Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE GESUNDHEIT
Darauf kommt es an

Nationales Gesundheitsziel

Gesundheit rund um die Geburt

Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*
www.bundesgesundheitsministerium.de

gesundheitsziele.de
Forum Gesundheitsziele Deutschland

Nationales Gesundheitsziel

Gesundheit rund um die Geburt

gesundheitsziele.de

Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung
des nationalen Gesundheitszieleprozesses

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn ein Kind geboren wird, ist das immer wieder ein freudiges Ereignis. Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes ist die Geburtenrate in Deutschland so hoch wie seit langem nicht mehr. 1,5 Kinder pro Frau wurden 2015 geboren, so viele wie zuletzt vor 33 Jahren.

Sowohl in der Schwangerschaft als auch rund um die Geburt wollen Eltern die besten Voraussetzungen schaffen, damit es ihrem Kind gut geht und es wohlbehalten das Licht der Welt erblickt. Sie treffen Entscheidungen, die ihre Gesundheit und die ihres Kindes beeinflussen, sind besonders zugänglich für verhaltenspräventive Maßnahmen und offen dafür, Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Gesundheitsförderlichen Lebenswelten und Rahmenbedingungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Beim 2016 neu erarbeiteten Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ geht es um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Entwicklungsphase im ersten Lebensjahr nach der Geburt des Kindes.

Wichtige Ziele dabei sind die Förderung der Bindung zu den Eltern, gesunde Lebensverhältnisse, soziale Sicherheit sowie die Vermeidung von Unfallgefahren und elterlichen Überforderungssituationen. Eltern, die besonders belastet sind – wie z. B. durch eine schwierige wirtschaftliche oder soziale Lage, eigene Erkrankungen oder seelische Belastungen – müssen so früh wie möglich passgenaue Hilfen erhalten. Genau hierfür wollen sich die beteiligten Partner mit dem neuen Gesundheitsziel einsetzen.

Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurde von einer Expertengruppe erarbeitet und einmütig verabschiedet. Der nationale Gesundheitszieleprozess verfügt nun mit „Gesundheit rund um die Geburt“ und „Gesund aufwachsen“ über eine vollständige Abbildung der ersten Lebensphase von der Schwangerschaft bis zum Ende der Kindheit. Beide Ziele greifen dabei ineinander und leisten gemeinsam einen Beitrag zum zielgerichteten Handeln für die Stärkung dieser grundlegenden Phase im Leben eines Menschen.

Ich wünsche mir, dass das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ eine weite Verbreitung findet und alle gesellschaftlichen Akteure zur seiner Umsetzung beitragen.

Hermann Gröhe

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis

Präambel: Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* 7

Hintergrund: Geburten in Deutschland 9

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert 11

Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert 37

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt 47

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert 67

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet 89

Glossar 104

Literaturverzeichnis 113

Mitglieder der Arbeitsgruppe „Gesundheit rund um die Geburt“ 129

Abkürzungsverzeichnis

A

aid Informationsdienst für den Bereich Landwirtschaft, Lebensmittel und Ernährung
AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

B

BÄK Bundesärztekammer
BEEG Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR Bundesinstitut für Risikobewertung
BKiSchG Bundeskinderschutzgesetz
BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMEL Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMG Bundesministerium für Gesundheit
BMI Körpermasseindex (engl.: Body-Mass-Index)
BMJV Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz
BMWi Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

D

DAJ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
DGE Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DGGG Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DJI Deutsches Jugendinstitut e.V.
DKFZ Deutsches Krebsforschungszentrum

E

EFCNI European Foundation for the Care of Newborn Infants
EPDS Edinburgh Postnatal Depression Score
EPICE Effective Perinatal Care in Europe
ETS Erst-Trimester-Screening

F

FAS Fetales Alkoholsyndrom
FASD Fetale Alkoholspektrum-Störung (engl.: Fetal Alcohol Spectrum Disease)
FGKiKP Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/ Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
FKE Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund

G

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE-Bund Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GEKO Gendiagnostik-Kommission
GenDG Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz)
GNN Deutsches Frühgeborenennetzwerk (engl.: German Neonatal Network)
GVG Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
GKV Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV Spitzenverband Bund der Krankenkassen

H

HebG Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz)

I

IGeL Individuelle Gesundheitsleistung
IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

K

KiGGS Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts
KiTa Kindertagesstätte
KKG Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

M

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MuSchArbV Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (Mutterschutzgesetz)

N

NICE National Institute for Health and Care Excellence
NIPD Nichtinvasive Pränataldiagnostik
NZFH Nationales Zentrum Frühe Hilfen

O

oGTT oraler Glukosetoleranz-Test
ÖGD Öffentlicher Gesundheitsdienst

P

PND Pränataldiagnostik

Q

QFR-RL Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

S

SchKG Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz)
SGB Sozialgesetzbuch
SIDS Plötzlicher Kindstod (engl.: Sudden Infant Death Syndrome)
SPZ Sozialpädiatrisches Zentrum
SSW Schwangerschaftswoche
STIKO Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut

R

RKI Robert Koch-Institut

U

UPD Unabhängige Patientenberatung Deutschland

W

WHO Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization)

Präambel: Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* ist die gemeinsame Plattform zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Unter Beteiligung von Bund, Ländern sowie Akteurinnen und Akteuren (der Selbstverwaltung) des Gesundheitswesens entwickelt der Kooperationsverbund im Konsens nationale Gesundheitsziele und empfiehlt Maßnahmen zur Zielerreichung. Die praktische Umsetzung der Maßnahmen ist dabei eigenverantwortliche Aufgabe der mehr als 120 einzelnen Akteurinnen und Akteure des Netzwerks. *gesundheitsziele.de* basiert auf einem partizipativen Ansatz und schafft so die Voraussetzung für eine breite Akzeptanz der Arbeitsergebnisse. Die Kooperation von Bund, Ländern, Kostenträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Wirtschaft gewährleistet die Integration verschiedener Perspektiven in die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele.

Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“
Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ ist neben „Gesund älter werden“ und „Gesund aufwachsen“ das dritte lebensphasenbezogene Ziel. Es greift die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum ersten Jahr nach der Geburt des Kindes auf und nimmt eine an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein. Dabei sollen vorhandene Ressourcen und Potenziale umfassend gefördert, eine Pathologisierung soll vermieden werden. Partizipative Entscheidungsfindung soll Frauen und ihre Familien darin stärken, angebotene Maßnahmen den medizinischen Belangen angemessen, selbstbestimmt und informiert bewerten und in Anspruch nehmen zu können.

In der Zeit der Schwangerschaft und rund um die Geburt wollen Eltern die besten Voraussetzungen schaffen, damit es ihrem Kind gutgeht. Sie treffen Entscheidungen, die ihre Gesundheit und die ihres Kindes beeinflussen, sind besonders zugänglich für verhaltenspräventive Maßnahmen und offen dafür, Gesundheitsrisiken zu vermeiden (z. B. indem sie das Rauchen aufgeben, keinen Alkohol trinken, auf gesunde Ernährung achten). Gesundheitsförderlichen Lebenswelten und Rahmenbedingungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu (siehe Ziel 5).

Darüber hinaus setzt sich das Gesundheitsziel mit der Phase nach der Geburt – dem Wochenbett – auseinander. Diese ersten Wochen nach der Geburt des Kindes dienen der Rückbildung der schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen und dem Miteinandervertraut-Werden von Eltern und Kind. Sie sind sehr wichtig, wenn es darum geht, eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind herzustellen, medizinische, psychische und soziale Probleme frühzeitig zu erkennen und schnelle, niedrigschwellige Unterstützung anzubieten. Besonders belastete Familien können in dieser Zeit durch vernetzte Angebote der Hilfesysteme frühzeitig bedarfsgerecht und zielgenau unterstützt werden.

Eine wichtige Entwicklungsphase beschreibt das Gesundheitsziel bis zum Ende des ersten Jahres nach der Geburt des Kindes, das zahlreiche Entwicklungsschritte und zugleich Herausforderungen für Eltern und Kind mit sich bringt. Wichtigste Ziele dieser Phase sind die Förderung der Bindung zu den Eltern, gesunder Lebensverhältnisse, sozialer Sicherheit und einer gesunden Entwicklung sowie die Reduktion von Unfallgefahren und elterlichen Überforderungssituationen. Eltern, die besonders belastet sind – wie z. B. durch Armut, eigene Erkrankungen oder psychische Belastungen – müssen so früh wie möglich umfassende Hilfen erhalten. Von Armut betroffen sind insbesondere Alleinerziehende (41,9 %), Familien mit drei und mehr Kindern (24,6 %), Erwerbslose (57,6 %), Menschen mit niedrigem Qualifikationsniveau (30,8 %), sowie Ausländerinnen und Ausländer (32,5 %) bzw. Menschen mit Migrationshintergrund (26,7 %) (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., 2016).

Bund, Länder und Kommunen haben Projekte und Programme der Frühen Hilfen, die schon vor der Geburt ansetzen, zur frühen Unterstützung und Förderung von Eltern mit ihren kleinen Kindern auf den Weg gebracht. Sie umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spe-

zifische Angebote und Maßnahmen. Diese richten sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne einer Gesundheitsförderung. Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien, die aufgrund von Belastungen einen erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf haben.

Im vorliegenden Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt" werden auf Basis einer Analyse der Ausgangssituation gemeinsame Ziele und Teilziele definiert sowie Empfehlungen für Umsetzungsmaßnahmen ausgesprochen. In den Blick genommen werden dabei nicht nur das Kind oder die Frau, sondern die ganze Familie. Der vorliegende Bericht folgt dabei wie das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen" der Definition von Familie des 7. Familienberichtes der Bundesregierung (2006)[1] (BMFSJ, 2006). Soziale Determinanten der Gesundheit und Forschungsfragen, die alle Phasen rund um die Geburt tangieren, werden in Ziel 5 zusammengeführt.

Das Gesundheitsziel wurde von einer Arbeitsgruppe für die „Gesundheit rund um die Geburt" relevanter Akteurinnen und Akteuren erarbeitet und im Konsens verabschiedet. Der nationale Gesundheitszieleprozess verfügt nun mit „Gesundheit rund um die Geburt" und „Gesund aufwachsen" über eine vollständige Abbildung der ersten Lebensphase von der Schwangerschaft bis zum Ende der Kindheit. Während sich „Gesundheit rund um die Geburt" an den oben skizzierten Phasen orientiert, wurde bei „Gesund aufwachsen" ein Setting-Ansatz (KiTa, Schule sowie familiäre Gesundheitsförderung) gewählt. Beide Ziele greifen dabei ineinander. Die gemeinsame Haltung der Akteurinnen und Akteure bezüglich „Gesundheit rund um die Geburt" und „Gesund aufwachsen" soll einen Beitrag zum zielgerichteten Handeln aller Beteiligten für die Stärkung der grundlegenden Phase im Leben eines Menschen leisten.

[1] Der Familienbericht der Bundesregierung (BMFJS, 2006) definiert Familien als biologisch, sozial oder rechtlich miteinander verbundene Einheiten von Personen, die mindestens zwei Generationen umfassen, und gemeinsame und private Güter produzieren. Zu den gemeinsamen Gütern gehören u. a. die Reproduktion für den ökonomischen und kulturellen Fortbestand der Gesellschaft, die Erziehung und Bildung von Kindern sowie die Pflege und Sorge für die ältere Generation. Zu den privaten Gütern wird u. a. die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse von Menschen – wie Intimität, Liebe, persönliche Erfüllung – gezählt. Die privaten Güter sind eine notwendige Voraussetzung für die Produktion gemeinsamer Güter.

Hintergrund: Geburten in Deutschland

2015 wurden in Deutschland 737.575 Kinder (359.097 Mädchen, 378.478 Jungen) lebend geboren (Statistisches Bundesamt, 2016d). 2014 – für 2015 liegen noch keine Zahlen vor – wurden 26.844 Mehrlingskinder geboren. Mit rund 1,4 Kindern pro Frau blieb die durchschnittliche Kinderzahl (zusammengefasste Geburtenziffer) zwischen 1997 und 2013 weitgehend konstant, 2014 war ein leichter Anstieg auf 1,47 zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt, 2016f). Da die Zahl der heute unter 15-jährigen Mädchen in fast jedem jüngeren Jahrgang niedriger ist als im vorherigen, wird sich die Zahl der gebärfähigen Frauen in Zukunft weiter verringern, wenn nicht die durchschnittliche Kinderzahl deutlich steigt oder der Rückgang durch Zuwanderungsgewinne kompensiert wird (BMFSFJ, 2012).

Das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt des ersten ehelich geborenen Kindes ist zwischen 1991 und 2014 von 26,9 Jahren auf 30,4 Jahre angestiegen (Statistisches Bundesamt, 2016c; Statistisches Bundesamt, 2016f). Zahlen für Mütter insgesamt liegen erst ab 2009 vor; diese waren bei Geburt des ersten Kindes im Durchschnitt 29,5 Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2016g). Während noch in den 1990er Jahren die 25- bis 29-jährigen Frauen die meisten Kinder bekamen, findet sich heute die höchste Geburtenhäufigkeit in der Altersgruppe der 30- bis 34-jährigen Frauen (Statistisches Bundesamt, 2016e). Mit steigendem Bildungsniveau der Frauen nimmt die Zahl der geborenen Kinder ab. Auch bleiben Frauen mit hohem Bildungsstatus häufiger kinderlos als Frauen mit niedrigem und mittlerem Bildungsstatus. In den letzten zehn Jahren sind jedoch die Kinderzahlen von Akademikerinnen leicht angestiegen, vor allem bei den über 35-Jährigen (Bujard, 2012). Ob dieser Trend sich verstetigen wird, kann erst in den nächsten Jahren beurteilt werden (BMFSFJ, 2012).

Die durch die Migrationsbewegungen ausgelösten Zuwanderungsgewinne der vergangenen Jahre können das Geburtsgeschehen in Deutschland verändern und sich auch auf die Versorgungsrealität auswirken. Bis jetzt scheint es allerdings, als würde die derzeit hohe Zuwanderung langfristig nur sehr eingeschränkte Auswirkungen auf die Bevölkerungsentwicklung haben (Statistisches Bundesamt, 2016b).

Mütter- und Säuglingssterblichkeit gehören zu den wichtigsten Indikatoren zur Beurteilung der medizinischen Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen sowie der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung allgemein (RKI, 2011). 2014 starben in Deutschland 29 Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, das entspricht 4,1 Müttersterbefällen je 100.000 Lebendgeborene; 1980 lag die Müttersterblichkeit noch bei 19,8 (Statistisches Bundesamt, 2016g). Die Säuglingssterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten in Deutschland sehr stark gesunken und lag 2015 bei 3,3 Sterbefällen (im ersten Lebensjahr Gestorbene) je 1.000 Lebendgeborene (Statistisches Bundesamt, 2016d). Auch die Perinatalsterblichkeit hat in Deutschland deutlich abgenommen; im Jahr 2015 lag sie bei 5,6 Sterbefällen (Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene) je 1.000 Lebend- und Totgeborene (Statistisches Bundesamt, 2016g).

ZIEL 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert

Gesundheitliche Ressourcen, Kompetenzen und Wohlbefinden

Die Lebensphase Schwangerschaft betrifft nicht nur die Schwangere und das Kind, sondern auch das gesamte soziale Umfeld. Von den meisten Frauen und ihren Familien wird diese Lebensphase gut bewältigt. Für die Schwangeren und werdenden Familien, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind (siehe „Belastungen und Risiken während der Schwangerschaft“ und „Besondere Unterstützungsbedarfe“, S. 14, 18), kann jedoch eine Ergänzung der medizinischen Versorgung durch multiprofessionelle und psychosoziale Unterstützung erforderlich sein. Die Stärkung des Verständnisses von Schwangerschaft als einem natürlichen Prozess und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mutter und Kind sind zentrale Aspekte des Gesundheitsziels. Die heute in allen entwickelten Ländern etablierte Begleitung durch Ärztinnen, Ärzte und Hebammen[2] während der Schwangerschaft hat zu einer erheblichen Reduktion mütterlicher und kindlicher Morbidität und Mortalität geführt. Allerdings nehmen Umfang der Untersuchungen und Genauigkeit der Testverfahren ständig zu. Wie bei allen medizinischen Untersuchungen besteht auch hier ein Spannungsfeld zwischen einem relevanten Nutzen für einen Teil der Frauen (und ihre Kinder) und einer möglichen Verunsicherung anderer, die im Nachhinein gegebenenfalls angebotene Tests nicht benötigt hätten.

Frauenärztinnen und Frauenärzte sowie Hebammen spielen in Deutschland bei der Betreuung von Schwangeren eine zentrale Rolle.

Ein Großteil der Schwangeren nimmt in der frauenärztlichen Praxis die Vorsorgeuntersuchungen wahr. Die frauenärztliche Weiterbildung umfasst auch die psychosomatische Grundversorgung. Deshalb sind Frauenärztinnen und Frauenärzte für eine ganzheitliche Begleitung, die insbesondere psychosoziale Aspekte einbezieht, besonders qualifiziert (Weidner, 2012). Ihre Verantwortung für Frauen während und nach der Schwangerschaft hinsichtlich gesundheitlicher und sozialer Unterstützungsangebote und die frühzeitige Erkennung entsprechender Bedarfe ist in den „Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung“ (Mutterschafts-Richtlinien) (B/6 und Anlage 1c) festgeschrieben.

Da es sich bei schwangeren und gebärenden Frauen um eine heterogene Gruppe handelt, sind entsprechend angepasste Versorgungsangebote erforderlich. Diese sollen adressatengerecht, familien- und ressourcenorientiert sein, eine informierte Entscheidungsfindung unterstützen und die jeweils erforderlichen Berufsgruppen und das soziale Umfeld einbeziehen. Zu den Zielen der Schwangerschaftsbegleitung gehört auch, die (künftigen) Mütter zu einem positiven und aktiven Lebensstil zu ermuntern. Den professionellen Akteurinnen und Akteuren kommt dabei eine zentrale Aufgabe zu, denn sie sollen, ausgehend von einem salutogenetischen Grundverständnis von Schwangerschaft und Geburt, Frauen und ihre Familien auf biopsychosozialer Ebene unterstützen (Emmanuel, St John, & Sun, 2012) und zu einem Empowerment der Frauen beitragen (Hellmers, 2005; Novick, 2009). Darüber hinaus gilt es, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich die physiologischen Abläufe unterstützen und fördern lassen. Dazu gehören Maßnahmen wie z. B. die Förderung von Schwangerentreffs und familienbezogener Selbsthilfe, aber auch allgemein eines schwangeren- und kinderfreundlichen Klimas in unserer Gesellschaft.

Gesundheitliche Kompetenzen

Zahlreiche körperliche und auch psychische Veränderungen prägen die Schwangerschaft, und für viele Frauen sind diese Veränderungen Anlass, sich mit dem Körper auseinanderzusetzen, das gesundheitsrelevante Verhalten zu überdenken und gegebenenfalls zu verändern. Sie können dabei mit evidenzbasierten, adressatengerechten, verlässlichen und leicht zugänglichen Informationen unterstützt werden. Besonderes Augenmerk sollten Ver-

[2] Aufgrund der geringen Anzahl an Entbindungspflegern in Deutschland beschränkt sich der vorliegende Bericht auf die Verwendung der weiblichen Berufsbezeichnung Hebamme.

haltensweisen erfahren, die die gesunde Entwicklung von Mutter und Kind beeinflussen.

Schwangere Frauen sind gegenüber Empfehlungen für eine gesunde Ernährung besonders aufgeschlossen. Somit bieten sich gute Möglichkeiten, Gesundheitskompetenzen in diesem Bereich zu vermitteln. Aktuelle Forschungserkenntnisse zur Bedeutung der Ernährung in der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit auch für die epigenetische Prägung unterstreichen die Bedeutung einer qualifizierten Ernährungs- bzw. Lebensstilberatung in der Schwangerschaft. Eine ausgewogene Ernährung und ein normales Ausgangsgewicht vor der Schwangerschaft sowie eine angemessene Gewichtszunahme und ein adäquates Bewegungsverhalten haben langfristige positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind (Barker, Michaelsen, Rasmussen, & Sorensen, 2004; BMEL, 2016; El Haij, Schneider, Lehnen, & Haaf, 2014; Schwab, 2009; Koletzko et al., 2012a; Koletzko et al., 2012b).

In der Schwangerschaft steigt der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen überproportional gegenüber dem Bedarf an energieliefernden Nährstoffen. Zu den besonders bedeutsamen Nährstoffen in der Schwangerschaft gehören Eisen, Kalzium, Jod, Folsäure und Vitamin D. Ein Großteil der Frauen im reproduktiven Alter erreicht z. B. die empfohlene Folsäureaufnahme nicht über die tägliche Ernährung, da üblicherweise zu wenig Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte und Vollkornprodukte verzehrt werden. Deshalb wird empfohlen, Folsäure bereits drei Monate vor der Konzeption und während der Schwangerschaft zu supplementieren, um das Risiko für kindliche Fehlbildungen zu verringern (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 2013). Inwieweit die Präventionsempfehlungen eingehalten werden, erfordert weitere Forschung (Hovdenak & Haram, 2012). Ältere Studien deuten darauf hin, dass hier vermehrt Aufklärungsarbeit zu leisten ist (Irl, Kipferler, & Hasford, 1997). Auch der Jodbedarf steigt während der Schwangerschaft und wird häufig nicht ausreichend durch Jodsalz, Seefisch und Milch oder Milchprodukte gedeckt. Deshalb empfiehlt das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) eine Jodsupplementierung während der Schwangerschaft; zur Vermeidung einer Überversorgung sollte im ersten Trimester eine Jodanamnese durchgeführt werden (BfR, 2014). Damit eine Fehlernährung dauerhaft vermieden und der Bedarf an allen essentiellen Nährstoffen auch über die Schwangerschaft hinaus gedeckt wird, sollte die Ernährungsberatung dem jeweiligen Ernährungsstatus und dem Beratungsbedarf der Schwangeren angepasst werden. Dazu gehören auch individuell angepasste Supplementierungsempfehlungen.

Die sportliche Aktivität von Frauen im Alter zwischen 18 und 44 Jahren ist insgesamt als gering einzustufen. Etwa 60 % der Frauen dieser Altersgruppe sind weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv und erreichen somit nicht die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, engl.: World Health Organization) (RKI, 2015c). Während einer Schwangerschaft scheint die durchschnittliche körperliche Aktivität weiter abzunehmen (Gembicki, Hartge, & Weichert, 2014). Der derzeitige Forschungsstand lässt hingegen darauf schließen, dass moderate sportliche Betätigung vielfältige positive Effekte auf den Schwangerschaftsverlauf hat. Ein angemessenes Bewegungsprogramm verringert beispielsweise das Risiko einer exzessiven Gewichtszunahme (Muktabhant, Lawrie, Lumbiganon, & Laopaiboon, 2015) ebenso wie das Kaiserschnittrisiko (Domenjoz, Kayser, & Bouvlain, 2014).

Aus der Stillförderung liegen Ergebnisse dazu vor, dass Beratung zum Stillen besonders erfolgreich ist, wenn sie bereits in der Schwangerschaft beginnt und bis nach der Geburt fortgesetzt wird (Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008). Die Stillabsicht der Mutter spielt eine wesentliche Rolle, ob und wie lange ein Kind gestillt wird. Eine positive Haltung der Partnerin oder des Partners wirkt sich zusätzlich positiv auf das Stillen aus (Ayton, van der Mei, Wills, Hansen, & Nelson, 2015; Rasenack et al., 2012).

Zudem sollen Schwangere gemäß der Mutterschafts-Richtlinien über die Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind aufgeklärt werden.

Wahl des Geburtsortes

In Deutschland existieren verschiedene risikoadaptierte Versorgungsstrukturen mit unterschiedlichen Versor-

gungsstufen zur Betreuung von Schwangerschaft und Geburt (siehe Ziel 2). Während der Schwangerschaft entscheiden sich die meisten Frauen mit ihren Partnern oder Partnerinnen für einen Geburtsort und benötigen dafür Informationen über das geburtshilfliche Angebot von Krankenhäusern und der außerklinischen Geburtshilfe in der Umgebung. Hierzu wird von den entsprechenden Einrichtungen eine Fülle von Informationen bereitgestellt. Die Beratung zur Wahl des Geburtsortes findet – unter Berücksichtigung des individuellen Schwangerschaftsverlaufs – üblicherweise, wie in den Mutterschafts-Richtlinien niedergelegt, in der betreuenden frauenärztlichen Praxis statt.

Es ist für werdende Eltern nicht einfach, die Qualität der geburtshilflichen Angebote einzuschätzen und geeignete Entscheidungskriterien für die Wahl des Geburtsortes zu finden. Sie benötigen deshalb Orientierungshilfen und ein Beratungsangebot, bei dem die gesamte geburtshilfliche Betreuung einschließlich der Zeit des Wochenbetts berücksichtigt wird. Hier kommt auch Hebammen eine besondere Bedeutung zu.

Werdende Eltern, die mit einer Risikoschwangerschaft oder einer drohenden Frühgeburt konfrontiert sind, können sich hierzu auf der Internetseite www.perinatalzentren.org zusätzlich und vertieft informieren. Diese ist so weiterzuentwickeln, dass Eltern dort noch verständlicher aufbereitete Vergleiche der Ergebnisqualität der jeweiligen Einrichtungen finden können.

Angebote zur Geburtsvorbereitung

Vor allem Erstgebärende nehmen während der Schwangerschaft zu einem großen Anteil an Kursen zur Geburtsvorbereitung teil. Genutzt wird dieses Angebot allerdings vorrangig von Familien mit hohem Bildungsstatus (27,2 % der Frauen mit niedriger Bildung versus 72 % derjenigen mit hoher Bildung nutzen Geburtsvorbereitungskurse) (Eickhorst et al., 2016). Diese Kurse werden zumeist von Hebammen durchgeführt. Wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Effekten dieser Angebote, zum Beispiel auf den Geburtsverlauf, das geburtshilfliche Outcome oder das subjektive Wohlbefinden in der Schwangerschaft und nach der Geburt, liegen bislang noch nicht ausreichend vor (Brixval, Axelsen, Andersen, Due, & Koushede, 2014; Gagnon & Sandall, 2007).

Pränataldiagnostik

Werdende Eltern sind mit zahlreichen Optionen in der Diagnostik und z. T. auch in der Behandlung konfrontiert. Ihnen werden Möglichkeiten der Pränataldiagnostik (PND) angeboten und sie müssen entscheiden, welche der angebotenen Untersuchungen sie nutzen wollen und wie sie gegebenenfalls mit einem auffälligen Befund umgehen. Nach einem auffälligen Befund sind Ärztin oder Arzt nach § 2a SchKG verpflichtet, über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

Ziel einer Beratung vor der Inanspruchnahme einer PND ist es, werdende Eltern bei der informierten Entscheidungsfindung zu unterstützen und sie angemessen über die verschiedenen Optionen (Nutzen- und Risikopotenzial, falsch negative oder falsch positive Befunde) zu beraten. Die Beratung muss dem Umstand Rechnung tragen, dass das Informationsbedürfnis sowie die Gesundheits- und Sprachkompetenz der werdenden Mütter und Eltern sehr unterschiedlich sind. Die Komplexität pränataler Diagnostik, die gegenwärtig mit hohem Tempo weiterentwickelt und verändert wird, stellt besondere Anforderungen an die dazu erforderliche Beratung, um eine informierte und mit den eigenen Bedürfnissen und Werten kompatible Entscheidung Schwangerer zu ermöglichen. Dazu ist es erforderlich, während der Beratung die mit der Untersuchung verbundene Belastung, die Grenzen der Untersuchung und vor allem mögliche Konsequenzen verständlich zu machen, dabei eine neutrale, nicht direktive Haltung einzunehmen und Frauen und ihre Partner bzw. Partnerinnen zu ermutigen, ihre eigene selbstbestimmte Meinung zu bilden und entsprechend zu entscheiden. Wichtig sind ergänzende, evidenzbasierte und verständliche Informationsquellen und Entscheidungshilfen, die es Eltern ermöglichen, sich auf die Beratung vorzubereiten, und die Gesprächsinhalte nachvollziehbar machen. Die Beratung über Pränataldiagnostik sollte möglichst frühzeitig erfolgen. Sie findet

derzeit überwiegend in der frauenärztlichen Praxis statt. Der Einsatz von genetischen Untersuchungen im Rahmen von PND (z. B. ETS/ Erst-Trimester-Screening, NIPD/ Nichtinvasive Pränataldiagnostik) unterliegt dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) (BMJV, 2009). Für die gesetzlich vorgesehene genetische Beratung ist eine besondere Qualifizierung notwendig (Näheres s. Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission beim RKI) (GEKO, 2011). Für die Entscheidungsfindung ist ausreichend Zeit einzuräumen. Die Entwicklung von funktionierenden Kooperationsmodellen mit psychosozialen Beratungsstellen sollte vorangetrieben werden.

Individuelle Gesundheitsleistungen
Frauenärztinnen und Frauenärzte sowie Hebammen empfehlen häufig individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder werden von Schwangeren danach gefragt. IGeL sind Leistungen, die nicht zu den Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören, da sie nicht zeigen können oder nicht gezeigt haben, dass sie, wie es das Gesetz fordert, „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (SGB V §12). Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) stellen Informationen zu IGeL unter www.igel-monitor.de zur Verfügung.

