirkungen auf den Lernerfolg und das gesamte spätere Leben haben.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von „5 a day“-Initiativen. Obst und Gemüse soll in den ersten zwei Schulstufen drei Mal wöchentlich kostenlos an alle Kinder ausgegeben werden • Günstige Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten und des Ernährungsverhaltens • Verbesserung der Schulverpflegung, um die allgemeine Aufnahme gesunder Lebensmittel zu verbessern • Eliminierung von Stigmata, die im Zusammenhang mit Gratis-Schulverpflegung entstehen kann • Förderung der Nutzung des Angebots durch die Kinder, sowie Anregung, neue Lebensmittel zu probieren • Aufzeigen eines Zusammenhangs zwischen Armut und schlechtem Gesundheitszustand • Aufbau von Breakfast Clubs. Dieses Angebot soll vor allem für Kinder aus ärmeren Verhältnissen zugänglich sein • Umstrukturierung des Schulbuffets • Optimierung von Getränke- und Speiseautomaten in Schulen • Einführung von Lehrmaterialien und Lehrmethoden zur gesunden Ernährung und Verankerung des Themas Ernährung im Lehrplan • Involvierung von Eltern in Ernährungsthemen • Einführung von Belohnungsschemata auf Basis gesunder Lebensmittel

	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung von Schulmilchinitiativen • Entwicklung von Trinkwasserinitiativen zur Anregung der Flüssigkeitsaufnahme 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Situationsanalyse • Literaturrecherche zum Thema Ernährungsgewohnheiten von Kindern • Erstellung von Ernährungsrichtlinien (Guidelines) für Schulausspeisungen • Erstellung von Richtlinien für Caterer • Entwicklung von Evaluierungsmethoden sowie Lösungsansätzen für ein ganzheitliches Projekt • Information von Landesregierungen, Schulen, Caterern in einer landesweiten Workshop-Serie • Einholung von Informationen über Förderungsmöglichkeiten • Schulung relevanter Berufsgruppen im Bereich Catering • Entwicklung eines Gesundheitsprogramms, einer Gesundheitsstrategie und spezifischer Health Promotion Aktivitäten • Ernährungsthemen wurden interdisziplinär in allen Fächern diskutiert • Entwicklung von Schul-Newsletter zum Thema Gesundheit und Ernährung sowie diverse Broschüren 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Es wurde ein Mechanismus für das Monitoring der Standards entwickelt. Eindeutige Vorgaben zur Erreichung gesetzter Ziele in einzelnen Jahren. Evaluationsbericht.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Alle Schulen haben an der Einführung gearbeitet und alle Volksschulen haben die Empfehlungen umgesetzt. Mit Vertretern aus den Schulen und Familien wird ständig kommuniziert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Director of Education, Scottish Food and Health Coordinator, Ernährungsexperten, Education Authorities, Lehrer, Schulcaterer, Mitglieder des Health Education Board Schottland, Schulinspektorat, Mitglieder der Food Standards Agency, Mitglieder der Children's Agency, Vertreter der Regierung, Vertreter des NHS (National Health Service). Enge Zusammenarbeit mit anderen Initiativen.
Wirksamkeit	+++++	Schüler konnten ihr Wissen zu Ernährungsthemen signifikant erhöhen und waren in der Lage, die Grundsätze einer gesunden Ernährung zu diskutieren (siehe Evaluationsbericht).
Nachhaltigkeit der	+++++	Wird eine Umstellung des Ernährungsverhaltens in

Interventionen		der Zielgruppe erreicht und werden Grundprinzipien der gesunden Ernährung in diesem Alter vermittelt, können positive Verhaltensmuster bis ins Erwachsenenalter mitgetragen werden. Langzeitplanung für das Projekt ist vorhanden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Projektbericht Veröffentlichung eines Reports und Verteilung an Schulen, der Selbstevaluierung stark vereinfacht hat.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Die Projektidee muss erst auf die Zielgruppe und österreichische Strukturen adaptiert werden.

Literatur:

Hitthaller A, Umfahrer-Pirker U. Hungry for Success – ein ganzheitlicher Ansatz zur Gesundheitsförderung: Schwerpunkt Ernährung in Schulen (nach einem schottischen Modell). 1-7.

Hungry for Success: A Whole School Approach to School Meals in Scotland. Final Report of the Expert Panel on School Meals; November 2002.

www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16273/17566

Tabelle 70 Modell: UK Catering Guidelines und Guidelines für die Verpflegung in Kindertagesstätten

Ort / Land	UK	
Kontakt, Adresse	Caroline Walker Trust, Ministry of Health, Hungry for Success, Scottish Executive	
Zielgruppe	Kinder	
Hintergrund	In Kinderbetreuungsstätten sollten alle Gelegenheiten wahrgenommen werden Kinder, zu ermutigen verschiedenste Nahrungsmittel, die zu einer ausgewogenen Ernährung zählen, zuzubereiten und zu kosten. Um dies zu fördern, wird empfohlen auf die jeweilige Altersgruppe zugeschnittene Aktivitäten mit Unterstützung geeigneter Lehrmaterialien durchzuführen. Zu den einzelnen Mahlzeiten, die in der Kinderbetreuungsstätte aufgenommen werden, sollten gesündere Alternativen angeboten werden, und Jausen sollten einen niedrigen Zucker- und Salzgehalt aufweisen (z.B. Gemüse, Obst, Milch sowie Brot mit verschiedenen Belägen) (NHS, 2008).	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung des Angebots von gesünderen Optionen • Förderung eines positiven Essverhaltens • Reduktion von Risikofaktoren • Erhöhung der qualitativen Versorgung außer Haus • Erstellung von „nutrition guidance for early years“ nach dem Beispiel der Scottish Executive (2006) 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung und Evaluierung von Guidelines • Vertrieb und Bewerbung der Guidelines • Schulung von Professionisten/-innen im Umgang mit den Guidelines 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klare Zielsetzung v.a. an die Produktion. Auf die Messbarkeit der Ziele wird geachtet.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Es wird auf den Lernerfolg der Zielgruppe wertgelegt. Dazu wird die Zielgruppe aktiv durch verschiedene Aktivitäten eingebunden.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Starke interdisziplinäre Vernetzung.
Wirksamkeit	+++++	Der Außer-Haus-Verzehr ist heutzutage maßgeblich an der Versorgung der Bevölkerung beteiligt. Ernährungsphysiologisch durchdachte Versorgungskonzepte können die Ernährung der Zielgruppen positiv beeinflussen.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Hoch. Erste Evaluierungsergebnisse zeigen gute Erfolge auch für einen nachhaltigen Effekt.

Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Abhängig von dem im Land vorherrschenden Food Based Dietary Guidelines und Empfehlungen zur gesunden Ernährung. Sind diese ähnlich dem vorgestellten Konzept kann dieses einfach umgelegt werden. Regionale Gegebenheiten müssen jedoch in jedem Fall mitberücksichtigt werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Plate Model deckt sich gut mit der Ernährungspyramide. Ernährungsgewohnheiten sind ähnlich. Einzelne Lebensmittel und Produktgruppen müssen verglichen und adaptiert werden.

Literatur:

Department of Health. Healthy Catering Guidelines for staff and visitors in healthcare facilities. London. 2004

Scottish Executive. Nutritional guidance for early years. Food choices for children aged 1-5 years in early education and childcare settings. Edinburgh. 2006.

Tabelle 71 Modell: Besser Essen mehr bewegen (DGE), Das gute Schulbuffet (ÖGE)

Ort / Land	Deutschland, Österreich	
Kontakt, Adresse	DGE, ÖGE	
Zielgruppe	Schulkinder	
Hintergrund	Im Bereich schulische Ernährung sind immer häufiger gute Praxisbeispiele zu finden. Diese müssen nun auf die Zielgruppe der jüngeren Kinder ausgeweitet und adaptiert werden.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensschulung im Umgang mit Lebensmitteln • Soziale Aspekte (gemeinsames Essen) fördern • Prägung von Ernährungsverhalten 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung der Speisepläne in Kombination mit Schulungsprogrammen für die Zielgruppe • Erstellung von Standards 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Zielsetzung Erstellung von Standards wurde erreicht. Problematischer ist jedoch die Umsetzung. Hier wurden keine genauen Ziele gesetzt.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Erste Versuche, Eltern und Kinder aktiv mit einzubeziehen, sind angedacht. Es ist nicht bekannt, ob die Zielgruppe eingehend vor der Erstellung der Guidelines befragt wurde.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Schule, Gesundheit und Bildung werden vernetzt
Wirksamkeit	++++	Das internationale Modellprojekt REVIS (Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in Schulen) wurde zur Qualitätssicherung herangezogen. Genaue Beschreibungen über die Vorgehensweise fehlen. Qualitätssicherung wurde auch direkt in Schulen durch Einführung von Checklisten betrieben.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Noch nicht geprüft.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	International gut umsetzbar.
Umsetzbarkeit in Österreich	s.o.	Die Guidelines müssen auf die Projektzielgruppe zugeschnitten werden.

Literatur:

DGE. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Besser essen – mehr bewegen. Qualitätsstandards für die Schulverpflegung. Bonn. 2007.

ÖGE. Das gute Schulbuffet. September 2006.

HANDLUNGSFELD 4: MAßNAHMEN ZU „EARLY CHILDHOOD INTERVENTIONS“

Maßnahme 1: Förderung und Planung aufsuchender Betreuung

Die Art und Weise in der Kleinkinder ihre Umgebung wahrnehmen ist maßgeblich von den Erziehern abhängig. Die zentralen Figuren sind dabei die Eltern, und den größten Einfluss hat am häufigsten die Mutter (Schiffman et al., 2003). Kinder werden durch diese Interaktion unter anderem auch in ihrem Essverhalten geprägt. Gesundheitsprofessionisten und vor allem Personen, die in der aufsuchenden Betreuung arbeiten, haben durch die gezielte Arbeit mit Familien die Möglichkeit positive Änderungen in der Umgebung der Zielgruppe zu erwirken.

Die aufsuchende Betreuung verschiedener Haushalte durch z.B. Krankenschwestern zeigt positive Auswirkungen auf diverse Gesundheitsparameter (Schiffman et al., 2003).

Literatur:

Schiffman R, Omar M, McKelvey L. Mother-Infant Interaction in Low-Income Families. MCN. 2003; 28 (3).

Tabelle 72 Modell: Public Health Nurse within the Regional Health Authority

Ort / Land	Kanada, Manitoba
Kontakt, Adresse	www.gov.mb.ca/health, Gesundheitsbehörde
Zielgruppe	Bevölkerung der Region Manitoba
Hintergrund	Manitoba versucht mit dem Modell der Public Health Nurse im Sinne der Prävention Gleichberechtigungen im Gesundheitswesen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, community based partnership working und evidenzbasierte Arbeit zu leisten.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Erreichbarkeit von Risikogruppen • Restrukturierung des Systems, um besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung eingehen und ein effizienteres System anbieten zu können • Förderung der engen Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft • Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung mit der Gemeinschaft und dem Individuum
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung einer Gesundheitsstrategie • Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen • Stärkung der Gemeinde • Neuorganisierung des Gesundheitssystems • Entwicklung individueller Fähigkeiten und Stärken • Integration von Ernährung als Teilbereich des ganzheitlichen

Modells		
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Outcomes als Messinstrument für die Zielsetzung können direkt am Klienten gemessen werden. Strategische Ziele und Langzeitziele sind klar definiert. Die schrittweise Verfolgung von Einzelzielen ist nicht eindeutig beschrieben.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Partizipation und Akzeptanz sind durch die enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsprofessionisten/-innen und der Gemeinde gegeben
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Sehr stark ausgeprägt. Sowohl mit Personen, die in der Strategieentwicklung als auch mit jenen, die in der praktischen Durchführung arbeiten. Bildung starker Netzwerke ist ein Grundsatz des Modells.
Wirksamkeit	+++++	Health Outcomes werden durch klar definierte Indikatoren direkt am Individuum gemessen. Es kann hervorragend evaluiert werden. Die Wirksamkeit in Manitoba ist bestätigt.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Hoch. Verhaltensänderungen werden erzielt.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Die Umsetzbarkeit ist für die Regionen gut, die schon ein starkes Verständnis für community approaches haben und ein gutes Health Promotion Netzwerk aufweisen. Die staatliche Unterstützung ist unumgänglich.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Dieses Modell richtet sich an die gesamte Gemeinschaft und muss erst auf die Bedürfnisse der Projektzielgruppe zugeschnitten werden. Österreich hat erst sehr wenige Strukturen, die die Implementierung der Public Health Nurse voraussetzt.

Literatur:

Manitoba Health. The Role of the Public Health Nurse within the Regional Health Authority. Manitoba. 1998

www.gov.mb.ca/health

Tabelle 73 Modell: FEM Elternambulanz

Ort / Land	Österreich, Wien	
Kontakt, Adresse	Mag. Franziska Pruckner, Mag. Daniela Kern. Institut für Frauen- und Männergesundheit FEM	
Zielgruppe	Eltern, sozial benachteiligte Familien, Familien mit psychischen Krisen, Migranten/-innen	
Hintergrund	Die Art der Betreuung reicht von Information über die Zeit der Schwangerschaft und Geburt, bis hin zur Krisenintervention und Kurzzeitbetreuung und ist sehr ganzheitlich eingerichtet.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Frauen und Elternschaft • Prävention postnataler Depression • Ergänzung des medizinischen Betreuungsangebots um psychische Diagnostik und Hilfestellung 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung spezieller Einrichtungen im Krankenhaus (Elternambulanz) • Angebot von psychotherapeutischen Interventionen, Kriseninterventionen, Langzeitbetreuung • Schaffung von muttersprachlichem Beratungsangebot 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Klare Zielsetzung ist die Erweiterung des Angebots. Erfolge sind gut messbar. Messergebnisse liegen bis dato nicht vor.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Der Zulauf zur FEM-Elternambulanz ist groß und wird von der Zielgruppe selbst als sehr positiv bewertet.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++	Derzeit im Aufbau. Vernetzungen mit anderen Beratungsstellen (Mutter-Kind-Zentren, Arztpraxen etc.) sowie mit anderen Krankenhäusern wird angestrebt.
Wirksamkeit	k. A.	
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	Noch zu früh.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Hoch. Das Konzept ist relativ leicht umlegbar. Benötigt werden lediglich einfache räumliche Strukturen in den Krankenhäusern (z.B. Besprechungszimmer). Das Angebot kann je nach Möglichkeit erweitert oder reduziert werden. Das Modell kann als Referenzmodell für weitere Krankenhäuser in anderen Bundesländern herangezogen werden.
Umsetzbarkeit in Österreich		Siehe Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit

Literatur:

Fonds Soziales Wien. Wiener Programm für Frauengesundheit-Jahresbericht 2007.

Tabelle 74 Modell: Familienhebammen-Sachsen-Anhalt

Ort / Land	Deutschland, Sachsen-Anhalt	
Kontakt, Adresse	Frau Simone Seitz (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt) Turmschanzenstraße 25 39114 Magdeburg (Sachsen-Anhalt) Telefon: +49 391 / 567 6908, Simone.Seitz@ms.sachsen-anhalt.de http://www.hebammen-sachsen-anhalt.de	
Zielgruppe	Schwangere, Stillende, Kinder im 1. Lebensjahr; v. a. benachteiligte Gruppen	
Hintergrund	Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen mehr gesundheitliche Belastungen auf als Kinder aus höheren sozialen Schichten. Jedes sechste Kind ist von Einkommensarmut betroffen. Daraus ergeben sich sowohl gesundheitliche als auch soziale Folgen, wie beispielsweise Defizite in der Motorik, bei der Sprachentwicklung, der Zahngesundheit und beim Ernährungsverhalten. Fehlende Bewältigungsressourcen der Eltern und mangelndes Wissen über Hilfesysteme können sich negativ auf das gesamte Familiensystem und somit auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Das Projekt richtet sich dabei an werdende Mütter und Väter, die sich in schwierigen sozialen Lagen wie Arbeitslosigkeit oder Armut befinden, alleinerziehend sind, oder aus anderen Gründen Unterstützung benötigen.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Erreichbarkeit sozial schwächerer Gruppen durch aufsuchende Betreuung • Frühzeitiges Erreichen der Mütter schon während der Schwangerschaft • Steigerung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Hebammen die eine modularisierte, praxisreflektierende Weiterbildung absolviert haben und zum Tragen des Titels „Familienhebamme“ berechtigt sind. (Sie leisten neben der eigentlichen Hebammenarbeit auch spezielle Betreuung und Beratung dieser Familien bis das Kind ein Jahr alt ist.) • Angebot an Betreuung durch die Familienhebammen bis zu zehn Wochenstunden pro Familie. • Aktive Einbeziehung von Eltern und Kindern und damit Stärkung der eigenen Kompetenz zur Förderung der Gesundheit. • Die Familienhebamme nimmt in ihrer Tätigkeit auch die Funktion einer Lotsin wahr, die je nach Bedarf mit anderen Akteuren in Kontakt tritt bzw. die Familie an diese verweist. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit,	++++	Klar definiertes Projektziel und formulierte Teilziele.

Eindeutigkeit)		
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Frauen sind durch Fragebögen in der Projektevaluation partizipativ beteiligt, auch die psychosoziale Lage der Hebammen wird evaluiert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Intensive Vernetzung von Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems (Familienhebammen, Frauen- und Kinderärzte/-innen, Beratungsstellen, sozialer Dienst, Jugendamt, Sozialarbeiter/-innen). Es geht aus den Unterlagen nicht hervor ob und in welcher Form einzelne Ausbildungsstätten involviert sind.
Wirksamkeit	k. A.	Die Wirksamkeit der Interventionen kann erst mit einer größeren Anzahl von Klientinnen und Familienhebammen evaluiert werden.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Nach Projektende werden weitere Familienhebammen qualifiziert und durch das Landesministerium für Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt finanziert.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Qualifizierende Weiterbildung mit 7 Modulen, einer schriftlichen und mündlichen Abschlussprüfung befähigen die Familienhebammen zur Aufnahme eines zusätzlichen Tätigkeitsfeldes (ab 8. Woche postpartum bis zum Ende des 1. Lebensjahres des Kindes). Dieses Konzept könnte übernommen werden
Umsetzbarkeit in Österreich	k. A.	Experten aus dem Sounding Board berichten über schon vorhandene Strukturen in Österreich. Es muss noch genauer recherchiert werden.

Literatur:

Armutsbericht Sachsen-Anhalt, Gutachten „Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ Rosenbrock. 2004.

Ayerle GM, Sadowski K. Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, 1./2. Dezember 2006. Prävention für gesunde Lebenswelten – „Soziales Kapital“ als Investition in Gesundheit. Gesundheit Berlin e.V. 2006. http://www.gesundheitberlin.de/download/Ayerle_Sadowski.pdf

Maßnahme 2: Förderung von lokalen Strukturen

Modell: EKZ Wien

Das Mutter-Kind-Zentrum Wien Ziegelofengasse wurde vom VKI (Verein für Konsumenteninformation) als sehr gutes Praxisbeispiel genannt. Es wird niederschwellig gearbeitet, ein interdisziplinäres Team (Psychologin, Hebamme, Kinderarzt etc.) übernimmt kostenlos und ohne Terminvereinbarung die Betreuung. Zusätzlich werden Dolmetscher angeboten. Bei Bedarf kann Frau Dr. Schreiber kontaktiert werden.

Mutter-Kind-Zentren und Elternberatungsstellen in Österreich – Ist Situation in Wien:

Die Eltern-Kind-Zentren und Elternberatungen bieten umfassende Informationen, Hilfestellungen und Tipps in sämtlichen Fragen rund um die Betreuung von Kindern. Unter anderem werden folgende Serviceleistungen angeboten:

- Hilfestellung für Strukturierung und Bewältigung des Alltags mit Kindern
- Anleitung und Unterstützung für den Aufbau einer Beziehung und dem Umgang mit Babys und Kleinkindern
- Ausführliche Infos zum Thema Babypflege
- Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen
- Hilfe für Eltern in schwierigen Situationen, bei Notfällen und in Krisen
- Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch mit anderen Müttern und Vätern
- Ernährungs- und Stillberatung
- Beratung und Vermittlung von Ressourcen bei Problemen in Trennungs- und Scheidungssituationen
- Dolmetscherinnen und Dolmetscher in türkischer, serbischer, kroatischer und bosnischer Sprache
- Informationen zur Geburt und Schwangerschaft; Geburtsvorbereitung
- Vorträge
- Kulturelle Angebote
- Sport- und Turngruppen
- Informationen zur Kinderbetreuung
- Stillinformation sowie Stillgruppen
- Familienrechtliche Beratung

In Wien gibt es 33 Elternberatungsstellen (ehemalige Mutterberatungsstellen). Sie sind jeweils mit einer Ärztin oder einem Arzt, einer Sozialpädagogin oder einem Sozialpädagogen und einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter besetzt. Die Elternberatungsstellen wurden zur Untersuchung gesunder Säuglinge und Kleinkinder eingerichtet. In den Beratungsstellen erhalten Mütter und Väter Tipps und Beratung zur

- Betreuung ihres Kindes aus medizinischer und sozialmedizinischer Sicht
- richtigen Ernährung (zum Beispiel Stillberatung)
- Entwicklung des Kindes
- richtigen Pflege des Kindes
- Impfvorsorge

Die Ärztinnen und Ärzte führen auf Wunsch die Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass durch und impfen die Kinder entsprechend dem österreichischen Impfplan

Literatur:

<http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/baby/ekizent.html>

Projekt Ist-Analyse. 08.06.2008.