Das Angebot individueller Gesundheitsleistungen erfordert die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, wie der schriftlichen Information über die Kosten der Behandlung. Zu den Aufklärungspflichten gehört auch die rechtzeitige Information, um eine Bedenkzeit zu ermöglichen (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012). Ebenfalls gesetzlich geregelt ist, dass die Behandelnden die Schwangere umfassend über Risiken, Kosten sowie mögliche Alternativen aufklären sollen. Die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) angebotenen Gesundheitsinformationen, deren Evidenzorientierung beispielhaft ist, sollten genutzt werden.

Belastungen und Risiken während der Schwangerschaft

Nach der Perinatalstatistik des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) wurden 2014 bei 76,5 % der Schwangeren im Mutterpass Anamnesedaten und Befunde (Katalog A und B) angegeben, die bei der Vorsorge erfragt oder im Schwangerschaftsverlauf diagnostiziert worden waren (AQUA-Institut, 2015). Die häufigsten Befunde während der Schwangerschaft waren chronische oder schwere Erkrankungen in der Familie (23,7 %), ein mütterliches Alter über 35 Jahre (16,8 %), eine frühere schwere Erkrankung der Schwangeren (13,8 %) sowie eine vorangegangene Kaiserschnittentbindung (12,5 %). Solche Befunde bedeuten jedoch nicht zwangsläufig, dass es sich um eine Risikoschwangerschaft handelt. Risikoschwangerschaften sind laut Mutterschafts-Richtlinien solche Schwangerschaften, „[...] bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist“ (G-BA, 2015b, S. 9). Erforderlich ist also eine ärztliche Bewertung der individuellen Situation (G-BA, 2015b). Eine solche individuelle Situation mit Risikocharakter wurde bei 34,8 % der Schwangeren im Mutterpass dokumentiert (AQUA-Institut, 2015).

Die Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind schließt die Förderung von Gesundheitspotenzialen ebenso ein wie die Identifikation von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren. Viele der oben genannten Faktoren sind nicht beeinflussbar. Im nächsten Absatz werden die Risiken benannt, die durch Gesundheitsverhalten beeinflussbar sind.

Ungünstiges Gesundheitsverhalten
Ein kompetentes Gesundheitsverhalten trägt wesentlich zur gesunden Entwicklung des Kindes bei. Wichtig ist eine adressatenspezifische Ansprache ohne Stigmatisierung, bei der alle in der Schwangerenbegleitung beteiligten Professionen wiederholt übereinstimmende evidenzbasierte Empfehlungen aussprechen. Hinsichtlich der psychischen Vorgänge und Herausforderungen fehlen

bislang Studien. Auch die Forschungslage zur Qualität und Wirkung von Information und Beratung rund um die Geburt sind noch sehr lückenhaft. Hier besteht Forschungsbedarf.

Übergewicht, Adipositas und Gestationsdiabetes

Übergewicht, insbesondere in der Schwangerschaft, und eine unausgewogene Ernährung bzw. eine unangemessene Gewichtszunahme in der Schwangerschaft können gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind haben (Horta & Victoria, 2013; Koletzko et al., 2012a; Koletzko et al. 2012b; Torloni et al., 2009). 2014 waren 21,4 % der Mütter in Deutschland zu Beginn der Schwangerschaft übergewichtig (Körpermasseindex (BMI) von 25 bis <30 kg/m^2) und 13,7 % adipös (BMI >=30 kg/m^2). Ein Schwangerschaftsdiabetes wird bei 4,5 % der Schwangeren im Mutterpass dokumentiert (AQUA-Institut, 2015). Im Jahr 2003 lagen die entsprechenden Zahlen bei 15,8 % für Übergewicht, 8,3 % für Adipositas und 1,8 % für Gestationsdiabetes (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, 2005). 2012 wurde die Mutterschafts-Richtlinien angepasst und ein Screening auf Gestationsdiabetes eingeführt, das ein zweistufiges Verfahren vorsieht (50g Glukose-Belastung nicht nüchtern; bei auffälligem Befund Durchführung des oralen Glukosetoleranz-Tests (oGTT) mit 75g Belastung). Die vor und nach Einführung des Screenings erhobenen Daten sind nur bedingt miteinander vergleichbar.

Diejenigen Frauen, die bereits mit Übergewicht in die Schwangerschaft gehen, sollten eine spezielle und vertiefte Ernährungsberatung bekommen. Handlungsempfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft bietet das Netzwerk „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“. Die Empfehlungen werden unterstützt von den Berufsverbänden und den Fachgesellschaften der Frauenärztinnen/ Frauenärzte, der Hebammen, der Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte. Neben dem Kernaspekt der Ernährung werden auch die Themen Bewegung, Alkohol- und Tabakkonsum sowie Arzneimittelgebrauch in der Schwangerschaft behandelt (Koletzko et al., 2012a; Koletzko et al., 2012b).

Tabakkonsum

Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, haben ein erhöhtes Risiko für Früh- und Totgeburten. Informationen zu den Auswirkungen des Rauchens finden sich im 2015 aktualisierten Gesundheitsziel „Tabakkonsum verringern“ (Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*, 2015). So haben Kinder, die im Mutterleib Tabakrauch ausgesetzt werden, meist ein reduziertes Geburtsgewicht, einen geringeren Kopfumfang und ein erhöhtes Risiko für den Plötzlichen Kindstod (SIDS, engl. Sudden Infant Death Syndrome) (Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*, 2015).

Laut Perinatalstatistik 2014 (AQUA-Institut, 2015) geben aktuell 6,8 % der Schwangeren an, Raucherinnen zu sein; 2001 lag dieser Anteil noch bei 13,2 %. Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS) Welle 1 (2009–2012) wurde für Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern ein Raucherinnenanteil von etwa 12 % ermittelt (RKI, 2015b). Nach den Zahlen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) rauchten noch 17,5 % der befragten Mütter in der Schwangerschaft (Bergmann, Bergmann, Ellert, & Dudenhausen, 2007); es zeigt sich damit ein rückläufiger Trend (RKI, 2015b). Allerdings zeigen sich auch Unterschiede im Rauchverhalten verschiedener sozialer Gruppen, die sich in den letzten Jahren verstärkt haben (Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*, 2015).

Die Aufklärung über die Risiken des Rauchens während der Schwangerschaft erfolgt bei der Schwangerenvorsorge. Raucherinnen sollten Hilfestellungen für einen Rauchstopp erhalten, und Angebote zur Suchtprävention sollten das Umfeld der Schwangeren einbeziehen – dies betrifft gleichermaßen Personengruppen wie Lebensräume und das Arbeitsumfeld (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2006). Dabei sollte der Hinweis erfolgen, dass es zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft sinnvoll ist, das Rauchen einzustellen.

Alkoholkonsum

Alkohol ist ein Zellgift und kann bereits in kleinen Mengen schädigend für das ungeborene Kind sein. Alkohol

hemmt das Zellwachstum und kann zu Entwicklungsstörungen führen, vor allem aber schädigt er die Nervenzellen und das Gehirn. Die resultierenden Störungen werden unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD) zusammengefasst. Die schwerwiegendste Form von FASD ist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), dessen Krankheitsbild sich in Wachstumsstörungen, körperlichen Fehlbildungen sowie geistigen und seelischen Beeinträchtigungen oder Störungen äußert. Nach Schätzungen sind etwa 2.000 bis 4.000 Neugeborene pro Jahr betroffen. Insgesamt leiden aber noch deutlich mehr Kinder in Deutschland an FASD, was sich in emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Auffälligkeit in der Schule äußert. Frauen sollten deshalb während der Schwangerschaft gänzlich auf Alkohol verzichten (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2011; Koletzko et al. 2012a; Koletzko et al., 2012b).

Daten zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wurden am Robert Koch-Institut (RKI) in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KiGGS erhoben. Den Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) zufolge nehmen etwa 14 % der Frauen in der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol zu sich (Bergmann et al., 2007). Nach Sozialstatus unterteilt war der Konsum in der Gruppe mit hohem Sozialstatus am häufigsten. Verglichen mit abstinenten Schwangeren rauchten die Alkoholkonsumentinnen häufiger während der Schwangerschaft und hatten seltener einen Migrationshintergrund (Pfinder, Liebig, & Feldmann, 2012). Um aktuelle Daten zu erhalten und Konsummuster während der Schwangerschaft besser beurteilen zu können, besteht weiterhin dringender Forschungsbedarf.

Die Aufklärung über die Gefahren des Alkoholkonsums zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft hat im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge zu erfolgen. Qualitätsgesicherte Informationsmaterialien zur Aufklärung sind niedrigschwellig verfügbar zu machen. Alkoholkranken Frauen sind niedrigschwellige Angebote zur Begleitung der Schwangerschaft zu vermitteln.

Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel

Zu vielen Arzneimitteln mangelt es an validen Daten, um differenziert das Risiko einer Einnahme in Schwangerschaft und Stillzeit beurteilen zu können. Um festzustellen, wie Medikamente in der Schwangerschaft wirken, wird im Rahmen des Pharmakovigilanz-Netzwerkes des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) der Verlauf nach Arzneimittelanwendung in Schwangerschaft und Stillzeit dokumentiert. Die Daten werden mit den Daten ähnlicher Zentren in anderen europäischen Ländern ausgewertet und stehen auf der Internetplattform https://www.embryotox.de für Eltern und Professionelle zur Verfügung. Eine adäquate individualisierte Risikokommunikation, die auf aktuellen wissenschaftlichen Daten beruht, erleichtert Entscheidungen und vermeidet Therapieabbrüche, Fehlbildungen durch Medikamente, unnötige vorgeburtliche Diagnostik, Abbrüche gewünschter und intakter Schwangerschaften und unnötiges Abstillen.

Ein großer Teil der Frauen nimmt während der Schwangerschaft Nahrungsergänzungsmittel ein (Becker, Schmid, Amann-Gassner, & Hauner, 2011). Für die Supplementation von Folsäure (bereits bei Kinderwunsch) und Jod (unter Berücksichtigung etwaiger Schilddrüsenerkrankungen bzw. nach einer Jodanamnese) gibt es eine ausreichende Evidenz (European Food Safety Authority, 2014; Lumley, Watson, Watson, & Bower, 2001; aid infodienst, 2011).

Die Notwendigkeit der Einnahme weiterer Supplemente, z. B. Eisen, Magnesium, Vitamin B12 oder Vitamin D, ist abhängig vom konkreten Bedarf (beispielsweise bei Veganerinnen) bzw. von einem diagnostizierten Mangel. Eine gesunde Ernährung lässt sich allerdings durch die Einnahme von Multinährstoffpräparaten oder einzelnen Nährstoffsupplementen nicht ersetzen. Darüber hinaus kann eine (langfristige) Überdosierung einzelner Nährstoffe auch gesundheitsschädlich wirken (Haider & Bhutta, 2006; Poston, Briley, Kelly, & Shennan, 2006). Grundsätzlich sollten Medikamente und Nährstoffsupplemente während der Schwangerschaft nur in Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt eingenommen werden.

Prävention, Diagnostik und Therapie (drohender) Frühgeburten

Die WHO weist die Prävention von Frühgeburten (eine Geburt vor der 37+0 Schwangerschaftswoche (SSW)) als ein prioritäres gesundheitspolitisches Ziel aus (March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO, 2012). Die Frühgeborenenrate in Deutschland ist in den letzten zehn Jahren relativ stabil geblieben, dies allerdings auf hohem Niveau (Schleußner, 2013).

2014 wurden von insgesamt 658.735 im Krankenhaus geborenen Kindern 0,6 % als extrem frühe Frühgeborene (unter 28 SSW), 0,9 % als sehr frühe Frühgeborene (28 bis unter 32 SSW) und 7,3 % als Frühgeborene (32 bis unter 37 SSW) klassifiziert (AQUA-Institut, 2015). Von den 2014 im Krankenhaus geborenen Kindern kamen 0,7 % mit extrem niedrigem Geburtsgewicht (unter 1000 g), 0,8 % mit sehr niedrigem (1000–1499 g) und 5,8 % mit niedrigem Geburtsgewicht (1500–2499 g) zur Welt (AQUA-Institut, 2015).

Die hohe Prävalenz von Frühgeburtlichkeit kann dabei nicht alleine durch das zunehmend höhere Fertilitätsalter sowie die Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften durch reproduktionsmedizinische Techniken begründet werden. Denn auch Länder mit ähnlicher Ausgangssituation (insbesondere mit ähnlich angestiegenem durchschnittlichem Fertilisationsalter bei Erstgebärenden) weisen vor dem Hintergrund umfassender Präventionskampagnen niedrigere Frühgeburts-Quoten auf; zu nennen sind hier die Niederlande mit 8 %, die Schweiz mit 7,4 %, Italien mit 6,5 %, Japan und Schweden mit je 5,9 % und Finnland mit 5,5 % (WHO, 2010).

Gesundheitspolitische Maßnahmen zielten bislang erfolgreich auf die Verbesserung der neonatologischen Versorgung und mithin der Überlebenschancen der Frühgeborenen, jedoch noch deutlich zu wenig auf die Senkung der Häufigkeit von Frühgeburten. Angesichts der auf hohem Niveau stabilen Frühgeborenenrate (Schleußner, 2013, siehe auch Ziel 2), stellt die Prävention von Frühgeburten eine wichtige Aufgabe dar. Es gibt eine Vielzahl von Studien zur Prävention von Frühgeburten und eine aktuelle Recherche in der Cochrane Database ergibt allein 17 Metaanalysen (Cochrane search, o.D.).

Das Ziel einer Primärprävention ist die Senkung der Frühgeburtlichkeit mittels einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheit der Frauen durch die Vermeidung von körperlichen, sozialen und psychischen Belastungsfaktoren vor oder während der Schwangerschaft sowie durch die Vermeidung von Infektionen (Flood & Malone, 2012).

Allein die Beendigung des Rauchens senkt das Risiko für eine Frühgeburt signifikant (Odds Ratio 0,84; 95 % Konfidenzintervall 0,72–0,98) (Flood & Malone, 2012). Sowohl Untergewicht als auch Adipositas mit einem Body-Mass-Index (BMI) >35 erhöhen dagegen das Frühgeburtsrisiko signifikant, sodass der Ernährungsberatung im Rahmen der Schwangerenvorsorge eine besondere Bedeutung zukommt. Bei belastender beruflicher Situation muss präventiv eine Belastungsanpassung am Arbeitsplatz vorgenommen werden. Wenn diese nicht ausreichend wirksam ist, kann ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden. Da es Hinweise darauf gibt, dass auch eine hohe Feinstaubexposition das Frühgeburtsrisiko erhöht, sollte ein Ziel sein, Umweltbelastungen insbesondere im städtischen Raum zu vermindern (DeFranco et al., 2016).

Anzustreben ist ein breiter Prüfprozess im Sinne der WHO-Initiative „Born too Soon – The Global Action Report on Preterm Birth“ (March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO, 2012). Diese zielt darauf ab, Präventionsmaßnahmen international auszuwerten und den Erfahrungsaustausch zu verbreitern. Weil Frühgeburtlichkeit ein multikausales Problem ist, sind Einzelmaßnahmen weniger erfolgversprechend als ein koordiniertes Vorgehen. Die WHO möchte alle Partner – Regierungen, Nichtregierungsorganisationen und gewerbliche Anbieter – dazu anregen, Maßnahmen, Programme und Forschung gegen Frühgeburtlichkeit zu verstärken. Konkret sollen über Fachkongresse, Forschungs- und Modellprojekte Bewusstsein, Sensibilität und Aktivitäten zur Prävention von Frühgeburtlichkeit bei Schwangeren wie auch Fachkräften erhöht werden. Durch Maßnahmen

im Sinne der WHO-Initiative gilt es, die wichtige Arbeit der zur Frühgeburt bereits eingesetzten Leitlinienkommission auszubauen. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, deren Evidenz nachgewiesen ist, sollten verstärkt implementiert werden.

Prävention von fetalen Infektionen in der Schwangerschaft
Infektionen in der Frühschwangerschaft können zu schwerwiegenden Entwicklungsstörungen führen. Deshalb sollte bereits vor der Schwangerschaft der Immunstatus bezüglich der impfpräventablen Infektionen geprüft und der Impfschutz gegen Mumps, Masern, Röteln und Windpocken bei Bedarf hergestellt oder ergänzt werden. Die Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken erfolgt mit sog. Lebendimpfstoffen, die in der Schwangerschaft kontraindiziert sind. Zwischen Impfungen und Konzeption sollte hierbei möglichst ein Abstand von einem Monat eingehalten werden. Zum Schutz des Neugeborenen vor einer Ansteckung mit Keuchhusten sollte die Mutter möglichst bereits vor der Konzeption über einen Impfschutz verfügen. Auch enge Kontaktpersonen des Säuglings sollten vor der Geburt des Kindes den Impfschutz gegen Keuchhusten überprüfen und gegebenenfalls auffrischen lassen.

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt zudem, dass sich Schwangere ab dem 2. Trimenon (bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab dem 1. Trimenon) gegen Grippe impfen lassen. Außerdem gibt es umfangreiche Empfehlungen zur Prävention von Toxoplasmose, Cytomegalie und Listeriose. Die Aufklärung zur Vermeidung dieser Krankheiten erfolgt im Rahmen der Schwangerenvorsorge (Thomas, 2010).

Besondere Unterstützungsbedarfe

Identifikation vulnerabler Gruppen und belastender Lebensumstände
Besonders gilt es, Frauen und Familien in benachteiligten Lebenslagen zu erkennen und ihre Kompetenzen zu stärken, da sie in der Regel besondere und erhöhte Bedarfe aufweisen (z. B. Frauen mit Migrationshintergrund ohne legalen Aufenthaltsstatus oder mit schlechten Deutschkenntnissen, Frauen, die von Armut oder prekären Lebenssituationen betroffen sind, Frauen in Gewaltbeziehungen, minderjährige Schwangere, illegale Drogen konsumierende Schwangere) (David, Borde, & Siedentopf, 2012; Koller, Lack, & Mielck, 2009).

Anknüpfend an die adressatenorientierte Betreuung sind Angebote der Schwangerenvorsorge und -versorgung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln, die auch den psychosozialen Unterstützungsbedarf einschließen (Dennis & Dowswell, 2013). Im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention („Präventionsgesetz“) wurde festgelegt, dass die Beratung im Rahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote sowie weitere Leistungsansprüche für Eltern und Kind umfasst (SGB V § 24 d).

Angebote sollten den spezifischen Lebensrealitäten gerecht werden und neben den gesundheitlichen Aspekten auch eine Verbesserung der sozialen Lage beinhalten. Vor allem sozial benachteiligte Frauen, die aufgrund belastender Lebensumstände besonders von den Angeboten profitieren können, finden oft schwer Zugang zu diesen oder werden nur schwer erreicht (siehe Ziel 5).

Psychische Belastungen und Erkrankungen
Psychische Belastungen und Erkrankungen (Ängste, Depressionen etc.) treten auch in der Schwangerschaft auf und können den Verlauf der Schwangerschaft beeinträchtigen (Junge-Hoffmeister, Weidner, Bittner, 2012). Auch körperliche Komplikationen wie habitueller Abort,

Hypertension, Präeklampsie und drohende Frühgeburt haben oft einen psychosomatischen Anteil (Leeners & Rauchfuß, 2012). Dies kann eine zusätzliche Kooperation mit entsprechenden Fachkräften erforderlich machen (Ärztinnen und Ärzte für psychosomatische Medizin, ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten, Psychiaterinnen und Psychiater). Hierfür sind funktionierende lokale Versorgungsnetzwerke von großer Bedeutung (Weidner et al., 2010).

Mütterlicher Stress wirkt sich auch auf den Fötus aus. Zwanzig prospektive klinische Studien, von denen die längste Jugendliche bis zum Alter von 15 Jahren untersucht hat, zeigen negative Effekte von Stress während der Schwangerschaft auf die motorische und kognitive Entwicklung sowie eine Assoziation mit Verhaltensauffälligkeiten und ADHS (Van den Berg, Mulder, Mennes, & Glover, 2005). Wichtig ist zu erkennen, ob stresserzeugende Faktoren in der Schwangerschaft aufgetreten sind oder zugenommen haben, woraus sie resultieren, und Unterstützung anzubieten. Es gibt ein breitgefächertes regionales Beratungs- und Betreuungsangebot, das u. a. Frauenärztinnen und Frauenärzte, Schwangerschafts-(Konflikt-)Beratungsstellen, Familienhebammen, Stadtteilmütter, ehrenamtliche Familienpatinnen und Familienpaten umfasst. Für eine adäquate Betreuung, insbesondere von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf, ist eine gut funktionierende Schnittstellengestaltung zwischen den geburtshilflichen Betreuungsangeboten und Berufsgruppen einerseits sowie dem Familien-, Kinder- und Jugendhilfesystem andererseits nötig.

Das Ziel, erhöhte Bedarfe zu identifizieren, muss dabei im Gleichgewicht stehen mit dem Ziel, Frauen in ihrer Selbstwirksamkeit zu unterstützen. Zahlreiche Studien belegen, dass eine Risikoorientierung zu einer Entmutigung von Frauen beitragen und das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit einschränken kann (Dennis & Creedy, 2004; Sydsjö, 1992).

Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und kontinuierliche Betreuung

Nach § 24d SGB V haben Versicherte während der Schwangerschaft Anspruch sowohl auf ärztliche Betreuung als auch auf Hebammenhilfe. Die Vorsorge kann laut Mutterschafts-Richtlinien bei einem normalen Schwangerschaftsverlauf auch von einer Hebamme durchgeführt werden. Um sich für ein Betreuungsmodell entscheiden zu können, müssen die unterschiedlichen Kompetenzen und Betreuungsangebote der beiden Berufsgruppen für die Schwangere transparent sein (Mutterschafts-Richtlinien A, Absatz 7). So sind die Untersuchungen mittels Ultraschall (Screening, weiterführende Untersuchungen, Doppler-Ultraschall) ärztliche Leistungen; die Betreuung und Behandlung bei pathologischen Befunden (z. B. Hypertonus, drohende Frühgeburt, Wachstumsretardierung) erfordern eine besonders enge Kooperation unter fachärztlicher Verantwortung. Den genauen Umfang der Leistungen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den Mutterschafts-Richtlinien fest.

Nach den Daten der Perinatalerhebung nahmen Schwangere 2014 an durchschnittlich 11,5 Vorsorgeuntersuchungen teil. Bei 84,3 % der Schwangeren erfolgte die Erstuntersuchung vor der 13. Schwangerschaftswoche. 1,9 % der Schwangeren nutzten weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen. 42,2 % der Schwangeren nahmen mehr als elf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch (AQUA-Institut, 2014). Die überwiegende Zahl der Schwangeren nimmt die Schwangerenvorsorge bei ihrer Frauenärztin oder ihrem Frauenarzt wahr. Zur Inanspruchnahme von Hebammenversorgung in Deutschland existieren bislang nur sehr wenige Daten (Angelescu, 2012). Dies gilt es, im Rahmen der Versorgungsforschung zu klären und zu ergänzen.

Der in Deutschland seit 50 Jahren etablierte und in hohem Maße akzeptierte Mutterpass dient der Doku-

mentation aller relevanten schwangerschaftsbezogenen Daten und medizinischen Befunde, er bietet die Möglichkeit einer schnellen Orientierung aller an der medizinischen Betreuung von Schwangeren Beteiligten über diese Informationen und kann somit die Kooperation zwischen den Berufsgruppen erleichtern.

Die Schwangerenvorsorge in Deutschland umfasst neben einer Begleitung und Gesundheitsberatung in der Schwangerschaft zusätzlich auch die Prävention sowie das frühzeitige Erkennen von Erkrankungen und Bedingungen, die Risiken für Mutter und Kind bergen (Vetter & Goeckenjan, 2013). Dies gilt insbesondere für den 52 Punkte umfassenden Befundkatalog des Mutterpasses (Schling, Hillemanns, & Gross, 2009). Die während der Schwangerenvorsorge erhobenen anamnestischen und medizinischen Untersuchungsbefunde zu Mutter und Kind sind von zentraler Bedeutung für eine Prävention vermeidbarer Komplikationen und deren erfolgreiche Behandlung während der Geburt.

Die Betreuung bei auftretenden Risiken erfordert neben dem medizinischen Wissen eine besondere psychosoziale Kompetenz (Schuster, 2012). Eine Qualifikation, wie beispielsweise die im Curriculum der fachärztlichen Ausbildung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorgeschriebene Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung, ist für alle Berufsgruppen, die Schwangere betreuen, wünschenswert. Bei der Vermittlung von Wissen und der Einordnung von Informationen über Schwangerschaft und Geburt kommt den beteiligten Berufsgruppen in der Begleitung der Schwangerschaft eine wichtige Rolle zu. Zwar stellen (soziale) Medien mittlerweile eine bedeutende Quelle für gesundheitsrelevante Informationen und Kommunikation dar (Websites, Blogs, Twitter etc.) und können das individuelle Verständnis für Wissenschaft, medizinische Praxis und ethische Kontroversen maßgeblich beeinflussen (Seale, 2010), jedoch sind die vermittelten Informationen oft interessengeleitet und häufig nicht evidenzbasiert oder qualitätsgesichert. Deshalb sind kommunikative Fähigkeiten und kritische Kenntnis der aktuellen Diskurse für alle Berufsgruppen notwendig, damit sie mit den Familien zu relevanten Themen ins Gespräch kommen, Basiswissen vermitteln, auf verlässliche Informationsangebote hinweisen, Vertrauen schaffen und Ängste abbauen können, um so bei den Adressatinnen und Adressaten auch ein umfassendes Verständnis der eigenen (Risiko-)Situation zu fördern und informierte Entscheidungen zu ermöglichen.

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 1.1 Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt.	Ausbau von bereits evaluierten, umfassenden, nutzerorientierten und frühzeitigen Zugängen und Konzepten zur Stärkung der Familien.
	Maßnahmen zur Förderung von Empowerment von werdenden Müttern und Eltern durch Information und Beratung und psychosoziale Unterstützung.
	Empowerment und Advocacy-Ansatz als zentrale Ausbildungsinhalte für alle in der Schwangerenberatung Tätigen etablieren.
	Stärkere Ausrichtung des Systems auf eine familienorientierte Versorgung (ggf. mit Bedarfsdifferenzierung).
	Vermittlung von Gesundheitskompetenzen im Bereich Ernährung, Bewegung und Mundgesundheit.
	Kompetenzerweiterung in der Bewertung des Angebots von IGeL-Leistungen.
	Kompetenzerweiterung in der Bewertung des Angebots von Pränataldiagnostik.
	Orientierungshilfen und evidenzbasiertes Beratungsangebot zur geburtshilflichen Betreuung, zusätzlich auch übersetzt in die meistgenutzten Sprachen.
	Frühzeitige Beratungsangebote zu Bindungs- und Stillförderung unter Einbeziehung der Väter.
	Transparenz und nutzerfreundliche Daten zu allen Geburtsorten (Kliniken, außerklinische Geburtsorte).
	Ausbau insbesondere der internetbasierten Beratungsinstrumente für die Bereitstellung einer regionalen Aufstellung der Versorgungsangebote für werdende Eltern (z. B. www.familien-wegweiser.de und www.familienplanung.de).
	Förderung von gezielten, evidenzbasierten Programmen zu Ernährung und Bewegung.
	Qualifizierung von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten in Fragen der Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Schwangerschaft.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Ernährungsberaterinnen, Ernährungsberater
BMEL	Familienhebammen
BMFSFJ	Frauenärztinnen, Frauenärzte
BMG	Geburtsvorbereiterinnen
BZgA	Hebammen
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Familien- und Jugendhilfe	Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen
Familienzentren/ Familienberatungsstellen	Psychologinnen, Psychologen
Forschungseinrichtungen	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
Geburtskliniken und -häuser	Schwangerschaftskonfliktberaterinnen, Schwangerschaftskonfliktberater
Gesundheitsämter	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
Informationensanbieter wie aid infodienst, DGE, Netzwerk Gesund ins Leben	Stillberaterinnen
Krankenkassen	Zahnärztinnen, Zahnärzte

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 1.1 Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt.	Entwicklung und empirische Prüfung theoriegeleiteter und adressatengerechter Konzepte für Geburtsvorbereitungsangebote.
Teilziel 1.2 Evidenzbasierte Grundlagen zu Information, Beratung und Versorgung sind entwickelt und werden einheitlich in der Praxis eingesetzt.	Erarbeitung und Verbreitung von adressatenspezifischen, evidenzbasierten Informationen.
	Erarbeitung von fachübergreifend konsentierten und widerspruchsfreien Informationsmaterialien.
	Identifikation von Ansätzen guter Praxis zum Erkenntnistransfer.
	Stärkung der (interkulturellen wie z. B. zanzu.de) Kommunikations- und Beratungskompetenzen aller beteiligten Professionen und Einrichtungen durch Weiterbildungsangebote.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
ÖGD	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen	
Selbsthilfe	
UPD	
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Hebammen
BMG	Familienhebammen
BZgA und andere Anbieter qualitiätsgesicherter Gesundheitsinformationen	Geburtsvorbereiterinnen
Familien- und Jugendhilfe	Schwangerschaftskonfliktberaterinnen, Schwangerschaftskonfliktberater
Forschungseinrichtungen	
Geburtskliniken und -häuser	
Gesundheitsämter	
Krankenkassen	
IQWiG	
UPD	

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 1.3 Belastungen und Risiken sind identifiziert und verringert.	Forschung zu und Konsentierung von Ursachen für Belastungen und Entwicklung von Kriterien zur Identifikation von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf.
	Information über regionale qualitätsgesicherte Hilfsangebote für Frauenärztinnen und Frauenärzte und Hebammen zur Unterstützung ihrer Lotsenfunktion.
	Aufklärung und wiederholte niedrigschwellige Ansprache werdender Eltern mit Beratungs- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf Stressbewältigung, Bewegung und Ernährung und Mundgesundheit durch alle beteiligten Professionen.
	Bereitstellung eines engmaschigen, aufeinander abgestimmten Unterstützungsangebotes.
	Bereitstellung evidenzbasierter Informationen zur Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft und zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz (z. B. über Erhöhung des Bekanntheitsgrads der Plattform www.embryotox.de).

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Apothekerinnen, Apotheker
BMBF	Ernährungsberaterinnen, Ernährungsberater
BMG	Familienpflegerinnen, Familienpfleger
Familien- und Gesundheitsministerien der Bundesländer	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Familien- und Jugendhilfe	Geburtsvorbereiterinnen
Familienzentren/ Familienberatungsstellen	Hebammen
Forschungseinrichtungen	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Geburtskliniken und -häuser	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
Gesundheitsämter	Zahnärztinnen, Zahnärzte
Krankenkassen	
ÖGD	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen	
Selbsthilfe	
UPD	

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 1.4 Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten, ist erhöht. Folgeschäden sind reduziert.	Förderung alkoholfreier Lebensräume in der Lebensumgebung schwangerer Frauen.
	Eindeutige Warnungen vor Alkoholkonsum in der gesamten Schwangerschaft und während des Stillens.
	Warnhinweise auf alkoholischen Getränken und Tabakwaren.
	Information über Risiken für alkoholbedingte Krankheiten wie FASD für das ungeborene Leben.
	Beratung und Unterstützung von Schwangeren und ihren Partnerinnen bzw. Partnern und ihrem sozialen Umfeld zu den Gesundheitsgefahren durch Fehlernährung, Alkoholkonsum sowie Passivrauchen.
	Integration der Themen „Rauchverhalten“ und „Alkoholkonsum“ in die Schwangerschaftsvorsorge und die kinder-/jugendärztliche Anamnese sowie in die Anamnese im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen.
	Information über die Gesundheitsrisiken des Passivrauchens und wirksame Möglichkeiten zum Schutz der Kinder vor Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge und für junge Eltern.
	Integration der Tabakentwöhnung für Schwangere und junge Eltern in die ärztliche Betreuung.
	Aufnahme von Tabakprävention und Entwöhnungsberatung in die Aus-, Fort-, Weiterbildung von Sozial- und Gesundheitsberufen.
	Informationsmaterialien, Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung hinsichtlich des erhöhten Frühgeburtsrisikos durch den Konsum von Alkohol und Tabak.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Apothekerinnen, Apotheker
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Familienhebammen
BMG	Familienpflegerinnen, Familienpfleger
BZgA	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Deutsche Hauptstelle für Suchprävention	Geburtsvorbereiterinnen
Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe	Hebammen
Fachstellen für Suchtprävention	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Pädagoginnen, Pädagogen
Familien- und Jugendhilfe	Psychologinnen, Psychologen
Familienzentren/ Familienberatungsstellen	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
Geburtskliniken und -häuser	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 1.4 Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten, ist erhöht. Folgeschäden sind reduziert.	
Teilziel 1.5 Senkung der Frühgeburtenrate.	Auswertung internationaler Erfahrungen; Initiierung von Forschungs- und Modellprojekten im Sinne der WHO-Initiative „Born too soon“.
	Ausbau der bereits bestehenden Leitlinienkommission zum Thema Frühgeburt zur Erhöhung des Bewusstseins, der Sensibilität und Aktivitäten zur Prävention von Frühgeburtlichkeit.
	Forschung und Erprobung mglw. geeigneter Maßnahmen/ Strategien zur Senkung der Frühgeburtlichkeitsrate.
	Psychosomatische Weiterbildung für alle beteiligten Berufsgruppen zur Begleitung von Frauen mit drohender Frühgeburt.
	Ausbau der Internetseite www.perinatalzentren.org, um verständlich aufbereitete Vergleiche der Ergebnisqualität der Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Gesundheitsämter	
Krankenkassen	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen	
Selbsthilfe	
Suchtberatungsstellen	
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Frauenärztinnen, Frauenärzte
BMBF	Hebammen
BMG	Psychologinnen, Psychologen
Forschungseinrichtungen	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
Geburtskliniken und -häuser	
G-BA	
IQTIG	

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 1.6 Besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.	Entwicklung und Einsetzung von ressourcenorientierten Assessmentverfahren zur Unterstützung eines adressatengerechten frühzeitigen Erkennens und Beeinflussens von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren.
	Interkulturelle Öffnung der Schwangerenbetreuung und Ausbau der communityspezifischen Selbsthilfe.
	Stärkung der Kooperation von Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und ÖGD; insbesondere mit Perspektive auf die Entwicklung familienorientierter, aufsuchender Angebote für Schwangere/ Familien in besonders belasteten Lebenssituationen.
	Integration von Kompetenzentwicklung/ Qualifizierung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung etwa von Lehrkräften und Ausbildern (Train the Trainers) hinsichtlich des Umgangs mit Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf
	Frühzeitige Beratung, Casemanagement und Lotsenfunktion durch professionelle Fachkräfte zur bedarfsgerechten Vermittlung von Unterstützungsangeboten.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
BMFSFJ	Frauenärztinnen, Frauenärzte
BMG	Familienhebammen
BZgA	FGKiKP
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Hebammen
Kinder- und Jugendhilfe	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
ÖGD	Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen
Psychosoziale Beratungsstellen	Pädagoginnen, Pädagogen
Schulen	Psychologinnen, Psychologen
Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
SPZ	Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter

Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 1.7 Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung.	Stärkung multiprofessioneller Schwangerenvorsorge/ Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung.
	Entwicklung von Kooperationsmodellen für die Zusammenarbeit zwischen Frauenärztinnen/ Frauenärzten und Hebammen unter Beachtung der berufsrechtlichen Bedingungen.
	Ermittlung spezifischer Bedarfe werdender Eltern durch partizipative Forschung. Ausbau der Kooperation zwischen Schwangerschaftskonfliktberatung, Gesundheitswesen, Familien- und Sozialämtern sowie Jobcentern.
	Gewährleistung eines schnellen Austausches von Informationen durch Nutzung des Mutterpasses/ Mutterpass als zentrales Element für die Kontinuität der Betreuung (Frauenärztin/ Frauenarzt, Hebamme, Klinikpersonal).
	Etablierung einheitlicher evidenzbasierter, differenzsensibler Informationsstandards zur Information werdender Eltern über alle Berufsgruppen und Beratungseinrichtungen hinweg.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und HeilberufeGemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V	Apothekerinnen, Apotheker
Jobcenter	Familienhebammen
Kinder- und Jugendhilfe	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Kommunale Beratungsstellen und Ämter (z. B. Sozialämter)	Geburtsvorbereiterinnen
Kommunale Gesundheitskonferenzen	Hebammen
Landesgesundheitskonferenzen	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Landesvereinigungen für Gesundheit	
ÖGD	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen	

ZIEL 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert

Förderung einer interventionsarmen Geburt und Stärkung gesundheitlicher Ressourcen

Weltweit besteht kein Konsens über die Definition einer physiologischen Geburt. Im deutschen Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung, 2014) wird unter physiologische Geburt eine Geburt verstanden, bei der keine oder möglichst wenige, gut begründete Interventionen durchgeführt werden. Sie schließt also nicht jegliche Art der Intervention aus. Dieser Definition soll im vorliegenden Text gefolgt werden.

Die Geburt eines Kindes ist eine der grundlegenden Lebenserfahrungen für eine Frau. Ziel jeglicher Bemühungen vor, während und nach einer Geburt muss sein, die Gesundheit von Mutter und Kind zu erhalten und zu stärken. Alles Handeln der den Geburtsprozess begleitenden Personen muss sich an diesem Ziel messen lassen. Das Verständnis von Gesundheit orientiert sich dabei nicht nur an Kennzahlen körperlicher Gesundheit, sondern auch an subjektiver gesundheitsbezogener Lebensqualität und Wohlbefinden.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine Begleitung und Betreuung der Frau gemäß dem frauzentrierten Konzept sehr förderlich. Zum Konzept der frauzentrierten Betreuung gehören verschiedene Komponenten: Zentral sind hierbei Choice (Wahlmöglichkeiten und informierte Entscheidungen), Control (persönliche Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung), Continuity (Kontinuität durch eine oder mehrere bekannte Betreuungspersonen) (Hundley, Milne, Glazener, & Mollison, 1997) sowie das Prinzip ‚Being with Women‘ (partnerschaftliche Betreuung). Zudem ist die Anerkennung der Expertise der Frau, ihre eigenen Entscheidungen treffen zu können, sowie der Einbezug sozialer, emotionaler, körperlicher, psychosozialer, spiritueller und kultureller Bedürfnisse und Erwartungen unabdingbar (Royal College of Midwives, 2001; Leap, 2009; Bauer, 2011). Aktiv an der Geburt beteiligt zu sein und sich selbstbestimmt zu fühlen, ist Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, die Einfluss auf die erfahrene persönliche Kontrolle und auf das gesamte Geburtserleben der Mutter hat (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990). Zudem sind positive Effekte auf das Selbstwirksamkeitserleben zu erwarten, was sich wiederum förderlich auf den Aufbau einer frühen tragfähigen Bindung zum Kind auswirkt (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013).

Voraussetzung dafür sind sprachlich und inhaltlich verständliche Optionen, Informationen und Wahlmöglichkeiten, um gemeinsam mit dem betreuenden geburtshilflichen Team interaktiv Entscheidungen treffen zu können. Diese Entscheidungen können sehr unterschiedliche Bereiche in der geburtshilflichen Betreuung betreffen. So kann es sich beispielsweise um Entscheidungen hinsichtlich schmerzerleichternder Methoden, Untersuchungen, Mobilität oder Geburtspositionen handeln.

Das frauzentrierte Betreuungskonzept schließt mit ein, dass den Frauen durch die betreuenden Frauenärztinnen, Frauenärzte und Hebammen Zuversicht und Vertrauen vermittelt werden und sie bei der Entscheidung geleitet werden können (Berg, Lundgren, Hermansson, & Wahlberg, 1996).

Medizinische Interventionen während der Geburt oder „Die Kunst des Nichtstuns“

Empfehlungen der WHO (World Health Organization, 1996) zufolge sollte in einen normal verlaufenden Geburtsprozess nur aus einem triftigen Grund eingegriffen werden. Schwangere mit Risiken haben besondere Bedarfe während des Gebärens (siehe Ziel 1), denn aus Risikoschwangerschaften können sich (aber müssen sich nicht) Risikogeburten entwickeln. Die in der Schwangerschaft betreuenden Ärztinnen, Ärzte und Hebammen haben daher die wichtige Aufgabe, die Schwangere bei der Wahl des für sie richtigen Geburtsortes zu beraten. Als Geburtsort sollte jeweils eine Einrichtung mit ausreichendem Versorgungsstandard ausgewählt werden. Jede Geburtshilfe betreibende Einrichtung muss in der Lage sein, sich erst während der Geburt entwickelnde akute Risiken – wie z. B. schwere Blutungen behandeln

zu können bzw. eine zeitnahe, sichere Verlegung in eine Klinik der höheren Versorgungstufe zu realisieren. Dies gilt auch für andere Notfälle, die die Gebärende oder das Kind betreffen.

Besondere Bedarfe während der Geburt haben insbesondere auch Frauen nach Gewalterfahrung, mit Behinderung, einer psychischen Erkrankung oder mit Sprach- oder Kulturbarrieren; diese Bedarfe müssen primär von den die Schwangerschaft begleitenden Ärztinnen, Ärzten und Hebammen und weiter von dem geburtshilflichen Team erkannt und beachtet werden.

Etwa 98,5 % aller Geburten in Deutschland finden im Krankenhaus statt, etwa 1,5 % außerklinisch, meist in Geburtshäusern oder zu Hause (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2014b; zu Sayn-Wittgenstein, 2007). 2014 wurden bei Geburten im Krankenhaus 89 % der Frauen von in der Klinik angestellten und 11 % von externen Hebammen (Beleghebammen) betreut (AQUA-Institut, 2014).

2014 waren 61,8 % der in den Kliniken betreuten Geburten in Deutschland Spontangeburten. Bei 6,2 % der Geburten wurden Saugglocke oder Geburtszange eingesetzt. 31,8 % der Geburten waren Kaiserschnitte (Statistisches Bundesamt, 2015a). Als Indikationen für eine Kaiserschnittentbindung bei Einlingen wurden in der Perinatalstatistik am häufigsten eine vorangegangene Kaiserschnittentbindung oder eine andere Gebärmutteroperation (27,9 %), ein pathologisches CTG (21,3 %), eine protrahierte Geburt bzw. ein Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (11,0 %) oder ein relatives Missverhältnis (9,4 %) angegeben. Seit 1994 hat sich der Anteil der Kaiserschnitte an allen Geburten fast verdoppelt, mittlerweile scheint sich jedoch eine Stagnation abzuzeichnen (Statistisches Bundesamt, 2015b). Darüber hinaus lassen sich erhebliche regionale Unterschiede bei den Kaiserschnittraten feststellen (Kolip, Nolting, & Zich, 2012).

Das Credo für die Bewertung eines geburtshilflichen Eingriffs lautet grundsätzlich: „Don't intervene in physiology unless the intervention is known to be more effective than nature. Ensure the intervention has no side effects that outweigh benefit" (Chalmers, Enkin, & Keirse, 1989). Eine sorgfältige und individuelle Risikoabwägung ist also stets erforderlich. So kann zum Beispiel eine medikamentöse Schmerztherapie (Periduralanästhesie) während der Geburt eine vaginale Geburt ermöglichen, ist aber nicht frei von möglichen negativen Folgeoutcomes. Studien zufolge kann es zu einer verlängerten Austreibungsphase, einer signifikant höheren Rate an vaginal-operativen Geburten, signifikant mehr Episiotomien und einer häufigeren Gabe von Oxytocin intrapartal kommen (Bodner-Adler et al., 2002; Enkin et al., 2006).

Faktisch erfahren in Deutschland nur 8,2 % aller Low-Risk-Frauen in der Klinik keine invasiven Interventionen während der Geburt (Schwarz, 2008). Unter invasive Interventionen fallen in der Studie von Schwarz 2008: internes Geburts-CTG, Fetalblutuntersuchung, medikamentöse Zervixreifung, Geburtseinleitung, Wehenmittel sub partu, Anästhesien, Dammschnitt (Episiotomie), Geburtszange (Forzeps), Vakuumextraktion, primärer oder sekundärer Kaiserschnitt (Sectio). Dabei kann diese Studie keine explizite Aussage darüber treffen, ob diese Interventionen zu vermeiden gewesen wären (siehe Definition „physiologische Geburt"). Die Ergebnisse geben aber Hinweise darauf, dass Interventionen – insbesondere bei Low-Risk-Frauen – zu häufig eingesetzt werden (Bauer, 2011).

Zudem lässt sich das komplexe, jedes Mal einzigartige Geschehen einer Geburt auch nicht komplett durch ein enges Studienprotokoll erfassen (Enkin et al., 2006). Wissenschaftliche Kriterien für die Wirksamkeit geburtshilflicher Interventionen sind in verschiedenen Publikationen zusammengestellt (Chalmers, Enkin, & Keirse, 1989, Enkin et al. 2006), und eine Vielzahl von randomisierten Studien zu Interventionen während der Geburt sind inzwischen durchgeführt worden, deren Ergebnisse jedoch nur zum Teil in die klinische Praxis überführt worden sind (NICE, 2015). Es wird in Fachkreisen darüber diskutiert, warum die Implementierung von evidenzbasierten Erkenntnissen in die Praxis zum Teil nur

zögerlich umgesetzt wird. Vermutete Gründe sind unter anderem, dass internationale Studienergebnisse nicht auf jedes Land übertragbar sind oder dass klinische Hierarchien oft Veränderungen verhindern.

Trotz fehlender bzw. nicht eindeutiger Ergebnisse zu den Interventionen wird dennoch häufig in den bis dahin meist physiologisch verlaufenden Geburtsprozess eingegriffen (Petersen, Poetter, Michelsen, & Gross, 2013).

Um diesem Sachverhalt zu begegnen, werden in Deutschland derzeit zwei S3 Leitlinien interdisziplinär und interprofessionell erarbeitet: „Die vaginale Geburt am Termin“ (www.awmf.org, Registernummer: 015-083) und „Die Sectio Caesarea“ (www.awmf.org, Registernummer: 015-084). Beide Leitlinien sind 2017 zu erwarten.

Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und kontinuierliche Betreuung

Geburtshilfliche Regelversorgung

In Deutschland sind derzeit folgende Betreuungsmodelle während der Geburt etabliert:

- Geburtsklinik/ Geburtshilfliche Abteilung mit frauenärztlich geleitetem Kreißsaal
- Geburtsklinik/ Geburtshilfliche Abteilung mit Beleghebammen und/ oder Belegärztinnen und Belegärzten
- Geburtsklinik/ Geburtshilfliche Abteilung mit Hebammenkreißsaal
- Geburtshaus
- Hausgeburtshilfe

Ca. 98 % aller Frauen nehmen Angebote der ersten beiden Betreuungsmodelle wahr. Die Entscheidung dieser Frauen wird durch die Qualität der Versorgung und Rahmenbedingungen in den Kliniken beeinflusst. Wichtige Aspekte sind auch die gewünschte Sicherheit durch eine rund um die Uhr vorgehaltene kinder-/ jugendärztliche und anästhesiologische Versorgung sowie die Möglichkeit der medikamentösen Schmerzerleichterung (Kolip, Baumgärtner, & von Rahden, 2009).

Versorgungsstufen in der klinischen Geburtshilfe

Für die klinische Geburtshilfe existiert in Deutschland entsprechend den gesetzlichen Regelungen und aufgrund der Festlegungen der Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) ein Stufensystem der perinatologischen Versorgung. Schwangere mit bekannten Belastungen und/ oder Geburt vor 36+0 SSW sollen ausschließlich in Kliniken versorgt werden, in denen eine adäquate vorgeburtliche und geburtshilfliche Behandlung möglich ist. Analog sollen Kinder, bei denen postnatale Diagnostik und Therapie erforderlich sind, ausschließlich in Einrichtungen geboren werden, in denen eine kinder-/ jugendärztliche Versorgung (stratifiziert nach Risikosituation und Reifestatus des Kindes) vorhanden ist und pränatal diagnostizierte Probleme adäquat versorgt werden können. Auf diese Weise wird eine risikoadaptierte Versorgung Schwangerer und Neugeborener gewährleistet.

In Geburtskliniken (Versorgungsstufe IV) sollen nur Schwangere ohne bekannte Risiken und nahe am Geburtstermin versorgt werden. Eine Kinderklinik ist nicht angeschlossen, Notfallbetreuung und Vorsorgeuntersuchungen der Neugeborenen erfolgen in Kooperation mit einer Kinderklinik oder niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzten. Wegen des höheren Transportrisikos der Neugeborenen müssen Risikoschwangere rechtzeitig präventiv in Krankenhäuser einer höheren Versorgungsstufe verlegt werden.

Perinatale Schwerpunkte sollen auf einer mittleren Versorgungsstufe (Versorgungsstufe III) eine flächendeckende Versorgung von Mutter und Kind auch noch bei erhöhten perinatalen Risiken gewährleisten. Sie sollen in der Lage sein, plötzlich auftretende, unerwartete Notfälle adäquat zu behandeln, bei anhaltenden Problemen das Neugeborene aber in eine Einrichtung mit höherer neonatologischer Versorgungsstufe verlegen. Prinzipiell sollen in einer Kinderklinik mit Perinatalem Schwerpunkt nur Kinder mit einem Gestationsalter ≥32+0 SSW und einem Geburtsgewicht ≥1.500g behandelt werden.

Eine Betreuung von Schwangeren sowie Reif- und Frühgeborenen mit hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken sollte in geburtshilflich-neonatologischen Perinatalzentren (Versorgungsstufe II und I bzw. Level 1 und 2) erfolgen. Diese erfüllen umfassende Anforderungen an Struktur und Qualifikationen zur Gewährleistung einer sicheren Betreuung auch kritisch kranker Schwangerer sowie Reif- und Frühgeborener. Die höchsten Anforderungen sind an ein Perinatalzentrum des Levels 1 zu stellen, da dort Schwangere und Neugeborene mit dem höchsten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko zu betreuen sind. Hierbei sind auch spezielle Bedarfe zu beachten, z. B. sollten Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen in Perinatalzentren zur Welt kommen, die zeitnah auf kinderchirurgische Expertise zurückgreifen können.

Hebammengeleitete Betreuung unter der Geburt

Hebammen sind nach dem Hebammengesetz (HebG) befugt, physiologisch verlaufende Geburten eigenständig zu betreuen. Hebammengeleitete Geburtshilfe findet in der außerklinischen Geburtshilfe (Geburtshäuser, Hebammenpraxen, Hausgeburten) sowie in Hebammenkreißsälen in der Klinik statt. Ein außerklinisches Geburtssetting kommt ausschließlich für Schwangere ohne antizipierte Geburtsrisiken in Frage.

Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe mit dem Konzept frauzentrierte Betreuung und Betreuungsprinzipien wie Kontinuität, partnerschaftliche Betreuung und Einbezug in Entscheidungen begünstigt die Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen. Es führt zu einem geringeren Einsatz medizinischer Interventionen im Geburtsverlauf und somit zu einer Förderung der physiologischen Geburt unter Einbezug der Ressourcen der Gebärenden (Dunkley, 2003; Kehrbach, Krahl, Bauer, & zu Sayn-Wittgenstein, 2007; Bauer, 2011; Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016; zu Sayn-Wittgenstein, 2007).

Inzwischen sind 16 Hebammenkreißsäle an Geburtskliniken etabliert (DHV, o. D.). In diesem von Hebammen geleiteten geburtshilflichen Betreuungsmodell im klinischen Setting betreuen Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie im frühen Wochenbett. Das Versorgungskonzept stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes einer Klinik dar, das übliche Kreißsaalmodell wird dadurch nicht ersetzt. Beide Modelle arbeiten in enger Kooperation miteinander (Bauer, 2011; Verbund Hebammenforschung, 2007).

Kontinuität in der Betreuung

Kontinuität in der Betreuung wird unterschiedlich definiert und umgesetzt. Im Englischen wird zwischen ‚continuity of care' und ‚continuity of carer' unterschieden, je nachdem, ob die kontinuierliche Betreuung durch mehrere Personen bzw. ein Team oder durchgängig durch eine bestimmte Person stattfindet. Die Form der kontinuierlichen Betreuung hängt von der Institution, den räumlichen Gegebenheiten vor Ort, der Finanzierung und der Organisation der Angebote ab (Saultz, 2003). In Deutschland ist seit der Einführung der Mutterschaftsvorsorge in den 1950er Jahren eine kontinuierliche Betreuung von Schwangeren durch ihre Frauenärztin bzw. ihren Frauenarzt über die gesamte Schwangerschaft verbindlich geregelt und erfolgreich umgesetzt. Die meisten Schwangeren werden während der Geburt aber nicht durch ihren Frauenarzt oder ihre Frauenärztin, sondern durch Personal an geburtshilflichen Kliniken betreut. An dieser Schnittstelle zwischen Betreuung in der Schwangerschaft und unter der Geburt dürfen keine Informationsverluste entstehen. Dafür ist der Mutterpass das zentrale Instrument (siehe Kapitel 2 Schwangerschaft). Für die Schwangere ist eine persönliche Vorstellung in der von ihr gewählten Geburtsklinik empfohlen, um das geburtshilfliche Konzept der Klinik, die Räumlichkeiten und das handelnde geburtshilfliche Personal kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen. Auch aus Sicht der Geburtsklinik sollte eine solche Vorstellung in bestimmten medizinischen Konstellationen begrüßt werden. Wählt die Schwangere eine außerklinische Geburt oder wird von einer Beleghebamme betreut, lernt sie die betreuende(n) Hebamme(n) bereits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge kennen (Bauer, 2011).

Ein wesentlicher Aspekt ist die Kontinuität der Betreuung während des Gebärens durch das geburtshilfliche Team. In der Realität werden häufig während des Geburtsprozesses sowohl Hebammen als auch Frauenärztinnen und Frauenärzte aufgrund von arbeitsorganisatorischen und arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen wechseln. Damit dies von der Kreißenden nicht als Diskontinuität in der Betreuung erlebt wird, muss eine sorgfältige Übergabe aller Informationen und persönliche Vorstellung aller in die Betreuung einbezogenen Personen stattfinden.

Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Bedeutung der kontinuierlichen Betreuung der Frauen durch eine Hebamme in der Schwangerschaft und während der Geburt. Während einige von positiven Ergebnissen und der Präferenz zur Betreuung durch nur eine Hebamme berichten (McCourt, Page, Hewison, & Vail, 1998, Walsh, 1999), zeigen andere Studien, dass Frauen eine kleine Gruppe bekannter Betreuungspersonen akzeptieren und der Kompetenz der Hebamme und einer einheitlichen Philosophie des Hebammenteams einen hohen Stellenwert einräumen (Green, Renfrew, & Curtis, 2000; Spurgeon, Hicks, & Barwell, 2001; Waldenström, 1998). Neuere Ergebnisse sehen durchgängig eine kontinuierliche Betreuung vor (Sandall, Soltani, Gates , Shennan, & Devane, 2016).

Neben einer kontinuierlichen Betreuung werden von Fachkreisen auch Forderungen nach einer personellen Präsenz im Bereich der Geburtshilfe (z. B. Hebammen, Fachärzte, Pflegepersonal) aufgestellt, die über die durch den G-BA bisher gestellten Anforderungen hinausgehen. Dafür spricht sich die S1 Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ (AWMF087-001) aus. Hierin wird empfohlen, dass während der Geburt eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren durch eine Hebamme gewährleistet sein sollte (DGGG, 2013).

Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 2.1 Eine interventionsarme Geburt wird gefördert. Gesundheitliche Ressourcen sind gestärkt.	Weiterentwicklung des Konzepts der frauzentrierten Betreuung und Ausweitung auf alle an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen sowie die Sicherstellung der Anwendung des Konzepts.
	Integration des Konzepts der frauzentrierten Betreuung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen.
	Bereitstellung von evidenzbasierten und verständlichen Informationen zu geburtshilflichen Interventionen.
	Gewährleistung von zeitlich ausreichendem Erstkontakt zwischen Mutter und Kind (Bonding).
Teilziel 2.2 Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.	An die Risikoeinstufung angepasste Betreuung in der jeweiligen geburtshilflichen Versorgungsstufe.
	Bedarfsdifferenzierung entsprechend der identifizierten Belastungen (Frauen nach Gewalterfahrung, mit Behinderung, psychischer Erkrankung, etc.) und Berücksichtigung bei der Planung und Gestaltung der Geburt sowie Bereitstellung notwendiger Angebote (z. B. Anwesenheit einer Psychologin, eines Psychologen bzw. einer Psychotherapeutin, eines Psychotherapeuten).
	Schulung der beteiligten Berufsgruppen im Bereich Kommunikation in Problemsituationen und Kommunikation mit Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegende
BMG	Hebammen
BZgA	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Narkoseärztinnen, Narkoseärzte
Forschungseinrichtungen	
Geburtskliniken und Geburtshäuser	
Krankenkassen	

Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegende
BMG	Hebammen

Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 2.2 Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.	Integration von Aspekten zur kultursensiblen Versorgung und Betreuung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen.
	Verfügbarmachen von Material zur Sprachmittlung (z. B. www.zanzu.de).
Teilziel 2.3 Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung.	Gewissenhaftes und vollständiges Ausfüllen des zentralen Instruments der Kommunikation – des Mutterpasses.
	Gewährleistung eines umfassenden Kommunikationsflusses bei der Übergabe an verschiedenen Versorgungsschnittstellen.
	Interprofessionelle Erarbeitung von Leitlinien und Standards in der Geburtshilfe unter Beteiligung der Berufsgruppen.
	Etablierung gemeinsamer Fortbildungen und Fallbesprechungen der beteiligten Berufsgruppen auf den verschiedenen Versorgungsebenen (niedergelassen, klinisch sowie außerklinisch Tätige; insbesondere auf lokaler und regionaler Ebene).
	Schnittstellenoptimierung im perinatalen Audit zwischen Geburtshilfe und Neonatologie.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Forschungseinrichtungen	Narkoseärztinnen, Narkoseärzte
G-BA	Psychologinnen, Psychologen
Geburtskliniken und Geburtshäuser	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
Kommunale Beratungsangebote und Ämter	Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter
Krankenkassen	
Schwangerschaftsberatungsstellen	
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegende
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Hebammen
Forschungseinrichtungen	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V	Narkoseärztinnen, Narkoseärzte
Kommunale Gesundheitskonferenzen	
Landesgesundheitskonferenzen	
Landesvereinigungen für Gesundheit	

ZIEL 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt

Bedeutung des Wochenbetts, Stärkung von Ressouren und Kompetenzen

Das Wochenbett ist der Zeitraum nach der Geburt, in dem die Mutter sich von der Geburt erholt und sich schwangerschaftsbedingte körperliche Veränderungen zurückbilden. Eventuelle Geburtsverletzungen heilen, der Milchfluss und das Stillen beginnen (Ochsenbein-Kölble, 2011). Diese Phase dauert typischerweise sechs bis acht Wochen (Römer, Schleußner, & Straube, 2012) und gestaltet sich sehr individuell. Leistungsrechtlich umfasst das Wochenbett in Deutschland auf der Basis des § 24d SGB V den Zeitraum unmittelbar nach Geburtsende bis zu zwölf Wochen nach der Geburt. Dieser Zeitraum ist sehr wichtig für eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind, der viel Zeit und Ruhe eingeräumt werden sollte (Brisch, 2005).