Tabelle 75 Modell: Leipziger Beratungsstelle „Schreisprechstunde“

Ort / Land	Deutschland, Leipzig	
Kontakt, Adresse	Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig, Dipl.-Psych. Peter Hiermann, Tel: +49 341/9726207, Email: hiep@medizin.uni-leipzig.de	
Zielgruppe	Eltern und Familien von Kindern bis zu 3 Jahren	
Hintergrund	25 % aller Kinder weisen in den ersten 3 Lebensjahren in irgendeiner Form Regulationsstörungen auf. Das kann sich z.B. in chronischen Unruhezuständen aber auch in Schlaf- und Fütterungsstörungen äußern. Beratungsangebote, die für Eltern Hilfe und Unterstützung anbieten, werden immer mehr genutzt und gelten als sehr erfolgsversprechend in der Problemlösung. Studien stützen die Annahme, dass Interventionen in der frühen Kindheit schnell und wirkungsvoll helfen.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfeleistung bei der Bewältigung diverser Problemsituationen für Eltern mit Kleinkindern • Akuthilfe in Krisensituationen • Frühintervention zur Bekämpfung von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Umfangreiches Anamnesegespräch mit Hilfe halbstrukturierter Interviewleitfäden • Die Mehrzahl der Kontakte besteht aus kurzen beratenden Interventionen von ein bis zwei Sitzungen • Langfristigere Beratungen können bei Bedarf in Anspruch genommen werden 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klare Zielsetzung: Schaffung eines Angebots von Soforthilfe für das Individuum.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Durch ständigen Patientenkontakt werden die Bedürfnisse der Klienten stark wahrgenommen und einbezogen. Klienten können durch Feed Back das Angebot mitgestalten.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	Es wird in einem interdisziplinären Team gearbeitet. Trotzdem scheint das Konzept sehr psychologiezentriert und müsste mehr mit anderen Bereichen vernetzt werden (Ernährung, Bewegung, Stillberatung etc.).
Wirksamkeit	+++++	In 60 % der Fälle kam es zu einer Besserung bzw. Auflösung der Problematik. 153 Familien haben innerhalb von 2 Jahren das Angebot wahrgenommen. Stark bedarfsorientierter individuumzentrierter Ansatz.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Nachbefragungen wurden zwar durchgeführt, bei 20 % der Zielgruppe konnten jedoch im Nachhinein

		keine Daten über den bleibenden Erfolg erhoben werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Die Umsetzbarkeit in andere Regionen ist gegeben. Man braucht lediglich ein engagiertes Team und passende Räumlichkeiten. Gesundheitsprofessionisten/-innen müssen zuvor geschult werden. Durch geringen spontanen und unkomplizierten Beratungsaufwand können schnell gute Erfolge erzielt werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Zuvor ist die Schulung von Professionisten/-innen sowie die Identifikation engagierter Personen, die die Organisation übernehmen, durchzuführen. Das Thema Ernährung muss in das Modellkonzept eingebunden und eine Bedarfsanalyse vor der konkreten Planung durchgeführt werden.

Literatur:

Hiermann P. Fries M. Hückel D. Kiess W. Merckenschlager A. Regulationsstörungen in der frühen Kindheit: Ergebnisse der Leipziger Beratungsstelle für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Klein Pädiatrie. 2005.

Tabelle 76 Modell: MIA "Mütter in Aktion"

Ort / Land	Österreich, Steiermark (Bezirke Leibnitz und Liezen)
Kontakt, Adresse	<p>Frauengesundheitszentrum: Projektleiterin- MIA „Mütter in Aktion“ Brigitte Steingruber: +43 650 6363742, brigitte.steingruber@fgz.co.at</p> <p>Projektmitarbeiterinnen: Leibnitz: Mag. Anita Adamiczek BSc, Gemeindeamt Schlossberg, +43 650 6363749, anita.adamiczek@fgz.co.at Liezen: Mag. Brigitte Kratzwald, Lederergasse 319a, 8786 Rottenmann, +43 650 6363748, brigitte.kratzwald@fgz.co.at</p>
Zielgruppe	Schwangere, Mütter von Babys, Frauen in der Familienplanungsphase, Hebammen, Ärzte/-innen und andere Experten/-innen
Hintergrund	<p>Im Vordergrund steht die Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys.</p> <p>Das Projekt MIA „Mütter in Aktion“ wird vom Frauengesundheitszentrum Steiermark in den Bezirken Liezen und Leibnitz durchgeführt. Die Kofinanzierung des Projekts erfolgt durch den Fonds Gesundes Österreich und durch den Gesundheitsfond Steiermark.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung und Stärkung von Schwangeren und Müttern von Babys, ihre Gemeinde aktiv nach ihren Bedürfnissen mitzugestalten. • Schaffung einer besseren Versorgung und optimal zugeschnittenen Rahmenbedingungen für diese Zielgruppe z.B. Treffpunkte, flexible Kinderbetreuung, etc. • Intensivierung der Vernetzung untereinander und mit Personen der Gemeinde, Ämter und Vereine.
Durchführung	<p><u>Auf Gemeindeebene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche mit den Frauen in den Gemeinden im Zuge von Sprechstunden und Hausbesuchen. • Veranstaltung von „Müttercafes“ mit begleitender Kinderbetreuung (einmal pro Woche). Frauen können dabei Kontakte knüpfen, sich austauschen und über verschiedene Themen diskutieren. • Informationsveranstaltungen und Kooperationen mit allen, die gesellschaftlich und politisch aktiv sind (z.B. im Gemeinderat oder in Vereinen). <p><u>Auf Bezirksebene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gründung einer Frauengruppe pro Bezirk, welche Aktionswochen und Projekte plant und durchführt. • Ausbildung von Teilnehmern/-innen zu Multiplikatoren/-innen. • Weiterbildung und persönliches Coaching. • Vernetzungstreffen zwischen den Frauen und Anbietern/-innen von Leistungen für schwangere Frauen und Familien.

• Öffentlichkeitsarbeit.		
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Frauen-Empowerment und Verbesserung der Lebensqualität durch Mitbestimmung am Gemeindeleben. Über die Messbarkeit liegen keine Daten vor.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Die Zielgruppe ist aktiv an der Planung und Durchführung des Projekts beteiligt. Die Teilnehmer/-innen werden zu Multiplikatoren/-innen ausgebildet, erhalten Fortbildungen und werden individuell gecoacht.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Vernetzung der Frauen mit Personen in Gesundheitsberufen (Ärzte/-innen, Hebammen und anderen Experten/-innen), sowie mit politisch und gesellschaftlich aktiven Gemeindemitgliedern. Finanziert durch den Fonds Gesundes Österreich und der Gesundheitsplattform Steiermark in Kooperation mit Styria Vitalis und Kinderleben Land Steiermark.
Wirksamkeit	k.A.	Projekt läuft erst seit 2007 und wird bis 2010 weiterlaufen.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Projekt ist bis 2010 geplant und finanziert. Genaue Ergebnisse zur Nachhaltigkeit müssen noch abgewartet werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Die Modellhaftigkeit/Reproduzierbarkeit auf andere Regionen in Österreich ist eine Frage der Kooperation und des Bedarfs auf Gemeinde- und Bezirksebene. Eine strukturierte Planung sowie eine Kooperation auf Gemeinde- und Bezirksebene ist somit erforderlich.
Umsetzbarkeit in Österreich		s.o.

Literatur:

MIA - Mütter in Aktion. Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in den steirischen Gemeinden Liezen und Leibnitz. <http://www.fgz.co.at/MIA-Muetter-in-Aktion.266.0.html> (04.07.2008).

Tabelle 77 Modell: Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres

Ort / Land	Tayside
Kontakt, Adresse	NHS Greater Glasgow; Health Promotion Departement (Child health Team) Douglas Child & Family Centre Team Janet Dalzell, Breastfeeding Co-ordinator Margaret Duncan, Sure Start Health Visitor, Christine Crocker, Sure Start Health Visitor Ray Glen, Sure Start Health Visitor Krystyna Baxter, Sure Start Health Visitor Shirley Leslie, Sure Start Health Visitor Susan Duncan, Health Development worker
Zielgruppe	Personal der Eltern-Kind-Zentren, (Stillende)
Hintergrund	Eltern-Kind-Zentren bieten umfassende Informationen und Beratungen für werdende Eltern sowie Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern an.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Trainings- und Lehrprogramms für das Personal von Mutter-Kind-Zentren • Erhöhung des Bewusstseins und des Verständnisses über kulturelle und gesellschaftliche Barrieren des Stillens • Dem Personal die Fähigkeiten übermitteln, Stillen zu fördern und zu unterstützen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Phase 1: Entwicklung der Workshopinhalte und der Durchführung <i>Trainingsinhalte sind:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Exploring Cultural Attitudes • Why breastfeeding is important • Breastfeeding in practice • Role of fathers • Return to work • Welcoming atmosphere for breastfeeding families • <i>Informationsmaterial für das Personal enthält:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Eating while you are pregnant (SHPS, NHS Tayside) • Eating for Breastfeeding (SHPS, NHS Tayside) • Great for Both of You – Breastfeeding • Guidelines for expressing, freezing, storing and thawing breastmilk (SHPS, NHS Tayside) • Out & About in Tayside (SHPS, NHS Tayside) • Breastfeeding and Return to work (SHPS, NHS Tayside) • Breastfeeding and returning to work – a simple guide (HEBS 2001) • The Scottish Breastfeeding Group: Breastfeeding and returning to work (Scottish Executive 2000) • Pregnant and using drugs (2003) • Caring for Your Baby withdrawal? (2003) • Off to a Good Start (Midwives/Health Visitor) • Bottle feeding leaflet (SHPS, NHS Tayside) • Breastfeeding Welcome poster and window sticker • Phase 2: Einführung des Personaltrainings

• Phase 3: Evaluation		
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Zielsetzung ist sowohl messbar als auch eindeutig. In der Projektbeschreibung ist ein Evaluierungsfragebogen über Workshops in Eltern-Kind-Zentren enthalten.
Partizipation (aktives Beteiligen der Ziel- gruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Zielgruppe ist an der Durchführung durch die Teilnahme an den Kursen involviert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Vernetzung von relevanten Beteiligten ist vorhanden, da die Beteiligten von verschiedenen Organisationen/Bereichen kommen. Die erfolgreiche Entwicklung des Programms ist auf die gute Zusammenarbeit mit Projektpartnern/-innen zurückzuführen.
Wirksamkeit	+++++	Vor Beginn des Workshops wurden die Einstellungen und die Meinungen der Kursteilnehmer/-innen über Stillen anhand der „Iowa Infant Feeding Attitude Scale“ erhoben. Vor Beginn des Workshops zeigten 52 % der Kursteilnehmer/-innen eine positive Meinung/Einstellung gegenüber Stillen. Während des Workshops erhöhte sich die Zahl der positiven Meinungen/Einstellungen um 25 % auf 77 %.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Es ist anzunehmen, dass die Einführung von Stillworkshops in Eltern-Kind-Zentren positiv nachhaltige und langfristige Auswirkungen haben.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Modell ist auch auf andere Länder gut übertragbar.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	In Österreich gibt es bereits einige Eltern-Kind-Zentren, bei denen z.T. Stillgruppen angeboten werden. Auf vorhandene Strukturen kann daher aufgebaut werden. Eine auf das jeweilige Bundesland abgestimmte Entwicklung der Workshopinhalte, sowie einheitliche Schulungsmaterialien und Patienteninformationen wären wünschenswert.

Literatur:

NHS Greater Glasgow (2002). Breastfeeding: Implementing Breastfeeding Workshops in Child and Family Centres. <http://www.thpc.scot.nhs.uk/PDFs/TJBI/BFworkshopoverview.pdf>

Tabelle 78 Modell: EARNEST (Early Nutrition Programming)

Ort / Land	Deutschland, München
Kontakt, Adresse	Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Fakultät, Dr. von Hauner Kinderkrankenhaus, Prof. Berthold Koletzko, Lindwurmstrasse 4, D-80337 München. Tel: +49 89/51602816. E-mail: programming@med.uni-muenchen.de http://earnest.web.meduni-muenchen.de/index2.htm
Zielgruppe	Kinder in den ersten Lebensjahren
Hintergrund	Das EARNEST Projekt ist ein Forschungsprojekt, welches sich dem Zusammenhang der ersten Jahre in der Entwicklung eines Kindes und den Folgen für seine Gesundheit als Erwachsener befasst. Der Fokus liegt dabei auf Ernährung. Verschiedenste Untersuchungen zeigen, dass Nahrungsmittel bereits in der Schwangerschaft und Stillzeit und im weiteren Verlauf in frühester Kindheit einen Einfluss auf Wachstum und Gesundheit haben und somit langfristige Folgen haben können. Die Wirkungsmechanismen der sogenannten „metabolischen Prägung“ sind noch nicht ausreichend erforscht und stehen im Mittelpunkt des Interesses von EARNEST. Im Mittelpunkt des vorliegenden Projekts stehen kardio-vaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Adipositas, motorisch-neurologische Funktionen, Knochenschwäche und das Verhalten von Kindern. Die Prägung des Menschen während der Schwangerschaft und der Säuglingszeit hat Einfluss auf das Erkrankungsrisiko im späteren Leben.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Kinderernährung und Erwachsenenkrankheiten wie Diabetes und Allergien • Schaffung neuer Erkenntnisse und daraus resultierend die Verbesserung der Ernährung von Fetus und Kleinkind • Erstellung von evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen • Aufklärung und Information • Forschung nach genetischen Mechanismen von Krankheiten wie Diabetes und Fettleibigkeit • Weitere Ergründung ob Stillen einem späteren Adipositasrisiko vorbeugen kann
Durchführung	<p><u>Derzeitige Forschungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisierte, kontrollierte Studien auf Basis von klinischen Tests und Interventionen in der Ernährung während der Schwangerschaft und Kindheit • Pilotstudien • Tierversuche • Versuche mit Zellen und Genmaterial • Soziale und wirtschaftliche Untersuchungen der Ernährung in den ersten Lebensjahren <p><u>Derzeit noch in Planung soll folgendes durchgeführt werden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategien

	<ul style="list-style-type: none"> • Informationskampagnen • Handbücher • Empfehlungen zur Nährstoffzusammensetzung von Kindernahrung 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klar definierte Forschungsziele. Mit Hilfe der Forschungsergebnisse sollen Maßnahmen zur Primärprävention während der Schwangerschaft und im frühen Säuglingsalter entwickelt werden.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Beteiligte nehmen als Probanden/-innen teil.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	Beteiligung von 17 europäischen Ländern (Österreich wird als Partner nicht genannt), 40 Partner, 4 KMUs und 3 Konzernen. Ergebnisse und Erkenntnisse aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen, wie klinischer Forschung, Epidemiologie, Physiologie, Molekularbiologie, Soziologie und Ökonomie sollen vernetzt werden. Stark wissenschaftszentriert.
Wirksamkeit	k.A.	Langzeitstudien und Follow ups sind geplant. Die Wirksamkeit wird erst im zweiten Projektabschnitt „Umlegung der Forschungsdaten in Empfehlungen und in die Praxis“ relevant. Derzeit keine Bewertung möglich. Kosten-Nutzenanalysen sind geplant.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Follow up Studien sind geplant. Interventionen werden noch keine durchgeführt. Derzeit keine Bewertung möglich.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Bedingungen in den einzelnen Ländern müssen bei der Umlegung der Ergebnisse mitberücksichtigt werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	k.A.	Es bleibt abzuwarten, ob alle Empfehlungen auch für Österreich geeignet sind. Es besteht eventuell punktuell ein anderer Forschungsbedarf für Österreich. Eine Vernetzung mit den Projektbetreibern ist in jedem Fall anzuraten.

Literatur:

Fänkhänel S. EARNEST. Langfristige Auswirkungen der frühen Ernährung. Ernährung 2007.

Maßnahme 3: Vernetzung von Ernährungsinitiativen mit Initiativen der Gesundheitsförderung allgemein

Tabelle 79 Modell: The Child Health Promotion Programme (CHPP)

Ort / Land	UK	
Kontakt, Adresse	http://www.dh.gov.uk Deborah Jamieson Tel: +44 207 9724353	
Zielgruppe	Schwangerschaft und die ersten 5 Lebensjahre des Kindes	
Hintergrund	<p>Das „Child Health Promotion Programme CHPP“ ist ein allgemeines „Early Intervention“- und Präventionsprogramm für Kinder und Familien. Gesundheitsförderung, Screening, Immunisierung und Kontrolle sind für eine Früherkennung von Gesundheitsproblemen und für effektive Interventionen wichtig. Das CHPP ist ein Schlüsselservice für die Verwirklichung der „2008 – 2011 Public Service Agreements“ für die Verbesserung der Gesundheit von Kindern. Vor allem Indikatoren wie Stillen, Prävention von Übergewicht und Verbesserung von geistiger Gesundheit stehen im Vordergrund.</p>	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Erkennung von Gesundheitsproblemen und Reduktion von Ungleichheiten im Gesundheitswesen • Förderung von kosteneffektiven Screenings und Interventionen • Bereitstellung von Informationen, um bessere Gesundheitsergebnisse für Kinder, Gesundheitspersonal und Eltern zu erzielen • Integrieren von Services in Kinderzentren • Verbesserung des Zugangs für benachteiligte Gruppen 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirklichung von Standards eines „Children National Service Framework“, in dem die Gesundheit und das Wohl von allen Kindern durch ein koordiniertes Aktionsprogramm gefördert wird. Es beinhaltet Prävention und Frühintervention und zielt auf Langzeiterfolge ab. • Aufbau eines Netzwerks und Förderung der Zusammenarbeit von NHS (National Health Service) und lokalen Behörden sowie einer Reihe von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klar definierte Ziele (Erkennung von Gesundheitsproblemen und Reduktion von „health inequalities“, Förderung von kosteneffektivem Screening, sowie Gesundheitsförderung und Interventionen, Bereitstellung von Informationen für Gesundheitspersonal und Eltern, Integrieren von Services in Kinderzentren, Verbesserung des

		Zugangs für benachteiligte Gruppen).
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	k. A.	Keine Partizipation der Zielgruppe bzw. nicht dokumentiert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	NHS (National Health Service) kooperiert mit lokalen Behörden und einer Reihe von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.
Wirksamkeit	++++	Das Programm wird durch parallele Evaluation und durch Monitoring qualitativ bewertet. Genaue Angaben derzeit nicht bekannt.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Der entwickelte Leitfaden beinhaltet Standards für ein evidenzbasiertes Frühinterventionsprogramm für Kinder und Eltern. Dieser Leitfaden soll durch das NHS und „Integrated Children´s Services“ national verbreitet werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	Derzeit k. A.	Der Leitfaden ist genau auf eine mögliche Anwendbarkeit in Österreich zu prüfen. Dazu muss eine Ist-Analyse für alle in diesem Rahmen relevanten österreichischen Strukturen erstellt werden.

Literatur:

The Child Health Promotion Programme. Pregnancy and the first five years of life. Department of Health. Update of Standard One (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004). http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083645

„2008–2011 Public Service Agreements“ www.dwp.gov.uk/ofa/indicators/Annex-PSAs2008-2011.pdf

„2008–2011 Public Service Agreements“ http://www.cabinetoffice.gov.uk/about_the_cabinet_office/publicserviceagreements.aspx

Tabelle 80 Modell: The Canada Prenatal Nutrition Program (A Decade of Promoting the Health of Mothers, Babies and Communities)

Ort / Land	Kanada
Kontakt, Adresse	www.phac-aspc.gc.ca
Zielgruppe	Sozial benachteiligte Familien, Schwangere, Mütter und Neugeborene
Hintergrund	CPNP ist ein „Community Based Project“, das sich mit Public Health und der Adressierung von Ungleichheiten im Gesundheitswesen bei Schwangeren und Kleinkindern befasst. Ein spezieller Fokus liegt auf dem Ernährungsbereich. Dennoch soll dieser mit anderen Serviceleistungen im Gesundheitsförderungsbereich vernetzt werden. Ein „Community Development Approach“ wird angewandt.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Gesundheitssituation von Mutter und Kind • Reduktion der Zahlen von Geburten mit geringem Geburtsgewicht • Verbesserung von Ernährungsinformation und dem Zugang zu verschiedenen Serviceleistungen im Ernährungsbereich • Stillförderung • Schulungen für Projektteilnehmer/-innen und Gesundheitsprofessionisten/-innen • Steigerung der Anzahl der Säuglinge, die im richtigen Alter mit der richtigen Nahrung gefüttert werden • Zu Ernährungsthematik ergänzende Serviceleistungen, die Frauen und Familien in generell schwierigen Situationen bzw. Krisen unterstützen (mit besonderem Augenmerk auf Hochrisikogruppen) • Schaffung von prenatalen Servicestellen, die auf die Bedürfnisse spezieller Risikogruppen (Migranten/-innen, Teenagerschwangerschaften, Familien mit schlechtem Ernährungsstatus, Familien die in sozialer bzw. geographischer Isolation leben, Familien in denen Gewalt, Alkoholmissbrauch oder Drogenmissbrauch vorkommt) abgestimmt sind
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Netzwerken (Stärkung der Gemeinschaft) • Stark abhängig von der Region und dortigem Bedarf • Peer Support Groups • „Parenting Across Cultures“ Design • Förderung der Verfügbarkeit ernährungsphysiologischer Lebensmittel in der Gemeinde • Förderung des gemeinsamen Essens, um soziale Isolation zu verringern • Gemeinsame Essenzubereitung, um neue Lebensmittel und Zubereitungsmethoden kennenzulernen und den Erfahrungsaustausch zu fördern • Verteilung von Gutscheinen für Supplemente • Unterstützung durch verschiedene Gesundheitsprofessionisten/-innen