Insbesondere bei Erstgeburten handelt es sich um eine sog. „kritische Lebensphase“ mit besonderen Herausforderungen, aber auch besonderen Potenzialen (Geene, Wolf-Kühn, & Borkowski, 2015). Für einen gelingenden Übergang in die Familiengründung werden in diesen Wochen die Grundlagen gelegt (Fthenakis, 1999). Dabei sollten Mütter und ihre Partner bzw. Partnerinnen dabei unterstützt werden, frühzeitig familiäre Rituale zu entwickeln („Doing family“) (Jurczyk, Lange, & Thiessen, 2010; Kolip & Lademann, 2012).

Die meisten Eltern sind gut in der Lage, eigenständig ihre Bedarfe zu erkennen und, wo nötig, selbstständig die erforderliche Unterstützung zu organisieren. Durch die Betreuung im Wochenbett sollen medizinische, psychologische und soziale Probleme frühzeitig erkannt werden, um gegebenenfalls schnelle, niedrigschwellige Unterstützung anzubieten. Wie für die anderen Phasen rund um die Geburt gilt auch für das Wochenbett, dass auf der einen Seite gesundheitliche Störungen und Risiken für Mutter und Kind erkannt und adäquat aufgefangen werden, auf der anderen Seite aber vor allem darauf geachtet werden sollte, vorhandene Ressourcen hervorzuheben und zu stärken.

Damit Familien in der Zeit nach der Geburt die für sie passenden Entscheidungen fällen können, ist es unerlässlich, dass sie rechtzeitig evidenzbasierte und neutrale Informationen erhalten. Neben Informationen über gesetzlich verankerte Leistungsansprüche sind Informationen über die körperlichen und seelischen Vorgänge im Wochenbett notwendig, zum Beispiel zu Wochenfluss und Wundheilung, hormoneller Umstellung, Rückbildung, Stillen, Bonding, Ruhebedürfnis und Schlaf, postpartalem Stimmungstief, Verhütung nach der Geburt, Versorgung der Neugeborenen sowie zum Impfen (Dunkley, 2003). Leistungsansprüche im Wochenbett müssen dabei noch besser bekannt gemacht werden. Bei auffälligen Screeningbefunden ist es unabdingbar, dass die betroffenen Kinder und ihre Eltern zeitnah und ihrem individuellen Bedarf entsprechend umfassende medizinische, psychologische und soziale Hilfen erhalten. Informationen müssen als verlässlich und neutral erkennbar und auch leicht zu finden sein, sodass sie sich aus der Vielfalt der teils kommerziellen und interessengeleiteten Informationen unterschiedlichster Anbieter positiv abheben und Orientierung bieten. Sie müssen adressatengerecht – z. B. durch Broschüren und das Internet –, vor allem aber auch über qualitätsgesicherte persönliche Kommunikation zur Verfügung gestellt werden, um sicherzustellen, dass alle Familien erreicht werden – auch diejenigen in prekären sozialen Lagen (Geene, Wolf-Kühn, & Borkowski, 2015).

Zentral ist dabei, dass Familien ermutigt und darin bestärkt werden, das Wochenbett als wichtige Zeit der Erholung, der Bindung und des Kennenlernens wahrzunehmen, sie zu nutzen und entsprechenden Freiraum und Unterstützung im Alltag zu organisieren. Eine gute Betreuung im Wochenbett trägt – z. B. durch die Förderung intuitiver Elternkompetenzen – wesentlich dazu bei, häufig auftretende Probleme wie Stillschwierigkeiten, exzessives Schreiverhalten des Kindes und Überlastung der Familien zu verhindern oder zumindest abzumildern (zu Sayn-Wittgenstein, 2007). Eine individuelle Unterstützung mit passgenauen Angeboten ist auch hier entscheidend. Besonders wichtig ist es, frühzeitig diejenigen Mütter zu adressieren, die nicht in der Lage sind,

sich selbst genügend Unterstützung zu organisieren, und einsam und überfordert sind. Dabei müssen pauschale Rollenzuschreibungen vermieden werden. Mehr Forschung ist nötig, um den Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung speziell im Wochenbett evidenzbasiert einzuschätzen. Väter bzw. Partnerinnen und Partner sollen dazu ermutigt werden, sich von Anfang an in der Babyversorgung zu engagieren und einen eigenen positiven Stil im Umgang mit dem Neugeborenen zu finden (Schäfer, Abou-Dakn, & Wöckel, 2008).

Gesundheitliche Kompetenzen

Das eigene Gesundheitsverhalten zu ändern, ist nicht einfach. Individuell zugeschnittene Angebote sind am erfolgversprechendsten, insbesondere wenn es um Stressmanagement, Ernährung und Bewegung geht (Johnson, Scott-Sheldon, & Carey, 2010). Für Frauen, die einen ungesunden Lebensstil praktizieren, sollten Maßnahmen zur Verfügung stehen, die sie dabei unterstützen, für sich und ihr Kind einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu entwickeln. Speziell für die Zeit des Wochenbetts, die ohnehin eine Umbruchsituation darstellt, gibt es bislang wenig gesicherte Erkenntnisse dazu, welche Interventionen zum Gesundheitsverhalten eine langfristige positive Wirkung haben. Dies stellt sich als wichtige Aufgabe für die gesundheitswissenschaftliche Transitionsforschung dar, insbesondere im Bereich der Familiengründung (Fthenakis, 1999; Schröer, Stauber, Walther, Böhnisch, & Lenz, 2013).

Rooming-in

In den meisten Geburtskliniken in Deutschland ist Rooming-in inzwischen ein selbstverständliches Angebot.

Nach der Geburt ist sicherzustellen, dass Mütter darüber beraten werden, welchen Einfluss die Unterbrechung des Kontakts zum Kind in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt für den Bindungsaufbau und einen erfolgreichen Stillstart hat. Hautkontakt und häufiges Anlegen, auch während der Nacht, regen die Milchbildung an und verhindern einen Milchstau und wunde Brustwarzen. Familienzimmer stellen eine Erweiterung des Rooming-in-Konzepts dar und beziehen auch den anderen Elternteil mit ein. Nach Möglichkeit sollten auch ältere Geschwister die erste Zeit gemeinsam mit dem Baby verbringen können.

Die Forschungslage zu den Effekten von Rooming-in lässt einen positiven Einfluss in Hinblick auf die Bindungsförderung und das Stillen erkennen (Jaafar, Lee, & Ho, 2012; Lvoff, Lvoff, & Klaus, 2000). Zu weiteren Effekten von Rooming-in (und dem komplett im häuslichen Umfeld verbrachten Wochenbett nach ambulanten Geburten und Hausgeburten) auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind fehlen wissenschaftliche Erkenntnisse.

Stillen

Vor allem bei Erstgebärenden ist eine gute Vorbereitung auf die erste Zeit mit dem Neugeborenen bereits in der Schwangerschaft wichtig, weil dadurch Anpassungsschwierigkeiten in Hinblick auf die neue Lebenssituation vermieden werden können. Das gilt insbesondere für die Art der Säuglingsernährung.

Alle nationalen und internationalen Fachgesellschaften, staatlichen Institutionen und Nichtregierungsorganisationen im Gesundheitsbereich empfehlen das Stillen bzw. die Ernährung des Säuglings mit Muttermilch, da sie in ihrer Zusammensetzung optimal an Bedarf und Bedürfnisse des Säuglings angepasst ist (BfR, 2016). Dies gilt insbesondere auch für Frühgeborene. Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündungen und Zahnfehlstellungen (Victora, 2016; Koletzko, Brands, & Demmelmair, 2011). Bei Müttern fördert Stillen die Uterusrückbildung nach der Geburt und verringert das Risiko für Brustkrebs, Eierstockkrebs und Typ 2 Diabetes (Victora, 2016).

Weitere protektive Effekte des Stillens in Hinblick auf die Gesundheit des Kindes und der Mutter sind ebenfalls belegt. Dazu gehören die Förderung der Bindung zwischen Mutter und Kind, die Verringerung der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten verschiedener Erkrankungen wie Adipositas, allergischer Erkrankungen wie Asthma oder atopische Dermatitis sowie ein verringertes Risiko für SIDS (Ip, Chung, Raman, Trikalinos, & Lau, 2009).

In Deutschland gibt es kein systematisches Stillmonitoring. Ein aktueller systematischer Review zu Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland zeigt hohe Stillraten von 72 % bis 97 % kurz nach der Geburt. Aber schon in den ersten zwei Monaten kommt es zu einem Abfall der Stillraten, und im Alter von sechs Monaten werden nur noch etwa 50 % der Säuglinge gestillt. Ein eindeutiger zeitlicher Trend in Bezug auf die Gesamtstillrate in Deutschland lässt sich nicht erkennen (Weissenborn et al., 2016).

Nach der ersten Folgeerhebung der KiGGS-Studie (Welle 1, 2009–2012) wurden 82,1 % der von 2002 bis 2012 geborenen Kinder als Säuglinge jemals gestillt (Mädchen: 83,5 %; Jungen: 80,8 %) (von der Lippe, Brettschneider, Gutsche, & Poethko-Müller, 2014); der Vergleich zu den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zeigt einen leichten Anstieg der Stillprävalenz. Kinder von Müttern mit niedrigem Sozialstatus und von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten oder bei denen Probleme nach der Geburt auftraten, wurden signifikant seltener gestillt. 34 % der Kinder wurden mindestens vier Monate lang ausschließlich gestillt, entsprechend den Empfehlungen zur Säuglingsernährung des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ (von der Lippe, Brettschneider, Gutsche, & Poethko-Müller, 2014; Koletzko, Bauer, Brönstrup et al., 2013). 17,7 % der Kinder wurden mindestens sechs Monate lang voll gestillt. Laut Nationaler Stillkommission ist das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Monaten für die Mehrzahl der Säuglinge eine ausreichende Ernährung (BfR, 2016).

Eltern sollten darüber aufgeklärt werden, wie wichtig die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Stillbeziehung sind. Ob das Stillen auch langfristig gelingt, korreliert hoch mit der Qualität der Stillförderung in der Geburtsklinik bzw. dem außerklinischen Setting (Abou-Dakn, Scheele, & Strecker, 2003; Declerq, Labbok, Sakala, & O`Hara, 2009). Nur wenn Frauen eine frühzeitige, qualifizierte und individuelle Beratung zum Thema Stillen und Säuglingsernährung inklusive der förderlichen Rahmenbedingungen bereits in der Schwangerschaft erhalten, ist eine informierte Entscheidungsfindung in Hinblick auf die Wahl des Geburtsortes und die Organisation einer angemessenen Unterstützung während der Stillzeit möglich. Die Information und Beratung des Partners bzw. der Partnerin spielt dabei ebenfalls eine wichtige Rolle, da sich deren Haltung sowohl auf die Stillentscheidung als auch auf die Zufriedenheit der Mutter in Bezug auf das Stillen auswirkt (Maycock et al., 2013).

Zu einer guten Stillberatung gehört die Verwendung neutraler Beratungsmaterialien. Auf Werbung für Muttermilchersatzprodukte sollte gemäß dem WHO-Kodex komplett verzichtet werden (WHO, 1981; Koletzko, Hartmann, & Albring, 2011). Eine respektierende Haltung auch gegenüber einer bewussten Entscheidung gegen das Stillen ist allerdings wichtig, damit kein unnötiger Druck aufgebaut wird und keine Schuldgefühle erzeugt werden, die die Mutter-Kind-Beziehung belasten.

Geburts- und Kinderkliniken, die die Stillrichtlinie verbindlich umsetzen, können von der WHO/ UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“ zertifiziert werden. Knapp 20 % aller Neugeborenen kommen in diesen Einrichtungen zur Welt. Diese Richtlinien sind insbesondere auch in Kliniken der neonatologischen Versorgung mit dem Level 1, die einen hohen Anteil an Geburtskomplikationen und Frühgeburten versorgen, von hoher Bedeutung, auch wenn sie dort oft nur unter erschwerten Bedingungen umsetzbar sind. Der Einsatz von Stillberaterinnen sowie Initiativen zur Gründung von Frauenmilchbanken in Level 1-Zentren tragen gerade hier erheblich zur Stillförderung bei und wirken sich unmittelbar positiv aus.

Mundgesundheit

Neben den Maßnahmen zur Mundgesundheit der Mutter, die bereits in der Schwangerschaft zur Vermeidung einer Schwangerschaftsgingivitis durchgeführt werden, muss bereits frühzeitig ein Beitrag zur Vermeidung späterer Nuckelflaschenkaries beim Baby geleistet werden. Ursächlich für die Nuckelflaschenkaries, die schon kurz nach Durchbruch der ersten Zähne auftreten und in kurzer Zeit zu umfangreichen Zerstörungen vor allem an den Oberkiefer-Frontzähnen führen kann, ist die Verabreichung zuckerhaltiger Getränke aus Saugerflaschen insbesondere in der Einschlafphase und in nächtlichen Wachphasen. Die daraus resultierende frühkindliche

Karies kann die kindliche Gesundheit über den Mundraum hinaus schädigen und beeinträchtigt das Kind in seiner gesamten Entwicklung. Das Auftreten der frühkindlichen Karies ist nicht gleichmäßig verteilt, sondern konzentriert sich häufig, jedoch nicht ausschließlich, auf Kinder aus Familien mit geringen Bildungsressourcen, Migrationshintergrund und niedrigem sozialen Status (Bissar, Schiller, Wolff, Niekusch, & Schulte, 2014).

Um die gesunde Entwicklung des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs von Kindern von Beginn an zu fördern, sollen Eltern frühzeitig über eine (mund)gesunde Ernährung und richtiges Trinken aufgeklärt werden. Stillen gemäß allgemeiner Empfehlungen ist, wenn möglich, auch aus zahnmedizinischen Gründen zu empfehlen, weil es den Nuckelflaschengebrauch – nicht zur Ernährung, sondern zu der „Beruhigung dienenden Zwecken" – weniger wahrscheinlich macht und das Risiko für Zahnfehlstellungen verringert (Victora, 2016). Kindern, die am Daumen lutschen, soll substitutiv der Schnuller angeboten werden (DAJ, 2012; MDS, o. D.).

Zur Prävention gehören die Mundgesundheitsaufklärung und die Ernährungs- und Stillberatung; neben Muttermilch können bei Bedarf Wasser oder ungesüßter Kräutertee gegeben werden (Koletzko et al., 2016). Eltern sollten keine süßen Getränke in Nuckelflaschen geben, Nuckelflaschen dem Kind nicht „zur Selbstbedienung" überlassen und sie insbesondere nicht nachts und nicht „zur Beruhigung" geben. Sobald das Kind frei sitzen kann, sollte es aus einem offenen Becher trinken (DAJ, 2012; MDS, o. D.).

Wohlbefinden sowie Identifkation und Verringerung von Belastungen und Risiken

Nachbesprechung der Geburt

Die Geburt eines Kindes wird höchst unterschiedlich erlebt, ist aber für alle Eltern ein einzigartiges und nachhaltig beeindruckendes Lebensereignis. Bei einem Teil der Geburten überwiegen die positiven Aspekte, bei anderen Geburten überschatten Geburtskomplikationen, Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit oder extreme Schmerzen die Erinnerung an die Geburt. Komplikationsreiche, als traumatisch erlebte Geburten erhöhen das Risiko für das Auftreten postpartaler Depressionen und posttraumatischer Belastungsstörungen und können die für den Bindungsaufbau wichtigen ersten Stunden, Tage und Wochen nach der Geburt beeinträchtigen (Rowe-Murray & Fisher, 2001). Auch Geburten, die von Hebammen, Frauenärztinnen und Frauenärzten rückblickend als unkompliziert eingestuft werden, können von den Gebärenden als sehr belastend erlebt worden sein. Bislang finden Gespräche über die Geburt mit den an der Geburt beteiligten Professionellen erst selten statt, obwohl ein Großteil der Frauen den Wunsch nach einem solchen Gespräch hat (Kolip & Braun, 2015).
Das Entlassungsgespräch und spätere Termine, z. B. im Rahmen der Wochenbettbetreuung oder im Rahmen der Nachsorge in der frauenärztlichen Praxis, sollten für die Geburtsnachbereitung genutzt werden.

Subjektives Wohlbefinden, physische und psychische Belastungen

Zur mütterlichen Gesundheit und zum subjektiven Wohlbefinden – auch in Abhängigkeit vom Geburtserlebnis – gibt es im deutschsprachigen Raum kaum Forschungsergebnisse.

Ein Viertel bis ein Drittel der Frauen leiden im ersten halben Jahr nach der Geburt des Kindes unter körperlichen Beschwerden in Zusammenhang mit einer Kaiserschnitt- oder einer Dammnaht (Schäfers, 2011). Geburtsbedingte körperliche Beschwerden sind demnach als ein durchaus längerfristiges Phänomen zu bezeichnen. Ähnliches gilt für das empfundene Geburtserleben der Frauen.
Ein Viertel der Frauen in der Studie von Schäfers (2011) berichten sowohl acht Wochen als auch sechs Monate nach der Geburt von einem negativen Geburtserleben, wobei sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus Kaiserschnitt und einem negativen Geburtserleben zeigt. Internationale Studien zeigen, dass sich viele Frauen in den ersten Tagen nach der Geburt durch Schmerzen im Dammbereich (Perineum) und Beschwerden im Bereich der Brust (im Zusammenhang

mit der initialen Brustdrüsenschwellung) beeinträchtigt fühlen. Den postoperativen Schmerzen nach Kaiserschnitt ist mit einer optimierten Schmerztherapie zu begegnen (Stahl, 2012).

Die – wenn auch spärlichen – Erkenntnisse zum mütterlichen Wohlbefinden nach der Geburt deuten darauf hin, dass die Regeneration nach der Geburt vielfach beeinträchtigt sein kann und der Versorgungs- bzw. Entlastungsbedarf der Mütter möglicherweise nicht gedeckt ist. In einer Cochrane Review zum Nutzen und zur Qualität der postpartalen häuslichen Versorgung von Wöchnerinnen wird die Datenlage zu diesem Thema als unzureichend eingeschätzt (Yonemoto, Dowswell, Nagai, & Mori, 2014). Allerdings belegen Studienergebnisse, dass früh entlassene Frauen bei regelmäßiger Hebammenbetreuung weniger postnatale Depressionen und eine größere Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung erleben und sich sicherer im Umgang mit dem neugeborenen Baby und in ihrer Mutterrolle fühlen (Boulvain et al., 2004; Carty & Bradley, 1990; Dennis, 2005; Gözüm & Kiliç, 2005; Brown, Small, Argus, Davis, & Krastev, 2002).

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder

Mit der Geburt beginnen auch die Gesundheitsuntersuchungen für die Kinder („U-Untersuchungen") (siehe auch das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen"). Sie sind als Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen konzipiert und stellen ein gesetzlich vorzuhaltendes Regelangebot im SGB V-Bereich dar. Zu jedem Untersuchungszeitpunkt, beginnend ab der Geburt, werden die altersspezifischen Aspekte in den Fokus genommen, und von daher gibt es für jede U-Untersuchung festgelegte Inhalte und Zeitfenster. Dieses regelfinanzierte Untersuchungsangebot wird vom weit überwiegenden Teil der Eltern sehr gut akzeptiert: so nehmen an den Untersuchungen im ersten Lebensjahr jeweils mehr als 97 % der Kinder teil. Unmittelbar nach der Geburt und während der Phase des Wochenbetts finden die Untersuchungen U1 bis U3 statt. In diesem Zeitraum werden auch das Erweiterte Neugeboren-Screening (zur Früherkennung auf angeborene Stoffwechseldefekte und endokrine Störungen bei Neugeborenen), das Neugeborenen-Hörscreening und das Screening auf Hüftgelenksdysplasie durchgeführt. Bei den Untersuchungen können viele Krankheitszeichen und Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung frühzeitig festgestellt und dadurch früh behandelt werden. Zugleich sehen die Untersuchungen eine ärztliche Beratung der Eltern dazu vor, wie sie zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung ihres Kindes aktiv beitragen und Risiken vermindern können. Die Ärztinnen und Ärzte sind für die Eltern wichtige Vertrauenspersonen und Beratende in Bezug auf die Gesundheitsentwicklung ihres Kindes; sie sollen bei ihrer Untersuchung auch auf mögliche erhöhte Belastungen der Familie und auf Fehlentwicklungen in der Eltern-Kind-Interaktion achten, diese dokumentieren und auf weitergehende Eltern-Kind-Hilfsangebote hinweisen. Eine möglichst vollständige Teilnahme an diesen Untersuchungen und an möglichen weiteren Abklärungsuntersuchungen ist anzustreben.

Besondere Unterstützungsbedarfe

Besonderer Bedarf für umfassende Unterstützung im Wochenbett kann auch bestehen bei Frauen mit einer chronischen psychischen oder somatischen Erkrankung oder Beeinträchtigung und bei Frauen, für die die Geburt ein traumatisches Erlebnis war oder die unter einer postpartalen Depression leiden.

Darüber hinaus besteht oft Unterstützungsbedarf z. B. bei sozial schlechter gestellten Gruppen, alleinerziehenden Müttern, Migrantinnen ohne Deutschkenntnisse oder ohne klaren Aufenthaltsstatus, jüngeren oder älteren Müttern mit einem hohen Bildungsstatus, Familien mit Frühgeborenen, Mehrlingsgeburten oder Kindern mit gesundheitlichen Problemen. Hohen Unterstützungsbedarf haben insbesondere Familien mit Kindern mit Behinderungen. (McConachie et al., 2008).

Frauen, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, haben einen hohen Bedarf an Hilfe und Begleitung, der nicht immer optimal erfüllt wird. Davon ist in der Folge oft das ganze Familiensystem betroffen (siehe Ziel 5).

Postpartale Depression
Internationale Studien zeigen unterschiedliche Ergebnisse, aber durchgängig eine hohe Prävalenz depressiver Symptome. So verweisen Gavin et al. darauf, dass bei 19,2 % aller Mütter in den ersten drei Monaten nach der Geburt depressive Symptome vorliegen, während in der Zeit des Wochenbetts 7,1 % der Frauen als klinisch manifest depressiv bezeichnet werden können (Gavin et al., 2005). Untersuchungen aus Deutschland zeigen drei Wochen nach der Geburt eine Prävalenz für postpartale Depression von 7,6 % (Goecke et al., 2012) und drei Monate nach der Geburt eine Prävalenz von 4,6 % (Reck et al., 2008). Damit gehören Depressionen zu den häufigsten peripartalen Erkrankungen.

Postpartale Depressionen wirken sich massiv auf die Lebensqualität der Mütter aus und gehen mit einer erhöhten Suizidgefahr einher (2,7 auf 10.000) (Hübner-Liebermann, Hausner, & Wittmann, 2012). Sie beeinflussen hochgradig die Mutter-Kind-Beziehung und damit auch die psychische Gesundheit der Kinder, und sie belasten die gesamte Familie. Eine postpartale Depression sollte so schnell wie möglich erkannt und behandelt werden, nicht zuletzt, weil die Erkrankung gut zu behandeln ist (Dennis & Hodnett, 2007). Postpartale Depressionen werden jedoch noch zu selten richtig erkannt (Cerimele et al., 2013): Nur 40 % bis 60 % der erkrankten Frauen sprechen über ihre Beschwerden (Hornstein & Trautmann-Villalba, 2010). Es ist anzunehmen, dass es ihnen schwerfällt, inmitten einer Umgebung, die von ihnen Mutterglück erwartet, über davon abweichende Gefühle zu sprechen. Hinzu kommt, dass es auch Professionellen schwerfällt, die postpartale Depression vom passageren postpartalen Stimmungstief („Baby Blues“) abzugrenzen, weil Sensitivität und Spezifität der Erhebungsmethoden bislang unzureichend sind. Als erstes Diagnostikum hat sich der Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS) bewährt. Auch gibt es noch zu wenig spezifische Behandlungsangebote, die vorhandenen sind zu wenig bekannt und zu wenig untereinander vernetzt. Hier gibt es sowohl in der Diagnostik und der entsprechenden Zuweisung als auch in der Therapie dringenden Handlungsbedarf (Hübner-Liebermann, Hausner, & Wittmann, 2012).

Depressionen nach einer Geburt treffen aber nicht nur Frauen, nicht selten entwickeln auch Väter nach einer Geburt depressive Symptome. Eine Auswertung von internationalen Studien (Paulson & Bazemore, 2010) ergab, dass rund 10 % der befragten Väter während der Schwangerschaft und innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt Anzeichen von Depressionen zeigten. Hier sollten insbesondere Fachkräfte, die Paare in Erstelternschaft im Wochenbett begleiten, zunächst primärpräventiv eingreifen, indem sie die werdenden Eltern bei ihrer Transition und der Familiengründung beraten und unterstützen. Dabei sollten sie dem anderen Elternteil ebenfalls Aufmerksamkeit widmen, paar- und einzelbezogene Hilfen anbieten und vermitteln. Sie sollten in hochbelasteten Fällen auch bei dem anderen Elternteil kritische Entwicklungen erkennen und bei Vorliegen einer klinisch manifesten Depression entsprechende Maßnahmen einleiten können.

Geburt eines Kindes mit einer Krankheit oder Behinderung
Nach der Geburt eines Kindes mit einer Krankheit oder Behinderung haben die Familien einen besonderen Unterstützungsbedarf. Neben der medizinischen Versorgung des Kindes ist oft zusätzliche psychosoziale, sozialrechtliche und auch finanzielle Hilfe nötig. Eltern sehen sich vor die Aufgabe gestellt, die Sorge um das Kind, die Enttäuschung, dass „es anders gekommen ist als erhofft“, und die organisatorischen Herausforderungen zu bewältigen. Ein hoher Grad an Sensibilisierung von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal für die besonderen Bedarfe und den Umgang mit Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen – z. B. bei der Diagnosevermittlung – ist anzustreben. Weitere Informationen siehe Ziel 4 „Besondere Unterstützungsbedarfe“.

Geburt eines Frühgeborenen
Die Nachsorge bei Frühgeborenen sieht in den Perinatalzentren der Level 1 und 2 zur weiteren Betreuung der Familien im häuslichen Umfeld eine gezielte Entlassungsvorbereitung und gegebenenfalls die Überleitung in eine sozialmedizinische Nachsorge vor. Um zu evaluieren, welche Nachsorge-Elemente bei einem frühgeborenen Kind besonders wirksam sind, bestehen

zwei Forschungsprojekte auf europäischer Ebene, die u.a. die Ableitung eines Europäischen Behandlungsstandards zum Ziel haben der EU Benchmarking Report der European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) und Effective Perinatal Care in Europe (EPICE). Eine Auswertung der Ergebnisse für Deutschland steht noch aus. Eine nationale Plattform wie das Deutsche Frühgeborenennetzwerk (GNN, engl. German Neonatal Network), das zur Langzeituntersuchung von sehr kleinen Frühgeborenen in Deutschland gegründet wurde, bietet die Möglichkeit, vorhandene Erkenntnisse zu bündeln und langfristig zur Optimierung der Versorgung beizutragen. Insgesamt sollten Monitoring und Verlaufsforschung ermöglicht und ausgebaut werden, um die langfristige und auch psychosoziale Betreuung von Frühgeborenen und ihren Familien kontinuierlich weiterzuentwickeln (Poets, Wallwiener, & Vetter, 2012). Für weitere Informationen siehe Ziel 4 „Besondere Unterstützungsbedarfe“ (S. 69 f).

Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen

Für gesetzlich krankenversicherte Frauen im Wochenbett besteht sofort nach der Geburt ein umfassender Anspruch auf gesetzliche Leistungen nach dem SGB V. Dazu gehören ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Anspruch auf häusliche Pflege, Haushaltshilfe und Mutterschaftsgeld. Darüber hinaus besteht für Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, in der Regel Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuss nach dem Mutterschutzgesetz.

Im Wochenbett haben Frauen Kontakt mit unterschiedlichen Berufsgruppen. Diese sollten für soziale und gesundheitliche Problemlagen (z.B. postpartales Stimmungstief, Wochenbettdepression, schwierige familiale Bedingungen und Überforderung in der Betreuung des Säuglings) sensibilisiert sein, um Hilfebedarfe differenziert einschätzen zu können. Dazu gehört auch, möglicherweise stigmatisierende Ansprachen zu vermeiden.

Die ambulante Betreuung im Wochenbett erfolgt durch die Hebamme. Jede Frau, die geboren hat, hat Anspruch auf tägliche Besuche einer Hebamme in den ersten zehn Tagen nach der Geburt, weitere Hebammenbetreuung bis zum Ende der zwölften Woche nach der Geburt sowie auf zusätzliche Unterstützung bei auftretenden Problemen bis zum Ende der Stillzeit – bzw. bei Ernährungsproblemen bis zum Ende des neunten Lebensmonats. Die Hebamme achtet auf die Rückbildungsprozesse, berät beim Stillen und ist erste Ansprechpartnerin bei Wundheilungsstörungen und anderen Problemen. Zu ihren Leistungen gehören auch die Beratung zum Umgang mit dem Kind, die Förderung des Bindungsaufbaus, die Anleitung zur Säuglingspflege sowie zur Versorgung des Säuglings (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V vom 25.09.2015). Hebammen in der Wochenbettbetreuung haben die Möglichkeit, durch ihre aufsuchende Arbeit im häuslichen Umfeld der Familien Einblick in deren Lebenssituation zu bekommen. Vor allem genießen sie in der Regel ein hohes Vertrauen der Mutter. Die Hebammen können im Wochenbett allgemeine Belastungsfaktoren, u.a. familiäre Überforderungssituationen, auffällige Zustände des Kindes oder problematische persönliche Situationen der Erziehungsberechtigten (z.B. Gewalterfahrung, psychische Störungen, Drogen-, Alkohol-, Medikamentenmissbrauch) wahrnehmen. Bei entsprechenden Befunden ist zur Aufrechterhaltung der Hilfekontinuität je nach Problematik angeraten, Familienhebammen oder FGKiKP aus dem Gesundheitsamt oder dem Netzwerk Frühe Hilfen hinzuzuziehen. Sie können über die Wochenbettphase hinaus bis zu einem Jahr (Familienhebammen) bzw. bis zu drei Jahren (FGKiKP) nach der Geburt die Familie begleiten.

Sechs bis acht Wochen nach der Geburt findet routinemäßig eine Untersuchung durch die Frauenärztin oder den Frauenarzt statt, die nahezu alle Wöchnerinnen in Anspruch nehmen. Zu diesem Zeitpunkt können sich Frauenärztinnen und Frauenärzte sehr gut ein Bild davon machen, ob Frauen mit den veränderten Lebensbedingungen gut zurechtkommen oder welche Unterstützung benötigt wird. Insbesondere kann und sollte zwischen unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen bei Erst- und

Folgegeburten differenziert werden. Zudem kann eine Beratung zur gewünschten Verhütung und gegebenenfalls zu sexuellen Problemen und Fragestellungen erfolgen. Viele Umstellungsprozesse sind zu diesem Zeitpunkt noch in vollem Gange. Schlafmangel macht den meisten Frauen zu schaffen und wird unterschiedlich gut toleriert. Die Frauenärztin oder der Frauenarzt sollten sich einen Eindruck verschaffen, ob das vorhandene Netz sozialer Unterstützung für diese vulnerable Phase ausreicht oder ob zusätzlich professionelle Unterstützung nötig ist. Frauenärztinnen und Frauenärzte sind aufgrund ihrer psychosomatischen Weiterbildung qualifiziert, psychische Erkrankungen wie Wochenbettdepression und posttraumatische Belastungsstörungen zu erkennen. Allerdings ist das oft schwierig, da viele Frauen diese Probleme nicht von selbst ansprechen (Weidner et al., 2010). Aufgabe des Fachpersonals ist es zu erkennen, ob eine spezifische psychosomatische Betreuung (Psychoedukation, Entlastung) und eventuell die Vermittlung an eine Selbsthilfeorganisation (z. B. Schatten & Licht e.V.) ausreichen oder ob eine zusätzliche qualifizierte kooperative Behandlung (Psychotherapie, Psychiatrie) erforderlich ist. Entsprechende interprofessionelle Versorgungs-Netzwerke sollten eingerichtet, bestehende sollten unterstützt werden (z. B. psychosomatische Versorgungsnetzwerke in Hamburg, Dresden und Berlin, Adressen s. www.dgpfg.de).

Gegebenenfalls sollten die Eltern auch in ihrer Suche nach einer Kinder- und Jugendärztin, einem Kinder- und Jugendarzt bzw. einer Hausärztin, einem Hausarzt unterstützt werden. Spätestens in der vierten bis fünften Lebenswoche wird das Neugeborene im Rahmen der U3 dem ambulanten Kinder- und Jugendarzt oder der ambulanten Kinder- und Jugendärztin vorgestellt, die gesundheitliche und soziale Problemlagen erkennen können. Sie haben einen frühen Zugang und müssen auf familienunterstützende Hilfen hinweisen. Dazu ist es notwendig, dass sie auch alle regionalen Unterstützungsangebote kennen und diese niedrigschwellig empfehlen können. Zudem haben die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte nun im Rahmen des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG § 26 Abs.1 (3)) auch die Möglichkeit, Eltern eine Präventionsempfehlung auszustellen.

Eine Aufgabe der betreuenden Ärztinnen und Ärzte ist es dabei, auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind hinzuweisen. Das heißt, dass in den Arztpraxen spezifisches Informationsmaterial vorhanden sein sollte und regionale Ansprechpersonen und deren spezifisches Angebot gezielt bekannt gemacht werden sollten. Persönliche Verbindungen zu weiteren Akteuren und Akteurinnen – insbesondere zu professionellen Fachkräften vor Ort, die Unterstützungsangebote vermitteln – sollen gebahnt werden. Das psychosoziale Versorgungsangebot muss über die Frühe Hilfen-Netzwerke dem Bedarf immer wieder flexibel angepasst werden. Dabei sollte unter Berücksichtigung des Datenschutzes in regionalen Kooperationen darauf hingearbeitet werden, dass eine Rückmeldekultur zwischen Gesundheitshilfe und Frühen Hilfen bzw. der Kinder- und Jugendhilfe entsteht, um auch langfristige und nachhaltige Zusammenarbeit zu ermöglichen. Frühe Hilfen sollten bei Bedarf auch über die Geburtsklinik angeboten und vermittelt werden.
So wurden in einigen Regionen Deutschlands an den Geburtskliniken Modelle der systematischen Vernetzung mit den Netzwerken Frühe Hilfen entwickelt. Durch eine gezielte Ansprache von speziell dafür zuständigen Fachkräften wie zum Beispiel Familienhebammen oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen werden alle Familien über bedarfsgerechte Unterstützungsangebote für Familien informiert (siehe auch das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“).

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 3.1 Die Bedeutung des Wochenbetts ist anerkannt. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden der Eltern zur Bildung einer Familie werden gestärkt.	Evidenzbasierte, adressatengerechte Informationen (in verschiedenen Sprachen) zu allen wichtigen Aspekten des Wochenbetts werden zur Verfügung gestellt und auf geeignete Weise bekanntgemacht.
	Entwicklung, Erprobung und breites Angebot von Programmen zur Förderung gesundheitlicher Elternkompetenz.
	Angebot und Förderung von 24-Stunden-Rooming-in in allen Kliniken.
	Unterstützung von postpartum Hautkontakt und frühem Anlegen.
	Ausbau des Angebots von Familienzimmern.
	Bereitstellung von Informationen zu gesetzlichen Leistungsansprüchen.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Ambulante Familienpflege	Familienhebammen
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Familienpflegerinnen, Familienpfleger
BMFSFJ	Frauenärztinnen, Frauenärzte
BMG	Hausärztinnen, Hausärzte
BZgA	Hebammen
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Forschungseinrichtungen	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
Geburtskliniken und -häuser	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten
IQWiG	
Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Eltern-Kind-Einrichtungen) und andere kommunale Beratungsangebote	
Kinderkliniken und Perinatalzentren (bei erkrankten Kindern)	
Krankenkassen	
NZFH	
ÖGD	
Selbsthilfe	

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 3.2 Der Anteil stillender Mütter sowie die Stilldauer sind erhöht.	Angebot einer Stillberatung und Unterstützung bei der Stillentscheidung.
	Angebotsentwicklung der Stillberatung und Aufklärung zum Thema Stillen (auch zu Themen wie physiologische Gewichtsschwankungen des Säuglings oder Auswirkungen von Zufüttern) v.a. für sozial benachteiligte Frauen.
	Stärkere Berücksichtigung wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse zum Thema.
	Stillen in der Aus- und Weiterbildung von Health Professionals.
	Berücksichtigung der Väter bzw. des Partners, der Partnerin bei Maßnahmen zur Stillförderung.
	Einführung verbindlicher Stillrichtlinien in allen Kliniken und außerklinischen Settings.
	Thematisierung von Stillen in den Mutterschafts-Richtlinien.
	Aufnahme der Beratung zum Thema Stillen in den Mutterpass (Weitergabe von Informationen zum Thema Stillen).
	Förderung von stillfreundlichen Rahmenbedingungen, z. B. durch die wirksame Förderung des Stillens am Arbeitsplatz.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Familienhebammen
Arbeitsgeberverbände und Gewerkschaften	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Hausärztinnen, Hausärzte
BMG	Hebammen
BMAS	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
BMFSFJ	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
BZgA	Still- und Laktationsberaterinnen, Still- und Laktationsberater
G-BA (Mutterschafts-Richtlinien)	
Geburtskliniken und -häuser	
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	
Kinderkliniken und Perinatalzentren (bei erkrankten Kindern)	
Krankenkassen	
ÖGD	
SPZ	

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 3.3 Komplikationen und Belastungen im Wochenbett werden frühzeitig erkannt und/ oder vermieden.	Beratung und Unterstützung der Eltern bei ihrer Transition der Familiengründung.
	Routinemäßige Durchführung von Feedback-Gesprächen mit Müttern zum Geburtsverlauf.
	Angebot eines späteren Feedback-Gesprächs zur Geburt mit den Eltern.
	Bereitstellung von niedrigschwelligen Informationen (in verschiedenen Sprachen) über regional verfügbare Unterstützungsangebote für alle Wöchnerinnen.
	Ausbau spezifischer Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Mütter nach der Geburt zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung.
	Sensibilisierung von Fachpersonal.
	Bekanntmachung und Ausweitung spezifischer Behandlungsangebote für die postpartale Depression.
	Angebot von paar- und einzelbezogener Hilfe sowie Vermittlung in Unterstützungsangebote bei postpartaler Depression.
Teilziel 3.4 Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung werden frühzeitig erkannt und mithilfe spezifischer Maßnahmen aufgefangen.	Berücksichtigung besonderer Belange von Eltern mit behinderten Kindern.
	Weiterverfolgung auffälliger Befunde aus dem Hörscreening.
	Ausbau des Monitorings und der Verlaufsforschung zur Frühgeburtlichkeit.
	Verbesserung der Nachsorge von Frühgeborenen und ihren Familien, einschließlich der psychosozialen Betreuung.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Ambulante Familienpflege	Familienhebammen
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	FGKiKP
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Geburtskliniken und -häuser	Hausärztinnen, Hausärzte
Kinder- und Jugendhilfe (öffentliche Träger und Träger der freien Wohlfahrtspflege)	Hebammen
Krankenkassen	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
ÖGD	Psychologinnen, Psychologen
Psychosoziale Beratungsstellen	Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen
	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Familienhebammen
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	FGKiKP
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Forschungseinrichtungen	Hausärztinnen, Hausärzte

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 3.4 Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung werden frühzeitig erkannt und mithilfe spezifischer Maßnahmen aufgefangen.	Bessere Ausbildung und Sensibilisierung von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal für die besonderen Bedarfe und den Umgang mit Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen (z. B. bei der Diagnosevermittlung).
Teilziel 3.5 Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in den Bereichen Kinderschutz und Frühe Hilfen ist gewährleistet.	Verbesserte Information zum Rechtsanspruch auf und niedrigschwelliger Zugang zu Hebammenversorgung nach der Geburt im Rahmen der GKV.
	Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle relevanten Berufsgruppen in Hinblick auf (kultursensible) Kompetenzbildung zur Früherkennung insbesondere psychischer Erkrankungen oder anderer besonderer Hilfebedarfe im Wochenbett.
	Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.
	Kooperation der Beteiligten gemäß BKiSchG.
	Realisierung von systematischer Vernetzung von Geburtskliniken mit den Netzwerken Frühe Hilfen.
	Vernetzung von Frauenärztinnen/ Frauenärzten, Hausärztinnen/ Hausärzten, Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzten und Frühe Hilfen.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Geburtskliniken und -häuser	Hebammen
Kinder- und Jugendhilfe (öffentliche Träger und Träger der freien Wohlfahrtspflege)	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Kinderkliniken und Perinatalzentren (bei erkrankten Kindern)	Psychologinnen, Psychologen
Krankenkassen	Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen
ÖGD	Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter
Psychosoziale Beratungsstellen	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten
Sozialämter	
SPZ	
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Familienhebammen
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	FGKiKP
BMFSFJ	Frauenärztinnen, Frauenärzte
BMG	Hausärztinnen, Hausärzte
BZgA	Hebammen
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 3.5 Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in den Bereichen Kinderschutz und Frühe Hilfen ist gewährleistet.	

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Frühförderstellen	Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen
Geburtskliniken und -häuser	Psychologinnen, Psychologen
Gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
Kinder- und Jugendhilfe (öffentliche Träger und freie Träger der Wohlfahrtspflege)	Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter
KiTas	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
Kommunale Gesundheitskonferenzen	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten
Kommunale Spitzenverbände	
Krankenkassen	
Landesgesundheitskonferenzen	
Landesvereinigungen für Gesundheit	
Netzwerke Frühe Hilfen	
ÖGD	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Schwangerschaftsberatungsstellen	
SPZ	

ZIEL 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert

Stärkung von gesundheitlichen Ressourcen, Kompetenzen und Wohlbefinden

Bei Erstgeburten wird die Familiengründung von der Mehrzahl der jungen Familien als neue Lebensphase verstanden. Den meisten Familien gelingt der Übergang in den (neu-) familiären Alltag gut und weitgehend sorgenfrei. Ihre Selbsthilfepotenziale verhelfen ihnen dazu, den in dieser Lebensphase auftretenden Schwierigkeiten gestaltungsreich begegnen zu können.

Besonders bei Erstgeburten bringt das Familienleben auch bei vorhandenen Ressourcen und guter Vorbereitung neue Herausforderungen mit sich. Der Alltag muss an die Bedarfe des Kindes angepasst werden. Zwar gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote, angesichts der Vielfalt und Unübersichtlichkeit fällt den Eltern die Auswahl jedoch oft schwer. Hier besteht das Risiko einer Überversorgung von Familien mit höherem Sozialstatus und der Unterversorgung sozial belasteter Eltern (NZFH, 2014). Bei sozialen Belastungen und gesundheitlichen Einschränkungen oder sprachlichen Barrieren ist es besonders schwierig, den erforderlichen Begleitungsprozess zu steuern. Es bedarf daher einer umfassenden Angebotstransparenz und -zugänglichkeit.

Die elterliche Betreuung des Kindes im ersten Lebensjahr ist durch den Gesetzgeber mit der Möglichkeit von bis zu drei Jahren Elternzeit sichergestellt und im ersten Lebensjahr durch das Elterngeld finanziell gefördert (Absätze 1 und 4 BEEG). Für die Gestaltung eines gesunden Lebensumfeldes für die Entwicklung des Kindes sowie die Unterstützung der Eltern für einen gesundheitsförderlichen Familienalltag sind neben dem Gesundheitswesen auch Ressorts wie Familie, Soziales und Umwelt gefordert. Eltern benötigen Unterstützung und Informationen zu Gesundheit und Wohlbefinden nach der WHO-Maßgabe, den „gesünderen Weg zur leichteren Wahl“ („Make the healthier way the easier choice“, Motto der Ottawa-Charta, WHO, 1986) zu machen.

Das Lebensumfeld für Familien muss so ausgerichtet werden, wie es die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung vorsieht (Geene & Rosenbrock, 2012).

Vermittlung von Gesundheitskompetenzen
Junge Eltern müssen ihren eigenen Weg zu Gesundheit und Wohlbefinden entwickeln (Brisch, 2005). Eltern gelingt es leichter, die Bindungs- und Grundbedürfnisse von Kindern zu erfüllen, wenn sie selbst auf ein unterstützendes soziales Umfeld aus Familienangehörigen, Freundeskreis und Nachbarschaft zurückgreifen können. Wo ein solches Netzwerk nicht vorhanden ist oder nicht ausreicht, unterstützen Angebote wie Elterncafés, Elternnetzwerke, Familienzentren, Familienbildungsangebote oder familienbegleitende Hilfen. Gerade junge Eltern benötigen Hilfe zur Selbsthilfe, wie es beispielsweise das inzwischen in zahlreichen Kommunen angebotene Programm „Eltern-AG“ als Selbstorganisation junger Eltern (Armbruster & Schlabs, 2009) oder die sog. „Stadtteilmütter“ (Maschewsky-Schneider, Berg, & Stolzenberg, 2011) ermöglichen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass durch den demographischen Wandel, die geringe Geburtenzahl und die „Verinselung von Kindheit“ (Geene, 2009) Geburten und (Klein-)Kinder zunehmend aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwinden und sich junge Eltern oft isoliert fühlen. Ehrenamtsprojekte wie „Familienpatinnen und Familienpaten“ im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Länderprogramme lehnen sich an bestehende zivilgesellschaftliche Projekte an. Dabei handelt es sich um Initiativen von freien Trägern und Familienverbänden, die soziale Netzwerke knüpfen und sich an klassischen Vorbildern wie Großelterndiensten orientieren. Die relativ gute Nutzung des Angebots bei einer gleichzeitig geringen Verbreitung dieser ehrenamtlichen Unterstützungsangebote zeigt, dass ein Ausbau der Angebote hilfreich wäre (NZFH, 2014).

Verbesserungspotenzial liegt in der Gesundheitsförderung und Prävention in kommunalen Settings. Hohe Präventionspotenziale bestehen insbesondere im kommunalen Raum, in dem die Begleitung im Betreu-

ungsbogen am besten abgestimmt werden kann. Hier haben engagierte Kommunen damit begonnen, sog. „Präventionsketten" in der Phase rund um die Geburt anzusetzen (Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., & BZgA, 2013). Dieser Ansatz flankiert die Anforderungen des BKiSchG, durch das seit 2012 Netzwerke Frühe Hilfen systematisch in allen Kommunen aufgebaut oder weiterentwickelt werden. Die durch das Gesetz ins Leben gerufene Bundesinitiative Frühe Hilfen hat hier zu einer Weiterentwicklung in den Kommunen geführt (siehe Ziel 5).

Das Präventionsgesetz greift die gesundheitsfördernden Potenziale der direkten Lebensumwelten auf und stärkt schwerpunktmäßig die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in KiTas, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen. Eine besondere Rolle fällt dabei kommunalen Settings zu, in denen sich junge Eltern aufhalten. Ein besonderes Augenmerk liegt auf schwer erreichbaren, sozial benachteiligten Familien. Die Angebote sollten deshalb möglichst niedrigschwellig umgesetzt werden. Zur Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen junger Familien können im Rahmen der „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune", die den Bundesrahmenempfehlungen als Anlage beigefügt wurde, gesundheitsförderliche Strukturen gestärkt und ausgebaut werden (Nationale Präventionskonferenz, 2016). Eine fundierte Gesundheitsberichterstattung ist ebenso wichtig wie das gemeinsame Vorgehen aller Verantwortlichen in der Kommune. Niedrigschwellige Angebote z. B. in Bürger- und Familienzentren oder Stadtteiltreffs können dabei flankierende Maßnahmen sein.

Zur Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen junger Familien bieten sich Kooperationen beispielsweise mit Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, der Kirchen, der Eltern- und Familienbildung, mit Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen, Vereinen, Wohnungsbaugesellschaften und anderen regionalen Akteurinnen und Akteuren an. Die vorgenannten Einrichtungen in der Kommune können diese Nähe zu den Familien gewährleisten. Notwendig ist eine enge Zusammenarbeit der in der Kommune verantwortlichen Akteurinnen und Akteure mit weiteren verantwortlichen Partnerinnen und Partnern, aufbauend auf einer gesundheitsförderlichen Ausrichtung kommunaler Entscheidungen.

Auf Bundesebene haben sich im Rahmen des Kooperationsverbundes gesundheitliche-chancengleichheit.de die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Krankenkassen und kommunale Spitzenverbände zu einem Kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für Alle" (bis November 2015: „Gesund aufwachsen für alle" (Gold & Lehmann, 2012)) zusammengeschlossen, um Erfahrungswissen zu bündeln und zu seiner Verbreitung anzuregen.

Impfen

Impfungen schützen vor gefährlichen Infektionskrankheiten und ihren Folgen (siehe auch das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen"). Deshalb wird von der STIKO bereits ab einem Alter von sechs Wochen die erste Rotavirusimpfung und ab dem dritten Lebensmonat eine erste Sechsfach-Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Poliomyelitis, Hepatitis B sowie die Impfung gegen Pneumokokken empfohlen. Ab dem zwölften Lebensmonat werden die Masern-Mumps-Röteln-Impfung sowie die Impfung gegen Windpocken (Varizellen) empfohlen. Im zweiten Lebensjahr wird Kindern eine Impfung gegen Meningokokken C empfohlen (RKI, 2015a). Diese Empfehlungen einschließlich Auffrischungsimpfungen sollten konsequent umgesetzt werden. Zusätzlich sollte spätestens jetzt oder erneut der Impfschutz der Eltern und weiterer enger Familienmitglieder überprüft und insbesondere in Hinblick auf Masern und Keuchhusten vervollständigt werden (siehe Ziel 1). Diese beiden Erkrankungen sind für Kinder im ersten Lebensjahr besonders gefährlich, ihr Ansteckungsrisiko kann so gesenkt werden. Weit überwiegend erfolgt die Beratung zu den Impfungen im Kindesalter über die

betreuenden Ärztinnen und Ärzte, gekoppelt an die Früherkennungsuntersuchungen. Zum Beispiel: Nach § 38 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz muss bei Erstaufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung ein schriftlicher Nachweis über eine ärztliche Beratung zum vollständigen Impfschutz erfolgen.

Gerade beim Thema Impfen gibt es viel Unsicherheit unter den Eltern. Sie fragen sich, wie gefährlich die Krankheiten sind und wie Berichte über Nebenwirkungen von Impfungen einzuordnen sind. Hier ist es eine wichtige Aufgabe, die Umsetzung der Impfempfehlungen mittels einer umfassenden Beratung durch alle professionellen Akteurinnen und Akteure noch besser zu fördern. Auch hier ist eine evidenzbasierte und adressatengerechte Information von entscheidender Bedeutung.

Mundgesundheit des Kindes

Auch zur Kariesprophylaxe mit Fluoridsupplementen ist eine evidenzbasierte und adressatengerechte Information und gegebenenfalls Unterstützung der jungen Eltern nötig, um eine regelmäßige Anwendung zu gewährleisten. Zahnpflege ist ab Durchbruch des ersten Milchzahns erforderlich (AWMF, 2013). Die Neuregelung im Präventionsgesetz (§ 26 Abs. 2 Satz 5 SGB V) zu zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zeigt, dass bei Kleinkindern ein besonderer Präventionsbedarf gesehen wird. Die insgesamt bei Kindern und Jugendlichen erzielten Präventionserfolge in der Kariesreduktion spiegeln sich in den Karieswerten der Kleinkinder, die auf recht hohem Niveau stagnieren, nicht wider (Splieth, Treuner, & Berndt, 2009; Robke, 2008). Die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen hat sich seit den 1970er Jahren in Deutschland sehr positiv entwickelt. In diesem Zeitraum konnte die Kariesprävalenz bei den 12-Jährigen um über 80 % gesenkt werden. Trotzdem ist weiterhin von einer deutlichen Schieflage der Kariesverteilung auszugehen. 10 % der 12-Jährigen tragen rund 60 % der Karieslast (DZ, 2006). Aktuellen Literaturangaben zufolge liegt die durchschnittliche Prävalenz der frühkindlichen Karies unter Einbeziehung der Initialläsionen in Deutschland bei 10 % bis 15 % (Treuner & Splieth, 2013).

Alle vorliegenden Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Lebensphase zwischen 0 und drei Jahren bis zum Durchbruch des voll entwickelten Milchgebisses prägend und von hoher Bedeutung für das weitere Kariesrisiko im Milch- und bleibenden Gebiss ist. Kinder mit frühkindlicher Karies entwickeln auch im Erwachsenengebiss signifikant mehr Karies (Isaksson, Alm, Koch, Birhed, & Wendt, 2013; Jordan, Becker, & Zimmer, 2012). Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs von frühkindlicher Karies mit der Karieslast im späteren Alter, insbesondere auch im Erwachsenenalter, ist es sinnvoll, bereits im Kleinkindalter wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um der Karies zu begegnen. Mit der Gesetzesänderung sollen über die bisherige Früherkennungsrichtlinie hinaus (erste zahnärztliche Untersuchung im dritten Lebensjahr), schon früher im Kleinkindalter Untersuchungen eingeführt werden. Der G-BA wurde beauftragt, das Nähere über die Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies zu regeln (Deutscher Bundestag, 2015). Im Rahmen der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie des G-BA enthält das sog. Gelbe Heft (Kinderuntersuchungsheft) künftig für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat sechs Verweise in Form von Ankreuzfeldern von Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzten bzw. Hausärztinnen/ Hausärzten zu Zahnärztinnen/ Zahnärzten (für Kinder) (G-BA, 2016).

Ernährung

Die Ernährung im ersten Lebensjahr wirkt sich auf die Zusammensetzung der Darmflora, die späteren Geschmacksvorlieben und auf die altersgerechte Entwicklung des Kindes aus. Unter-, Über- und Fehlernährung in dieser frühen Lebensphase können gravierende Auswirkungen auf die spätere Gesundheit haben (Angaben zur Ernährung im Kindesalter finden sich auch im Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“). Es lohnt sich deshalb in dieser Lebensphase ganz besonders, eine ausgewogene Ernährung zu fördern. Hierzu gehört auch die Förderung der Sensibilität gegenüber Hunger-, Appetit- und Sättigungssignalen und der Freude am Essen durch eine gute Geschmackswahrnehmung und ein positives

Körpergefühl. (Harris & Coulthard, 2016; Miltner-Jürgensen & Methfessel, 2015).

Zum Thema Säuglingsernährung bietet z. B. das Netzwerk „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie" Handlungsempfehlungen, die von den Berufsverbänden der Frauenärztinnen und Frauenärzte, der Hebammen sowie der Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte getragen und unterstützt werden. Diese sind Grundlagen für die Erstellung von Medien für den Einsatz in der Beratung junger Familien (Koletzko et al., 2016).

Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien, Kinder und Eltern im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes

Unfälle im Säuglingsalter

Unfälle gehören zu den größten Gesundheitsrisiken im Säuglings- und Kleinkindalter und stellen in diesen Altersgruppen den zweithäufigsten Grund für die stationäre Aufnahme im Krankenhaus dar (Elsäßer, 2014). Checklisten für Eltern und andere Betreuungspersonen (Tageseltern oder Erzieherinnen und Erzieher) können helfen, einfache Maßnahmen umzusetzen und damit langfristige Folgeschäden zu verhindern. Die Umsetzung verbindlicher Vorschriften der Unfallkassen zur sicheren und gesunden Gestaltung von Kindertageseinrichtungen und Außenspielflächen sowie Empfehlungen und Präventionsprogramme der regionalen Unfallversicherungsträger können die Wahrscheinlichkeit von Unfällen in Betreuungseinrichtungen ebenso verringern (DGUV, 2007). Mit der Änderung des § 26 SGB V ist die Möglichkeit geschaffen worden, im Rahmen der ärztlichen Beratung der Eltern (Kinderuntersuchungen) auch auf alterstypisches Unfallgeschehen und spezielle Gefahrenlagen im Säuglingsalter hinzuweisen.

Gewalt und nicht unfallbedingte Traumata

Neben Unfalltraumata stellen im ersten Lebensjahr die nicht unfallbedingten körperlichen („Schütteltrauma") oder seelischen Schädigungen eines Kindes ein Gefahrenpotenzial dar, für das alle Berufsgruppen, die Kontakt zu Kindern im ersten Lebensjahr haben, sensibilisiert sein müssen.

Wichtig ist es, Vernachlässigung und Gewalt vorzubeugen bzw. sie sehr frühzeitig zu erkennen, sodass gegebenenfalls eine Intervention möglich ist. Auch hier ist es ein wichtiges Ziel, die Achtsamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit von Eltern zu stärken und Überforderung vorzubeugen, sodass der Säugling ausreichend versorgt und beispielsweise nicht alleingelassen wird. Medizinisches Personal oder Erzieherinnen und Erzieher brauchen Unterstützung, um bei Verdacht auf Vernachlässigung, Gewalt oder Missbrauch Kontakte zu Netzwerken des Kinderschutzes aufzubauen. Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/ Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeitern, Pflegepersonal, Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kriminalpolizei sind Voraussetzung, um den Schutz von Kindern vor Gewalt zu erhöhen (Herrmann, Banaschak, Thyen, & Dettmeyer, 2010; Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren, o. D.; DJI, 2016). Außerdem können diese Netzwerke einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten. Neben der Sensibilisierung der Öffentlichkeit sind auch konkrete Beratungsangebote für Eltern eine wichtige Maßnahme zum Kindesschutz (Sann, Geene, & Paul, 2013).

Um geeignete Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu entwickeln, ist ein verbessertes Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen notwendig. Daher fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Förderrichtlinie „Forschungsverbünde zu Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend" (Laufzeit 2012-2016) Forschungsvorhaben zu dieser Thematik mit dem Ziel, evidenzbasierte Konzepte zu entwickeln und in der Praxis zu erproben. Im Auftrag des BMG wird unter

Federführung der Universität Bonn eine S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“ erarbeitet (Laufzeit 2015-2017).