	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungs- und Lebensberatung • Aufklärung zum Thema Stillen • Organisation von „Drop in sessions“ • Organisation von Hausbesuchen • Einzelberatungen • Planung von Gemeinschaftsküchen 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klare und eindeutige Zielsetzung mit detailliertem Evaluierungskonzept
Partizipation (aktives Beteiligen der Ziel- gruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Eine Grundregel im Community Development Approach ist der vollkommene Einbezug der Zielgruppe in Planung und Durchführung. Dies ist auch ein definiertes Ziel des Projekts.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Koordination durch die Regierung in Zusammenarbeit mit Public Health Instituten, den Gemeinden und der Zielgruppe selbst. Das Programm ist in die nationalen Gesundheitsstrategien integriert und gut koordiniert.
Wirksamkeit	+++++	Community Development Approaches gelten generell als sehr erfolgsversprechend. Auf die Bedürfnisse der Zielgruppe wird stark eingegangen. Risikogruppen können erreicht werden. Ergebnisse aus Befragungen der Zielgruppe, die an den Interventionen teilgenommen haben, zeigen, dass CPNP maßgeblich zu einer Verbesserung ihrer Situation beigetragen haben. Es gibt klare und ins Detail geplante Evaluierungskonzepte. Das Projekt scheint hocheffizient. So konnten etwa zwischen 1998 und 2003 60 % der schwangeren Frauen aus niedrigen Einkommensstufen erreicht werden. Etwa 40 % der schwangeren Jugendlichen wurde ebenfalls erreicht.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Die Koordination des Fundraising wird von der Regierung übernommen, welche das Projekt hoch priorisiert. Der Fortbestand sowie die Weiterentwicklung des Projekts sind sehr wahrscheinlich.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Generell gelten nationale Kriterien zur Durchführung. Auf regionale Gegebenheiten wird jedoch zielgerichtet eingegangen (innerhalb des Landes).
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Das Projekt baut zum Teil auf Strukturen von Non Profit Organisations und Volunteering auf. Diese Strukturen fehlen in Österreich. Auch sind sonstige Netzwerke in Österreich derzeit nicht in der gleichen Form gegeben. Dennoch ist das Konzept

		vierversprechend, und es wird empfohlen weiter zu prüfen, ob eine Umsetzung in Österreich möglich und sinnvoll wäre.
--	--	--

Literatur:

Atlantic Children's Evaluation Subcommittee (ACES). The Canada Prenatal Nutrition Program. A Decade of Promoting the Health of Mothers, Babies and Communities. 2004.

www.phac-aspc.gc.ca

Tabelle 81 Modell: SAFE Sichere Ausbildung für Eltern

Ort / Land	Österreich, Wien
Kontakt, Adresse	SAFE Mentor/-innen, Porzellangasse 22, 1090 Wien http://www.safe-programm.de
Zielgruppe	Eltern und werdende Eltern aus allen Schichten der Gesellschaft.
Hintergrund	Damit sich Kinder sowohl in psychischer und körperlicher, als auch in kognitiver und sozialer Hinsicht positiv entwickeln können, ist eine feinfühligke Eltern-Kind-Beziehung unabdingbar. SAFE möchte durch Förderung dieser emotionalen Bindung den Kindern zum bestmöglichen Start ins Leben verhelfen. SAFE nimmt neueste Erkenntnisse der Bindungsforschung im In- und Ausland auf und setzt diese in einem Modellprojekt in Wien um.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung optimaler Lebenschancen und Förderung einer optimalen Entwicklung • Förderung der Eltern-Kind-Beziehung • Sensibilisierung der Eltern für die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder • Förderung der psychischen Gesundheit von Eltern und Kindern • Frühinterventionen und Bindungsstörungen sollen von Beginn an vermieden werden • Verhinderung der Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Mentoren/-innen training der Professionisten/-innen nach dem Münchner Bindungsforscher Dr. Brisch (Kinderklinik der pädiatrischen Psychosomatik und Psychotherapie) • <u>SAFE Pränatal. Elterngruppen zu Schwerpunktsthemen:</u> 4 Sonntage während der Schwangerschaft–in der 20., 24., 28., 32. Schwangerschaftswoche Inhalte (Video-gestütztes Lernen): – Phantasien und Ängste der Eltern – Pränatale Bindung–Kompetenzen des Säuglings und der Eltern – Rollenerwartung und Elternmodell–Eltern–Säuglings-Interaktion mit Video-Feedbacktraining – Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren • <u>SAFE Postnatal. Elterngruppen zu Schwerpunktsthemen:</u> Elterngruppen an 6 Sonntagen nach der Geburt – 1 Monat, 2 Monate, 3 Monate, 6 Monate, 9 Monate, 12 Monate Inhalte: – Geburtsverarbeitung und Postpartale Depression – elterliche Kompetenzen – Mutter-Vater-Kind Triangulierung – Entspannungstechniken, Impulskontrolle – Bewältigung von interaktionellen Schwierigkeiten – Entwicklung des Bindungs- und Explorationsverhaltens – Video-Feedback-Training • <u>SAFE Hotline</u>

	<p>Individuelle Beratung der Eltern, wenn es „brennt“ („Schreianfall“ des Säuglings)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Am Telefon oder in der psychosomatischen Beratungsstelle – Emotionale Sicherheit für Eltern – Eltern kennen Berater/-in aus der Elterngruppe – Vertrauensverhältnis – Stärkung der elterlichen Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> • <u>SAFE Fokale Psychotherapie</u> <ul style="list-style-type: none"> – Kinder triggern traumatische Erfahrungen der Eltern („Geister im Kinderzimmer“) – Individuelle fokale Psychotherapie für Vater / Mutter – Prävention einer Wiederholung des erlebten Traumas mit eigenen Kindern • Beginn in der Schwangerschaft • Fortführung bis Ende des 1. Lebensjahres • Kombination von Gruppe und Einzelberatung 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Grobe Ziele sind klar und eindeutig. Feinzielgestaltung ist wenig beschrieben und auf Informationen über die Messbarkeit konnte nicht zurückgegriffen werden.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++	Interventionen sind sehr zielgruppennah. Über den Einbezug der Zielgruppe in die Projektgestaltung ist nichts bekannt.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	Interdisziplinäre Arbeitsgruppen: Ärzte/-innen, Psychologen/-innen, Frühförderer/-innen, Krankenschwestern Therapeuten/-innen. Auslage von Flyern in Apotheken, Arztpraxen, Familienbildungsstätten, Schwangerschaftsberatungsstellen. Die Zielgruppe selbst könnte mehr eingebunden werden.
Wirksamkeit	k.A.	Derzeit läuft in Deutschland eine prospektive randomisierte Längsschnittstudie über 5 Jahre (bis 2010), um die Wirksamkeit der Methode nachzuweisen. Bewertung derzeit nicht möglich.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Wird derzeit geprüft.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Das deutsche Modell wurde bereits auf mehrere Regionen umgelegt.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Gute Umsetzbarkeit in Wien (läuft). Das Konzept kann auch auf andere Bundesländer übertragen werden. Ein Einbezug der Ernährungsthematik ist wünschenswert.

Literatur:

<http://www.safe-programm.de>

Maßnahme 4: Mutter-Kind-Pass

Tabelle 82 Modell: ICW: Elektronischer Mutter-Kind-Pass

Ort / Land	Deutschland	
Kontakt, Adresse	InterComponentWare AG (ICW) Dirk Schuhmann Tel: ++49 6227-385-133 Fax: ++49 6227-385-199 E-Mail: Dirk.Schuhmann@icw.de Infos: http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-107959.html	
Zielgruppe	Schwangere	
Hintergrund	Im Pilotprojekt wird der herkömmliche Mutterpass in Papierform durch einen elektronischen Mutterpass (eMP) in der persönlichen Gesundheitsakte LifeSensor des Walldorfer eHealth-Spezialisten InterComponentWare AG (ICW) ergänzt. Im elektronischen Mutterpass und der persönlichen LifeSensor Gesundheitsakte stehen der Schwangeren ihre Gesundheitsdaten jederzeit und überall online zur Verfügung.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Modernere Gestaltung der Schwangerenvorsorge • Reduktion von Risiken und Komplikationen • Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Ärzten/-innen und Kliniken 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Projektverlauf über 12 bis 15 Monate. Teilnahme von über 200 Schwangeren wird angestrebt. • Pilotierung mit Begleitung einer Erwartungs- und Nutzevaluierung durch die FB+E (Forschung, Beratung + Evaluation GmbH). FB+E sind die Herausgeber des BabyCare Versorgungsprogramms, das Schwangeren eine individuelle Analyse ihrer Ernährung und ihres Lebenswandels mit Empfehlungen für einen gesunden Verlauf der Schwangerschaft bietet. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Allgemeine Zielsetzung: Etablierung eines Instruments zum allgemeinen Informationsaustausch von Akteuren der Gesundheitsförderung schwangerer Frauen, um Risiken und Komplikationen während der Schwangerschaft zu reduzieren.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Schwangere Frauen können freiwillig am Projekt teilnehmen, die schwangere Frau hat alle Daten selbst in der Hand und hat immer Zugriff auf dieselbigen.

Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Die Vernetzung von Akteuren/innen der Gesundheitsförderung und von Schwangeren ist Kernziel dieses Projekts.
Wirksamkeit	k. A.	Durch die Vernetzung von Ärzten/-innen und Kliniken wird möglicherweise eine effektivere und somit qualitativ hochwertigere Vorsorge für die Betroffenen erreicht. Genaue Ergebnisse müssen noch abgewartet werden.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Software eines internationalen eHealth-Spezialisten (ICW-Technologien). Scheint auf den ersten Blick übertragbar auf Länder mit ähnlichen Strukturen.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Der eHealth-Spezialist ist, wie auch bei der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland, bereits am österreichischen e-Card-Projekt beteiligt!

Literatur:

http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-107959.html

Maßnahme 5: Verringerung der Frühgeburtenrate

Tabelle 83 Modell: babycare

Ort / Land	Deutschland, Niedersachsen	
Kontakt, Adresse	www.baby-care.de	
Zielgruppe	Schwangere	
Hintergrund	Die Frühgeburt stellt das zentrale Problem in der Geburtshilfe dar. National und international sind steigende Frühgeburtsraten zu beobachten.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung der Frühgeburtenrate • Verringerung der Fehlbildungsrate durch Aufklärung der Schwangeren • Frauen gesund und sicher durch die Schwangerschaft begleiten 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung des Handbuchs „BabyCare“ als zentrales Instrument • Erstellung des BabyCare Fragebogens mit Fragen über Lebensbedingungen und Verhaltensweisen sowie Ernährungsverhalten • Auswertung des Fragebogens mit Ernährungsanalyse • Besprechung der Auswertung mit Arzt/Ärztin • Gezielte persönliche Beratung zur Risikosenkung • Vermittlung von Adressen und Informationen • Beispiele für Zusatzmodule: <ul style="list-style-type: none"> - BabyCare-Nutrition (präkonzeptionelle Ernährungsanalyse und -beratung) - BabyCare Rezeptbroschüre - Gymnastikkurs (auch zum downloaden) 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klare Zieldefinition (Senkung der Frühgeburtenrate, Senkung der Fehlbildungsrate). Regelmäßige Evaluation der Ergebnisse.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Die Zielgruppe beantwortet Fragebögen (Lebensbedingungen, Verhaltensweisen, Ernährungsverhalten) und ist an der Evaluation beteiligt (bewertet das Programm mit sehr gut und gut). Seit Herbst 2000 bis Ende 2006 haben 100.000 Schwangere und Frauen mit Kinderwunsch am BabyCare-Programm teilgenommen.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Frauenärzte/innen empfehlen das Programm, Krankenkassen profitieren und übernehmen teilweise die Kosten für das Programm. Das Projekt Baby Care plus stellt die Verknüpfung mit der

		Gesundheitskarte von careon.de dar.
Wirksamkeit	+++++	Ein Vergleich der Ergebnisse der Frühgeburtenrate bei Teilnehmer/-innen des Baby Care Projekts mit Ergebnissen der Perinatalstatistik von Niedersachsen (2002 – 2005) zeigt eine signifikante Verringerung der Frühgeburtenrate von 20 – 25 %. 88 % der Teilnehmerinnen benoten das Programm mit „sehr gut“ oder „gut“.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Das Programm BabyCare hat im Herbst 2000 begonnen. Das Programm wird kontinuierlich weiterentwickelt und weitergeführt. Das Programm Baby Care Nutrition steht seit 2005 bundesweit zur Verfügung.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Zentrale Instrumente wie Handbuch Baby Care (aktuelle und wissenschaftlich gesicherte Informationen für eine gesunde Schwangerschaft) und der standardisierte Baby Care Fragebogen (7-Tage-Protokoll) steigern die Reproduzierbarkeit.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Strukturen sind vorhanden. Abhängig von der Mitarbeit einzelner Schlüsselpersonen und -institutionen (Frauenärzte/innen, Krankenkassen).

Literatur:

Dudenhausen JW, Friese K, Kirschner W. Präkonzeptionelle Gesundheitsberatung und Beratung zur Wahl der Geburtsklinik als weitere Instrumente zur Verringerung von Frühgeburten. Z Geburtsh Neonatol 2007; 211:142-6.

Kirschner W. BabyCare: Ein Beispiel erfolgreicher Prävention in Kooperation mit Krankenkassen. Die BKK (11). 2004.

www.baby-care.de

Tabelle 84 Modell: Healthy Start

Ort / Land	UK (England, Schottland, Wales, Nordirland)
Kontakt, Adresse	www.healthystart.nhs.uk Helpline: +44 845 607 6823
Zielgruppe	Schwangere Frauen und Familien mit Kindern unter 5 Jahren, die finanzielle Unterstützung, einkommensbasiertes Arbeitslosengeld (income-based Jobseeker's Allowance) oder Steuergutschrift für Kinder (Child Tax Credit) mit einem Jahreseinkommen von höchstens £15,575 (2008/9) erhalten. Alle schwangeren Frauen unter 18 Jahren qualifizieren sich ebenfalls für dieses Programm, unabhängig davon, ob sie finanzielle Unterstützung erhalten.
Hintergrund	Besonders in der Schwangerschaft, der Stillzeit und in der Ernährung kleiner Kinder ist auf eine gesunde Ernährung mit erhöhtem Obst- und Gemüseanteil zu achten. Gesundheitsinterventionsprogramme, mit dem Ziel gesunde Ernährung bei Kindern zu fördern, sollten bereits mit dem Abstillen oder besser noch vor dem Abstillen beginnen und - für eine optimale Effektivität - auch eine Verbesserung der mütterlichen Ernährung zum Ziel haben (Harris, 2008). Eine aktuelle Studie des Healthy Start Projekts konnte bei 519 Kindern (durchschnittliches Alter 3,9 Jahre) zeigen, dass Ernährung einen Einfluss auf das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen hat (Williams und Strobino, 2008).
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Obst- und Gemüsekonsums von niedrigen Einkommenschichten • Positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens von Anfang an • Reduktion des Krankheitsrisikos besonders in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen • Reduktion des Gesamtfettgehalts in den Mahlzeiten und Snacks von Vorschülern auf unter 30 Energieprozent und Reduktion des Gehalts an gesättigten Fettsäuren auf unter 10 Energieprozent
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Förderungen in Form von Gutscheinen • Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheitsprofessionalisten • Unterstützung der Aufnahme von Obst und Gemüse, Milch und Formula-Milchnahrungen, des Stillens und Förderung der Aufnahme von Vitaminsupplementen • Ermöglichung eines frühen und engen Kontakts zwischen Gesundheitsprofessionalisten/innen und Familien mit geringem Einkommen • <u>Gutscheine:</u> Gutscheine werden alle 4 Wochen mit der Post zugeschickt. Jeder Gutschein im Wert von £3.00 kann in registrierten Geschäften für Milch, frisches Obst und Gemüse sowie Formula-Milchnahrung eingelöst werden. Anspruch auf

	<p>Vitaminsupplemente wird auf die beigelegten Briefe gedruckt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwangere Frauen und Kinder zwischen 1 und 4 Jahren erhalten einen Gutschein im Wert von £3.00 pro Woche für jedes Kind / jede Schwangere - Babys unter einem Jahr erhalten 2 Gutscheine mit einem Gesamtwert von £6.00 - Frühgeborene erhalten 2 Gutscheine bis 1 Jahr nach dem erwarteten Geburtstermin. • Zusätzlich zu den Gutscheinen werden auch Beratung zu den Themen „gesundes Essen“, „Stillen“, „Säuglingsernährung“ und „Gebrauch der Gutscheine“ angeboten • Gesundheitsunterricht für Vorschüler hauptsächlich zum Thema Ernährung • Auf der Website von Healthy Start gibt es Gesundheitstipps und Informationen unter anderem zu Obst und Gemüse inklusive Rezepte 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Verringerung des Fettgehalts, Ernährungsinformation; Messbarkeit der eingelösten Gutscheine. Eindeutigkeit: Verringerung der koronaren Herzkrankheiten, Ernährungsgewohnheiten.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Verwendung der Gutscheine, Teilnahme an Beratungen. Direkter Kontakt mit Professionisten/-innen. Keine Teilnahme an Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Zusammenarbeit mit Bundesministerium, Industrie, Handel und Gesundheitsprofessionisten/-innen
Wirksamkeit	+++++	Healthy Start konnte den Gehalt an Fett und gesättigten Fetten in Mahlzeiten von Vorschülern reduzieren, ohne den Energiegehalt oder die Aufnahme an essenziellen Nährstoffen zu kompromittieren. Diese Ziele decken sich mit U.S Dietary Guidelines für Kinder über 2 Jahre (Williams et al, 2002). Es ist anzunehmen, dass die Senkung von Fetten, besonders gesättigten Fetten in der Nahrung positive Effekte auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungsrate haben kann. Das Ernährungsverhalten konnte somit positiv beeinflusst werden.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Durch Gutscheine gemeinsam mit Ernährungsbildung / Beratung – Schaffung von Kaufanreizen für Obst und Gemüse. Das Projekt besteht seit ca. 10 Jahren.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Genauere Auflistung, wer welche Gutscheine bekommt.

		Gesundheitstipps und Informationen zu Obst und Gemüse, Rezepte auf der Homepage.
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Beratungen könnten durchgeführt werden. Finanzierung der Gutscheine?

Literatur:

Harris G. Development of taste and food preferences in children. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008;11(3):315-9.

Williams CL, Bollella MC, Strobino BA, Spark A, Nicklas TA, Tolosi LB, Pittman BP "Healthy-start": outcome of an intervention to promote a heart healthy diet in preschool children. *J Am Coll Nutr*. 2002 Feb;21(1):62-71.

Williams CL, Squillace MM, Bollella MC, Brotanek J, Campanaro L, D'Agostino C, Pfau J, Sprance L, Strobino BA, Spark A, Boccio L. Healthy Start: a comprehensive health education program for preschool children. *Prev Med*. 1998;27(2):216-23.

Williams CL, Strobino BA. Childhood diet, overweight, and CVD risk factors: the Healthy Start project. *Prev Cardiol*. 2008;11(1):11-20.

www.healthystart.nhs.uk

Tabelle 85 Modell: Sure Start

Ort / Land	UK (Schottland, Wales, Nordirland)
Kontakt, Adresse	www.surestart.gov.uk (Verschiedene Kontakte in Schottland, Wales, Nordirland) Early Years Extended Schools and Special Needs Group Department for Children, Schools and Families; 1st Floor; Sanctuary Buildings, Great Smith Street, London SW1P 3BT
Zielgruppe	Familien, von der Schwangerschaft bis zum 15. Lebensjahr der Kinder. Jene, mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen und Behinderungen werden bis zum Alter von 16 Jahren unterstützt.
Hintergrund	Sure Start ist ein staatliches Programm, um jedem Kind in England den besten Start in Hinblick auf frühe Ausbildung, Kinderbetreuung, Gesundheit und Familienunterstützung zu ermöglichen.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Jedem Kind den besten Start ermöglichen • Förderung von Kindern mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen und Unterstützung ihrer Familien
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Allen 3- und 4-Jährigen wird ein kostenloser Teilzeitunterrichtsplatz (12 ½ Stunden pro Woche, 38 Wochen im Jahr) angeboten • Die Early Years Extended Schools und Special Needs Group arbeiten zusammen mit lokalen Behörden, Primärversorgungsunternehmen (primary care trusts), Jobcentre Plus, lokale Gemeinden, staatliche Stellen und Organisationen des privaten Sektors • Im Zuge des Programms wurden unter anderem Events zur Promotion des Obst- und Gemüseverzehrs veranstaltet: • <u>Fruit and Veg Tasting Fun Day (23. Juni 2006)</u> Kindern in Kindertagesstätten und ihren Tagesmüttern oder Eltern und Betreuern wurde die Möglichkeit geboten, ein Sortiment von Obst und Gemüse zu probieren. Angeboten wurden Gemüsesticks, Zubereitung von Obstsalat, Ausprobieren von neuen Rezepten, Wettbewerb mit Raten, wie das Obst oder das Gemüse genannt wird, woher es stammt und wie es gegessen werden kann. Jene mit den höchsten Punkten gewannen einen Geschenkkorb sowie Obst- und Gemüsegutscheine vom örtlichen Kaufhaus. • <u>Fruity Tuesday (10. Oktober 2006)</u> Inhalt der Veranstaltung war unter anderem die Herstellung von Obstsalat, Kostproben von Obst-Smoothies und Einsetzen einer eigenen Erdbeerpflanze. • <u>Take Your Dad to Nursery</u> Bei „Take Your Dad to Nursery“ gibt es unter anderem verschiedene Thementage wie beispielsweise „Gemüse“, „Sport“, „Wissenschaft“ usw. • Die Broschüre „<u>5 A Day Made Easy</u>“, vom Gesundheitsministerium beinhaltet Tipps, wie man die 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag leicht erreichen kann. Die

		<p>Broschüre wurde erstellt, um Obst und Gemüse für die Leser/-innen und ihren Kindern oder ihren Eltern attraktiver zu machen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Newham Early Start Nutrition Service</u> Das Early Start Nutrition Service betreut schwangere Frauen und Kinder von 0 – 5 Jahren und ihre Familien in Newham. Ziele des Programms sind unter anderem eine Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums bei Kindern unter 5 Jahren sowie eine vermehrte Anzahl an Eltern oder Kinderbetreuern, die berichten, dass die Kinder aufgrund einer Beratung zur Förderung gesunder Ernährung mindestens eine neue Obst- oder Gemüsesorte ausprobiert haben.
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++	Das Ziel 2.500 Kinderzentren zu erreichen wurde Anfang März 2008 erlangt. Zielsetzung „den besten Start geben“ ist nicht eindeutig.
Partizipation (aktives Beweilen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Beteiligung sowohl bei der Durchführung als auch bei der Planung.
Vernetzung relevanter Beteiligten	+++++	Staatliches Programm Early Years Extended Schools und Special Needs Group, lokale Behörden, Primärversorgungsunternehmen (primary care trusts), Jobcentre Plus, lokale Gemeinden, staatliche Stellen, Organisationen des privaten Sektors
Wirksamkeit	+++++	Das Ziel der Erreichung von 2.500 Kinderzentren wurde Anfang März 2008 erreicht und 2.907 Zentren wurden im Juni 2008 errichtet. Derzeit werden Leistungen an über 2,2 Millionen junge Kinder und deren Familien angeboten. Derzeit gibt es über 37.000 staatlich geförderte Plätze im privaten, ehrenamtlichen und unabhängigen Sektor.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Das erste „Sure Start Programm“ wurde im Jahr 1999 etabliert.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Keine Angaben zur Durchführung des Projekts als Ganzes, jedoch zu den Teilprojekten.
Umsetzbarkeit in Österreich	++	Diverse Events könnten übernommen werden. Unterstützung durch den Staat – Finanzierung? Ist es sinnvoll, einzelne Events zu übernehmen oder funktioniert dies nur als Gesamtkonzept?