Für Prävention und ein frühzeitiges Erkennen von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern ist eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung (z. B. durch gemeinsame Fortbildungen) von Kinder- und Jugendschutzeinrichtungen, Frauenunterstützungseinrichtungen, Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzten, Frühen Hilfen und eigenständigen kindbezogenen Unterstützungsangeboten erforderlich. Kommt es zu einer Inobhutnahme oder anderweitigen Fremdunterbringung der Kinder, sollte diese gesundheitsförderlich begleitet werden. Entsprechende Unterstützung sollte in Kinderheimen und Pflegefamilien erfolgen bzw. angeboten werden, insbesondere im Bereich der Kurzzeit- und Notfallunterbringung. Mit der Erweiterung um den Auftrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im SGB VIII §§ 16 und 45 durch das Präventionsgesetz besteht nun auch ein entsprechender Auftrag an die Kinder- und Jugendhilfe (Wiesner, 2015).

Plötzlicher Kindstod

Die Zahl der Säuglinge, die ohne diagnostizierbare Ursache versterben, sinkt. Die Kombination der empfohlenen Maßnahmen (Schlafen in Rückenlage und im Schlafsack, nicht zu warme Temperatur, Schlafen im Elternschlafzimmer, Stillen und Nichtrauchen) korreliert mit dem Rückgang der SIDS-Todesfälle. Daher ist es weiterhin von großer Bedeutung, die Eltern über eine gesunde Schlafumgebung aufzuklären. Hier stehen evidenzbasierte Materialien zur Verfügung, die möglichst weit verbreitet werden sollten.

Besondere Unterstützungsbedarfe

Frühgeborene

Familien mit Frühgeborenen haben insbesondere im Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung besondere Herausforderungen zu bewältigen und daher entsprechenden Unterstützungsbedarf. Dabei ist die Zusammenarbeit mit den weiterbetreuenden Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzten sowie den nachsorgenden Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) essentiell. Über Unterstützungsangebote und Fördermöglichkeiten, einschließlich sozialmedizinischer Nachsorge, Frühförderung und weiterführender psychologischer Begleitung, sollte bereits in den ersten Lebenswochen umfassend informiert werden. Frühgeborene, insbesondere mit einem Geburtsgewicht <1000g, tragen ein deutlich erhöhtes Risiko für neurologische Langzeitmorbidität, u. a. für die Entwicklung einer Zerebralparese (10-15 %), von Lernstörungen (20-30 %), Hyperaktivität (15-20 %), Blindheit oder Taubheit (1-3 %). Ein frühzeitiges Erkennen dieser Probleme, die zeitnahe Einleitung von unterstützenden Maßnahmen sowie deren Ausbau und finanzielle Sicherung sind wünschenswert. Wegen der häufig spät eintretenden Nach- und Nebenwirkungen sollten auch langfristig Beratungsangebote bereitstehen. So können auch Eltern dabei unterstützt werden, Folgen der Frühgeburtlichkeit frühzeitig zu erkennen. Des Weiteren ist Frühgeburtlichkeit mit einer erheblichen finanziellen Mehrbelastung für Familien verbunden. Darauf sollte der Sozialdienst in den primär versorgenden Kliniken bereits frühzeitig hinweisen und Möglichkeiten der finanziellen Entlastung aufzeigen (Härtel & Herting, 2010).

Entwicklungsgefährdete (behinderte oder von Behinderung bedrohte) Kinder

Für entwicklungsgefährdete (behinderte oder von Behinderung bedrohte) Kinder stellt die Interdisziplinäre Frühförderung spezifische Angebote zur Verfügung (SGB IX). Es handelt sich um heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen zur frühzeitigen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (von Geburt bis Schuleintritt). Zuständig sind die Sozial- sowie Kinder- und Jugendhilfeträger (für die heilpädagogischen Maßnahmen) bzw. die Krankenkassen (für die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen in Form von Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie). Durch die Komplexleistung Interdisziplinäre Frühförderung sollen beide Leistungsbereiche gegenüber den Betroffe-

nen wie „aus einer Hand“ erbracht werden. Durch eine dreiseitige Vertragsregelung mit einer zugelassenen Einrichtung wird ermöglicht, dass die Leistungen zeitnah und aufeinander abgestimmt den betroffenen Kindern zur Verfügung stehen. Aufgrund der regional unterschiedlichen Versorgungsstruktur ist eine individuelle Beratung über Fördermöglichkeiten und Unterstützung der Familien für den Zugang der Kinder zu diesem Leistungssystem notwendig.

Wichtig ist auch eine noch bessere Verzahnung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure, um Eltern die bestmögliche Unterstützung zur optimalen Versorgung des Kindes zu geben. Eine gute Unterstützung und ein einfacher Zugang zu Hilfen im Alltag sind zwingend erforderlich. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die kontinuierliche Beratung und Begleitung durch einen Pflegedienst, der erfahren und kompetent in der Versorgung kranker und behinderter Kinder ist. Kinder, die eine Pflegestufe haben, können im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung ambulante Pflege beanspruchen. Für Frühgeborene wurden sozialmedizinische Nachsorgeprogramme entwickelt und finanziell abgesichert, um eine engmaschigere Nachbeobachtung sicherzustellen. Eine flächendeckende Umsetzung der Programme für Eltern von frühgeborenen, behinderten oder chronisch kranken Kindern ist notwendig, um das gesunde Aufwachsen dieses Adressatenkreises zu unterstützen.

Regulationsstörungen

Mit dem Begriff der „Regulationsstörungen“ werden Schwierigkeiten wie Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen überschrieben. Schwerwiegende Regulationsstörungen sind mit einer Prävalenz von etwa 20 % häufig, bei etwa der Hälfte dieser Kinder liegen die Regulationsstörungen in chronifizierter Form vor. Als bedeutsamstes Einzelphänomen gilt die Schreibabyproblematik (Cierpka, Stasch, & Groß, 2007; Korczak, Kister, & Krause-Girth, 2013; Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2004). Die in mehreren Teilbeschlüssen 2015 und 2016 beschlossene Neustrukturierung der „Kinder-Richtlinien“ des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr sieht Fragen und Beratung zum Umgang mit Schreiverhalten in den Früherkennungsuntersuchungen vor (G-BA, 2015a). Die Richtlinie trat am 01.09.2016 in Kraft.

Zur Unterstützung bei sog. „Schreibabys“ gibt es inzwischen einige lokale Angebote, insbesondere aus der Kinder- und Jugendhilfe, die Familien mit psychologischen, psychotherapeutischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei der Bewältigung entsprechender Belastungen helfen können. Der Ausbau und die finanzielle Sicherung von Schreibabyberatung sind wünschenswert.

Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Gewährleistung einer bedarfsgerechten Betreuung

Zusammenarbeit Gesundheitswesen mit Kinder- und Jugendhilfe

Das Gesundheitssystem bietet durch seine Angebote (Gynäkologie, Hebammenhilfe, Geburtskliniken, Kinderkliniken, Beratungsstellen, SPZ, niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte, ÖGD/ Mütterberatung, Erstbesuchsdienste der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste) vielfältige Zugangswege zu allen Familien, auch zu belasteten Familien, die oft nur schwer zu erreichen sind. Die Angebote haben eine hohe Akzeptanz bei Eltern, gerade in der Zeit rund um die Geburt eines Kindes, wodurch ein frühzeitiger Zugang zu den Familien mit hohem Hilfebedarf ermöglicht

[3] „Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0 – 3 Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.“ (Begriffsbestimmung des Wissenschaftlichen Beirats des NZFH vom 26.09.2009)

wird. Die Kinder- und Jugendhilfe verfügt ebenfalls über vielfältige Angebote, um gerade diesen Eltern passgenaue Hilfen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation anzubieten. Unabgestimmte Übergänge oder sogar widersprüchliche Informationen sind für Eltern verunsichernd. Mit den Frühen Hilfen[3] wird diesem Missstand systematisch begegnet.

Nach dem im Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) verankerten Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sollen Netzwerke geschaffen werden, die insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe, die Gesundheitsämter und Angehörige der Heilberufe einbeziehen. Der Schutz von Kindern vor Gewalt und die präventive Förderung positiver Entwicklungsbedingungen sollen in diesen Netzwerken als gemeinschaftliche, ressort- und professionsübergreifende Aufgaben umgesetzt werden. Die in § 1 Absatz 4 KKG erfolgte Normierung eines „frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots“ bildet einen Rahmen für die Aktivierung relevanter Leistungserbringer im Feld der Frühen Hilfen. Eine besondere Herausforderung besteht darin, die Akteure und Akteurinnen des Gesundheitswesens in den Informationsfluss und die Netzwerkarbeit einzubinden. Inzwischen sind Akteure und Akteurinnen aus dem ÖGD (Gesundheitsämter) in über 80 % der Netzwerke Frühe Hilfen vertreten; Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte, Hebammen, Frauenärztinnen und Frauenärzte sind in ca. zwei Drittel der Netzwerke Frühe Hilfen vertreten (NZFH, 2014).

Es ist Aufgabe der kommunalen Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren für Frühe Hilfen und auch der Vereinbarungen auf Landes- und Bundesebene, förderliche Bedingungen zu schaffen, damit die Beteiligten – Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte, Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, FGKiKP, Familienhebammen – eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten können.

Modellhaft hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ein Projekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel“ aufgesetzt; dieses zielt auf die Entwicklung flächendeckender Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit der Kinder- und Jugendhilfe ab (zu Frühe Hilfen siehe auch das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“).

Kinder- und jugendärztliche Versorgung

Eine zentrale Bedeutung haben die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch ihren frühzeitigen und regelmäßigen Kontakt zu Eltern mit Kindern im ersten Lebensjahr. Durch kontinuierliche Entwicklungsbeobachtung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 SGB V können sie Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen. Die Untersuchungen beinhalten eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus sowie eine präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Sofern medizinisch angezeigt, kann eine Präventionsempfehlung ausgestellt werden, die von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu berücksichtigen ist.

Die sog. U-Untersuchungen genießen bei den Eltern eine hohe Akzeptanz, sodass die durchschnittlichen Teilnahmequoten insgesamt sehr hoch sind; dies gilt in besonderem Maße für die Untersuchungen im ersten Lebensjahr. Leicht geringere Teilnahmen finden sich bezüglich der späteren U-Untersuchungen ab dem zweiten Lebensjahr bei Familien mit niedrigem Sozialstatus. Um die Teilnahme weiter zu erhöhen, wurde im Dezember 2008 in § 26 Abs. 3 SGB V eine Regelung eingeführt, die vorsieht, dass die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Kinderuntersuchungen hinzuwirken haben. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen hierzu mit den zuständigen Stellen der Länder gemeinsame Rahmenvereinbarungen schließen. In 13 von 16 Bundesländern wurden parallel dazu Einladungs-, Erinnerungs- oder Rückmeldesysteme eingeführt, mit denen die Verbindlichkeit der Teilnahme erhöht werden sollte (Thaiss et al., 2010). Evaluations-

ergebnisse zeigen, dass durch das Einladewesen eine Erhöhung der Teilnahme an den U-Untersuchungen und eine Erhöhung der Impfquote auch bei Familien in belasteten Lebenslagen erreicht werden konnte. So werden zwischenzeitlich, wie Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts (KiGGS, Folgeerhebung, Welle 1, 2009-2012) zeigen, bei den Untersuchungen im ersten Lebensjahr (bis einschließlich U6) nun durchgängig Teilnahmequoten von über 95 % erreicht (RKI, 2015d). Man erhoffte sich darüber hinaus, Risikofälle für Kindeswohlgefährdung frühzeitiger zu erkennen. Die Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass dieses Ziel nicht in der erhofften Weise erreicht werden konnte, dass jedoch das gesunde Aufwachsen der Kinder entscheidend gefördert werden kann (Thaiss & Burchardt, 2013).

Das frühzeitige Erkennen von Hilfebedarfen korrespondiert auf Elternseite mit hoher Akzeptanz des Rats und der Kompetenz der die Kinder untersuchenden und behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese Kompetenz wird unterstützt durch den zwischenzeitlich einem Praxistest unterzogenen pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3-U6) (Barth & Renner, 2014). Der Bogen soll Arzt und Ärztin dabei unterstützen, familiären Hilfebedarf zu erkennen, diesen Hilfebedarf anzusprechen und die Familie zur Annahme passgenauer Angebote zu motivieren.

Familienhebammen und vergleichbare Berufe

Aufgrund ihres guten Zugangs zu Familien rund um die Geburt wurde im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen das Angebot der Familienhebammen ausgebaut. Dabei handelt es sich um Fachkräfte, die aufbauend auf ihrem grundständigen Gesundheitsfachberuf der Hebamme eine spezialisierte Weiterqualifizierung erhalten haben, durch die sie neben den medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten auch vertiefte und erweiterte Kompetenzen für die psychosoziale Beratung und Betreuung von Familien in Problemsituationen erworben haben. Dies gilt auch für sog. vergleichbare Berufe (Fachkräfte der Kinderkrankenpflege, wie z. B. FGKiKP): sie begleiten Eltern zur Förderung ihrer Kompetenzen in der Pflege und Erziehung ihrer Kinder und übernehmen dabei die Lotsenfunktion von der Familie zu den kommunalen Angeboten des Netzwerks Frühe Hilfen. Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen beraten und betreuen sie Familien mit Unterstützungsbedarf von der Schwangerschaft bis zu einem Jahr, FGKiKP bis zu drei Jahre nach der Geburt des Kindes im Rahmen von bedarfsorientierten Hausbesuchen.

Neben den über Frühe Hilfen finanzierten Familienhebammen sowie FGKiKP sind auch vielfach sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten der Gesundheitsämter tätig, deren Finanzierung unabhängig von Frühe Hilfen erfolgt. Diese Berufsgruppe hat eine sozialmedizinische Zusatzqualifikation auf der Basis einer Grundausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erworben und darf unabhängig vom Alter des Kindes aufsuchend tätig werden.

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 4.1 Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt.	Bedarfsgerechtes Angebot von Leistungen der Gesundheitsförderung und primärpräventiven Beratungen zu den Themenfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung sowie Sucht (insb. Rauchen, Alkohol).
	Verfügbarkeit von werbe- und widerspruchsfreien Informationen.
	Evidenzbasierte und von Expertinnen und Experten konsentierte Informationen für junge Eltern zu den Themen Entwicklung, Erziehung, Ernährung und Bewegung.
	Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungs-Untersuchungen durch Information.
	Etablierung von Netzwerken für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung.
	Fortentwicklung des Konzepts der familiären Gesundheitsförderung über Forschungs- und Modellprojekte.
	Adressatengerechte Informationen zu Impfempfehlungen.
	Adressatengerechte Informationen zu Karies- und Rachitisprophylaxe.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Familienhebammen
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	FGKiKP
BMEL	Frauenärztinnen, Frauenärzte
BZgA	Gesundheitswissenschaftlerinnen, Gesundheitswissenschaftler
DAJ	Hausärztinnen, Hausärzte
Familienbildungsstätten	Hebammen
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Familienzentren	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
Forschungseinrichtungen	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
Informationsanbieter zu Ernährung etc. wie aid infodienst, Netzwerk Gesund ins Leben und die DGE	Zahnärztinnen, Zahnärzte
Kinder- und Jugendhilfe	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten
Kommune, Landkreis	
Krankenhäuser/ Kinderkliniken	
Krankenkassen	
Landesvereinigungen für Gesundheit und andere Einrichtungen auf Landesebene	
ÖGD	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Verbraucherzentralen	

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 4.2 Die Bindung zwischen Eltern und Kind ist stabilisiert.	Stärkung der Elternkompetenz zum Bindungsaufbau sowie zur bedarfsgerechten Entwicklung und Gesundheit des Kindes.
	Bekanntmachung und niedrigschwelliger Zugang zu Maßnahmen zur Eltern-Kind-Bindung.
	Hinweise auf regionale Eltern-Kind-Angebote durch Frauenärztinnen/ Frauenärzte, Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte sowie weitere Hausärztinnen/ Hausärzte.
	Niedrigschwellig erreichbare Netzwerke der verantwortlichen Akteure und Akteurinnen und Angebote der Selbsthilfe zur Unterstützung des Bindungsaufbaus.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	**Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)**
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Familienhebammen
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	FGKiKP
BMFSFJ	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Familienbildungsstätten	Hausärztinnen, Hausärzte
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Hebammen
Familienzentren	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Forschungseinrichtungen	Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen
Freie Wohlfahrtspflege	
Kinder- und Jugendhilfe	
Kommune, Landkreis	
Krankenhäuser/ Kinderkliniken	
Krankenkassen	
NZFH	
ÖGD	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Selbsthilfe	

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 4.3 Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes sind identifiziert und verringert.	Bekanntmachung und Vermittlung durch die zentralen Akteurinnen und Akteure der Angebote der Frühen Hilfen.
	Erfassung von psychosozialen Belastungen und Information über Hilfsangebote bei Kinderuntersuchungen.
	Bedarfsgerecht vorhandene und niedrigschwellig zugängliche Maßnahmen der Frühförderung.
	Vernetzung medizinischer, sozialer, familiärer und psychologischer/ psychotherapeutischer Betreuung.
	Kultursensible Ausrichtung von Unterstützungsleistungen.
	Stärkung der aufsuchenden und familienentlastenden Dienste.
	Förderung von Ehrenamtsprojekten (Familienpatinnen und Familienpaten, Nachbarschaftshilfe etc.) als niedrigschwellige, nichtprofessionelle Unterstützungsleistung.
	Identifikation und bedarfsgerechte Unterstützung von Opfern von Gewalt.
	Schaffen von Netzwerken nach § 4 KKG; Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitswesens als fester Bestandteil der Netzwerke.
	Verfügbarmachen und Verbreitung von Informationen für Familien mit Migrationshintergrund, die Sprachbarrieren senken und Zugangswege zu den Gesundheits-, Sozial- und Familiensystemen erleichtern.
	Hilfe und Unterstützung für Familien mit Suchtproblematik (medizinisch-therapeutische Behandlung der Eltern, Unterstützung aus der Kinder- und Jugendhilfe für die Kinder).
	Gewährleistung einer besseren Diagnostik im Kindes- und Jugendalter in Hinblick auf die Unterformen des FASD.
	Umfassende Information zur Unfallvermeidung im Säuglingsalter.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	**Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)**
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Akteurinnen und Akteure der Jugendzahnpflege nach § 21 SGB V
Berufs-/ Fachverbände bzw. Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Erzieherinnen, Erzieher
BMFSFJ	FGKiKP
BMG	Familienhebammen
BZgA	Frauenärztinnen, Frauenärzte
DAJ	Hausärztinnen, Hausärzte
Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe	Hebammen
Familienentlastende Dienste	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Kindertagespflegende
Frühförderzentren/ SPZ	Psychologinnen und Psychologen
Gesundheitsressorts auf Länderebene	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Kinder- und Jugendhilfe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
Kommunen/ Landkreise	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 4.3 Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes sind identifiziert und verringert.	Spezifische Informationsmaterialien und Schulungen zur Unfallreduzierung für Erzieherinnen und Erzieher, Tagespflegende etc.
	Frühe Identifizierung von elterlichen Überforderungssituationen und Risikokonstellationen; geeignete Hilfestellung zur Entlastung zur Vermeidung von beispielsweise Schütteltraumata.
	Aufklärung und Forschung zum Thema SIDS.
Teilziel 4.4 Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung.	Bekanntmachung und Information über Angebote der Frühen Hilfen durch die zentralen Akteurinnen und Akteure.
	Erfassung von psychosozialen Belastungen und Information über Hilfsangebote bei Kinderuntersuchungen.
	Ausreichende Nachsorge durch Hebammen, SPZ oder Fachkräfte der Kinderkrankenpflege bei Frühgeburtlichkeit.
	Bedarfsentsprechende Unterstützungsangebote für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern.
	Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Kinderheimen und Pflegefamilien.
	Bessere Vernetzung der Akteurinnen und Akteure zur Förderung und Unterstützung von Familien mit behinderten Kindern.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	**Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)**
Krankenkassen	
Länder	
NZFH	
ÖGD	
Pflegeversicherung	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Selbsthilfe	
Suchtberatungsstellen	
Unfallversicherungen	
BMFSFJ	Familienhebammen
BMG	FGKiKP
BMAS	Frauenärztinnen, Frauenärzte
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	Hausärztinnen, Hausärzte
Frühförderzentren/ SPZ	Hebammen
Gesundheitsressorts auf Länderebene	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 4.4 Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung.	Hilfe und Unterstützung für Familien mit psychischen Erkrankungen (medizinisch-therapeutische Behandlung der Eltern, Unterstützung aus der Kinder- und Jugendhilfe für die Kinder).
	Sicherung der Beratung bei Regulationsstörungen, z. B. durch Ausbau und finanzielle Absicherung.
Teilziel 4.5 Die beteiligten Akteure arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsgerechte Betreuung.	Schaffung bzw. Ausbau von Netzwerken, die für die Verzahnung zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sorgen.
	Koordinierung der Zusammenarbeit z. B. über die Nutzung von Case-Management.
	Interdisziplinäre Fortbildungen für die relevanten Akteure in Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe.
	Enge Verzahnung der U-Untersuchungen mit Angeboten der Frühen Hilfen.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Kinder- und Jugendhilfe	Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren Frühe Hilfen
Krankenkassen	Psychologinnen, Psychologen
NZFH	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten
ÖGD	Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter
Pflegeversicherung	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten
Selbsthilfe	
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Akteurinnen und Akteure der Jugendzahnpflege nach § 21 SGB V
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	Familienhebammen
BMFSFJ	FGKiKP
BMG	Frauenärztinnen, Frauenärzte
DAJ	Hausärztinnen, Hausärzte
Familienbildungsstätte	Hebammen
Frühförderzentren/ SPZ	Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte
Gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Kinder- und Jugendhilfe	Psychologinnen, Psychologen
Länder	Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 4.5 Die beteiligten Akteure arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsgerechte Betreuung.	Interdisziplinäre Fortbildungen für die relevanten Akteure in Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe.
	Enge Verzahnung der U-Untersuchungen mit Angeboten der Frühen Hilfen.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Landesgesundheitskonferenzen	Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter
Landesvereinigungen für Gesundheit	Zivilgesellschaftliches Engagement, z. B. durch ehrenamtliche Patinnen und Paten
NZFH	
ÖGD	
Psychosoziale Beratungsstellen	
Selbsthilfe	

ZIEL 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet

Mit der Gründung einer Familie ergeben sich für die werdenden und jungen Eltern neue Verpflichtungen. Dazu gehören Achtsamkeit und Sensibilität für die Bedürfnisse und Gesundheit von Mutter und Kind, die neue Strukturierung des Familienalltags und die Wahrnehmung der Verantwortung für einen guten Start ins Leben. Darüber hinaus hat die Gesellschaft den Auftrag, mit geeigneten Rahmenbedingungen und Unterstützungsangeboten für Eltern die Grundlagen bereitzustellen, die einen gesunden Start fördern und eine sichere Zukunftsperspektive unterstützen (siehe auch das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen"). Vor allem Familien in belastenden Lebenssituationen – z. B. aufgrund von Armut – sind häufiger von Zukunftsängsten betroffen, die sich negativ auf das werdende Leben und die Beziehung zum Kind auswirken können. Für das Armutsrisiko von Kindern und Familien ist vor allem die Erwerbsbeteiligung entscheidend. Besonders betroffen sind dabei Alleinerziehende, deren Erwerbsbeteiligung insbesondere durch ausreichende Betreuungsangebote gesichert werden kann (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., 2016).

Das werdende Leben soll in einem gesundheitsförderlichen Umfeld heranwachsen. Wesentlich sind dabei Verhältnisse, die Wohlbefinden und Freude auf den Familienzuwachs fördern. Zudem ist es wichtig, die zugrundeliegenden Mechanismen zu verstehen, über die sich Einflüsse in der frühen Kindheit auf die Gesundheit im gesamten Lebensverlauf auswirken. Sie sind Ansatzpunkte für präventive, therapeutische sowie soziale Maßnahmen, um Folgen früher negativer Einflüsse entgegenzuwirken, ohne dabei zu stigmatisieren.

Familien brauchen politische Rahmenbedingungen, die ihr Zusammenwachsen fördern („Doing family") (Jurczyk, Lange & Thiessen, 2010), ihnen Entscheidungen über ihre familiäre und berufliche Zukunft und die Vereinbarung der unterschiedlichen Bedürfnisse der Familienmitglieder flexibel ermöglichen. Dazu sind – wie beispielsweise mit dem Elterngeld – in der Vergangenheit bereits wichtige Weichen gestellt worden. In den verschiedenen Lebenswelten, wie z. B. Kommunen und Unternehmen, besteht nach wie vor die Aufgabe, die entsprechenden Voraussetzungen zu gestalten.

Die unterschiedlichen Ressorts in Bund, Ländern und Kommunen sowie Krankenkassen, gemeinnützige und private Trägerorganisationen bieten ein vielfältiges Angebot für Familien, z. B. Angebote des ÖGD und des Netzwerks Frühe Hilfen. In diesem Rahmen sollten die Kommunen über die Sektorengrenzen hinweg Angebote rund um die Geburt und für das erste Lebensjahr sicherstellen, vernetzen und verbreiten (BMFSFJ, 2009). Davon müssen auch Eltern profitieren können, die solche Angebote nicht selbständig wahrnehmen. Hierzu sind bereits eine Reihe lebenslagenspezifischer niedrigschwelliger – vor allem aufsuchender – Angebote etabliert, wie Familienhebammen, Willkommensbesuche zu Hause, Eltern-Kind-Zentren oder Nachbarschaftshäuser. Es ist eine Herausforderung, passgenaue Angebote für die verschiedenen Bedarfe und Bedürfnisse zu entwickeln, z. B. für die von Alleinerziehenden, von sozial benachteiligten Eltern oder von Eltern mit unterschiedlichen Migrationshintergründen.

Der Kommune obliegt es, Voraussetzungen zu schaffen, die ein Aufwachsen in sozialer Geborgenheit unterstützen. Ein Teil der Eltern benötigt Unterstützung bei der Gestaltung des Lebensalltags. Diese Familien sind ohne Stigmatisierung anzusprechen, um mit ihnen gemeinsam Lösungen zu entwickeln, die eine frühe Einbindung in unterstützende Strukturen, wie Kindertageseinrichtungen und speziell Familienzentren, ermöglichen. Die Evaluation des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen" am Beispiel des Settings KiTa (Geene, Kliche, & Borkowski, 2015) hat ergeben, dass der Besuch einer KiTa Gesundheit und Bildungschancen von Kindern deutlich erhöht, insbesondere wenn diese mit adäquatem Betreuungsschlüssel und qualitativ hochwertig arbeitet. Wichtig dabei ist, Eltern direkt in das Bildungskonzept einzubinden. „Eltern-Kind-Zentren", KiTas mit entsprechenden

Bildungsprogrammen (Richter, Holz, & Altgeld, 2004) – idealerweise unterstützt durch regionale Einbindung und Präventionsketten wie in Modellkommunen wie Dormagen (Sandvoss & Kramer, 2010) oder Monheim (Berg, 2010) –, haben hier bereits gute Erfolge vorzuweisen.

Auch in der Arbeitswelt und während der Ausbildung bedarf es eines familienfreundlichen Umfelds, das sich bereits durch Wertschätzung und Achtsamkeit gegenüber den besonderen Lebensphasen Schwangerschaft und Stillzeit am Arbeitsplatz, in der Ausbildung und im Studium auszeichnet. Die Regelungen des Mutterschutzes dienen dem Schutz der schwangeren und stillenden Frau und des (ungeborenen) Kindes vor gesundheitlichen Gefährdungen und sollen die Erwerbstätigkeit oder die Fortsetzung von Ausbildung und Studium unter gesundheitsgerechten und sicheren Arbeits- und Ausbildungsbedingungen für schwangere und stillende Frauen ermöglichen. Mit der aktuellen Neuregelung des Mutterschutzrechts werden die diesbezüglichen Arbeitgeberpflichten besser konturiert und die Beschäftigungsverbote überarbeitet. Der Anwendungsbereich des Gesetzes wird insbesondere im Hinblick auf den Gesundheitsschutz auf Schülerinnen, Studentinnen und selbständig tätige Frauen in arbeitnehmerähnlicher Position ausgeweitet. Hierzu wird u. a. die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV), die nach bisherigen Erfahrungen in der Praxis nicht hinreichend bekannt war und dementsprechend nicht konsequent angewendet wurde, in das Gesetz integriert. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind verpflichtet, bereits im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach dem Arbeitsschutzgesetz zu ermitteln, welche Tätigkeiten nach Art, Ausmaß und Dauer mutterschutzsensibel sind und deshalb besondere Maßnahmen zum Schutz schwangerer und stillender Frauen und ihrer Kinder erfordern. Das Ergebnis dieser Gefährdungsbeurteilung sowie die erforderlichen Schutzmaßnahmen sind allen Beschäftigten mitzuteilen. Diese generelle Gefährdungsbeurteilung ist zu konkretisieren, wenn die Stelleninhaberin eine Schwangerschaft anzeigt. Sie ist über das Ergebnis zu informieren.