Literatur:

www.surestart.gov.uk

HANDLUNGSFELD 5: „MULTIPLIKATOREN/-INNENTRAINING UND AUSBILDUNG“

Maßnahme 1: Formulierung von Standards im Bereich Ernährungsbildung diverser Berufsgruppen

Tabelle 86 Modell: Growing through Adolescence

Ort / Land	Schottland / Vereinigtes Königreich
Kontakt, Adresse	<p>Professor Peter Paulus (Erarbeitung der deutschsprachigen Übersetzung), Scientific Advisor of German Health Promoting Schools, Institut für Psychologie der Universität Lüneburg, Tel: +49 4131 6770</p> <p>Dr. Martina Gerhartl BMBWK Tel: +43 1 53120 2573/43 Email: martina.gerhartl@bmbwk.gv.at</p>
Zielgruppe	Trainer (train the Trainer Konzept), die Lehrer von 8 - 14 jährigen Kindern weiterbilden/ schulen
Hintergrund	<p>Die Gesellschaft macht gerade eine Wandlungsphase durch, die Auswirkungen auf die gesunde Ernährung und Gesundheitsmaßnahmen hat. In der schottischen Jugend macht sich eine gewisse Unzufriedenheit mit der eigenen Körperform bemerkbar, und es gibt Studien mit erschreckend hohen Zahlen an übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Dieses Projekt ist nur eine von mehreren parallel durchgeführten Maßnahmen. Growing through Adolescence wurde nicht aufgrund der Lehrinhalte oder der Zielgruppe als Modell gewählt, sondern als gutes Praxisbeispiel für den Aufbau und die Organisation von Multiplikatoren/-innentraining. Das Konzept ist hilfreich in der Erstellung von Standards im Bereich Ernährungsbildung.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von Trainern/-innen, die Trainingsinhalte an einzelne Schulen/Lehrer/-innen übermitteln • gesamte Schule soll in ihrer Einstellung und im Verhalten verbessert werden
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung der Trainer/-innen in Form eines 2-tägigen Grundkurses und einer 1-tägigen Nachschulung • Entsprechende Richtlinien sollen erstellt bzw. umgesetzt werden • Trainer/-innen sollen an die Schulen gehen und Gegebenheiten optimieren helfen • Lehrer werden unterstützt • Gesamtes Personal erhält eine kontinuierliche professionelle Ausbildung • auch hemmende Faktoren werden von Anfang an berücksichtigt

Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Schaffung einer einheitlichen Wissensbasis. Wissenssteigerung von und durch Multiplikatoren/-innen. Förderung der Handlungskompetenz in ernährungs- und gesundheitsrelevanten Themen und Situationen. Diese Ziele werden gut erreicht. Es wird fortlaufend evaluiert.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Auf Feedback der auszubildenden Trainer/-innen wird großen Wert gelegt. Dieses fließt in die Weiterentwicklung des Konzepts ein.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Durch HPS (Health Promoting Schools Network) ist das Projekt auch stark international vernetzt. Die Projektidee wurde auf zahlreiche andere Länder umgeschrieben, und Experten/-innen stehen im regen Austausch zueinander. Innerhalb Schottlands sind alle wichtigen Stakeholder einbezogen.
Wirksamkeit	++++	Eingehende Evaluierungsberichte konnten nicht gefunden werden. Es ist anzunehmen, dass durch das landesweite Training und das Anwenden in allen Schulen sehr flächendeckend und wirksam gearbeitet wird.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Genauere Angaben konnten bis dato nicht identifiziert werden. Der Ansatz verspricht jedoch, aufgrund von Multiplikatoren/-innenausbildung und Follow Up, eine gewisse Nachhaltigkeit.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Das Projekt GTA wurde in verschiedenen Regionen Schottlands durchgeführt. Das gesamte Maßnahmenpaket – HPS (Health Promoting Schools Network), von dem GTA einen Teil darstellt, wird/wurde in 39 Ländern in unterschiedlichem Umfang umgesetzt.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Auch Österreich ist bei den HPS – durchführenden Ländern dabei, aber es ist auf den ersten Blick nicht ersichtlich, welche Maßnahmen umgesetzt werden/wurden. Für das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ ist keine Übernahme der Inhalte gedacht, sondern eine Übernahme der Trainingskonzepte und der Organisationsideen. Das Projekt hat eine deutlich ältere Zielgruppe, aber der Aufbau der Schulungsunterlagen bietet wertvolle Anreize.

Literatur:

Growing Through Adolescence Book 1: Evidence and Overview, published by Health Scotland. 2005 (incl. factsheets & CD)

Growing Through Adolescence Book 2: Training Materials, published by Health Scotland. 2005

Lee A. Growing Through Adolescence. NHS Health Scotland. Präsentation.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20060217_co01_en.pdf

Tabelle 87 Modell: Mit Migranten für Migranten (MiMi) als Teil der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ – Gesundheitsförderung für Migrante/-innen

Ort / Land	Deutschland
Kontakt, Adresse	<p><i>Für allgemeine Informationen zur Initiative „Mehr Gesundheit für alle“:</i> Dr. Martina Stickan-Verfürth BKK Bundesverband, Abt. Gesundheit Telefon: +49 201/179-1465; E-Mail: StickanM@bkk-bv.de www.bkk.de</p> <p><i>Für das Teilprojekt „Mit Migranten für Migranten“</i> Ramazan Salman, Björn Menkhaus Ethnomedizinisches Zentrum Hannover Telefon: +49 511/16841020, E-Mail: ethno@onlinehome.de www.bkk-promig.de</p>
Zielgruppe	Migranten/-innen (Schwangere, Stillende)
Hintergrund	<p>Jede/r 8. Einwohner/-in Deutschlands verfügt über Migrationshintergrund. Viele Migrationsbiographien haben Auswirkungen auf die Gesundheit, wie z.B. psychische Belastungen aufgrund der Trennung von Familienangehörigen. Die soziale Situation hat negativen Einfluss auf die Gesundheit. Die Arbeitslosenquote unter Migranten/-innen ist doppelt so hoch und das Armutsrisiko liegt deutlich über dem der deutschen Bevölkerung. Dazu kommen geringere Bildungs- und Gesundheitschancen und mangelnde Integration.</p> <p>Migranten/-innen nehmen deutlich seltener zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen, aber auch seltener Vorsorgeuntersuchungen, z.B. in der Schwangerschaft, in Anspruch. Als Ursache dafür sind unter anderem unzureichende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und seine Angebote sowie sprachliche Barrieren zu sehen. Weiters kommen kulturelle Barrieren hinzu.</p> <p>Die vom BKK Bundesverband geförderte Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ setzt sich aus den Projekten „Mit Migranten für Migranten“ (MiMi), „Gesundheit in Sprachkursen“, „Gesund essen mit Freude“ und „Berliner Bündnis gegen Depression“ zusammen.</p> <p>Im weiteren Verlauf, wird auf das Projekt „Mit Migranten für Migranten“ näher eingegangen.</p>
Ziel des Projekts	<p><u>Allgemeine Zielsetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung eines möglichst barrierefreien Zugangs zum Gesundheitssystem • Mehr Gesundheitsgerechtigkeit bei gleichzeitig effizienterem Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. • Nachhaltige Verbesserung der Gesundheitschancen für Migranten/-innen • Bundesweiter Zugang von Prävention und Gesundheitsförderung in der „Migranten/-innenpopulation“ und ihren Medien

	<ul style="list-style-type: none"> • Impulse für effektive Selbsthilfe geben • Primärprävention • Verbessertes Zugang zu Präventionsmaßnahmen durch Ausbildung von Migranten/-innen zu Multiplikatoren/-innen <p><u>Ziele des von der BKK Bundesverband geförderten Projekts „Mit Migranten für Migranten“:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention mit Migranten/-innen für Migranten/-innen • Motivierung zur Nutzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention • Reduzierung der vorhandenen Chancenungleichheit von Zuwanderern/-innen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund • Förderung der Integration von Migranten/-innen in das Gesundheitssystem • Stärkung der Selbstverantwortung der Migranten/-innen und Motivierung zu einem bewussten und förderlichen Umgang mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention 		
<p>Durchführung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Migranten/-innen selbst kommen als interkulturelle Gesundheitsmediator/-innen zum Einsatz. Engagierte Personen mit Migrationshintergrund und guten Kenntnissen der deutschen und einer anderen Sprache werden in einer umfangreichen Schulung mit dem deutschen Gesundheitswesen vertraut gemacht. Außerdem erlernen sie Methoden interkultureller Vermittlung und führen in diversen Einrichtungen wie z.B. Sprachschulen, Kulturvereinen oder religiösen Einrichtungen muttersprachliche Informationsveranstaltungen durch. Neben wichtigen Informationen zur Gesundheit und Gesundheitsförderung wird den Migranten/-innen auch gezeigt, wie sie sich selbst Zugang zu Informationen und Angeboten verschaffen können. • Das MiMi-Projekt setzt sich aus folgenden vier Bausteinen zusammen: <ul style="list-style-type: none"> <u>Baustein 1:</u> Schulung zum/r interkulturellen Gesundheitsmediator/-in <u>Baustein 2:</u> Gesundheitswegweiser (mehrsprachige Informationen; Migranten/-innen werden in neun Sprachen über Strukturen und Leistungen des deutschen Gesundheitswesens aufgeklärt und unter anderem auch ermuntert, Vorsorgeangebote häufiger in Anspruch zu nehmen) <u>Baustein 3:</u> Gesundheitskampagne (mehrsprachige, kulturelle Gesundheitsförderung) <u>Baustein 4:</u> Projektelevaluation (Befragung, Erfolgskontrolle, Projektbericht) 		
<p>Bewertungskriterien</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 1966 691 2009"> <p>Bewertung</p> </td> <td data-bbox="691 1966 1417 2009"> <p>Anmerkung</p> </td> </tr> </table>	<p>Bewertung</p>	<p>Anmerkung</p>
<p>Bewertung</p>	<p>Anmerkung</p>		

Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Teilziele zur Lösung bestimmter Probleme (z. B. Fokussierung auf Übergewicht, Depression, Hilfe zur Selbsthilfe) werden formuliert. Klare Definition von Kurzzeit- und Langzeitzielen. Informationen über die Messbarkeit fehlen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Migranten/-innen werden als Experten/-innen in die Verbesserung des Systems der Gesundheitsförderung miteinbezogen. Hilfe zur Selbsthilfe wird geschult. Personen aus der eigenen Zielgruppe werden als interkulturelle Gesundheitsmediatoren/-innen ausgebildet.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die Experten/-innen sind im direkten Kontakt zur Zielgruppe. Interkultureller Austausch wird ständig gefördert. Verschiedenste Stakeholder und Institutionen sind gut vernetzt und arbeiten zusammen.
Wirksamkeit	++++	Die einzelnen Teilprojekte werden wissenschaftlich begleitet, ausgewertet und anderen Gesundheitsanbietern/-innen zur Verfügung gestellt. Genaue Details über die Wirksamkeit sind nicht angeführt. Die Beschäftigung mit speziellen Risikogruppen verspricht eine Wirksamkeitssteigerung. Ein Vergleich der Reichweite des Projekts zwischen 2004 und 2005 zeigt eine auffallende Steigerung.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Ansprechpartner/-innen für die Nachprojektphase (Nachschulungen etc.) werden zur Verfügung gestellt.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Nach Projektstart in Münster, Hildesheim und Hannover wurde das Design auf zahlreiche weitere Regionen zugeschnitten. Konzepte werden anderen Gesundheitsanbieter/-innen zur Verfügung gestellt.
Umsetzbarkeit in Österreich	k.A.	Die Umsetzbarkeit für Österreich ist noch zu prüfen. Es handelt sich um ein Gesamtgesundheitsförderungsprogramm mit einem Teilbereich für Ernährung. Die Wirkung ohne Berücksichtigung aller anderen Aspekte ist fragwürdig. Weiters muss geklärt werden, inwieweit andere Institutionen und Stakeholder an einer Zusammenarbeit interessiert wären.

Ergänzende Informationen zu den anderen Projekten der Initiative „Mehr Gesundheit für alle“:

- Projekt: „Gesundheit in Sprachkursen“:
Gesundheitsthemen wie beispielsweise Kindergesundheit, Zahnhygiene, gesunde Ernährung, Übergewicht und Diabetes, Arzt- und Krankenhausbesuche, psychische Gesundheit sowie Ernährung und Bewegung während der Schwangerschaft werden in Deutschkursen für Migranten/-innen integriert und von kultursensiblen Ärzten/-innen abgehalten.

- Projekt: „Gesund essen mit Freude“:
In Zusammenarbeit mit türkischen Frauen aus einem sozial benachteiligten Stadtteil wurde ein Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten entwickelt. Neben den Themen zu gesunder Ernährung wurden auch Fragen des Alltags und des Lebensstils besprochen. Dabei wurden folgende Inhalte vermittelt:
 - Kenntnisse gesunder und ausgewogener Ernährung
 - Identifikation von günstigen und ungünstigen Ernährungsverhalten und –gewohnheiten
 - gesunde und ausgewogene Ernährung von Kindern
 - Strategien zur Bewältigung von Alltagsproblemen in Zusammenhang mit der Ernährung des Kindes
 - Essstörungen und Möglichkeiten der Vorbeugung

Der Kurs umfasst 10 Einheiten zu jeweils 2 ½ Stunden mit abwechselnden Gruppengesprächen und Kocheinheiten.
Kommunikation ist in der Muttersprache möglich, z.T. werden professionelle Sprach- und Kulturvermittler/-innen eingesetzt.
- Projekt: „Berliner Bündnis gegen Depression“:
Ziel dieses Teilprojekts ist die Enttabuisierung des Themas „Depression“ sowie die Schaffung spezifischer Angebote.

Literatur:

BKK. Mehr Gesundheit für alle – Gesundheitsförderung in Lebenswelten www.bkk.de

Menkhaus B, Salman R, Hohmann T. Endbericht zum MiMi-Projekt für die Projektlaufzeit von August 2003 bis Oktober 2004, www.bkk-promig.de.

BKK. Gesund essen mit Freude. Leitfaden zur Unterstützung bei der Durchführung kultursensibler Koch- und Ernährungskurse, <http://www.saglik-berlin.de/downloads/Leitfaden.pdf>.

Tabelle 88 Modell: Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen – Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA

Ort / Land	Graz / Österreich
Kontakt, Adresse	Verein ZEBRA (Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von Ausländern/-innen in Österreich) Geschäftsführung Mag. Edith Glanzer Pestalozzistraße 59/2; 8010 Graz Telefon: +43 316/83 56 30 www.zebra.or.at edith.glanzer@zebra.or.at oder zebra@zebra.or.at
Zielgruppe	Erwachsene Ausländer/-innen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft, die innerhalb ihrer ethnischen Gruppe hohes Ansehen haben
Hintergrund	Ausländer/-innen haben oft nur schwer Zugang zu gesundheitsrelevantem Wissen. Die Akzeptanz und das Verständnis von gesundheitsrelevanten Themen steigen, sofern diese von Personen mit dem gleichen ethnischen Hintergrund vermittelt werden. Schlüsselpersonen aus der eigenen ethnischen Gruppierung haben somit eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und so auch in ernährungsrelevanten Themen. Das Projekt beschäftigt sich neben Ernährung (2 von 6 Einheiten) auch mit anderen Themen der Gesundheitsförderung wie beispielsweise der Zahngesundheit, HIV Aidsprävention, Familienplanung etc. Die Idee des Projekts ist es, in Österreich lebende Personen aus verschiedenen unterschiedlichen Kulturen und Religionen als Multiplikatoren/-innen auszubilden, damit sie in ihren „Peer Gruppen“ als Ansprechpartner/-innen in sozial-medizinischen Bereichen fungieren können.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ausländern/-innen praxisnahes Wissen vermitteln und mit Ihnen trainieren dieses weiterzugeben • Durch Wissensvermittlung und Empowerment soll gesundheitsförderndes Verhalten gestärkt werden
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von Männern und Frauen aus verschiedenen Ländern zu Multiplikatoren/-innen (insgesamt 19 Kurseinheiten, à 3 Std.). Neben gesundheitlichen Themen werden auch Grundlagen über die Arbeit, Rolle und Aufgabe von Multiplikatoren/-innen vermittelt. <p>Im Rahmen der Ausbildung wurden folgende Blöcke behandelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Block</i>: Einführung Gesundheitssystem (Begriff Gesundheit, Prävention; Geschichte, Gesundheitsberufe, Kommunikation; Praxisbesuch) 2. <i>Block</i>: Ernährung (Grundlagen – Bestandteile, Zusammensetzung; Eigene Erfahrung) 3. <i>Block</i>: Praxis/Methodik (Peers – Erfahrungen, Arbeitsweise; Übung – Besuch eines Kaufhauses; Einführung in peers, Praxis Reflexion) 4. <i>Block</i>: HIV – Aids Prävention (Aids, HIVirus,

	<p>Ansteckungsgefahren, Testverfahren, Aids-Prävention, Aids Hilfe)</p> <p>5. <i>Block</i>: Trauma, PTSD (Trauma, Folter, Folgen von politischer Gewalt, Therapie, Behandlung, Ressourcenarbeit, Übung)</p> <p>6. <i>Block</i>: Supervision (Gruppensupervision)</p> <p>7. <i>Block</i>: Familienplanung (Menstruation der Frau, Verhütung, Schwangerschaft, Muki-Pass, Geburtsvorbereitung, Geburt, Kleinkind, Fragen, Institutionenkunde und Besuch SMZ)</p> <p>8. <i>Block</i>: Abschluss (Präsentation, Feedback, Abschlussgespräch)</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Auswahl der Teilnehmer/-innen erfolgte in einem Auswahlverfahren, nach Sprachkenntnissen und Heterogenität. Bei den Ausbildungskursen gab es eigene Gruppen für Männer und Frauen. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++	Das Ziel der Multiplikatoren/-innenausbildung war von Anfang an festgelegt und wurde mit einem Fragebogen am Ende evaluiert. Allerdings waren die Fragen allgemein gehalten und die Effektivität des Projekts ist daraus nicht hervorgegangen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++	Beteiligen konnten sich die Teilnehmer/-innen durch Fragen zu den gebrachten Themen und Diskussionen nach den Vorträgen sowie bei der „Abschlussprüfung“ in Form einer Präsentation zu verschiedenen Themen, die im Rahmen des Projekts behandelt wurden. Auf Themenwünsche aus der Gruppe wurde nicht eingegangen und trotz Wunsch des in Kontakt Bleibens, wurden die Themen auch später nicht als Einzelvorträge angeboten. Die Nachbetreuungstreffen waren nur zum Erfahrungsaustausch innerhalb der Gruppe vorgesehen. Neue Themen hätten sich die Gruppe selbst erarbeiten müssen. Aus mangelndem Interesse hat dieses Treffen in Folge nur einmal stattgefunden.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	Das Projekt wurde vom Fonds Gesundes Österreich gefördert und über verschiedene Medien bekannt gemacht. Dadurch haben sich Kontakte zu verschiedenen anderen Vereinen ergeben.
Wirksamkeit	+++	Wissen und Wissen über Wissensvermittlung wurden weitergegeben. Wie weit die Teilnehmer/-innen ihre neuen Erkenntnisse verbreiten und anwenden, wurde im Evaluierungsbogen zwar erfragt, ist aber dennoch nicht klar aus der Evaluierung hervor gegangen. Durch die unterbliebene Nachbetreuung, ist der Effekt geringer als er sein könnte.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+	Das nur einmalige Vortragen vor der Übungsgruppe und die mangelnde Nachbetreuung garantieren keine

		optimale Motivation der Teilnehmer/-innen Inhalte weiterzugeben. Als zusätzliche Erschwernis standen den Teilnehmern/-innen auch keine Unterlagen mit einheitlichem Tiefgang zu gelernten Themen zur anschließenden Verwendung in der Praxis zur Verfügung.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Das Konzept eines längerfristigen Kurses wird von der Zielgruppe angenommen. Kursinhalte und Inhalte zu Follow Up Treffen wurden jedoch nicht reizvoll genug gewählt, und das Interesse der Zielgruppe hat im Verlauf stetig abgenommen. Es hat sich gezeigt, dass eine Richtlinie für Vortragende darüber wie genau, wissenschaftlich bzw. praxisorientiert sie auf ihre Themen eingehen sollen, hilfreich wäre. Prinzipiell scheint die Projektidee nach derzeitigem Wissensstand übertragbar.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Das Projekt hat in der Steiermark stattgefunden. Es ist sinnvoll dieses Konzept nur in Regionen mit entsprechendem Ausländeranteil anzubieten. In Oberösterreich und dem Burgenland haben schon weitere Projekte nach diesem Vorbild stattgefunden.

Literatur:

Ausländer und Ausländerinnen als GesundheitsmultiplikatorInnen. Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA. Endbericht, Graz, Juni 2000.