Die Rangfolge der dann zu ergreifenden Schutzmaßnahmen sieht vor, dass der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin auf Basis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen zunächst anstreben muss, den Arbeitsplatz so umzugestalten, dass eine Weiterbeschäftigung verantwortbar ist. Wenn dies nicht möglich ist, muss der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin von sich aus der Schwangeren oder Stillenden einen anderen geeigneten und zumutbaren Arbeitsplatz anbieten. Erst wenn auch das nicht möglich ist, muss der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin ein betriebliches Beschäftigungsverbot aussprechen. Um eine bessere Umsetzung des Mutterschutzes zu gewährleisten, wird ein Ausschuss für Mutterschutz eingerichtet, der mit z. T. berufsgruppenspezifischen Empfehlungen Orientierung bei der praxisgerechten Umsetzung der mutterschutzrechtlichen Regelungen geben soll. Diese Maßnahmen sollen eine bessere Umsetzung der Schutzmaßnahmen ermöglichen und vermeiden, dass Schwangeren und Stillenden vorschnell eine Teilhabe am Arbeitsleben, an der Ausbildung oder am Studium verweigert wird. Die von Behörden, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie anderen Institutionen häufig geforderte Vorlage des Mutterpasses ist unzulässig.

Datenschutzrechte regeln die Hoheit der Schwangeren über ihre Daten. Hier sind Maßnahmen zur Sensibilisierung aller Beteiligten vorzusehen.

Bei der Wiederaufnahme von Arbeit sind z. B. die Unterstützung des Stillens am Arbeitsplatz sowie familienfreundliche Arbeitszeit- und Kinderbetreuungsmodelle von großer Bedeutung. Den Eltern sollte ein flexibler Wiedereinstieg in den Beruf ermöglicht und flankierend Kinderbetreuung bereitgestellt werden. Es sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, um Vätern zu ermöglichen, insbesondere in der Zeit des Wochenbetts Zeit für die Familie zu haben.

Forschungsbedarf besteht zu der Frage, wie sich organisatorische, institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter, Kind und Familie auswirken. Public Health- bzw. Versorgungs- und Präventionsforschung in Bezug auf die Gesundheit rund um die Geburt ist bedeutsam. Auch bestehen in einigen Bereichen – wie z. B. bei der Dokumentation des Geburtsgewichtes aller Neugeborenen auf Ebene der Kommunen, beim Still-Monitoring und bei der genaueren Erfassung der Müttersterblichkeit – noch Datenlücken, die geschlossen werden sollten.

Grundsätzlich muss das Wissen, das rund um die Geburt benötigt wird, Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Akteure und Akteurinnen werden. Dazu bedarf es einer Ausarbeitung der jeweils relevanten Bildungsinhalte. Es muss sichergestellt sein, dass evidenzbasierte Informationen widerspruchsfrei kommuniziert werden, damit sie einen Beitrag dazu leisten können, das Wissen über diese Lebensphase zu stärken und mehr Gesundheitskompetenz rund um die Geburt zu fördern.

Infrastrukturell sollte die Perinatologie als akademische Struktur deutlicher hervorgehoben werden. Angesichts des massiven Rückgangs von geburtshilflichen Lehrstühlen ist anzustreben, dass perinatologische Lehrstühle so ausgestaltet werden, dass sie die zentralen Bereiche der Perinatologie interdisziplinär abbilden (Geburtshilfe einschließlich Pränataldiagnostik, Hebammenwissenschaft und Neonatologie) und mit weiteren relevanten Fachdisziplinen – wie z. B. der Kinderchirurgie und der Neurochirurgie – eng zusammenarbeiten.

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 5.1 Transparenz und Vernetzung der Hilfestrukturen sind gewährleistet.	Bekanntmachung von niedrigschwelligen Beratungs- und Unterstützungsangeboten.
	Organisation einer ressortübergreifenden Beratung und Unterstützung.
Teilziel 5.2 Präventionsketten sind flächendeckend aufgebaut.	Vernetzung der kommunalen Akteure und Akteurinnen zur Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse.
	Entwicklung von passgenauen Angeboten für spezifische Bedarfe und vulnerable Familien.
	Umfassende Unterstützung der Phase der Erstgeburt/ Familiengründung mit dem Ziel gelingenden Familienaufbaus („Doing family“).

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
BMAS	Aufgrund der abweichenden Systematik wird bei Ziel 5 auf die Darstellung von „Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren“ verzichtet.
BMFSFJ	
BMG	
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	
Jobcenter	
Kinder- und Jugendhilfe	
Kommunale Beratungsangebote und Ämter	
Krankenkassen	
NZFH	
ÖGD	
Selbsthilfe	
SPZ	

BMAS	
BMFSFJ	
BMG	
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 5.2 Präventionsketten sind flächendeckend aufgebaut.	
Teilziel 5.3 Die kommunalen Räume sind familienfreundlich ausgestaltet.	Einbindung der Eltern bei der Planung und Umsetzung familienfreundlicher Räume.
	Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten.
	Verstärkte Bündelung und bessere Verfügbarmachung von Angeboten für Familien auf kommunaler Ebene.
	Adressatenspezifische Maßnahmen zur familienfreundlichen Ausgestaltung der kommunalen Räume, insbesondere in benachteiligten Stadtteilen.
	Verringerung der Umweltbelastungen, um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen (z. B. Lärm, Schadstoffe in der Wohnung und im Wohnumfeld).

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Jobcenter	Aufgrund der abweichenden Systematik wird bei Ziel 5 auf die Darstellung von „Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren“ verzichtet.
Jugend- und Gesundheitsämter	
Kinder- und Jugendhilfe	
Kommunale Gesundheitskonferenzen	
Kommunen	
Krankenkassen	
NZFH	
ÖGD	
Sozialhilfe	
Bau-, Familien-, Gesundheits-, Kultus-, Verkehrs- und Umweltministerien der Bundesländer	
BMUB	
Gesundheitsämter	
Kinder- und Jugendhilfe	
Kommunale Gesundheitskonferenzen	
Kommunen	
Krankenkassen	

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 5.4 Die Arbeitswelt ist familienfreundlich gestaltet.	Förderung der Teilhabe der werdenden Mütter am Arbeits- und Ausbildungsleben – unter Berücksichtigung der Schutzbestimmungen für Mutter und Kind.
	Verbreitung von Informationsmaterialien für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen zu ihren Pflichten der Gefährdungsbeurteilung und den daraus zu ziehenden Konsequenzen.
	Etablierung und Verbreitung von familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen.
Teilziel 5.5 Die Rahmenbedingungen für eine ausgewogene Ernährung und Bewegung sind gegeben.	Unabhängige und evidenzbasierte Informationen für Eltern zu Ernährungsstandards und zu Bewegung.
	Umsetzung evidenzbasierter Standards zur Ernährung in der Säuglingszeit in der KiTa und Kindertagespflege.
	Schaffen einer stillfreundlichen Umgebung.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Arbeitgebervertretungen	Aufgrund der abweichenden Systematik wird bei Ziel 5 auf die Darstellung von „Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren“ verzichtet.
Betriebe/ Unternehmen	
BMAS	
BMJSFJ	
BMWi	
Gewerkschaften	
Wirtschafts- und Sozialministerien der Länder	
Berufs-/ Fachverbände und Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	
BMEL	
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	
Kinder- und Jugendhilfe	
FKE	
Geburtshäuser	
Informationensanbieter wie aid infodienst, DGE, Netzwerk Gesund ins Leben	
KiTas und Kindertagespflegeeinrichtungen	
KiTa-Träger	
Kommunen	
Krankenhäuser	
Krankenkassen	

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 5.6 Sozial benachteiligte Eltern werden mit ihren besonderen Bedarfen erkannt und mit ihnen gemeinsam werden Zukunftsperspektiven entwickelt und umgesetzt.	Etablierung von Netzwerken, um mit den Eltern gemeinsam eine soziale Perspektive zu entwickeln.
	Organisation von Unterstützungsangeboten zu den Themen Berufsbildung, Arbeitsvermittlung, Erziehungsberatung und -begleitung.
	Netzwerke zur Unterstützung einer altersgerechten Entwicklung der Kinder.
	Unterstützung der Schwangeren und jungen Familien durch die Einbettung in soziale Strukturen (Familienpaten und Familienpatinnen, Stadtteilmütter, Familienzentren an Kindertageseinrichtungen).
	Bei Bedarf übernehmen Familienhebammen frühzeitig die soziale Begleitung der Familie.
	Angebote zur Stärkung der Erziehungskompetenz inkl. Beratung zu Angeboten von Kindertageseinrichtungen bzw. Familienzentren.
	Ausstattung von Kindertageseinrichtungen mit familienunterstützenden Angeboten, wie z. B. Entwicklungs- und Bewegungsförderung.
	Flächendeckendes und qualitativ hochwertiges Angebot von Betreuungsangeboten in KiTas und bei Tagespflegenden zum ersten Lebensjahr; dabei werden die Eltern und Kinder („das kompetente Kleinkind“) als Ko-Produzenten von Bildung und Gesundheit aktiv einbezogen.
	Ausbau der Familienbildungsangebote und Kurse zur gesundheitlichen Elternkompetenz auf Basis des aktuellen Forschungsstandes.
	Qualitätsgesicherte Programme zur Stärkung junger Familien im Rahmen einer kommunalen Gesamtkonzeption.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen	Aufgrund der abweichenden Systematik wird bei Ziel 5 auf die Darstellung von „Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren“ verzichtet.
BMBF	
BMAS	
BMWi	
Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Bundesländer	
Familienzentren	
Jobcenter	
Kinder- und Jugendhilfe	
KiTa-Träger	
Kommunale Netzwerke Frühe Hilfen	

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 5.6 Sozial benachteiligte Eltern werden mit ihren besonderen Bedarfen erkannt und mit ihnen gemeinsam werden Zukunftsperspektiven entwickelt und umgesetzt.	
Teilziel 5.7 Die Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt wird ausgebaut und der Wissenstransfer ist verbessert.	Organisation von Wissenstransfer für professionell verantwortliche Akteurinnen und Akteure.
	Ausbau der unabhängigen Forschung zur Evidenz von Ernährungsempfehlungen in der Schwangerschaft, Stillzeit und im Säuglingsalter.
	Ausbau der Forschung hinsichtlich der psychischen Vorgänge und Herausforderungen während der Schwangerschaft, des Wochenbetts und des ersten Lebensjahrs.
	Ausbau der Forschung zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft, im Wochenbett und im ersten Lebensjahr.
	Ausbau der Forschung zu gelingenden Übergängen insb. der Familiengründung/ Transitionsforschung.
	Forschung zu Qualität und Wirkung von Information und Beratung rund um die Geburt.
	Ausbau der Forschung zu den Themen subjektives Wohlbefinden rund um die Geburt.
	Forschung zur Verbesserung des Angebots an präventiven und therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)	Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)
Kommunen	Aufgrund der abweichenden Systematik wird bei Ziel 5 auf die Darstellung von „Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren“ verzichtet.
Krankenkassen	
Länder	
NZFH	
ÖGD	
(Regionale) Unternehmensverbände	
Berufs-/ Fachverbände bzw. Kammern der Gesundheitsfachberufe und Heilberufe	
BMBF	
BZgA	
Forschungseinrichtungen	
G-BA	
Krankenkassen	
NZFH	
Wissenschaftsministerien der Länder	

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Teilziele	Maßnahmenempfehlungen
Teilziel 5.7 Die Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt wird ausgebaut und der Wissenstransfer ist verbessert.	Versorgungsforschung zur Generierung neuer und gesicherter Erkenntnisse im Bereich der kindlichen und frühkindlichen Versorgung, die als Entscheidungsgrundlage für Einzelne, Organisationen und Gremien in der gesundheitlichen Versorgung dienen.
	Mehr Versorgungsforschung im Bereich der Inanspruchnahme von Hebammenversorgung.
	Ausbau der väterspezifischen Forschung.
	Schließen von Lücken im Datentransfer maternaler und neonataler Daten.
	Bearbeitung von Schnittstellenproblemen in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Perinatologie.
	Förderung der Zusammenarbeit wissenschaftlicher Disziplinen durch interdisziplinäre perinatologische Lehrstühle.
	Evaluation von Programmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Rahmen einer kommunalen Gesamtkonzeption für werdende junge Familien.

Institutionelle Akteurinnen und Akteure (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)

Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Reihenfolge alphabetisch, nicht nach zugeschriebener Relevanz)

Aufgrund der abweichenden Systematik wird bei Ziel 5 auf die Darstellung von „Relevante Berufsgruppen/ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren“ verzichtet.

Glossar

Die im Glossar aufgeführten Begriffsdefinitionen greifen zum großen Teil auf das bestehende Begriffsverzeichnis von *gesundheitsziele.de* zurück. Wird weitere aktuelle Forschungsliteratur hinzugezogen, ist diese am Ort nachgewiesen; die vollständigen bibliographischen Angaben finden sich im Literaturverzeichnis.

Adipositas
Bei der Adipositas (lat. adeps = fett) – auch Fettleibigkeit, Fettsucht, Obesitas – handelt es sich um ein starkes Übergewicht, das durch eine über das normale Maß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen gekennzeichnet ist. Eine Adipositas liegt nach WHO-Definition ab einem Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m^2 vor, wobei drei Schweregrade unterschieden werden, zu deren Abgrenzung ebenfalls der BMI herangezogen wird. Indikatoren für den Anteil von Körperfett und dessen Verteilung sind der Bauchumfang und das Taille-Hüft-Verhältnis (Deutsche Adipositas Gesellschaft, 2012).

Advocacy-Ansatz
Der Advocacy-Ansatz steht im Zusammenhang mit dem Begriff der Advocacy coalition. Advocacy coalition bezeichnet eine Koalition aus verschiedenen politischen Akteuren, die über ähnliche Überzeugungen, Einstellungen und Ziele verfügen und sich zusammenschließen, um ihre Ziele gemeinsam gegen andere mögliche Koalitionen durchzusetzen (Nohlen & Schultze, 2004).

Für das vorliegende Gesundheitsziel (Teilziel 1.1) bedeutet das, dass alle in der Schwangerenberatung Tätigen ein gemeinsames Ziel verfolgen und deshalb zusammenarbeiten sollten.

Akteur
Wörtlich bedeutet Akteur „Handelnder“, „handelnde Person“. Der Begriff bezeichnet eine handelnde Einheit, die ein Individuum, eine soziale Gruppe, Korporation oder ein Kollektiv sein kann (Hillmann, 2007). Bei der Definition der nationalen Gesundheitsziele im Kooperationsverbund arbeiten verschiedene gesundheitspolitische Akteurinnen und Akteure zusammen, um im Konsens konkrete, exemplarische Gesundheitsziele zu entwickeln. Beteiligt sind Verantwortliche aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen, aus Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und aus der Wissenschaft. Insgesamt engagieren sich mehr als 120 Organisationen des Gesundheitswesens als Akteure bei *gesundheitsziele.de*.

Bei der Formulierung von Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung werden die jeweils an den verschiedenen Maßnahmen beteiligten Akteure und Akteurinnen benannt.

Community
Community bedeutet wörtlich „Gemeinschaft“, wird jedoch im Deutschen weniger auf den Sozialraum bezogen als vor allem auf einzelne soziale Gruppen. Der Community-Ansatz richtet sich dabei einerseits auf potenzielle Benachteiligung, aber auch auf besondere Potenziale für Gesundheitsförderung. Breit entwickelt wurde der Community-Ansatz durch die Schwulenbewegung in Zeiten der AIDS-Krise, in der die Selbsthilfefähigkeit der Betroffenengruppen in Deutschland wie international eindrucksvoll unter Beweis gestellt werden konnte. Heute wird der Community-Begriff vor allem auf migrantische Gruppen bezogen, bei denen sich Gesundheitsgewinne durch Selbsthilfe und Selbstorganisation zeigen (Geene, 2012).

Das Konzept wurde für weitere sozial benachteiligte Gruppen adaptiert und durch internationale Deklarationen wie die UN-Charta der Kinderrechte (Geene, Hungerland, Liebel, Lutzmann, & Borkowski, 2013) oder den Inklusionsansatz (UN-Behindertenrechtskonvention) gefestigt (Geene, Graumann, Jekal, & Wejda, 2013).

Empowerment / Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln
Empowerment lässt sich in einer programmatischen Kurzformel als „Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln“ ausdrücken. Laut WHO, die sich bei ihren Ausführungen explizit auf die Gesundheitsförderung bezieht, sollen Individuen und soziale Gruppen durch

bestimmte – kulturelle, soziale, politische oder psychologische – Prozesse dazu befähigt werden, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und zu deren Befriedigung politische, kulturelle und soziale Aktivitäten zu erwirken. Dabei findet eine Unterscheidung zwischen „individual empowerment“ (individuelle Befähigung zu selbstbestimmten Handeln) und „community empowerment (gemeinschaftsbezogene Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln) statt. Während „individual empowerment“ vor allem auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über das persönliche Leben zu haben, abzielt, meint „community empowerment“, durch gemeinschaftliches Handeln mehr Einfluss und Kontrolle über die Determinanten von Gesundheit und die Lebensqualität in einer Gemeinschaft zu erhalten (World Health Organization, 1998).

Evaluation
Unter Evaluation wird die systematische Sammlung, Analyse und Bewertung von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von Projekten, Personen und Produkten verstanden. Die Evaluation ermöglicht die Gewinnung wichtiger Erkenntnisse über Stärken und Schwächen einer Maßnahme oder eines Projekts. Hierdurch verbessern sich die Grundlagen für projektbezogene Entscheidungen und es wird eine Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Evaluiert werden können sowohl Strukturen (Strukturevaluation) und Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation). Des Weiteren wird zwischen der Eigen- und Fremdevaluation unterschieden. Bei der Eigenevaluation führt der Akteur, die Akteurin einer Maßnahme die Evaluation in Eigenverantwortung durch, die Fremdevaluation erfolgt durch Außenstehende. Aufgabe der Evaluierenden ist es, geeignete Indikatoren zu spezifizieren, Vergleichsstandards festzulegen und empirische Daten zu erheben, um das Programm oder die Dienstleistung beurteilen zu können.

Familie
Der siebte Familienbericht der Bundesregierung (2006) definiert Familien als biologisch, sozial oder rechtlich miteinander verbundene Einheiten von Personen, die mindestens zwei Generationen umfassen und gemeinsame und private Güter produzieren. Zu den gemeinsamen Gütern gehören u. a. die Reproduktion für den ökonomischen und kulturellen Fortbestand der Gesellschaft, die Erziehung und Bildung von Kindern sowie die Pflege und Sorge für die ältere Generation. Zu den privaten Gütern werden u. a. die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse von Menschen gezählt, wie Intimität, Liebe, persönliche Erfüllung. Die privaten Güter sind eine notwendige Voraussetzung für die Produktion gemeinsamer Güter (BMFSJ, 2006).

Frauzentrierte Betreuung
Das international verwendete Konzept „Woman-centred care“ (wird im Deutschen mit frauenzentrierter oder frauzentrierter Betreuung übersetzt) bezeichnet die individuelle und auf die einzelne Frau zugeschnittene Betreuung, die Anerkennung ihrer Bedürfnisse und Bedarfe und der ihrer Familie. Im frauzentrierten Konzept steht die Frau im Mittelpunkt, ihr soll – gemeinsam mit den sie betreuenden Geburtshelferinnen und Geburtshelfern – eine informierte Entscheidung über die Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen ermöglicht werden (Royal College of Midwives, 2001; Leap, 2009; Shields & Candib, 2010, NICE, 2015).

Frühe Hilfen
Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0-3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe (NZFH, o. D.).

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder
Seit 1991 gibt es in Deutschland das bundesweit einheitliche Früherkennungsprogramm für Kinder. Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche gewähren jedem Kind von der Geburt bis ins Jugendalter einen gesetzlichen Anspruch auf elf kostenlose Früherkennungsuntersuchungen: die U1 bis U9, die in den ersten sechs Lebensjahren durchgeführt werden, und die J1, die Jugenduntersuchung im Alter zwischen 12 und 14 Jahren. Bei diesen Untersuchungen wird der allgemeine Gesundheitszustand des Kindes erhoben und überprüft, ob es sich seinem Alter entsprechend entwickelt.

Durch das Präventionsgesetz sollen die bewährten Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche künftig bis zum 18. Lebensjahr möglich sein.

Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen kann durch Früherkennungsuntersuchungen und regelmäßige Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen verbessert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt vielfältige Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (BMG, 2016).

Gesundheitliche Chancengleichheit
Das europäische Regionalbüro der WHO hat in seinem Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ die Zielvorstellung gesundheitlicher Chancengleichheit formuliert. Danach sollen alle Menschen unabhängig von Bildungsstand, Berufsstatus, Einkommen, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht den gleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten haben und die gleichen Chancen, ihre Gesundheit zu erhalten bzw. gesund zu werden. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen ungerechte Unterschiede im Gesundheitszustand Einzelner, gesellschaftlicher Gruppen, Regionen usw. abgebaut und benachteiligte Gruppen gezielt gestärkt werden (WHO/Regionalbüro für Europa, 1998).

Gesundheitsförderung
Nach dem Verständnis der WHO ist Gesundheitsförderung ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Ziel des Ansatzes ist es, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über gesundheitsbeeinflussende Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Des Weiteren sollen bestehende Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung verschiedener sozialer Gruppen reduziert werden. Gesundheitsförderung ist demnach ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der neben der Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnisse, Strukturen, Kontexte) umfasst (Kaba-Schönstein, 2011).

Gesundheitskompetenzen
Lebenskompetenzen, die darauf ausgerichtet sind, die Umgebung bzw. Lebensumstände gesundheitsförderlich zu gestalten (siehe „Lebenskompetenzen“) (WHO, 2003).

Gesundheitsziel
Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie intendieren die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen. Gleichzeitig sollen Strukturen optimiert werden, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Gesundheitsziele im engeren Sinne können sich direkt auf das Krankheits- oder Todesursachenspektrum richten oder auf unterstützende Bereiche wie Public Health, Politik, Versorgung und Wissenschaft.

Im Rahmen von *gesundheitsziele.de* erfolgt eine Konkretisierung der Gesundheitsziele auf den vier Ebenen:
a. Gesundheitsziel (engl. objective, goal)
b. Teilziel (engl. target)
c. Strategien
d. Maßnahmen
Hinsichtlich des Zielbereichs und der Evaluation lassen sich zudem
a. Strukturziele

b. Prozessziele
c. Ergebnisziele
unterscheiden. Erstere zielen auf die Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung oder Versorgung (Strukturen) ab. Prozessziele beziehen sich auf den Prozess der Leistungserbringung und die Konstellation von leistungserbringenden Personen oder Strukturen und Nutzern/ Nutzerinnen innerhalb einer Versorgungseinrichtung.

Ergebnisziele sind auf die gesundheitsbezogenen Ergebnisse ausgerichtet.

IGeL
„Individuelle Gesundheitsleistungen" (IGeL) sind Diagnose- und Behandlungsmethoden, die nicht zum Leistungskatalog der GKV zählen, weil sie nach Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) medizinisch nicht nachweislich den im Sozialgesetzbuch benannten präventiven, kurativen oder rehabilitativen Zwecken dienen oder aber noch nicht durch den G-BA bewertet worden sind. IGeL sind von den Versicherten privat zu bezahlen. Vor der Behandlung müssen Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin einen schriftlichen Vertrag über die vereinbarten Selbstzahlerleistungen abschließen (AOK Bundesverband, 2016).

Indikator
Ein Indikator ist ein messbares aussagekräftiges Merkmal. Indikatoren dienen als Ersatzmaß für die Erhebung von Informationen über bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können. Z.B. stellt der insgesamt konsumierte Alkohol pro Kopf in einem Land während eines Jahres einen Indikator für das Ausmaß des Alkoholmissbrauchs dar. Darüber hinaus lassen sich anhand von Indikatoren Veränderungen von Situationen anzeigen sowie vielschichtige Sachverhalte und Problemlagen auf eine konkrete Dimension zu fokussieren (BZgA, 2011).

Kindertageseinrichtungen
Kindertageseinrichtungen sind lt. Kinder- und Jugendhilferecht alle institutionalisierten Angebote, in denen Kinder sich für einen Teil des Tages oder ganztägig aufhalten und in Gruppen gefördert werden. Die gebräuchlichste Form der Kindertageseinrichtungen sind die Krippe, der Kindergarten und der (Schul-)Hort. In der Krippe werden die Kinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, im Kindergarten ab drei Jahren bis zur Einschulung betreut. Der Hort ist für Schulkinder außerhalb der Unterrichtszeiten vorgesehen. Die Definition für Kindertagesstätte (KiTa) ist nicht eindeutig festgelegt und wird regional unterschiedlich gehandhabt. So kann darunter einerseits die Ganztagsbetreuung verstanden werden, andererseits die Betreuung von allen drei Altersgruppen (Krippe, Kindergarten, Hort) in einer Einrichtung. In Deutschland ist die Kindertagesbetreuung Teil der Kinder- und Jugendhilfe und in den §§ 22-26 SGB VIII rechtlich auf Bundesebene geregelt. Ausstattung der Kindertageseinrichtungen und Anspruch auf Betreuung der Kinder sind durch 16 Ländergesetze unterschiedlich ausgestaltet. Kindertagespflege ist eine familiennahe Betreuungsform und zählt trotz zahlreicher Übergänge nicht zur institutionalisierten Kindertagesbetreuung.

Konsens
Konsens bedeutet, dass die Gesundheitsziele von allen beteiligten Akteuren und Akteurinnen gemeinschaftlich getragen werden. Diese einigen sich – jeder für den eigenen Verantwortungsbereich – auf eine gemeinsame Vorgehensweise zur Erarbeitung und Erreichung eines Gesundheitsziels.

Kultursensibilität
Kulturen prägen das Denken, Werte, Normen, Überzeugungen, Selbst- und Rollenverständnis, Bedürfnisse und Verhaltensweisen von Individuen und Gruppen. Kultursensibilitität bezeichnet das Vermögen, sich in Denken, Verhalten und Kommunikation Menschen verschiedener kultureller Prägung zu öffnen und feinfühlig auf sie einstellen zu können. Sie umfasst etwa die Fähigkeit, die eigene kulturelle Prägung zu reflektieren, sich Wissen über kulturell anders geprägte Denk- und Verhaltensweisen anzueignen und diese als den eigenen gleichwertig zu akzeptieren. In der Pflege gibt es bereits seit einigen Jahren einen Diskurs darüber, wie diese Aspekte

angemessen in pflegerisches Handeln umgesetzt werden können.

Lebenskompetenzen
Mit Lebenskompetenzen oder „Life skills“ sind grundlegende allgemeine Kompetenzen bzw. Fertigkeiten gemeint, die es Menschen ermöglichen, alltägliche Anforderungen erfolgreich zu bewältigen und ihr Leben ihren Vorstellungen entsprechend zu gestalten. In Bezug auf die Definition der WHO ist lebenskompetent, wer

- sich selbst kennt und mag,
- empathisch ist,
- kritisch und kreativ denkt,
- kommunizieren und Beziehungen führen kann,
- durchdachte Entscheidungen trifft,
- erfolgreich Probleme löst und
- Gefühle und Stress bewältigen kann.

Lebenskompetenz kann als eine menschliche Fähigkeit verstanden werden, erworbene (Lebens-)Fertigkeiten und Wissensbestände situations- und sachgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt (bspw. zur Erreichung eines gesundheitsbezogenen Ziels) einzusetzen. Der Begriff der Kompetenz umfasst sowohl die Zuständigkeit für die eigene Gesundheit im Sinne von Verantwortlichkeit und Selbstbestimmung als auch die persönlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten, um eben diese Zuständigkeit wahrzunehmen (Bühler & Heppekausen, 2005).

Leitlinien
Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Expertinnen oder Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (möglichst unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar. Leitlinien sollen regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben werden. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (Europarat, 2002).
Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF werden in drei, auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt (Müller et al., 2004):

S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet (Ergebnis: Empfehlungen)
S2: eine formale Konsensfindung („S2k“) und/oder eine formale „Evidenz“-Recherche („S2e“) hat stattgefunden
S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „outcome“-Analyse). Nationale Versorgungsleitlinien entsprechen methodisch der Klasse S3.

Morbidität
Die Morbidität ist ein Gesundheitsindikator, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird. Morbidität wird durch bestimmte Kennziffern wie die Inzidenz und Prävalenz beschrieben. Morbidität wird auch als Maßstab verwandt, um medizinische Interventionen im Hinblick auf ihr Outcome miteinander zu vergleichen (GBE-Bund, o. D.).

Mortalität
Mortalität (Sterblichkeit,Sterberate) ist ein statistischer Grundbegriff aus der Demographie und der Epidemiologie. Dabei wird die Anzahl der Todesfälle einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum zum Gesamtumfang dieser Gruppe ins Verhältnis gesetzt (GBE-Bund o. D.).

Mutterschaftsrichtlinien
Mutterschaftsrichtlinien sind Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Der G-BA regelt darin die ärztliche Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen. So enthalten die Richtlinien medizinische Maßnahmen, die in erster Linie dazu dienen, Risikoschwangerschaften und Risikogeburten frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu begleiten. Dazu gehören unter anderem:

- ärztliche Betreuung und Beratung während der

Schwangerschaft sowie deren Dokumentation,
- amnioskopische und kardiotokographische Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen bei Risikoschwangerschaften,
- serologische Untersuchungen auf Infektionen, darunter Röteln, Hepatitis B und HIV,
- blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt,
- Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin,
- medikamentöse Behandlung und Verordnungen von Verband- und Heilmitteln.