Tabelle 89 Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind

Ort / Land	St. Gallen / Schweiz
Kontakt, Adresse	Rosa Plattner Ostschweizerischer Verein für das Kind Rosenbergstraße 82 9000 St. Gallen http://www.hepa.ch/tagung/08_Roser_Platter.pdf
Zielgruppe	Eltern mit Kindern im Vorschulalter mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien, Sri Lanka, Türkei (Beschränkung des Projekts auf die Sprachen Serbokroatisch/Bosnisch, Albanisch, Türkisch und Tamilisch)
Hintergrund	Migranten/-innen beanspruchen Elternberatungsstellen generell unterdurchschnittlich häufig im Vergleich zur restlichen Bevölkerung. Doch schon Migration alleine stellt einen Gesundheitsrisikofaktor dar. Diese Gruppen brauchen daher besondere Unterstützung.
Ziel des Projekts	Langzeitziel <ul style="list-style-type: none"> Säuglinge und Kleinkinder aus Familien mit Migrationshintergrund sollen eine größere Chance bekommen, gesundheitsförderliches Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu entwickeln Etappenziele: <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung von Migrantenfamilien für die Zusammenhänge von Ernährung und Bewegung Ausbildung interkultureller Vermittler/-innen und Fortbildung von Elternberater/-innen inklusive Erstellung von Schulungsunterlagen Entwicklung eines zielgruppengerechten und praxisorientierten Beratungskonzeptes leichter Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen für Eltern Förderung des Kontaktes mit Migranten/-innen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung interkultureller Vermittler/-innen (Dolmetscher/-innen) und Weiterbildung der Mütterberater/-innen in transkultureller Kompetenz und Fachinhalten inklusive Entwicklung eines Schulungskonzeptes Bedürfnisabklärung bei der Zielgruppe Erarbeitung von Kommunikationsmitteln und –formen außerhalb von Beratungsstellen im direkten Umfeld der Migrationsbevölkerung (z. B. Gesprächsrunden, Informationsmaterial für Analphabeten/-innen, Aufsuchende Beratung, Vereine, Eltern-Kind-Zentren,...) inklusive Ausarbeitung eines Beratungskonzeptes, welches von weiteren Beratungsstellen übernommen werden kann Übersetzung der bestehenden Elterninformationen und Neugestaltung von Informationsmaterial zu den Themen

	<p>Ernährung und Bewegung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzelberatungen, Gesprächsrunden und Kurse, teilweise durch interkulturelle Vermittler/-innen (Dolmetscher/-innen mit besonderen Kompetenzen, sowie DVD's und übersetzten Infomaterialien) unterstützt • Flyer/Folder/Broschüren in Muttersprachen der Zielgruppen mit Fotos für Analphabeten/-innen unter den Migranten/-innen, auch im Internet verfügbar • Interventions- und Supervisionssitzungen • Testen von verschiedenen Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe • Vernetzung mit Migranten/-innenorganisationen 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Mehrere genau definierte Ziele (Langzeit- und Etappenziele), deren Erreichung auch evaluiert wurde. Leitfäden und ausgearbeitete Broschüren liegen vor. Definierte Indikatoren und Sollwerte sowie Begründungen für ungenügende Zielerreichung liegen in einem Zwischenbericht vor.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Es wurde eine Fokusgruppe aus verschiedenen Beteiligten gebildet, die aktiv in die Gestaltung miteingebunden wurde. Die Durchführungen der Beratungen erfolgen grundsätzlich individuell und bedürfnisorientiert. Im Projektverlauf konzentrierte sich das Projektteam zusehens auf eine Verbesserung der Beteiligung der Zielgruppe.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die Vernetzung mit Projekten ähnlicher Ausrichtung (Synergiewirkung) und mit Mutter-Kind-Beratungsstellen sowie mit Behörden ist ein wichtiger Faktor des Projekts. Gesucht wurde auch der Austausch mit religiösen Gemeinschaften. Die Informationsvermittlung bzw. der Verweis auf die Beratungsstelle fand an sehr vielen Fronten statt.
Wirksamkeit	+++++	Die Anzahl an Migranten/-innen, die das Beratungsangebot vom OVK genutzt haben, ist von durchschnittlich 15 % auf 70 % angestiegen. (Eine Ausnahme davon stellt die serbo-kroatische Zielgruppe dar, deren einführender Folder für Eltern schlecht übersetzt worden war, und es in Folge kaum Kontakte gab). Durch den großen Erfolg bei den Migranten/-innen kam es durch beschränkte Kapazitäten (z.B. Terminmangel) zu einem leichten Rückgang der deutschsprachigen Beratungen. Interkulturelle Vermittler/-innen wurden ausgebildet und unterstützende Unterlagen erstellt. Verstärkung der Wirksamkeit wurde durch Einbettung des Projekts in übergeordnete Strategien und Nutzung von Synergien („gesundes Körpergewicht“, „Kinder im Gleichgewicht“, „KLEMON-Prävention und

		Gesundheitsförderung bei Kleinkindern mit Risiko zu Übergewicht“; Integrationskonzepte von Stadt und Kanton St. Gallen) erreicht.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Die Präsentation der Ergebnisse an vielen Stellen und die Herausgabe eines Handbuchs für Beratungsstellen sowie die ständige Möglichkeit, zu Berater/-innen zu gehen, machen eine nachhaltige Wirkung des Projekts wahrscheinlich, solange der Kontakt zu den Zielgruppen auch weiterhin gefördert wird. Die Anwendung des Wissens bleibt trotzdem in der Hand der Eltern. Gute Zusammenarbeit mit Behörden ist für die finanzielle Nachhaltigkeit ausschlaggebend.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Es wird gerade daran gearbeitet, das Projekt in 9 weiteren Gemeinden durchzuführen. Ein Praxishandbuch wird derzeit ebenfalls erstellt. Der schon vorhandene Abschlussbericht ist für die Planung ähnlicher Projekte sehr hilfreich.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die Elternberatungen sowie die Schulungen finden in bereits vorhandenen Beratungsstellen statt. Es muss zunächst regional ermittelt werden, wo Projekte für Migranten/-innen sinnvoll wären.

Literatur:

4. Zwischenbericht Projekt MigesBalu Juli 2006 – Juni 2007 – von Ostschweizerischer Verein für das Kind (<http://www.ovk.ch/images/stories/4.%20Zwischenbericht%20Juni%202007.pdf>)

Projektvorstellung von MigesBalu bei der nationalen Fachtagung der Schweizer Gesellschaft für Ernährung (SGE) vom 9. Juni 2006 in Bern (http://www.sge-ssn.ch/d/dienstleistungen/tagungen_symposien/fachtagung_5_ch-ernaehrungsbericht)

Abschlussbericht des Projekts MigesBalu – Juli 2008 – von Ostschweizerischer Verein für das Kind

<http://mail.aks.or.at:8280/plone/regional/ostschweiz/miges-balu>

http://www.hepa.ch/tagung/08_Roser_Platter.pdf

Maßnahme 2: Versorgung der Multiplikatoren/-innen mit erstellten Leitlinien bzw. mit qualitativ hochwertigen Informationen

Tabelle 90 Modell: The Child Health Promotion Programme (CHPP)

Ort / Land	UK	
Kontakt, Adresse	http://www.dh.gov.uk Deborah Jamieson + 44 207 9724353	
Zielgruppe	Schwangerschaft und die ersten 5 Lebensjahre des Kindes	
Hintergrund	<p>Das „Child Health Promotion Programme CHPP“ ist ein allgemeines „Early Intervention“- und Präventionsprogramm für Kinder und Familien. Gesundheitsförderung, Screening, Immunisierung und Kontrolle sind für eine Früherkennung von Gesundheitsproblemen und für effektive Interventionen wichtig. Das CHPP ist ein Schlüsselservice für die Verwirklichung der „2008 – 2011 Public Service Agreements“ für die Verbesserung der Gesundheit von Kindern. Vor allem Indikatoren wie Stillen, Prävention von Übergewicht und Verbesserung von geistiger Gesundheit stehen im Vordergrund.</p>	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Erkennung von Gesundheitsproblemen und Reduktion von Ungleichheiten im Gesundheitswesen • Förderung von kosteneffektiven Screenings und Interventionen • Bereitstellung von Informationen, um bessere Gesundheitsergebnisse für Kinder, Gesundheitspersonal und Eltern zu erzielen • Integrieren von Services in Kinderzentren • Verbesserung des Zugangs für benachteiligte Gruppen 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirklichung von Standards des „Children National Service Framework“, in dem die Gesundheit und das Wohl von allen Kindern durch ein koordiniertes Aktionsprogramm gefördert wird. Es beinhaltet Prävention und Frühintervention und zielt auf Langzeiterfolge ab. • Aufbau eines Netzwerks und Förderung der Zusammenarbeit von NHS (National Health Service) und lokalen Behörden sowie einer Reihe von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Klar definierte Ziele (Erkennung von Gesundheitsproblemen und Reduktion von „health inequalities“, Förderung von kosteneffektivem Screening, sowie Gesundheitsförderung und Interventionen, Bereitstellung von Informationen für Gesundheitspersonal und Eltern, Integrieren von Services in Kinderzentren, Verbesserung des

		Zugangs für benachteiligte Gruppen).
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	k. A.	Keine Partizipation der Zielgruppe bzw. nicht dokumentiert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	NHS (National Health Service) kooperiert mit lokalen Behörden und einer Reihe von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.
Wirksamkeit	++++	Das Programm wird durch parallele Evaluation und durch Monitoring qualitativ bewertet.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k. A.	
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Der entwickelte Leitfaden beinhaltet Standards für ein evidenzbasiertes Frühinterventionsprogramm für Kinder und Eltern. Dieser Leitfaden soll durch das NHS und „Integrated Children´s Services“ national an Gesundheitsprofessionisten/ -innen und Multiplikatoren/-innen verbreitet werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	Derzeit k. A.	Der Leitfaden ist genau auf die Anwendbarkeit in Österreich zu prüfen. Dazu muss eine Ist-Analyse für in diesem Rahmen relevante österreichische Strukturen erstellt werden.

Literatur:

The Child Health Promotion Programme. Pregnancy and the first five years of life. Department of Health. Update of Standard One (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004). http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083645

„2008–2011 Public Service Agreements“ www.dwp.gov.uk/ofa/indicators/Annex-PSAs2008-2011.pdf

„2008–2011 Public Service Agreements“ http://www.cabinetoffice.gov.uk/about_the_cabinet_office/publicserviceagreements.aspx

Tabelle 91 Modell: Familienhebammen-Sachsen-Anhalt

Ort / Land	Sachsen-Anhalt / Deutschland
Kontakt, Adresse	Frau Simone Seitz (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt) Turmschanzenstraße 25 39114 Magdeburg (Sachsen-Anhalt) Telefon: +49 391 / 567 6908, Simone.Seitz@ms.sachsen-anhalt.de http://www.hebammen-sachsen-anhalt.de
Zielgruppe	Schwangere, Stillende, Kinder im 1. Lebensjahr; v. a. benachteiligte Gruppen
Hintergrund	Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen mehr gesundheitliche Belastungen auf als Kinder aus höheren sozialen Schichten. Jedes sechste Kind ist von Einkommensarmut betroffen. Daraus ergeben sich sowohl gesundheitliche als auch soziale Folgen, wie beispielsweise Defizite in der Motorik, bei der Sprachentwicklung, der Zahngesundheit und beim Ernährungsverhalten. Fehlende Bewältigungsressourcen der Eltern und mangelndes Wissen über Hilfssysteme können sich negativ auf das gesamte Familiensystem und somit auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Das Projekt richtet sich dabei an werdende Mütter und Väter, die sich in schwierigen sozialen Lagen wie Arbeitslosigkeit oder Armut befinden, allein erziehend sind, oder aus anderen Gründen Unterstützung benötigen.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Erreichbarkeit sozial schwächerer Gruppen durch aufsuchende Betreuung • Frühzeitiges Erreichen der Mütter schon während der Schwangerschaft • Steigerung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Hebammen, die eine modularisierte, praxisreflektierende Weiterbildung absolviert haben und zum Tragen des Titels „Familienhebamme“ berechtigt sind. (Sie leisten neben der eigentlichen Hebammenarbeit auch spezielle Betreuung und Beratung dieser Familien bis das Kind ein Jahr alt ist.) • Angebot an Betreuung durch die Familienhebammen bis zu zehn Wochenstunden pro Familie. • Aktive Einbeziehung von Eltern und Kindern und damit Stärkung der eigenen Kompetenz zur Förderung der Gesundheit. Die Familienhebamme nimmt in ihrer Tätigkeit auch die Funktion einer Lotsin wahr, die je nach Bedarf mit anderen Akteuren/-innen in Kontakt tritt bzw. die Familie an diese verweist.

Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Klar definiertes Projektziel und formulierte Teilziele.
Partizipation (aktives Beteiligen der Ziel- gruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Frauen sind durch Fragebögen in der Projektelevaluation partizipativ beteiligt, auch die psychosoziale Lage der Hebammen wird evaluiert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Intensive Vernetzung von Akteuren/-innen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems (Familienhebammen, Frauen- und Kinderärzte/-innen, Beratungsstellen, sozialer Dienst, Jugendamt, Sozialarbeiter/-innen); Es geht aus den Unterlagen nicht hervor, ob und in welcher Form einzelne Ausbildungsstätten involviert sind.
Wirksamkeit	k.A.	Die Wirksamkeit der Interventionen kann erst mit einer größeren Anzahl von Klientinnen und Familienhebammen evaluiert werden.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Nach Projektende werden weitere Familienhebammen qualifiziert und durch das Landesministerium für Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt finanziert.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Qualifizierende Weiterbildung mit 7 Modulen, einer schriftlichen und mündlichen Abschlussprüfung befähigen die Familienhebammen zur Aufnahme eines zusätzlichen Tätigkeitsfeldes (ab 8. Woche postpartum bis zum Ende des 1. Lebensjahres des Kindes). Dieses Konzept könnte übernommen werden
Umsetzbarkeit in Österreich	k.A.	Experten aus dem Sounding Board berichten über schon vorhandene Strukturen in Österreich. Es muss noch genauer recherchiert werden.

Literatur:

Ayerle GM, Sadowski K. Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. 12. bundesweiter Kongress
Armut und Gesundheit, 1./2. Dezember 2006. Prävention für gesunde Lebenswelten –
„Soziales Kapital“ als Investition in Gesundheit. Gesundheit Berlin e.V. 2006.
http://www.gesundheitberlin.de/download/Ayerle_Sadowski.pdf

<http://www.hebammen-sachsen-anhalt.de>

Tabelle 92 Modell: Gesunde KiTas, starke Kinder

Ort / Land	Deutschland	
Kontakt, Adresse	Plattform „Ernährung und Bewegung“ Wallstraße 65 10179 Berlin Telefon: +49 30 27879767 www.ernaehrung-und-bewegung.de	
Zielgruppe	Kinder in Kindertagesstätten und Vorschulgruppen, pädagogisches Personal	
Hintergrund	Eine stetig steigende Anzahl an Kindern kämpft mit Übergewicht bzw. Adipositas. Projektbetreiber versuchen unter anderem mit diesem Projekt die Bedingungen für eine Trendumkehr zu schaffen. Im Rahmen des Projekts „Gesunde KiTas, starke Kinder“ – Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas wurde eine Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte erstellt.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in Kindertagesstätten • Verringerung der Anzahl übergewichtiger Kinder durch Vorsorge • Stärkung der individuellen und sozialen Schutzfaktoren bzw. Ressourcen der Kinder • Förderung des Erlernens eines eigenverantwortlichen, ungezwungenen und genussvollen Umgangs mit Lebensmitteln • Schaffung feinmotorischer, kognitiver, sozialer und interkultureller Lernmöglichkeiten • Förderung eines gesunden Ess- und Trinkverhaltens durch ein ausgewogenes Lebensmittelangebot, einfache Sinnesexperimente, gemeinsame Mahlzeiten und die Mitarbeit der Kinder bei der Vor- und Zubereitung 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Kindertagesstätten wird ein Coach zur Seite gestellt, der eine Art Unternehmensberatung durchführt und bei der Umgestaltung hilft (Kräuter-/Gemüsebecken im Garten, Möglichkeiten zum Austoben, Kuschelecke zum Entspannen,...) • Rahmenbedingungen für ganzheitliches Esserlebnis bei Mahlzeiten werden geschaffen – gemeinsames Her- und Wegräumen, vor dem Essen zur Ruhe kommen, selbst wählen der Mengen etc. • Ausführliche Arbeitsmappe mit Informationen und Übungen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung wurden erstellt • Lernhilfen „auf den Körper hören“ werden geschaffen • Erstellung eines 60-seitigen Leitfadens für das pädagogische Personal mit Tipps und Anleitungen zur Ernährungs- und Bewegungserziehung 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung	++++	Langzeitziel ist die Adipositasprävention. Als

(Messbarkeit, Eindeutigkeit)		Etappenziel wird versucht, das Körperbewusstsein und die Genussfähigkeit der Kinder zu steigern, sowie Multiplikatoren/-innen zu befähigen auf relevante Lehrinhalte einzugehen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Die Kinder sind sowohl bei der Umgestaltung der Tagesstätte als auch in vielen Übungen beteiligt. Eltern werden durch Gespräche von Betreuer/-innen zu einem gewissen Grad eingebunden.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Es handelt sich um ein Projekt der Plattform Ernährung und Bewegung, das vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie dem Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde unterstützt wird. Weiters gibt es Kooperation mit der Stadt Halle sowie eine regionale und überregionale Vernetzung durch die Plattform Ernährung und Bewegung und Kooperationen insbesondere mit Fachkräften von Kindertagesstätten.
Wirksamkeit	k.A.	Das Projekt läuft noch in seiner Pilotphase. Ergebnisse liegen noch nicht vor.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Der Coaching-Prozess hat eine nachhaltige Absicherung von Zielen, Routine und Ressourcen zum Ziel. Im Sinne der Gesundheitsförderung sollen selbstständige weiterführende Arbeitsschritte in den Kindertagesstätten gefördert werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Ideen und Übungen sind größtenteils für Kinder im Volksschulalter geeignet. Die Unterstützung der Pädagogen/-innen durch einen Coach ist ein viel versprechender Ansatz. Coaches müssen zuvor gut eingeschult werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++	Eine Änderung der räumlichen Situation ist nicht überall möglich. Die Übungen sind mit größeren Kindern gut durchführbar und müssen für die jüngere Projektzielgruppen adaptiert werden.

Literatur:

Plattform Ernährung und Bewegung e. V. gesunde kitas · starke kinder. Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas – Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte.

http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/site/downloads/385_309_Arbeitshilfe.pdf.

Tabelle 93 Modell: MIA "Mütter in Aktion"

Ort / Land	Steiermark (Bezirke Leibnitz und Liezen) / Österreich
Kontakt, Adresse	<p>Frauengesundheitszentrum: Projektleiterin- MIA „Mütter in Aktion“ Brigitte Steingruber: +43 650 6363742, britgitte.steingruber@fgz.co.at</p> <p>Projektmitarbeiterinnen: Leibnitz: Mag. Anita Adamiczek BSc, Gemeindeamt Schlossberg, +43 650 6363749, anita.adamiczek@fgz.co.at Liezen: Mag. Brigitte Kratzwald, Lederergasse 319a, 8786 Rottenmann, +43 650 6363748, briggitte.kratzwald@fgz.co.at</p>
Zielgruppe	Schwangere, Mütter von Babys, Frauen in der Familienplanungsphase, Hebammen, Ärzte/-innen und andere Experten/-innen
Hintergrund	<p>Im Vordergrund steht die Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys.</p> <p>Das Projekt MIA „Mütter in Aktion“ wird vom Frauengesundheitszentrum Steiermark in den Bezirken Liezen und Leibnitz durchgeführt. Die Kofinanzierung des Projekts erfolgt durch den Fonds Gesundes Österreich und durch den Gesundheitsfond Steiermark.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung und Stärkung von Schwangeren und Müttern von Babys, ihre Gemeinde aktiv nach ihren Bedürfnissen mitzugestalten. • Schaffung einer besseren Versorgung und optimal zugeschnittenen Rahmenbedingungen für diese Zielgruppe wie z.B. Treffpunkte, flexible Kinderbetreuung, etc. • Intensivierung der Vernetzung untereinander und mit Personen der Gemeinde, Ämter und Vereine.
Durchführung	<p><u>Auf Gemeindeebene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche mit den Frauen in den Gemeinden im Zuge von Sprechstunden und Hausbesuchen. • Veranstaltung von „Müttercafes“ mit begleitender Kinderbetreuung (einmal pro Woche). Frauen können dabei Kontakte knüpfen, sich austauschen und über verschiedene Themen diskutieren. • Informationsveranstaltungen und Kooperationen mit allen, die gesellschaftlich und politisch aktiv sind (z.B. im Gemeinderat oder in Vereinen). <p><u>Auf Bezirksebene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gründung einer Frauengruppe pro Bezirk, welche Aktionswochen und Projekte plant und durchführt. • Ausbildung von Teilnehmer/-innen zu Multiplikatoren/-innen. • Weiterbildung und persönliches Coaching. • Vernetzungstreffen zwischen den Frauen und Anbietern/-innen von Leistungen für schwangere Frauen und Familien.

• Öffentlichkeitsarbeit.		
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Frauen-Empowerment und Verbesserung der Lebensqualität durch Mitbestimmung am Gemeindeleben. Über die Messbarkeit liegen keine Daten vor.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Die Zielgruppe ist aktiv an der Planung und Durchführung des Projekts beteiligt. Die Teilnehmer/-innen werden zu Multiplikatoren/-innen ausgebildet, erhalten Fortbildungen und werden individuell gecoacht.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Vernetzung der Frauen mit Personen in Gesundheitsberufen (Ärzte/-innen, Hebammen und anderen Experten/-innen), sowie mit politisch und gesellschaftlich aktiven Gemeindemitgliedern. Finanziert durch den Fonds Gesundes Österreich und der Gesundheitsplattform Steiermark in Kooperation mit Styria Vitalis und Kinderleben Land Steiermark.
Wirksamkeit	k.A.	Projekt läuft erst seit 2007 und wird bis 2010 weiterlaufen.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Projekt ist bis 2010 geplant und finanziert. Genaue Ergebnisse zur Nachhaltigkeit müssen noch abgewartet werden.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Die Modellhaftigkeit/Reproduzierbarkeit, auf andere Regionen in Österreich, ist eine Frage der Kooperation und des Bedarfs auf Gemeinde- und Bezirksebene. Eine strukturierte Planung sowie eine Kooperation auf Gemeinde- und Bezirksebene ist erforderlich.
Umsetzbarkeit in Österreich	s.o.	

Literatur:

MIA - Mütter in Aktion. Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in den steirischen Gemeinden Liezen und Leibnitz. <http://www.fgz.co.at/MIA-Muetter-in-Aktion.266.0.html> (04.07.2008).

Tabelle 94 Modell: Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten – ein Projekt der AGETHUR

Ort / Land	Thüringen / Deutschland	
Kontakt, Adresse	Dr. Eva-Maria Hänel Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR (www.abethur.de)	
Zielgruppe	Kinder in Kindertagesstätten, Eltern, Pädagogen/-innen	
Hintergrund	Der erhöhte Leistungsdruck in der Gesellschaft, den bereits Kinder erfahren, wirkt einer gesundheitsfördernden Lebensweise entgegen. Gesundheitsförderung stellt schon im Vorschulalter eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise dar. Um Kindern eine optimale Gesundheit zu ermöglichen, ist die Zusammenarbeit von Erziehern/-innen und Eltern erforderlich.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Integration von Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention), Einbeziehung des Elternhauses • Förderung der Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustauschs zwischen Pädagogen/-innen, Eltern und Ärzten/-innen • Fort- und Weiterbildungen von Erziehern/-innen zu Themen im Bereich der Gesundheitsförderung 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschreibung des Projektangebots an die Tagesstätten einer Region – genaue Themenwahl individuell angepasst • Umsetzung des Projekts in Veranstaltungen in den Kindertagesstätten unter Einbezug der Eltern • Methoden: Selbsterfahrungsspiele, Interaktionsspiele, Rollenspiele, Puppentheater, Erlernen gesundheitsförderlicher Fähigkeiten, spezielle Märchen, Ausflüge etc. – es gibt viele Möglichkeiten, jede Gruppe kann ihre Aktivitäten selbst wählen • Entwicklung, Erprobung und Evaluation verschiedener Methoden • Für die Aktivitäten gibt es Arbeitsunterlagen mit beispielhaften Programmen Umfang: 4 x 45-90 Min pro Thematik – Frequenz 1 x /Woche • Themenbausteine des Projekts sind: "Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit" "Bewegung, Sport und Spiel" "Was Hänschen nicht lernt..." – Suchtprävention "Hauen ist doof" – Gewaltprävention "Der kleine Unterschied" – Sexualpädagogik "Erste Hilfe – Fit für den Notfall" "Move it – Mobilitätstraining zur Kindersicherheit" • Zusätzliche Bildung einer Arbeitsgruppe mit allen Beteiligten, in der die konkreten Maßnahmen ausgearbeitet werden 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Zielsetzung: Ein relativ breites Spektrum an Gesundheitswissen soll an Eltern, Kinder und Pädagogen/-innen übermittelt und dieses in den Alltag integriert werden. Teilziele waren unter

		anderem die Überprüfung der Effektivität der verwendeten Methoden sowie die Testung neuer Methoden. Wie genau evaluiert wurde/wird, war aus den Unterlagen nicht zu entnehmen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Unter Einbezug der Eltern werden die Ziele in den Kindertagesstätten spielerisch umgesetzt. Die Kinder erfahren durch Ausprobieren bzw. Beobachten. Zusätzlich wurden Unterlagen erstellt, die jenen Eltern helfen soll, die nicht teilnehmen konnten.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Es werden Pädagogen/-innen, Ärzte/-innen sowie Eltern und Kinder einbezogen. Weiters erfolgte eine Vernetzung verschiedener Institute wie DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), Landessportbund Thüringen, PRO FAMILIA Weimar etc. Das Setting „Elternhaus“ wird ebenfalls eingebunden.
Wirksamkeit	++++	Durch das sofortige Erproben und Üben der neu erlernten Fertigkeiten sowie die langfristige Gewöhnung an gesunde Lebensmittel und Verhaltensweisen ist eine hohe Wirksamkeit wahrscheinlich. Ein breites Themenspektrum kann zusätzlich die Wirksamkeit erhöhen. Begleitevaluationen wurden nicht publiziert.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Die Aufnahme positiver Verhaltensmuster in den Alltag wird gefördert. Sind positive Verhaltensmuster etabliert, werden diese auch langfristig beibehalten. Zum weiteren Vertiefen von Wissen werden Kursteilnehmer/-innen mit Literaturstellen versorgt. Es liegt jedoch kein konkretes Arbeitsprogramm für die weitere Vorgehensweise mit der Zielgruppe vor.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Im Rahmen einer Projektdokumentation werden einerseits die vielseitigen und fächerübergreifenden Angebote andererseits aber auch die Erfahrungen, die während der Anwendung der verschiedenen Methoden gesammelt wurden, festgehalten. Dadurch ist das Projektkonzept relativ leicht weiterzugeben. Die Projektdokumentation umfasst Arbeitsunterlagen sowie eine Musikkassette und einen Videomitschnitt des Projekts und ist bei AGETHUR – Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. erhältlich bzw. kann im Internet heruntergeladen werden. Das Projekt wurde in Deutschland an mittlerweile mehr als 20 Tagesstätten durchgeführt.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	Das Projekt scheint gut umlegbar, da Strukturen (Kindertagesstätten, Pädagogen/-innen) in Österreich gegeben sind

Literatur:

AGETHUR Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. Kurzbeschreibung des Projekts „Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten“ <http://www.abethur.de/>

AGETHUR Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. „Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten“ Arbeitsmaterialien für Erzieher zum Modellprojekt <http://www.abethur.de/kitamaterial.pdf>

Tabelle 95 Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind

Ort / Land	St. Gallen / Schweiz
Kontakt, Adresse	Rosa Plattner Ostschweizerischer Verein für das Kind Rosenbergstraße 82 9000 St. Gallen http://www.hepa.ch/tagung/08_Roser_Platter.pdf
Zielgruppe	Eltern mit Kindern im Vorschulalter mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien, Sri Lanka, Türkei (Beschränkung des Projekts auf die Sprachen Serbokroatisch / Bosnisch, Albanisch, Türkisch und Tamilisch)
Hintergrund	Migranten/-innen beanspruchen Elternberatungsstellen generell unterdurchschnittlich häufig im Vergleich zur restlichen Bevölkerung. Doch schon Migration alleine stellt einen Gesundheitsrisikofaktor dar. Diese Gruppen brauchen daher besondere Unterstützung.
Ziel des Projekts	Langzeitziel <ul style="list-style-type: none"> Säuglinge und Kleinkinder aus Familien mit Migrationshintergrund sollen eine größere Chance bekommen, gesundheitsförderliches Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu entwickeln Etappenziele: <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung von Migrantenfamilien für die Zusammenhänge von Ernährung und Bewegung Ausbildung interkultureller Vermittler/-innen und Fortbildung von Elternberatern/-innen inklusive Erstellung von Schulungsunterlagen Entwicklung eines zielgruppengerechten und praxisorientierten Beratungskonzepts leichter Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen für Eltern Förderung des Kontaktes mit Migranten/-innen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung interkultureller Vermittler/-innen (Dolmetscher/-innen) und Weiterbildung der Mütterberater/-innen in transkultureller Kompetenz und Fachinhalten inklusive Entwicklung eines Schulungskonzeptes Bedürfnisabklärung bei der Zielgruppe Erarbeitung von Kommunikationsmitteln und –formen außerhalb von Beratungsstellen im direkten Umfeld der Migrationsbevölkerung (z. B. Gesprächsrunden, Informationsmaterial für Analphabeten/-innen, aufsuchende Beratung, Vereine, Eltern-Kind-Zentren,...) inklusive Ausarbeitung eines Beratungskonzeptes, welches von weiteren Beratungsstellen übernommen werden kann Übersetzung der bestehenden Elterninformationen und Neugestaltung von Informationsmaterial zu den Themen

	Ernährung und Bewegung <ul style="list-style-type: none"> • Einzelberatungen, Gesprächsrunden und Kurse, teilweise durch interkulturelle Vermittler/-innen (Dolmetscher/-innen mit besonderen Kompetenzen, sowie DVD's und übersetzten Infomaterialien) unterstützt • Flyer/Folder/Broschüren in Muttersprachen der Zielgruppen mit Fotos für Analphabeten/-innen unter den Migranten/-innen, auch im Internet verfügbar • Interventions- und Supervisionssitzungen • Testen von verschiedenen Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe • Vernetzung mit Migranten/-innenorganisationen 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Mehrere genau definierte Ziele (Langzeit- und Etappenziele), deren Erreichung auch evaluiert wurde. Leitfäden und ausgearbeitete Broschüren liegen vor. Definierte Indikatoren und Sollwerte sowie Begründungen für ungenügende Zielerreichung liegen in einem Zwischenbericht vor.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Es wurde eine Fokusgruppe aus verschiedenen Beteiligten gebildet, die aktiv in die Gestaltung miteingebunden wurde. Die Durchführungen der Beratungen erfolgen grundsätzlich individuell und bedürfnisorientiert. Im Projektverlauf konzentrierte sich das Projektteam zusehens auf eine Verbesserung der Beteiligung der Zielgruppe.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die Vernetzung mit Projekten ähnlicher Ausrichtung (Synergiewirkung) und mit Mutter-Kind-Beratungsstellen sowie mit Behörden ist ein wichtiger Faktor des Projekts. Gesucht wurde auch der Austausch mit religiösen Gemeinschaften. Die Informationsvermittlung bzw. der Verweis auf die Beratungsstelle fand an sehr vielen Fronten statt.
Wirksamkeit	+++++	Die Anzahl an Migranten, die das Beratungsangebot vom OVK genutzt haben, ist von durchschnittlich 15 % auf 70 % angestiegen. (Eine Ausnahme davon stellt die serbo-kroatische Zielgruppe dar, deren einführender Folder für Eltern schlecht übersetzt worden war, und es in Folge kaum Kontakte gab.) Durch den großen Erfolg bei den Migranten/-innen kam es durch beschränkte Kapazitäten (z.B. Terminmangel) zu einem leichten Rückgang der deutschsprachigen Beratungen. Interkulturelle Vermittler/-innen wurden ausgebildet und unterstützende Unterlagen erstellt. Verstärkung der Wirksamkeit wurde durch Einbettung des Projekts in übergeordnete Strategien und Nutzung von Synergien („gesundes Körpergewicht“, „Kinder im Gleichgewicht“, „KLEMON-Prävention und Gesundheitsförderung bei Kleinkindern mit Risiko zu

		Übergewicht“; Integrationskonzepte von Stadt und Kanton St. Gallen) erreicht.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Die Präsentation der Ergebnisse an vielen Stellen und die Herausgabe eines Handbuchs für Beratungsstellen sowie die ständige Möglichkeit, zu Beratern/-innen zu gehen, machen eine nachhaltige Wirkung des Projekts wahrscheinlich, solange der Kontakt zu den Zielgruppen auch weiterhin gefördert wird. Die Anwendung des Wissens bleibt trotzdem in der Hand der Eltern. Gute Zusammenarbeit mit Behörden ist für die finanzielle Nachhaltigkeit ausschlaggebend.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Es wird gerade daran gearbeitet, das Projekt in 9 weiteren Gemeinden durchzuführen. Ein Praxishandbuch wird derzeit ebenfalls erstellt. Der schon vorhandene Abschlussbericht ist für die Planung ähnlicher Projekte sehr hilfreich.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die Elternberatungen sowie die Schulungen finden in bereits vorhandenen Beratungsstellen statt. Es muss zunächst regional ermittelt werden, wo Projekte für Migranten/-innen sinnvoll wären.

Literatur:

4. Zwischenbericht Projekt MigesBalu Juli 2006 – Juni 2007 – von Ostschweizerischer Verein für das Kind
(<http://www.ovk.ch/images/stories/4.%20Zwischenbericht%20Juni%202007.pdf>)

Projektvorstellung von MigesBalu bei der nationalen Fachtagung der Schweizer Gesellschaft für Ernährung (SGE) vom 9. Juni 2006 in Bern (http://www.sge-ssn.ch/d/dienstleistungen/tagungen_symposien/fachtagung_5_ch-ernaehrungsbericht)

Abschlussbericht des Projekts MigesBalu – Juli 2008 – von Ostschweizerischer Verein für das Kind

<http://mail.aks.or.at:8280/plone/regional/ostschweiz/miges-balu>

http://www.hepa.ch/tagung/08_Roser_Platter.pdf

Maßnahme 3: Ausbildung von „Case Managern“

Laut National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS, 2008) brauchen Eltern gezielte Beratung z.B. zur Fütterungspraxis ihrer Kinder. Effektive Beratung berücksichtigt die Meinung und die Anliegen der Zielgruppe und sollte von einem multidisziplinären Team angeboten werden. Die Bildung einzelner Schnittstellen zwischen mutidisziplinärem Team und der Zielgruppe selbst spricht unter anderem für die Ausbildung von Case Managern.

„Case Manager“ bzw. Versorgungskordinatoren/-innen stellen eine Schnittstelle zwischen Patienten/-innen, Ärzten/-innen, Pflegekräften, Krankenhäusern, Rehabilitationen und Krankenkassen dar. Sie begleiten beispielsweise Patienten/-innen während der Behandlung im Krankenhaus und der Zeit nach der Entlassung und sorgen für optimale Beratung, Informationsweitergabe und Koordinierung.

Tabelle 96 Modell: Versorgungskordinatoren der StGKK

Ort / Land	Hartberg / Österreich
Kontakt, Adresse	Steiermärkische Gebietskrankenkasse Josef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900, A-8011 Graz, Tel. +43 316 8035-0, http://www.stgkk.at
Zielgruppe	Patienten/-innen, Angehörige, Ärzte/-innen, Hauskrankenpfleger/-innen
Hintergrund	Eine schnittstellenübergreifende Versorgungsplanung im Sinne von Case-Management ist notwendig, um die Patienten/-innen auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus optimal zu betreuen und die im Krankenhaus erzielten Erfolge auch zu Hause weiter fortsetzen zu können.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung im Gesundheitswesen durch Einführung eines/r Versorgungskordinators/-in <ul style="list-style-type: none"> – Optimale Vorbereitung des Umfelds auf die Entlassung von Patienten/-innen im Spital – Entwicklung von (Qualitäts-) Standards für die unterschiedlichen Versorgungs- und Entlassungsprozesse – Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen vor Ort – Abbau von administrativen Hürden in allen Bereichen/Prozessen der Entlassung – Verbesserung der Effizienz bzw. Kostenreduktion im Heilmittleinsatz – Verbesserung der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln – Zufriedene und informierte Patienten/-innen und Angehörige – Verbesserte Kommunikation zwischen allen Beteiligten – Informationsdefizite zwischen den beteiligten Gruppen

	abbauen/vermindern
Durchführung	<p>Projektphase 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbindung eines/r Versorgungskordinators/-in als Schnittstelle zwischen Krankenhaus, Hausärzten/-innen, extramuralen Einrichtungen/Pflege sowie Patienten/-innen und Angehörigen und Arbeitsaufnahme durch „learning by doing“ • Aufgaben eines Versorgungskordinators sind u.a.: <ul style="list-style-type: none"> – Beratung und Koordinierung – Kommunikation und Informationsaustausch mit oben genannten Stellen (Informationszugang und –aufbereitung aller entlassungs- und nachbetreuungsrelevanten Daten bzw. Ansprechstellen für Patienten/innen und Angehörigen) – Umfassende und rechtzeitige Entlassungsvorbereitung aus dem Krankenhaus, um eine lückenlose Betreuung der Patienten/-innen sicherzustellen – Weiterverweisen zu richtigen Stellen – Organisation der Hauskrankenpflege – Abwicklung des Pflegegeldprozesses – Interne Kassen-Prozesse zur Versorgung der Patienten/-innen mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie mit Medikamenten – Organisation der Anschlussheilverfahren und Rehabilitationsmaßnahmen – Tätigkeit als Informationsträger/-in der Sozialversicherung – Entlastung der Spitalsärzte/-innen und –pfleger/-innen sowie der extramuralen Gruppen (niedergelassene Ärzte/-innen) durch unterstützende Organisationen des Entlassungsprozesses – Keine Wartezeiten des/r Patienten/-innen auf Medikamentenbewilligung, Heilbehelfe und Hilfsmittel – Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt – Verbesserte Kommunikation zwischen allen im Entlassungsprozess Beteiligten • Technische und organisatorische Hilfsmittel wie Info-Handbuch, Entlassungsschecklisten usw. stehen zur Verfügung <p>Projektphase 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projekt flächendeckend in der Steiermark weiterführen (sowie einzelne Maßnahmen des Pilotprojekts in Hartberg finalisieren und modellhaft weiter erproben) • Konzepte und Entscheidungsgrundlagen für die flächendeckende Umsetzung erarbeiten • Evaluierung der Arbeit des/r Versorgungskordinators/-in • Integration aller SV-Träger • Förderung der GKK-internen Strukturentwicklung

Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
<p>Tätigkeitsprofil des Versorgungskordinators:</p>		
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Das Projekt orientiert sich an realistischen und konkreten Themen. Eine Evaluation der Projektarbeit wurde durchgeführt und die Ergebnisse in einem Abschlussbericht publiziert.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Einbeziehung der Patienten/-innen durch eine Fragebogenerhebung. Verbesserungsmöglichkeiten werden eingearbeitet.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	In die Projektarbeit wurden folgende unterschiedliche Gruppen im Gesundheitswesen wie fondsfinanzierte Krankenanstalten (KAGES), Spitalsbereiche (Ärzte/-innen und Pflege), Ärztekammer, niedergelassene Ärzte/-innen, Sozialeinrichtungen/ Pflegedienst, Gebietskrankenkasse sowie Patienten/-innen und Angehörige einbezogen, die wesentlich zum Erfolg des/r Versorgungskordinators/-in beigetragen haben. Auch wurden sämtliche Sozialversicherungsträger über die Projekt- und Umsetzungsaktivitäten informiert. Für die Umsetzung des Projekts auf die Zielgruppen „Schwangere und Stillende“ wäre eine Erweiterung um folgende Berufsgruppen Hebammen, Stillberater/-innen, Psychologen/-innen, Ernährungswissenschaftler/-innen, Diätologen/-innen sowie Pädagogen/-innen denkbar.
Wirksamkeit	+++++	Nach Abschluss der Projektphase 1 wurde das Projekt im Jahr 2002 und 2003 mittels Fragebogenerhebung evaluiert. Befragt wurden unter anderem die folgenden Gruppen Patienten/-innen, niedergelassene Ärzte/-innen, Spitalsärzte/-innen sowie Pflegemitarbeiter/-innen. Die Ergebnisse zeigen, dass 89 % der

		<p>Spitalsmitarbeiter/-innen zum Zeitpunkt der Evaluierung Kontakt mit dem/r Versorgungskordinator/-in hatten. Die Patientenbefragung ergab, dass von den 30 Befragten 93 % sehr zufrieden mit dem Entlassungsprozess waren. Bei den niedergelassenen Ärzten/-innen finden 30 %, dass ihre Patienten/-innen jetzt besser mit relevanten Informationen versorgt sind.</p> <p>Nach Angaben des Abschlussberichtes bestand während der 2. Phase des Projekts großes Interesse in fast allen steirischen Bezirken bzw. Krankenhäusern für eine Einführung des/r Versorgungskordinators/-in. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Ziele der Projektphase 2 erfüllt wurden.</p>
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	<p>Durch die Umsetzung des Projekts in weiteren Bezirken und das große Interesse der Krankenhäuser und Bezirke für die Einführung eines/r Versorgungskordinators/-in kann von einer Nachhaltigkeit des Projekts ausgegangen werden.</p>
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	<p>Nach Abschluss der Projektphase 1 (Einführung eines/r Versorgungskordinators/-in sowie der Arbeitsausführung durch „learning by doing“) und der Evaluierung der Projektarbeit wurden die begonnenen Umsetzungsmaßnahmen und Verbesserungen auch in weiteren Bezirken (Projektphase 2) fortgesetzt.</p> <p>Das Modell könnte gut auf die Zielgruppen Schwangere und Stillende umgelegt bzw. erweitert werden. Eine Beteiligung zusätzlicher Berufsgruppen wie etwa Hebammen, Stillberatern/-innen, Pädagogen/-innen, Psychologen/-innen, Ernährungswissenschaftler/-innen und Diätologen/-innen wäre hierfür erforderlich. So könnte auch das Thema Ernährung verstärkt eingebunden werden. Weiters wäre auch eine Vernetzung z.B. mit Eltern-Kind-Zentren möglich. Derzeit arbeiten Versorgungskordinatoren/-innen jedoch verstärkt in der Nachbetreuung. Überlegungen, wie das Modell im Sinne einer Primärprävention (Vorbeugen des erstmaligen Auftretens einer Erkrankung) eingesetzt werden könnte, sind anstrebenswert. Z.B. Erreichbarkeit der Frauen über verschiedene Service Points während der Schwangerschaft zu einem Zeitpunkt, wo diese noch als gesund gelten.</p> <p>Eine Langzeitbetreuung der Patienten/-innen ist im vorliegenden Modell als klares Nichtziel definiert. Für die Projektzielgruppe Schwangere, Stillende und Kinder bis zum 3. Lebensjahr wäre jedoch gerade</p>

		dieser Ansatz wünschenswert.
Umsetzbarkeit in Österreich		Siehe „Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit“

Literatur:

NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households. United Kingdom. 2008.

StGKK. Abschlussbericht, Mai 2004. Steiermärkische Gebietskrankenkasse. Optimierung im regionalen Gesundheitswesen. Weiterführung Modellversuch und Umsetzungsvorbereitung. <http://www.stgkk.at/mediaDB/104287.PDF>

StGKK. Schnittstellenmanagement im regionalen Gesundheitsmanagement. <http://www.stgkk.at/mediaDB/104289.PDF>

Gspurning E. Damit zusammenkommt, was zusammengehört. „Modellprojekt Hartberg – Optimierung im regionalen Gesundheitswesen“. <http://www.stgkk.at/mediaDB/104291.PDF>

Maßnahme 4: Gezielte Schulung von Multiplikatoren/-innen

Tabelle 97 Modell: BeKi – Bewusste Kinderernährung

Ort / Land	Baden-Württemberg / Deutschland
Kontakt, Adresse	BeKi-Koordinatorin: Gabriele Seifried Landratsamt Sigmaringen, Fachbereich Landwirtschaft Winterlingerstraße 9, 72488 Sigmaringen Telefon: +44 7571 / 102 8641
Zielgruppe	Eltern mit Kindern zwischen einem halben Jahr und 12 Jahren, Erzieher/-innen, Lehrer/-innen, Hauswirtschaftliches Personal in Kindertagesstätten, Schüler/-innen bis Klasse 6
Hintergrund	<p>Erzieher und Lehrkräfte sind wichtige Multiplikatoren/-innen im Ernährungsbereich. Neben Wissens- und Informationsvermittlung haben sie große Vorbildwirkung für Kinder im Umgang mit Essen und Trinken. Sie helfen mit gesundheitsfördernde Ernährungsgewohnheiten zu prägen, um Übergewicht, Adipositas und Krankheiten bei Kindern vorzubeugen.</p> <p>Dazu werden Fortbildungen für Erzieher/-innen, Lehrer/-innen und hauswirtschaftliches Personal angeboten. Schwerpunkte sind z.B.: Ernährungserziehung, bedarfsgerechte Kinderernährung, Speiseplangestaltung und Lebensmittelhygiene etc. Umfangreiches Arbeitsmaterial wird zur Verfügung gestellt.</p> <p>Weiters werden von den Multiplikatorinnen (BeKi-Fachfrauen), welche in den Bereichen Ernährung und Pädagogik ausgebildet sind, Veranstaltungen in Kleinkindgruppen, Kindergärten und Schulen bis zur 6. Klasse durchgeführt.</p>
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kinder sollen die Vielfalt der Lebensmittel kennen und schätzen lernen • Förderung von gesundheitsbewusstem Essen und Trinken • Erlernen von Selbstständigkeit in Bezug auf gesundes Essverhalten und Beachten von Körpersignalen wie Hunger und Sättigung • Hilfestellung bei der Beikosteneinführung • Hilfestellung bei der Hinführung zum Familienessen • Gesunde, leistungsfähige und lebensstüchtige Kinder
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Veranstaltungen in Bildungseinrichtungen wie Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, Kleinkindgruppen, Tageseinrichtungen für Kinder oder Schulen, in denen Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation vorgestellt werden. • Vermittlung von Inhalten die sich mit der Senkung von Ernährungs- und Verhaltensrisiken von Kindern befassen. Veranstaltungen werden von qualifizierten Multiplikatorinnen

	(BeKi-Fachfrauen) durchgeführt und geleitet.	
	<ul style="list-style-type: none"> Alle BeKi-Fachfrauen werden für die unterschiedlichen Einsatzgebiete laufend fortgebildet. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Verbesserung des Ernährungswissens und Ernährungsverhaltens von Kindern. Ob sich positive Langzeiteffekte auf das Ernährungsverhalten ergeben, kann nicht beurteilt werden. Die Komplexität des Programms und die gleichzeitig fehlende Standardisierung der Inhalte lassen lediglich eine retrospektive Beurteilung durch die Befragung des pädagogischen Personals zu. Dennoch wurden fundierte Evaluierungskonzepte erstellt und mitgedacht.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Kinder werden zur Selbstständigkeit erzogen und sollen möglichst früh Mitverantwortung für ihre Ernährung übernehmen. Eltern werden in Elternveranstaltungen informiert.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	Laut Evaluation wird eine Intensivierung der Kommunikation und Vernetzung mit Bildungsverantwortlichen, weiteren Akteuren/-innen in der Gesundheitserziehung und regionalen Einrichtungen empfohlen, um Reichweite und Erfolg der BeKi-Einzelleistungen einheitlicher zu gestalten.
Wirksamkeit	++++	BeKi ist mit 25 Jahren das am längsten kontinuierlich durchgeführte und umfassendste Programm zur Ernährungserziehung bei Kindern im deutschsprachigen Raum. Es wurde inzwischen mehrmals modifiziert. Die Zahl der Einsätze stieg im Jahr 2004/05 auf 6090 an, wobei der Grundschulbereich mit über 60% der Einsätze dominiert. Rund ein Drittel der Schulen kennt BeKi. Die Mehrzahl der Erzieher/-innen und Lehrer/-innen, die die BeKi-Fachfrauen und Ringordner kennen, nutzen diese Angebote. Infolge von BeKi waren bei den Schülern/-innen kurzfristige positive Effekte auf die ernährungsbezogene Einstellung und das Verhalten beobachtbar (z.B. Pausenbrot).
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++++	Laut Evaluation meist nur kurzfristiger und moderater Effekt auf die ernährungsbezogene Einstellung der Kinder. Jedoch ist BeKi ein Anlass für ein Drittel des Lehrpersonals, weitere Ernährungsprojekte und -aktionen durchzuführen. BeKi ist mit 25 Jahren das am längsten kontinuierlich durchgeführte und umfassendste Programm zur Ernährungserziehung bei Kindern im deutschsprachigen Raum.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit		Siehe Umsetzbarkeit in Österreich

Umsetzbarkeit in Österreich	++++	<p>Aufgrund des Vorhandenseins der gleichen Zielgruppe (insbesondere der Eltern mit Kindern ab 1 ½ Jahren) und der Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Ernährungserziehung ist die Umsetzung dieses Projekts in Österreich auf jeden Fall wünschenswert. Verstärkte Schulungen vor allem auch für Tagesmütter sowie für Betreuer/-innen von Kindertagesstätten und Krabbelstuben scheinen in Österreich ebenfalls erforderlich.</p> <p>Mit einem geeigneten Projektträger und finanziellen Mitteln wäre das Projekt auch in Österreich umsetzbar.</p>
-----------------------------	------	---

Literatur:

Noller B, Winkler G, Rummel C. Landesinitiative BeKi – Bewusste Kinderernährung: Programmbeschreibung und –evaluation. Gesundheitswesen 2006; 68: 165 – 17.

www.landwirtschaft-bw.info

Tabelle 98 Modell: TigerKids

Ort / Land	Deutschland bundesweit
Kontakt, Adresse	Allgemeine Informationen zum Projekt Tiger Kids : Dr. rer.biol. hum. Angelika Strauß Klinikum der Universität München Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital Abt: Stoffwechselkrankheiten und Ernährungsmedizin Telefon: +49 89/ 5160-7896 E-Mail: projekt@tigerkids.de
Zielgruppe	Kinder, Kindergartenteam, Eltern
Hintergrund	Das Projekt zur Bewegungs- und Ernährungserziehung „TigerKids – Kindergarten aktiv“ der Stiftung Kindergesundheit wurde am Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München und anderen Experten/-innen zur spielerischen Bewegungsförderung und für einen gesunden Lebensstil im Kindergarten entwickelt. Mit Unterstützung der AOK – Die Gesundheitskasse wurde das Projekt bereits in 2.198 Kindergärten umgesetzt und dafür mehr als 6.000 Erzieher/-innen geschult. Innerhalb der nächsten 3 Jahre sollen mehrere tausend Kindergärten erreicht werden.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensänderung der Kinder, um ein gesundes, aktives Erwachsenwerden zu ermöglichen • Förderung regelmäßiger Bewegung, die Spaß macht • Gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken • Handlungsorientiertes Erleben und Einüben eines gesunden Lebensstils
Durchführung	Das Projekt steht auf <u>drei Säulen</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Kinder: <ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von gesundem Essen und mehr Bewegung auf spielerischer Ebene Materialien: Holzzug, Tiger-Handpuppe und Tigerrennen • Kindergartenteam: <ul style="list-style-type: none"> - 2 tägige Schulung des Teams durch AOK-Fachkräfte - Erhalt eines zusätzlichen Leitfadens - Fortbildung nach einem Jahr - Unterstützung via Internet - Betreuung durch die örtliche AOK • Eltern: <ul style="list-style-type: none"> - Halbjährlich, ausführliche Informationen durch Elternbriefe - Regelmäßige Elternabende mit Unterstützung der AOK - Eltern erhalten sogenannte Tipp-Cards (im Postkartenformat), auf denen wichtige Hinweise rund um Ernährung und Bewegung kurz und prägnant dargestellt sind. Die Karten werden von den Kindern gerne gesammelt; die Eltern können Ihren Kindern die Informationen, die auf der Rückseite der Karten stehen, vorlesen.

Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Effekte auf das Ernährungsverhalten, Übergewicht und Adipositas wurden bereits einmal evaluiert. Die Fortsetzung der Erfassung erfolgt insgesamt über 3 Jahre.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Die Teams der Kindertagesstätten werden durch Fachkräfte geschult und können eigene Ideen einbringen. Im Zuge der Elternabende wird den Eltern auch eine Mitgestaltung ermöglicht.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++++	Das Projekt der Stiftung Kindergesundheit wurde am Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München mit weiteren Experten wie dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, dem Forschungsinstitut für Schulsport und Sport von Kindern und Jugendlichen der Universität Karlsruhe, dem Staatsinstitut für Frühpädagogik und dem Institut für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU München entwickelt. Finanzielle Unterstützung erfolgt durch die Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern“ des Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Durch die AOK – Die Gesundheitskasse wird das Projekt bundesweit unterstützt. Das neue EU- Weißbuch zur Adipositasprävention benennt TigerKids als beispielhaftes Projekt.
Wirksamkeit	++++	Es liegen bereits Evaluationsergebnisse der Pilotphase (2004-2006) vor: Die Eltern berichteten über einen höheren Obst- und Gemüsekonsum der Kinder und einen selteneren Konsum von gesüßten Getränken. Fazit: es ergaben sich günstige Effekte auf das Ernährungsverhalten, jedoch noch keine signifikanten Effekte auf Geschicklichkeit, Übergewicht und Adipositas.
Nachhaltigkeit der Interventionen	k.A.	Der Abschluss der wissenschaftlichen Untersuchung ist im Herbst 2008 geplant.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Zum größten Teil reproduzierbar.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	Die Möglichkeit zur Umsetzung in Österreich ist durch Vorhandensein ähnlicher Strukturen gegeben.

Literatur:

„TigerKids – Kindergarten aktiv“ www.tigerkids.de

Tabelle 99 Modell: KidBalù

Ort / Land	Schweiz	
Kontakt, Adresse	www.suissebalance.ch www.stv-fsq.ch	
Zielgruppe	<p>Lehrer des Mutter-Vater-Kind-Turnens des Schweizerischen Turnverbandes</p> <p>Kinder 3-5 Jahre und ihre Eltern – die am MuKi-Turnen teilnehmen</p>	
Hintergrund	<p>Für die Gesundheit des Kindes ist der Lebensstil der Familie ausschlaggebend. Er wird wesentlich durch das Ess- und Bewegungsverhalten mitgeprägt. MuKi-Turnen hat sich für das positive Erfahren von Bewegung längst etabliert. KidBalù, als Programmerweiterung, setzt auf das zunehmende Verständnis, dass Ernährung und Bewegung ineinander spielen.</p>	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung von Kindern und Eltern auf das Thema Ernährung und Gesundheitsförderung • MuKi-Kurse um das Thema Ernährung erweitern • Schulung der MuKi-Kursleiter/-innen zu den Themen Bewegung, Ernährung und Körpergewicht • Adipositasprävention 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung der MuKi-Experten/-innen und Leiter/-innen in Zentral- und Fortbildungskursen • Fach- und bedarfsgerechte Umsetzung in den MuKi-Kursen unter Einbezug dipl. Ernährungsberater/-innen und einem Praxisanleitungsbuch: „Fit im Dschungel mit Essen und Bewegen“ • Integration des KidBalù-Leiter/-innenpakets und der Praxisanleitung (KidBalù-„Fit im Dschungel mit Essen und Bewegen“) in die MuKi Aus- und Fortbildungskurse • Fortlaufende Qualitätssicherung des KidBalù-Leiter/-innen-Pakets durch den STV (Schweizerischen Turnverband) • Interne und externe Evaluation 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Die Ausbildung der Kursleiter/-innen zu den Themen Ernährung-Bewegung-Körpergewicht hat stattgefunden. Bestehende MuKi-Kurse (Mutter-Kind-Turnkurse) wurden durch das Thema Ernährung ergänzt. Die konkret angestrebten Ziele waren: Schaffung von Kenntnis über theoretische Zusammenhänge der Energiebilanz und praktisch spielerische Umsetzung in MuKi-Kursen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++++	Die Kursleiter/-innen werden ausgebildet und können nach eigenen Ideen bzw. nach der Vorlage KidBalù-„Fit im Dschungel mit Essen und Bewegen“ das Wissen in ihren Kursen umsetzen. Eltern und Kinder machen die Turnübungen mit und entwickeln durch diese Übungen ein verstärktes Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Ernährung, Bewegung

		und Körpergewicht.
Vernetzung relevanter Beteiligter	++++	Viele Schweizer Verbände wurden integriert. In der Praxis spielen allerdings die Turnvereine und Ernährungsberater/-innen die größte Rolle. Verbände: Suisse Balance (vom Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz) und Schweizerischer Turnverband kooperieren mit dem Schweizer Verband der diplomierten Ernährungsberater/-innen (SVDE), der Coop Schweiz, dem Schweizerischen Obstverband (SOV), dem Verband Schweizerischer Milchproduzenten (SMP) und dem Schweizerischen Drogistenverband (SDV)
Wirksamkeit	+++	Aus der vorliegenden Literatur geht nicht genau hervor, wie viele Kursleiter/-innen tatsächlich ausgebildet wurden. Zwischen den Jahren 2004 und 2006 wurden 5.500 Kinder sowie deren Eltern erreicht. Allerdings handelt es sich dabei nur um Eltern/Kinder, die bereits am Mutter-Kind-Turnen teilgenommen haben.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Ernährung-Bewegung-Körpergewicht ist fixer Bestandteil des Ausbildungsprogramms und der Praxis des Mutter-Kind-Turnens in der Schweiz. Als alleinige Maßnahme scheint es unzureichend. Keine Angaben über eine Weiterführung des Projekts.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Ernährungswissen in ein bestehendes Sportsystem zu integrieren ist ein viel versprechender Ansatz und auf andere Regionen übertragbar. Arbeitsunterlagen (KidBalü-Leiter/-innen-Paket und Praxis-Anleitung) stehen zur Verfügung. Die Themen und Zusammenhänge könnten noch erweitert werden.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die Fortbildung von Kursleitern/-innen ist auch in Österreich möglich. Spiele und Unterlagen können adaptiert werden.

Literatur:

KidBalü – Das Muki-Turnen (Mutter-/Vater- und Kind-Turnen) des Schweizerischen Turnverbandes (STV) verbindet Bewegungslektionen mit dem Thema Ernährung.

http://www.suissebalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Projekte/Factsheet_KidBalü_D.pdf

Zihlmann I, Bartlome P, Charrière S, Renk M. KidBalü – Fit im Dschungel mit Essen und Bewegen. Ein Dschungelführer für ess- und bewegungsfreudige Muki-TurnleiterInnen. Schweizerischer Turnverband, Aarau & Suisse Balance (Hrsg.).

http://www.suissebalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Projekte/Broschüre_KidBalü_d.pdf

KidBalü – Weiterbildung für Kursleiterinnen Mutter-/Vater- und Kind-Turnen „MuKi“ des Schweizerischen Turnverbandes (STV) zum Thema Bewegung / Ernährung.

<http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung/00216/01971/index.html?lang=de>

Tabelle 100 Modell: Ausländer und Ausländer/-innen als Gesundheitsmultiplikator/-innen – Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA

Ort / Land	Graz / Österreich
Kontakt, Adresse	Verein ZEBRA (Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von Ausländern/-innen in Österreich) Geschäftsführung Mag. Edith Glanzer Pestalozzistraße 59/2; 8010 Graz Telefon: +43 316/83 56 30 www.zebra.or.at edith.glanzer@zebra.or.at oder zebra@zebra.or.at
Zielgruppe	Erwachsene Ausländer/-innen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft, die innerhalb ihrer ethnischen Gruppe hohes Ansehen haben
Hintergrund	Ausländer/-innen haben oft nur schwer Zugang zu gesundheitsrelevantem Wissen. Die Akzeptanz und das Verständnis von gesundheitsrelevanten Themen steigen, sofern diese von Personen mit dem gleichen ethnischen Hintergrund vermittelt werden. Schlüsselpersonen aus der eigenen ethnischen Gruppierung haben somit eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und so auch in ernährungsrelevanten Themen. Das Projekt beschäftigt sich neben Ernährung (2 von 6 Einheiten) auch mit anderen Themen der Gesundheitsförderung wie beispielsweise der Zahngesundheit, HIV Aidsprävention, Familienplanung etc. Die Idee des Projekts ist es, in Österreich lebende Personen aus verschiedenen unterschiedlichen Kulturen und Religionen als Multiplikatoren/-innen auszubilden, damit sie in ihren „Peer Gruppen“ als Ansprechpartner/-innen in sozial-medizinischen Bereichen fungieren können.
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Ausländern/-innen praxisnahes Wissen vermitteln und mit Ihnen trainieren dieses weiterzugeben • Durch Wissensvermittlung und Empowerment soll gesundheitsförderndes Verhalten gestärkt werden
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von Männern und Frauen aus verschiedenen Ländern zu Multiplikatoren/-innen (insgesamt 19 Kurseinheiten, à 3 Std.). Neben gesundheitlichen Themen werden auch Grundlagen über die Arbeit, Rolle und Aufgabe von Multiplikatoren/-innen vermittelt. <p>Im Rahmen der Ausbildung wurden folgende Blöcke behandelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Block</i>: Einführung Gesundheitssystem (Begriff Gesundheit, Prävention; Geschichte, Gesundheitsberufe, Kommunikation; Praxisbesuch) 2. <i>Block</i>: Ernährung (Grundlagen – Bestandteile, Zusammensetzung; Eigene Erfahrung) 3. <i>Block</i>: Praxis/Methodik (Peers – Erfahrungen, Arbeitsweise; Übung – Besuch eines Kaufhauses; Einführung in peers, Praxis)

	<p>Reflexion)</p> <p>4. <i>Block</i>: HIV – Aids Prävention (Aids, HIVirus, Ansteckungsgefahren, Testverfahren, Aids-Prävention, Aids Hilfe)</p> <p>5. <i>Block</i>: Trauma, PTSD (Trauma, Folter, Folgen von politischer Gewalt, Therapie, Behandlung, Ressourcenarbeit, Übung)</p> <p>6. <i>Block</i>: Supervision (Gruppensupervision)</p> <p>7. <i>Block</i>: Familienplanung (Menstruation der Frau, Verhütung, Schwangerschaft, Muki-Pass, Geburtsvorbereitung, Geburt, Kleinkind, Fragen, Institutionenkunde und Besuch SMZ)</p> <p>8. <i>Block</i>: Abschluss (Präsentation, Feedback, Abschlussgespräch)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Auswahl der Teilnehmer/-innen erfolgte in einem Auswahlverfahren, nach Sprachkenntnissen und Heterogenität. • Bei den Ausbildungskursen gab es eigene Gruppen für Männer und Frauen. 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++	Das Ziel der Multiplikatoren/-innenausbildung war von Anfang an festgelegt und wurde mit einem Fragebogen am Ende evaluiert. Allerdings waren die Fragen allgemein gehalten und die Effektivität des Projekts ist daraus nicht hervorgegangen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	++	Beteiligen konnten sich die Teilnehmer/-innen durch Fragen zu den gebrachten Themen und Diskussionen nach den Vorträgen sowie bei der „Abschlussprüfung“ in Form einer Präsentation zu verschiedenen Themen, die im Rahmen des Projekts behandelt wurden. Auf Themenwünsche aus der Gruppe wurde nicht eingegangen und trotz Wunsch des in Kontakt Bleibens, wurden die Themen auch später nicht als Einzelvorträge angeboten. Die Nachbetreuungstreffen waren nur zum Erfahrungsaustausch innerhalb der Gruppe vorgesehen. Neue Themen hätten sich die Gruppe selbst erarbeiten müssen. Aus mangelndem Interesse hat dieses Treffen in Folge nur einmal stattgefunden.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++	Das Projekt wurde vom Fonds Gesundes Österreich gefördert und über verschiedene Medien bekannt gemacht. Dadurch haben sich Kontakte zu verschiedenen anderen Vereinen ergeben.
Wirksamkeit	+++	Wissen und Wissen über Wissensvermittlung wurden weitergegeben. Wie weit die Teilnehmer/-innen ihre neuen Erkenntnisse verbreiten und anwenden, wurde im Evaluierungsbogen zwar erfragt, ist aber dennoch nicht klar aus der Evaluierung hervor gegangen. Durch die unterbliebene Nachbetreuung, ist der Effekt geringer als er sein könnte.

Nachhaltigkeit der Interventionen	+	Das nur einmalige Vortragen vor der Übungsgruppe und die mangelnde Nachbetreuung garantieren keine optimale Motivation der Teilnehmer/-innen Inhalte weiterzugeben. Als zusätzliche Erschwernis standen den Teilnehmern/-innen auch keine Unterlagen mit einheitlichem Tiefgang zu gelernten Themen zur anschließenden Verwendung in der Praxis zur Verfügung.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++	Das Konzept eines längerfristigen Kurses wird von der Zielgruppe angenommen. Kursinhalte und Inhalte zu Follow Up Treffen wurden jedoch nicht reizvoll genug gewählt, und das Interesse der Zielgruppe hat im Verlauf stetig abgenommen. Es hat sich gezeigt, dass eine Richtlinie für Vortragende darüber wie genau, wissenschaftlich bzw. praxisorientiert sie auf ihre Themen eingehen sollen, hilfreich wäre. Prinzipiell scheint die Projektidee nach derzeitigem Wissensstand übertragbar.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Das Projekt hat in der Steiermark stattgefunden. Es ist sinnvoll dieses Konzept nur in Regionen mit entsprechendem Ausländeranteil anzubieten. In Oberösterreich und dem Burgenland haben schon weitere Projekte nach diesem Vorbild stattgefunden.

Literatur:

Ausländer und Ausländerinnen als GesundheitsmultiplikatorInnen. Ein präventives Gesundheitsprojekt des Vereins ZEBRA. Endbericht, Graz, Juni 2000.

Tabelle 101 Modell: Mit Migranten für Migranten (MiMi) als Teil der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ – Gesundheitsförderung für Migranten

Ort / Land	Deutschland
Kontakt, Adresse	<p><i>Für allgemeine Informationen zur Initiative „Mehr Gesundheit für alle“:</i> Dr. Martina Stickan-Verfürth BKK Bundesverband, Abt. Gesundheit Telefon: +49 201/179-1465; E-Mail: StickanM@bkk-bv.de www.bkk.de</p> <p><i>Für das Teilprojekt „Mit Migranten für Migranten“</i> Ramazan Salman, Björn Menkhaus Ethnomedizinisches Zentrum Hannover Telefon: +49 511/16841020, E-Mail: ethno@onlinehome.de www.bkk-promig.de</p>
Zielgruppe	Migranten/-innen (Schwangere, Stillende)
Hintergrund	<p>Jede/r 8. Einwohner/-in Deutschlands verfügt über Migrationshintergrund. Viele Migrationsbiographien haben Auswirkungen auf die Gesundheit, wie z. B. psychische Belastungen aufgrund der Trennung von Familienangehörigen. Die soziale Situation hat negativen Einfluss auf die Gesundheit. Die Arbeitslosenquote unter Migranten/-innen ist doppelt so hoch und das Armutsrisiko liegt deutlich über dem der deutschen Bevölkerung. Dazu kommen geringere Bildungs- und Gesundheitschancen und mangelnde Integration.</p> <p>Migranten/-innen nehmen deutlich seltener zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen, aber auch seltener Vorsorgeuntersuchungen z. B. in der Schwangerschaft in Anspruch. Als Ursache dafür sind unter anderem unzureichende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und seine Angebote, sowie sprachliche Barrieren zu sehen. Weiters kommen kulturelle Barrieren hinzu.</p> <p>Die vom BKK Bundesverband geförderte Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ setzt sich aus den Projekten „Mit Migranten für Migranten“ (MiMi), „Gesundheit in Sprachkursen“, „Gesund essen mit Freude“ und „Berliner Bündnis gegen Depression“ zusammen.</p> <p>Im weiteren Verlauf, wird auf das Projekt „Mit Migranten für Migranten“ näher eingegangen.</p>
Ziel des Projekts	<p><u>Allgemeine Zielsetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung eines möglichst barrierefreien Zugangs zum Gesundheitssystem • Mehr Gesundheitsgerechtigkeit bei gleichzeitig effizienterem Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel • Nachhaltige Verbesserung der Gesundheitschancen für Migranten/-innen • Bundesweiter Zugang von Prävention und Gesundheitsförderung in der „Migranten/-innenpopulation“ und

	<p>ihren Medien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulse für effektive Selbsthilfe geben • Primärprävention • Verbesserter Zugang zu Präventionsmaßnahmen durch Ausbildung von Migranten/-innen zu Multiplikatoren/-innen <p><u>Ziele des von der BKK Bundesverband geförderten Projekts „Mit Migranten für Migranten“:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention mit Migranten für Migranten • Motivierung zur Nutzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention • Reduzierung der vorhandenen Chancenungleichheit von Zuwanderern/-innen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund • Förderung der Integration von Migranten/-innen in das Gesundheitssystem • Stärkung der Selbstverantwortung der Migranten/-innen und Motivierung zu einem bewussten und förderlichen Umgang mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention
<p>Durchführung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Migranten/-innen selbst kommen als interkulturelle Gesundheitsmediator/-innen zum Einsatz. Engagierte Personen mit Migrationshintergrund und guten Kenntnissen der deutschen und einer anderen Sprache werden in einer umfangreichen Schulung mit dem deutschen Gesundheitswesen vertraut gemacht. Außerdem erlernen sie Methoden interkultureller Vermittlung und führen in diversen Einrichtungen wie z.B. Sprachschulen, Kulturvereinen oder religiösen Einrichtungen muttersprachliche Informationsveranstaltungen durch. Neben wichtigen Informationen zur Gesundheit und Gesundheitsförderung wird den Migranten/-innen auch gezeigt, wie sie sich selbst Zugang zu Informationen und Angeboten verschaffen können. • Das MiMi-Projekt setzt sich aus folgenden vier Bausteinen zusammen: <ul style="list-style-type: none"> <u>Baustein 1:</u> Schulung zum/r interkulturellen Gesundheitsmediator/-in <u>Baustein 2:</u> Gesundheitswegweiser (mehrsprachige Informationen; Migranten/-innen werden in neun Sprachen über Strukturen und Leistungen des deutschen Gesundheitswesens aufgeklärt und unter anderem auch ermuntert, Vorsorgeangebote häufiger in Anspruch zu nehmen) <u>Baustein 3:</u> Gesundheitskampagne (mehrsprachige, kulturelle Gesundheitsförderung) <u>Baustein 4:</u> Projektelevaluation (Befragung, Erfolgskontrolle, Projektbericht)

Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	++++	Teilziele zur Lösung bestimmter Probleme (z. B. Fokussierung auf Übergewicht, Depression, Hilfe zur Selbsthilfe) werden formuliert. Klare Definition von Kurzzeit- und Langzeitzielen. Informationen über die Messbarkeit fehlen.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Migranten/-innen werden als Experten/-innen in die Verbesserung des Systems der Gesundheitsförderung miteinbezogen. Hilfe zur Selbsthilfe wird geschult. Personen aus der eigenen Zielgruppe werden als interkulturelle Gesundheitsmediatoren/-innen ausgebildet.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die Experten sind im direkten Kontakt zur Zielgruppe. Interkultureller Austausch wird ständig gefördert. Verschiedenste Stakeholder und Institutionen sind gut vernetzt und arbeiten zusammen.
Wirksamkeit	++++	Die einzelnen Teilprojekte werden wissenschaftlich begleitet, ausgewertet und anderen Gesundheitsanbietern/-innen zur Verfügung gestellt. Genaue Details über die Wirksamkeit sind nicht angeführt. Die Beschäftigung mit speziellen Risikogruppen verspricht eine Wirksamkeitssteigerung. Ein Vergleich der Reichweite des Projekts zwischen 2004 und 2005 zeigt eine auffallende Steigerung.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Ansprechpartner/-innen für die Nachprojektphase (Nachschulungen etc.) werden zur Verfügung gestellt.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Nach Projektstart in Münster, Hildesheim und Hannover wurde das Design auf zahlreiche weitere Regionen zugeschnitten. Konzepte werden anderen Gesundheitsanbietern/-innen zur Verfügung gestellt.
Umsetzbarkeit in Österreich	k.A.	Die Umsetzbarkeit für Österreich ist noch zu prüfen. Es handelt sich um ein Gesamtgesundheitsförderungsprogramm mit einem Teilbereich für Ernährung. Die Wirkung ohne Berücksichtigung aller anderen Aspekte ist fragwürdig. Weiters muss geklärt werden inwieweit andere Institutionen und Stakeholder an einer Zusammenarbeit interessiert wären.

Ergänzende Informationen zu den anderen Projekten der Initiative „Mehr Gesundheit für alle“:

- Projekt: „Gesundheit in Sprachkursen“: Gesundheitsthemen wie beispielsweise Kindergesundheit, Zahnhygiene, gesunde Ernährung, Übergewicht und Diabetes, Arzt- und Krankenhausbesuche, psychische Gesundheit sowie Ernährung und Bewegung während der Schwangerschaft werden in

Deutschkursen für Migranten/-innen integriert und von kultursensiblen Ärzten/-innen abgehalten.

- Projekt: „Gesund essen mit Freude“:

In Zusammenarbeit mit türkischen Frauen aus einem sozial benachteiligten Stadtteil wurde ein Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten entwickelt. Neben den Themen zu gesunder Ernährung wurden auch Fragen des Alltags und des Lebensstils besprochen. Dabei wurden folgende Inhalte vermittelt:

- Kenntnisse gesunder und ausgewogener Ernährung
- Identifikation von günstigen und ungünstigen Ernährungsverhalten und –gewohnheiten
- gesunde und ausgewogene Ernährung von Kindern
- Strategien zur Bewältigung von Alltagsproblemen in Zusammenhang mit der Ernährung des Kindes
- Essstörungen und Möglichkeiten der Vorbeugung

Der Kurs umfasst 10 Einheiten zu jeweils 2 ½ Stunden mit abwechselnden Gruppengesprächen und Kocheinheiten.

Kommunikation ist in der Muttersprache möglich, z.T. werden professionelle Sprach- und Kulturvermittler/-innen eingesetzt.

- Projekt: „Berliner Bündnis gegen Depression“:

Ziel dieses Teilprojekts ist die Enttabuisierung des Themas „Depression“ sowie die Schaffung spezifischer Angebote.

Literatur:

BKK. Mehr Gesundheit für alle – Gesundheitsförderung in Lebenswelten www.bkk.de

Menkhaus B, Salman R, Hohmann T. Endbericht zum MiMi-Projekt für die Projektlaufzeit von August 2003 bis Oktober 2004, www.bkk-promig.de.

BKK. Gesund essen mit Freude. Leitfaden zur Unterstützung bei der Durchführung kultursensibler Koch- und Ernährungskurse, <http://www.saglik-berlin.de/downloads/Leitfaden.pdf>.

Tabelle 102 Modell: Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten – ein Projekt der AGETHUR

Ort / Land	Thüringen / Deutschland	
Kontakt, Adresse	Dr. Eva-Maria Hähnel Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR (www.abethur.de)	
Zielgruppe	Kinder in Kindertagesstätten, Eltern, Pädagogen/-innen	
Hintergrund	Der erhöhte Leistungsdruck in der Gesellschaft, den bereits Kinder erfahren, wirkt einer gesundheitsfördernden Lebensweise entgegen. Gesundheitsförderung stellt schon im Vorschulalter eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise dar. Um Kindern eine optimale Gesundheit zu ermöglichen, ist die Zusammenarbeit von Erziehern/-innen und Eltern erforderlich.	
Ziel des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> • Integration von Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention), Einbeziehung des Elternhauses • Förderung der Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustauschs zwischen Pädagogen/-innen, Eltern und Ärzten/-innen • Fort- und Weiterbildungen von Erziehern/-innen zu Themen im Bereich der Gesundheitsförderung 	
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschreibung des Projektangebots an die Tagesstätten einer Region – genaue Themenwahl individuell angepasst • Umsetzung des Projekts in Veranstaltungen in den Kindertagesstätten unter Einbezug der Eltern • Methoden: Selbsterfahrungsspiele, Interaktionsspiele, Rollenspiele, Puppentheater, Erlernen gesundheitsförderlicher Fähigkeiten, spezielle Märchen, Ausflüge etc. – es gibt viele Möglichkeiten, jede Gruppe kann ihre Aktivitäten selbst wählen • Entwicklung, Erprobung und Evaluation verschiedener Methoden • Für die Aktivitäten gibt es Arbeitsunterlagen mit beispielhaften Programmen Umfang: 4 x 45-90 min pro Thematik – Frequenz 1 x /Woche • Themenbausteine des Projekts sind: "Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit" "Bewegung, Sport und Spiel" "Was Hänschen nicht lernt..." – Suchtprävention "Hauen ist doof" – Gewaltprävention "Der kleine Unterschied" – Sexualpädagogik "Erste Hilfe – Fit für den Notfall" "Move it – Mobilitätstraining zur Kindersicherheit" • Zusätzliche Bildung einer Arbeitsgruppe mit allen Beteiligten, in der die konkreten Maßnahmen ausgearbeitet werden 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit,	++++	Zielsetzung: Ein relativ breites Spektrum an Gesundheitswissen soll an Eltern, Kinder und

Eindeutigkeit)		Pädagogen/-innen übermittelt und dieses in den Alltag integriert werden. Teilziele waren unter anderem die Überprüfung der Effektivität der verwendeten Methoden sowie die Testung neuer Methoden. Wie genau evaluiert wurde/wird, war aus den Unterlagen nicht zu entnehmen.
Partizipation (aktives Beteiligen der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Unter Einbezug der Eltern werden die Ziele in den Kindertagesstätten spielerisch umgesetzt. Die Kinder erfahren durch Ausprobieren bzw. Beobachten. Zusätzlich wurden Unterlagen erstellt, die jenen Eltern helfen soll, die nicht teilnehmen konnten.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Es werden Pädagogen/-innen, Ärzte/-innen, sowie Eltern und Kinder einbezogen. Weiters erfolgte eine Vernetzung verschiedener Institute wie DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), Landessportbund Thüringen, PRO FAMILIA Weimar etc. Das Setting „Elternhaus“ wird ebenfalls eingebunden.
Wirksamkeit	++++	Durch das sofortige Erproben und Üben der neu erlernten Fertigkeiten sowie die langfristige Gewöhnung an gesunde Lebensmittel und Verhaltensweisen ist eine hohe Wirksamkeit wahrscheinlich. Ein breites Themenspektrum kann zusätzlich die Wirksamkeit erhöhen. Begleitevaluationen wurden nicht publiziert.
Nachhaltigkeit der Interventionen	+++	Die Aufnahme positiver Verhaltensmuster in den Alltag wird gefördert. Sind positive Verhaltensmuster etabliert, werden diese auch langfristig beibehalten. Zum weiteren Vertiefen von Wissen werden Kursteilnehmer mit Literaturstellen versorgt. Es liegt jedoch kein konkretes Arbeitsprogramm für die weitere Vorgehensweise mit der Zielgruppe vor.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	+++++	Im Rahmen einer Projektdokumentation werden einerseits die vielseitigen und fächerübergreifenden Angebote, andererseits aber auch die Erfahrungen, die während der Anwendung der verschiedenen Methoden gesammelt wurden, festgehalten. Dadurch ist das Projektkonzept relativ leicht weiterzugeben. Die Projektdokumentation umfasst Arbeitsunterlagen sowie eine Musikkassette und einen Videomitschnitt des Projekts und ist bei AGETHUR – Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. erhältlich bzw. kann im Internet heruntergeladen werden. Das Projekt wurde in Deutschland an mittlerweile mehr als 20 Tagesstätten durchgeführt.
Umsetzbarkeit in Österreich	+++++	Das Projekt scheint gut umlegbar, da Strukturen (Kindertagesstätten, Pädagog/-innen in Österreich gegeben sind.

Literatur:

AGETHUR Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. Kurzbeschreibung des Projekts „Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten“ <http://www.abethur.de/>

AGETHUR Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. „Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten“ Arbeitsmaterialien für Erzieher zum Modellprojekt <http://www.abethur.de/kitamaterial.pdf>

Tabelle 103 Modell: MigesBalù – eine Initiative des Ostschweizerischen Vereins für das Kind

Ort / Land	St. Gallen / Schweiz
Kontakt, Adresse	Rosa Plattner Ostschweizerischer Verein für das Kind Rosenbergstraße 82 9000 St. Gallen http://www.hepa.ch/tagung/08_Roser_Platter.pdf
Zielgruppe	Eltern mit Kindern im Vorschulalter mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien, Sri Lanka, Türkei (Beschränkung des Projekts auf die Sprachen Serbokroatisch / Bosnisch, Albanisch, Türkisch und Tamilisch)
Hintergrund	Migranten/-innen beanspruchen Elternberatungsstellen generell unterdurchschnittlich häufig im Vergleich zur restlichen Bevölkerung. Doch schon Migration alleine stellt einen Gesundheitsrisikofaktor dar. Diese Gruppen brauchen daher besondere Unterstützung.
Ziel des Projekts	Langzeitziel <ul style="list-style-type: none"> Säuglinge und Kleinkinder aus Familien mit Migrationshintergrund sollen eine größere Chance bekommen, gesundheitsförderliches Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu entwickeln Etappenziele: <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung von Migrantenfamilien für die Zusammenhänge von Ernährung und Bewegung Ausbildung interkultureller Vermittler/-innen und Fortbildung von Elternberatern/-innen inklusive Erstellung von Schulungsunterlagen Entwicklung eines zielgruppengerechten und praxisorientierten Beratungskonzepts leichter Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen für Eltern Förderung des Kontaktes mit Migranten/-innen
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung interkultureller Vermittler/-innen (Dolmetscher/-innen) und Weiterbildung der Mütterberater/-innen in transkultureller Kompetenz und Fachinhalten inklusive Entwicklung eines Schulungskonzeptes Bedürfnisabklärung bei der Zielgruppe Erarbeitung von Kommunikationsmitteln und –formen außerhalb von Beratungsstellen im direkten Umfeld der Migrationsbevölkerung (z. B. Gesprächsrunden, Informationsmaterial für Analphabeten/-innen, aufsuchende Beratung, Vereine, Eltern-Kind-Zentren,...) inklusive Ausarbeitung eines Beratungskonzeptes, welches von weiteren Beratungsstellen übernommen werden kann Übersetzung der bestehenden Elterninformationen und Neugestaltung von Informationsmaterial zu den Themen Ernährung und Bewegung

	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelberatungen, Gesprächsrunden und Kurse, teilweise durch interkulturelle Vermittler/-innen (Dolmetscher/-innen mit besonderen Kompetenzen, sowie DVD's und übersetzten Infomaterialien) unterstützt • Flyer/Folder/Broschüren in Muttersprachen der Zielgruppen mit Fotos für Analphabeten/-innen unter den Migranten/-innen - auch im Internet verfügbar • Interventions- und Supervisionssitzungen • Testen von verschiedenen Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe • Vernetzung mit Migranten/-innenorganisationen 	
Bewertungskriterien	Bewertung	Anmerkung
Zielsetzung (Messbarkeit, Eindeutigkeit)	+++++	Mehrere genau definierte Ziele (Langzeit- und Etappenziele), deren Erreichung auch evaluiert wurde. Leitfäden und ausgearbeitete Broschüren liegen vor. Definierte Indikatoren und Sollwerte sowie Begründungen für ungenügende Zielerreichung liegen in einem Zwischenbericht vor.
Partizipation (aktives Beteiligten der Zielgruppe in der Planung und Durchführung)	+++++	Es wurde eine Fokusgruppe aus verschiedenen Beteiligten gebildet, die aktiv in die Gestaltung miteingebunden wurde. Die Durchführungen der Beratungen erfolgen grundsätzlich individuell und bedürfnisorientiert. Im Projektverlauf konzentrierte sich das Projektteam zusehens auf eine Verbesserung der Beteiligung der Zielgruppe.
Vernetzung relevanter Beteiligter	+++++	Die Vernetzung mit Projekten ähnlicher Ausrichtung (Synergiewirkung) und mit Mutter-Kind-Beratungsstellen sowie mit Behörden ist ein wichtiger Faktor des Projekts. Gesucht wurde auch der Austausch mit religiösen Gemeinschaften. Die Informationsvermittlung bzw. der Verweis auf die Beratungsstelle fand an sehr vielen Fronten statt.
Wirksamkeit	+++++	Die Anzahl an Migranten/-innen, die das Beratungsangebot vom OVK genutzt haben, ist von durchschnittlich 15 % auf 70 % angestiegen. (Eine Ausnahme davon stellt die serbo-kroatische Zielgruppe dar, deren einführender Folder für Eltern schlecht übersetzt worden war, und es in Folge kaum Kontakte gab). Durch den großen Erfolg bei den Migranten/-innen kam es durch beschränkte Kapazitäten (z.B. Terminmangel) zu einem leichten Rückgang der deutschsprachigen Beratungen. Interkulturelle Vermittler/-innen wurden ausgebildet und unterstützende Unterlagen erstellt. Verstärkung der Wirksamkeit wurde durch Einbettung des Projekts in übergeordnete Strategien und Nutzung von Synergien („gesundes Körpergewicht“, „Kinder im Gleichgewicht“, „KLEMON-Prävention und Gesundheitsförderung bei Kleinkindern mit Risiko zu Übergewicht“; Integrationskonzepte von Stadt und

		Kanton St. Gallen) erreicht.
Nachhaltigkeit der Interventionen	++++	Die Präsentation der Ergebnisse an vielen Stellen und die Herausgabe eines Handbuchs für Beratungsstellen sowie die ständige Möglichkeit, zu Beratern/-innen zu gehen, machen eine nachhaltige Wirkung des Projekts wahrscheinlich, solange der Kontakt zu den Zielgruppen auch weiterhin gefördert wird. Die Anwendung des Wissens bleibt trotzdem in der Hand der Eltern. Gute Zusammenarbeit mit Behörden ist für die finanzielle Nachhaltigkeit ausschlaggebend.
Modellhaftigkeit / Reproduzierbarkeit	++++	Es wird gerade daran gearbeitet, das Projekt in 9 weiteren Gemeinden durchzuführen. Ein Praxishandbuch wird derzeit ebenfalls erstellt. Der schon vorhandene Abschlussbericht ist für die Planung ähnlicher Projekte sehr hilfreich.
Umsetzbarkeit in Österreich	++++	Die Elternberatungen sowie die Schulungen finden in bereits vorhandenen Beratungsstellen statt. Es muss zunächst regional ermittelt werden, wo Projekte für Migranten/-innen sinnvoll wären.

Literatur:

4. Zwischenbericht Projekt MigesBalu Juli 2006 – Juni 2007 – von Ostschweizerischer Verein für das Kind (<http://www.ovk.ch/images/stories/4.%20Zwischenbericht%20Juni%202007.pdf>)

Projektvorstellung von MigesBalu bei der nationalen Fachtagung der Schweizer Gesellschaft für Ernährung (SGE) vom 9. Juni 2006 in Bern (http://www.sge-ssn.ch/d/dienstleistungen/tagungen_symposien/fachtagung_5_ch-ernaehrungsbericht)

Abschlussbericht des Projekts MigesBalu – Juli 2008 – von Ostschweizerischer Verein für das Kind

<http://mail.aks.or.at:8280/plone/regional/ostschweiz/miges-balu>

http://www.hepa.ch/tagung/08_Roser_Platter.pdf