In mehreren Anlagen regelt der G-BA besondere Maßnahmen wie Ultraschalluntersuchungen; darüber hinaus enthalten die Anlagen Merkblätter zum HIV-Test, zum Test auf Schwangerschaftsdiabetes und zum Mutterpass (G-BA, 2015b).

Ottawa-Charta
Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde im November 1986 auf der von der WHO gemeinsam mit der Canadian Public Health Association und Health and Welfare Canada veranstalteten „1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung" in Ottawa verabschiedet. Die Konferenz rief damit zum aktiven Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle" auf. Die Charta fasst die in der mehrjährigen Programmentwicklungsphase erarbeiteten wichtigsten Ziele und Prinzipien des Handlungskonzepts Gesundheitsförderung zusammen und ergänzt sie um spezifische Handlungsprinzipien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung. Die Charta formuliert drei grundlegende Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung. Sie wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und weit verbreitet und ist bis heute aktuell (Franzkowiak, Kaba-Schönstein, Lehmann, & Seibt, 1999).

Perinatalsterblichkeit
Die perinatale Sterblichkeit bezeichnet die Sterblichkeit der Neugeborenen vor, während und in den ersten sieben Tagen nach der Geburt (perinatal = um die Geburt herum). Anders als bei der Säuglingssterblichkeit werden also auch Totgeburten einbezogen, wobei in Deutschland totgeborene Kinder ab der 22. Schwangerschaftswoche mit einem Mindestgeburtsgewicht von 500 Gramm als Totgeburten gelten (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, o. D.).

Prävalenz
Prävalenz ist eine Messgröße aus der Epidemiologie, die die Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem bestimmten Zeitraum (Periodenprävalenz) in einer definierten Bevölkerungsgruppe angibt (Hoffmann-La Roche AG, Bogensberger, 2003).

Prävention
Die Prävention (Krankheitsverhütung) versucht durch vorbeugende Maßnahmen einen Krankheitseintritt abzuwenden, zu verzögern bzw. Krankheitsfolgen abzumildern. Betroffene Personen sollen durch Präventionsmaßnahmen in ihrer Eigenverantwortung gestärkt und zur Selbsthilfe angeregt werden. Dabei wird je nach Zeitpunkt der Intervention unterschieden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Caplan, 1964):

Die **Primärprävention** umfasst alle präventiven Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren Schädigung. Sie dient der Gesunderhaltung bspw. durch Schutzimpfungen und bestimmte Prophylaxe-Maßnahmen. Eine Form der Primärprävention ist die Gesundheitsförderung.

Sekundärprävention (Vorsorge): Hier sollen bereits vorhandene, aber noch symptomlose Krankheiten frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden (z. B. Früherkennungsmaßnahmen wie Gesundheits-Check-up und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen).

Tertiärprävention (Rehabilitation): Rückfälle und Folgeschäden eingetretener Krankheiten sollen durch Maßnahmen verhindert und abgemildert werden.

Ein neuerer Ansatz – auf eine Typologie Robert E. Gordons (1983) zurückgehend, weiterentwickelt (Mrazek & Haggerty, 1994) und für das Institute of Medicine adaptiert (Springer & Phillips, 2007) – grenzt die Präven-

tion von der Therapie ab, indem die Konzepte der **Universellen**, **Selektiven** und **Indizierten** Prävention eingeführt werden. Alle diese Präventionsarten beziehen sich auf Personen, die keine aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen und daher auch keine medizinischen Dienste in Anspruch nehmen. Bei der Universellen Prävention handelt es sich um Maßnahmen, die der ganzen Bevölkerung zugutekommen und die in vielen Fällen ohne professionelle Hilfe anwendbar sind wie z. B. eine angemessene Ernährung. Der Nutzen der Maßnahmen steht hier in einem besonders positiven Verhältnis zum Aufwand. Bei der Selektiven Prävention liegt ein ungünstigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis vor, sodass diesbezügliche Maßnahmen nur selektiv empfohlen werden können. Diese Selektion erfolgt dabei nach Zugehörigkeit zu einer Subgruppe mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko, ein Beispiel ist die für ältere Menschen empfohlene Grippeimpfung. Indizierte Prävention richtet sich an Personen, bei denen individuell gesicherte Risikofaktoren für eine bestimmte Erkrankung vorliegen. Da der für die indizierte Prävention geeignete Personenkreis zunächst mit Hilfe von Screeningmaßnahmen identifiziert werden muss (z. B. durch Kontrolle des Blutdrucks), sind entsprechende Präventionsstrategien zumeist sehr aufwendig. Neben den genannten Unterscheidungsdimensionen werden Präventionsmaßnahmen danach eingeteilt, ob sie auf das Individuum oder seine Lebensumwelt abzielen und entsprechend in **Verhaltens**- und **Verhältnisprävention** unterschieden (von Kardorff, 1995).

Präventionsgesetz
Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) trat in seinen wesentlichen Teilen am 25.07.2015 in Kraft. Es verpflichtet die Krankenkassen sowie die Träger der Sozialversicherung und des ÖGD zu einer gemeinsamen Präventionspolitik auf Basis von Gesundheitszielen. Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen Leistungen der primären Prävention sowie der Gesundheitsförderung vorzusehen. Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollen dem Setting-Ansatz folgen, d. h. der Orientierung der Leistungen an den Lebenswelten der Menschen. Das Präventionsgesetz baut außerdem die Leistungen zur Früherkennung aus, insbesondere zu Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, und präzisiert die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten von Impfungen. Die Träger der Pflegeversicherung werden verpflichtet, Leistungen zur Prävention in stationären Einrichtungen zu erbringen (Präventionsgesetz, 2015).

Public Health
Public Health (engl. für öffentliche Gesundheit) ist definiert als Wissenschaft und Praxis von der Gesunderhaltung der Bevölkerung, im weiteren Sinne ist auch die Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitswesens eines Landes gemeint. Der Begriff schließt alle staatlich und privat geregelten Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge ein, z. B. Aufklärungsprogramme zur Entstehung und Vermeidung sog. Volkskrankheiten (Hoffmann-La Roche AG, Bogensberger, 2003).

Qualitätssicherung
Unter Qualitätssicherung werden alle Maßnahmen verstanden, die vorbereitend, begleitend oder prüfend der Schaffung und Erhaltung festgelegter Qualitätsanforderungen z. B. bei Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verstanden. Sie umfasst unter anderem die folgenden Elemente:

- Überblick über die Problemlage (Ist-Analyse),
- Interventionsstrategien, die dem Problem angemessen sind,
- Evaluationsmethoden, die den Strategien und Maßnahmen angepasst sind,
- Bewertung der Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext,
- Sicherstellung der Anwendbarkeit und Nutzbarkeit der Ergebnisse.

Randomisierung/ Randomisation
Randomisierung ist ein Element des Designs wissenschaftlicher Studien. Als Randomisierung bezeichnet man die Zuteilung der Behandlung zum Patienten/ zur Patientin aufgrund eines Zufallsmechanismus, also nicht auf der Grundlage eines ärztlichen Entscheidungs-

prozesses. Jedem Teilnehmer, jeder Teilnehmerin wird eine der in der Studie zu vergleichenden Behandlungen zufällig zugewiesen, was bedeutet, dass jeder Studienpatient, jede Studienpatientin die gleiche Chance der Zuweisung zu einer der Behandlungsgruppen hat. Das Ziel ist eine gute Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen (Lauterbach & Schrappe, 2001).

Säuglingssterblichkeit
Die Säuglingssterblichkeit ergibt sich aus der Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder je 1.000 Lebendgeborene (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, o. D.).

Selbstwirksamkeit
Selbstwirksamkeit (engl.: perceived self-efficacy) bezeichnet das Vertrauen eines Menschen in seine eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, mit Aufgaben, Herausforderungen, Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurecht zu kommen. Diese Überzeugung hat einen Einfluss auf die Gedanken, Gefühle und Motivationen einer Person. Jemand mit hohem Selbstwirksamkeitsgefühl, der also daran glaubt, aufgrund eigener Fähigkeiten eine Handlung selbstständig ausführen zu können, ist meist gesünder, effektiver und allgemein erfolgreicher als jemand mit niedrigem Selbstwirksamkeitsgefühl (Bandura, 1994).

Selbsthilfe
Gesundheitliche Selbsthilfe ist eine besondere Form des freiwilligen gesundheitsbezogenen Engagements. Sie findet innerhalb selbst organisierter, eigenverantwortlicher Gruppen statt, in denen sich Betroffene einschließlich ihrer Angehörigen zusammenschließen. Für die Bewältigung von Krankheiten durch psychosoziale Unterstützung außerhalb familiärer Netzwerke und professioneller Dienstleistungssysteme kommt der Selbsthilfe eine hohe Bedeutung zu.

Sie bildet damit eine wichtige Säule im System gesundheitlicher Versorgung und leistet einen eigenständigen Beitrag zur Gesunderhaltung und Problembewältigung insbesondere chronisch Kranker und Behinderter.
Die Selbsthilfebewegung nahm in Deutschland in den 1970er Jahren ihren Anfang und konnte sich Anfang der 1980er Jahre auch strukturell etablieren. Sie hat wesentlich zu einer veränderten Patientenrolle beigetragen und die Interessen von Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen vertreten. Es finden sich drei Organisationsformen der Selbsthilfe: Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene und Selbsthilfekontaktstellen. Seit dem Jahr 2000 ist die Selbsthilfeförderung durch die GKV in § 20 Abs. 4 SGB V verpflichtend geregelt.

Settingansatz
Mit dem Begriff „Setting“ wird ein überschaubares sozialräumliches System – wie z. B. Schule, Kindertagestätte, Krankenhaus, Betrieb, Stadtteil, Kommune oder Familie –, in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen, bezeichnet. Setting-orientierte Interventionen richten sich auf die strukturellen Bedingungen des Settings sowie an die involvierten Personengruppen. Seit seiner Entwicklung durch die WHO Ende der 1980er Jahre gilt der Settingansatz als Instrument zur praktischen Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta (Gesundheitsförderung). Seine besondere Bedeutung für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten erhält er dadurch, dass er einen gleichermaßen verhaltens- und verhältnisorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt. Ein Setting kann in einem umfassenden Sinn verstanden werden als ein durch formale Organisation, örtliche Situation und/oder geteilte Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse für die Wahrnehmung von Gesundheit, Gesundheitsbelastungen, Gesundheitsressourcen sowie für alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastung und Ressourcen) ausgehen können (Kirch, Badura & Pfaff, 2008).

Sichere Bindung
Bindung basiert auf der Gefühlsbeziehung von Kleinkindern zu Bezugspersonen. Nach heutigem Wissensstand entsteht sichere Bindung, wenn Grundbedürfnisse von Kindern unmittelbar erfüllt und kindliche Äußerungen verstanden und feinfühlig beantwortet werden (Ahnert, 2004). In der Kindheit sicher-gebundene Menschen weisen

hohes Kohärenzgefühl auf (Geene, 2014). Beobachtungsstudien zum Sozialverhalten zeigen, dass sicher-gebundene Kinder länger und intensiver in Spielsituationen mit anderen Kindern verbleiben, weniger in Konfliktsituationen geraten und weniger isoliert bei Gruppenaktivitäten sind (Mey, 2013). Abgegrenzt von der sicheren Bindung sind die Kategorien unsichere, ambivalente und desorganisierte Bindung (Brisch, 2005).

Teilziele
Unter Teilziel wird die Konkretisierung eines formulierten Oberzieles verstanden. Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr" beinhaltet z. B. die Teilziele „Der Anteil stillender Mütter sowie die Stilldauer sind erhöht" oder „Senkung der Frühgeburtenrate".

Transitionsforschung
Transition bedeutet Übergang und steht im Zusammenhang mit dem Konzept der „Übergänge im Lebenslauf", das besagt, dass in Übergangsperioden routinemäßige Formen des Verhaltens durch soziale oder biologische Veränderungen unterbrochen werden. Der Übergang zur Elternschaft stellt eine dieser Transitionsphasen dar, in der sich die Beteiligten durch Lernprozesse an eine neue Situation anpassen müssen. Transitionsphasen können als Krisen erlebt werden, in der die Familienmitglieder neue Strategien, Fertigkeiten und Verhaltensmuster entwickeln müssen, um Herausforderungen zu begegnen. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erforschen diese Übergangsphasen, um Strukturen und Einflussfaktoren zu analysieren, auf deren Grundlage Präventionsmaßnahmen entwickelt werden können, um die Fähigkeit einer Person zum konstruktiven Umgang mit Krisenereignissen zu erweitern und die subjektiven Kompetenzüberzeugungen zu stärken (Fthenakis, 1999).

Umfeld
Im Setting „Familie und Umfeld" bezeichnet „Umfeld" die vielfältigen Einflüsse, die die Lebenswelt der Familie prägen. Hierzu gehören das soziale Umfeld, Nachbarschaften, Stadtteile und ihre Infrastruktur, Freizeit und Wohnbedingungen.

Umwelt
Die Gesamtheit der direkt oder indirekt auf ein Lebewesen einwirkenden Faktoren, die einerseits die Lebensgrundlagen hinsichtlich biologischer, chemischer und physikalischer Einflüsse auf einen Menschen umfassen, andererseits die sozialen und kulturellen Gegebenheiten, die im Wesentlichen durch die Mitmenschen über die Familienmitglieder hinaus geprägt werden.

Verhaltensprävention
Verhaltensprävention bezeichnet eine Strategie, die beim Individuum mit dem Ziel ansetzt, das Verhalten des Einzelnen positiv (d. h. risikoreduzierend) zu beeinflussen. Modelle der Verhaltensprävention richten den Fokus auf individuelle Determinanten von Verhalten sowie auf entsprechende Modelle der Verhaltenssteuerung, wie sie in der Sozial- und Gesundheitspsychologie vorgeschlagen werden.

Verhältnisprävention
Verhältnisprävention bezeichnet Modelle, die das individuelle Verhalten stärker in Abhängigkeit von Umweltbedingungen sehen. Sie setzt den Fokus nicht auf das einzelne Individuum, sondern auf die Umgebungsbedingungen, die dessen Gesundheit maßgeblich beeinflussen. Interventionskonzepte zielen darauf ab, die Gesundheit von Individuen mittelbar über die Veränderung von Faktoren der physikalischen oder sozialen Umwelt zu fördern.

Versorgungsforschung
Als Versorgungsforschung wird die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen (Ständiger Arbeitskreis „Versorgungsforschung" beim Wissenschaftlichen Beirat der BÄK, 2004) bezeichnet. Die Versorgungsforschung befasst sich mit Versorgungsstrukturen, -prozessen und -ressourcen und stellt anwendungsorientierte und praxisrelevante Informationen für Entscheidungsträger bereit. Die Versorgungsforschung ist nicht trennscharf definiert; sie hat zahlreiche Berührungspunkte etwa mit der klinischen Forschung, der Pflegeforschung oder auch der medizinischen Soziologie (AOK Bundesverband, o. D.).

Literaturverzeichnis

Abou-Dakn, M., Scheele, M., & Strecker, J. R. (2003). Stillen als Brustkrebsprävention – eine Übersicht. [Does breast-feeding prevent breast cancer?] *Zentralblatt für Gynäkologie*, *125*(2), S. 48-52. doi: 10.1055/s-2003-40365

Ahnert, L. (2004). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München: Reinhard.

aid infodienst (Hrsg.). (2011). *Ernährung in der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen KOMPAKT*. Bonn: aid.

Angelescu, K. (2012). *Inanspruchnahme von Leistungen der Hebammenhilfe durch GEK-versicherte Schwangere 2008-2009. Eine explorative Analyse von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse. Masterarbeit im Studiengang Public Health/Pflegewissenschaft 2012.* Universität Bremen. Abgerufen von http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00102787-10

AOK Bundesverband. (o. D.). *AOK-Bundesverband Lexikon*. Abgerufen am 09.10.2016 von http://aok-bv.de/lexikon/

AOK. Die Gesundheitskasse. (o. D.). AOK. Die Gesundheitskasse. Arzt und Praxis. Abgerufen am 06.10.2016 von http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/richtlinien/index_09570.html

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. (2014). *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2013. Geburtshilfe – Basisauswertung*. Göttingen: AQUA-Institut. Abgerufen von: www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2013/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2013.pdf

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. (2015). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014, 16/1 Geburtshilfe – Basisauswertung. Göttingen: AQUA-Institut. Abgerufen von https://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2014.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). (2013). S2k Leitlinie *„Fluoridierungsmaßnahme zur Kariesprophylaxe", Stand 23.01.2013. Update der Leitlinie AWMF Register-Nr. 083-001*. Düsseldorf: AWMF. Abgerufen von http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-001l_S2k_Fluoridierungsma%C3%9Fnahmen_zur_Kariesprophylaxe_2013-01.pdf

Armbruster, M. M., & Schlabs, S. (2009). Elternarbeit – ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut. In R. Geene, & C. Gold (Hrsg.), *Kinderarmut und Kindergesundheit* (S. 151-161). Bern: Huber.

Ayton, J., van der Mei, I., Wills, K., Hansen, E., & Nelson, M. (2015). Cumulative risks and cessation of exclusive breast feeding: Australian cross-sectional survey. *Archives of Disease in Childhood, 100*(9), S. 863-868.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior* (Bd. 4, S. 71-81). New York: Academic Press. Abgerufen von https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html

Barker, J., Michaelsen, K., Rasmussen, K., & Sorensen, T. (2004). Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain. *American Journal of Clinical Nutrition*, *80*(6), S. 1579-1588.

Barth, M., & Renner, I. (2014). *Kindermedizin und Frühe Hilfen. Entwicklung und Evaluation des Pädiatrischen Anhaltsbogens zum Bedarf an Frühen Hilfen im Rahmen pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen. NZFH Kompakt*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA (Hrsg.). Köln: NZFH.

Bauer, N. (2011). *Der Hebammenkreißsaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. Göttingen: V&R unipress.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of Bioemedical Ethics*. 5th ed. Oxford University Press.

Becker, S., Schmid, D., Amann-Gassner, U., & Hauner, H. (2011). Verwendung von Nährstoffsupplementen vor und während der Schwangerschaft. *Ernährungsumschau: Forschung und Praxis 11*(1), S. 36-41.

Berg, A. (2010). Mo.Ki – Monheim für Kinder – Armutsprävention als kommunale Handlungsstrategie. In G. Holz, & A. Richter-Kornweitz (Hrsg.), *Kinderarmut und Ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen?* (S. 149-158). München: Reinhardt.

Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery, 12*(1), S. 11-15.

Bergmann, K., Bergmann, R., Ellert, U., & Dudenhausen, J. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50*(5/6), S. 670-676. doi: 10.1007/s00103-007-0228-4

Bissar, A., Schiller, P., Wolff, A., Niekusch, U., & Schulte, A. G. (2014). Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany. *Clinical Oral Investigations, 18*(5), S. 1411-1418. doi: 10.1007/s00784-013-1116-y

Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Wagenbichler, P., Kaider, A., Husslein, P., & Mayerhofer, K. (2002). The effect of epidural analgesia on the occurrence of obstetric lacerations and on the neonatal outcome during spontaneous vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 267*(2), S. 81-84.

Boulvain, M., Perneger, T. V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 111*(8), S. 807-813. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00227.x

Bowlby, J. (1988/1995). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. (2005). Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In W. von Suchodeletz (Hrsg.), *Früherkennung von Entwicklungsstörungen* (S. 23-43). Göttingen: Hogrefe.

Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2014). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews 3*, 12. doi: 10.1186/2046-4053-3-12

Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P. G., & Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002*(3), CD002958. doi: 10.1002/14651858.CD002958

Bryar, R. M. (2003). *Theorie und Hebammenpraxis*. Bern: Huber.

Bühler, A., & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht* (Gesundheitsförderung Konkret, Bd. 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bujard, M. (2012). *Talsohle bei Akademikerinnen durchschritten? Kinderzahl und Kinderlosigkeit in Deutschland nach Bildungs- und Berufsgruppen. Expertise für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. BIB Working Paper 2012/04. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren e.V. (Hrsg.). (o. D.). *Die Kinderschutz-Zentren*. Abgerufen am 09.05.2016 von http://www.kinderschutz-zentren.org/der-verein

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2012). *Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte*. 2. Aufl. Berlin: ÄZQ. doi 10.6101/azq/000079

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. (2005). *BQS-Bundesauswertung 2004 – Geburtshilfe*. Düsseldorf: BQS.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (o. D.). *Zahlen und Fakten [Säuglingssterblichkeit]*. Abgerufen am 09.10.2016 von http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/S/saeuglingssterblichkeit.html?nn=3072818

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). (2014). *Jod, Folat/Folsäure und Schwangerschaft [Ratschläge für die ärztliche Praxis]*. Berlin: BfR. Abgerufen von http://www.bfr.bund.de/cm/350/jod-folat-folsaeure-und-schwangerschaft.pdf

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). (2016). *[Nationale Stillkommission:] Empfehlungen zur Stilldauer – Einführung von Beikost*. Abgerufen am 23.06.2016 von http://www.bfr.bund.de/de/empfehlungen_zur_stilldauer___einfuehrung_von_beikost-54044.html

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV). (2009). *Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG)*. Abgerufen am 03.05.2016 von http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gendg/gesamt.pdf

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL). (2016). *Gewichtsentwicklung in der Schwangerschaft*. Abgerufen am 14.09.2016 von https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte/handlungsempfehlungen/schwangerschaft/gewichtsentwicklung-in-der-schwangerschaft/

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.). (2006). 7. *Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik*. Berlin: BMFSJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2009). 13. *Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin: BMFSFJ. Abgerufen von http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2012). *Geburten und Geburtenverhalten in Deuschland*. Berlin: BMFSFJ. Abgerufen von http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Familie/Pdf-Anlagen/Geburten-und-geburtenverhalten-in-D,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (o. D.). *Service. Begriffe von A-Z*. Abgerufen am 09.10.2016 von http://www.bmg.bund.de/service/begriffe-von-a-z.html?tx_bmgtheme_pi1%5Bletter%5D=F&tx_bmgtheme_pi1%5Baction%5D=list&tx_bmgtheme_pi1%5Bcontroller%5D=Theme&cHash=8ddbd8515951cc5ad6e0714cd8d19c14

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2011). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen* (Gesundheitsförderung Konkret, Bd. 5). 5. erw. und überarb. Aufl. Köln: BZgA.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. London: Basic Books.

Carty, E. M., & Bradley, C. F. (1990). A Randomized, Controlled Evaluation of Early Postpartum Hospital Discharge. *Birth*, *17*(4), S. 199-204.

Cerimele, J., Vanderlip, E., Croicu, C., Melville, J., Russo, J., Reed, S., & Katon, W. (2013). Presenting Symptoms of Women With Depression in an Obstetrics and Gynecology Setting. *Obstetrics & Gynecology*, *122*(2), S. 313-318. doi: 10.1097/AOG.0b013e31829999ee.

Chalmers, I., Enkin, M., & Keirse, M. J. (Hrsg.) (1989). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Vol. 2: Pregnancy*. Oxford University Press.

Cierpka, M., Stasch, M., & Groß, S. (2007). *Expertise zum Stand der Prävention/ Frühintervention in der Frühen Kindheit in Deutschland*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 34. Köln: BZgA.

Cochrane search. (o. D.). *Cochrane evidence*. [Suchresultat Prediction/prevention AND preterm labour]. Abgerufen am 14.09.2016 von http://summaries.cochrane.org/search/site?f[0]=im_field_terms_cochrane_library%3A51374&f[1]=im_field_stage%3A3&f[2]=im_field_terms_cochrane_library%3A51378

David, M., Borde, T., & Siedentopf, F. (2012). Do immigration and acculturation have an impact on hyperemesis gravidarum? Results of a study in Berlin/Germany. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33*(2), S. 78-84. doi: 10.3109/0167482X.2012.666594

Declerq, E., Labbok, M., Sakala, C., & O`Hara, M. (2009). Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling Their Intention to Exclusively Breastfeed. *American Journal of Public Health, 99*(5), S. 929-935. doi: 10.2105/AJPH.2008.135236

DeFranco, E., Moravec, W., Xu, F., Hall, E., Hossain, M., Haynes, E., . . . Chen, A. (2016). Exposure to airborne particular matter during pregnancy is associated with preterm birth: a population-based cohort study. *Environmental Health 15*, 6. doi: 10.1186/s12940-016-0094-3.

Dennis, C. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331(7507).

Dennis, C., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3

Dennis, C., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006116. doi: 10.1002/14651858.CD006116.pub2

Dennis, C.-L., & Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub2

Deutsche Adipositas Gesellschaft. (2012). *Über Adipositas - Definition*. Abgerufen am 09.10.2016 von http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=39

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ). (2012). *Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige*. Bonn: DAJ. Abgerufen von http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/DAJEmpfehlungU3_final0612.pdf

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2013). *Ausgewählte Fragen und Antworten zu Folat.* Bonn: DGE.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2011). Erste einheitliche Handlungsempfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft. *DGEinfo*, 12, S. 184-187. Abgerufen von https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/bevoelkerungsgruppen/schwangere-stillende/handlungsempfehlungen-zur-ernaehrung-in-der-schwangerschaft/

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (2013). *S1-Leitlinie: Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung*. Berlin: DGGG e.V.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). (2007). *DGUV Vorschrift 82. Kindertageseinrichtungen*. Berlin: DGUV.

Deutscher Bundestag. (2015). *Bundestagsdrucksache 18/5261: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 18/4282 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention*. 17. Juni 2015. Berlin.

Deutscher Hebammenverband (DHV). (o. D.). *Hebammenkreißsäle in Deutschland* [Webverzeichnis]. Abgerufen am 03.05.2016 von https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaele/

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V. (2016). *Zeit zu handeln – Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016*. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband. Abgerufen von http://www.der-paritaetische.de/uploads/media/ab2016_komplett_web.pdf

Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (2016). *Projekt IzKK – Informationszentrum Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung* [Liste von Organisationen]. DJI. Abgerufen am 09.05.2016 von http://www.dji.de/?id=38457

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ). (2006). *Aus der Wissenschaft – für die Politik: Passivrauchen – auch wenig ist zu viel*. Heidelberg: DKFZ. Abgerufen von https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Passivrauchen.pdf

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung. (2014). *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Domenjoz, I., Kayser, B., & Bouvlain, M. (2014). Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. *American Journal of Obstetrics Gynecology 211*(4), e1-11. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.030

Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2011). *Drogen- und Suchtbericht*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Dunkley, J. (2003). *Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis*. Bern: Huber.

Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lank, K., Liel, C., Renner, I., . . . Sann, A. (2016). Kenntnisse und Inanspruchnahme von Angeboten für die frühe Kindheit sowie der Frühen Hilfen in Abhängigkeit von psychosozialen Belastungen der Eltern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59*(9), S. 1-10. doi: 10.1007/s00103-016-2422-8

El Haij, N., Schneider, E., Lehnen, H., & Haaf, T. (2014). Epigenetics and life-long consequences of an adverse nutritional and diabetic intrauterine environment. *Reproduction, 148*(6), S. 111-120. doi: 10.1530/REP-14-0334

Elsäßer, G. (2014). *Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2014. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2012. Fachbericht.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/UnfaelleGewaltKinder5230001127004.pdf?__blob=publicationFile

Emmanuel, E., St John, W., & Sun, J. (2012). Relationship between social support and quality of life in childbearing women during the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 41*(6), S. E62-70. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01400.x

Enkin, M. W., Glouberman, S., Groff, P., Jadad, A. R., Stern, A., & Clinamen Collaboration. (2006). Beyond evidence: the complexity of maternity care. *Birth, 33*(4), S. 265-269.

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, l., Hodnett, E., & Hofmeyr, G. (2001). Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. *Birth, 28*(1), S. 41-51.

Europarat. (2002). *Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates am 10.10.2001 und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe*. Bern: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation. Abgerufen von http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/europaratmethdt.pdf

European Food Safety Authority. (2014). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for folate. *EFSA Journal, 12*(11), 3893. doi: 10.2903/j.efsa.2014.3893

Flood, K., & Malone, F. (2012). Prevention of preterm birth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 17*(1), S. 58-63. doi: 10.1016/j.siny.2011.08.001

Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Lehmann, M., & Seibt, A. C. (Red.)(1999). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung* (Blickpunkt Gesundheit, Bd. 3). (Hg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)). 2. akt. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo.

Fthenakis, W. E. (1999). Transitionspsychologische Grundlagen des Übergangs zur Elternschaft. In W. E. Fthenakis, M. Eckert, & M. von Block (Hrsg.), *Handbuch Elternbildung* (Bd. 1, S. 31-68). Opladen: Leske + Budrich.

Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No.: CD002869. doi: 10.1002/14651858.CD002869.pub2

Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5/1), S. 1071-1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

Geene, R. (2009). Kinderarmut und Kindergesundheit in Deutschland. In R. Geene & C. Gold (Hrsg.), *Kinderarmut und Kindergesundheit* (S. 13-23). Bern: Huber.

Geene, R. (2012). Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten. In C. Gold, & F. Lehmann (Hrsg.), *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. (Gesundheitsförderung Konkret, Bd. 17, S. 164-170). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Geene, R. (2014). Psychische Schutzfaktoren bei Kindern. *Public Health Forum, 82*(22), S. 14-16.

Geene, R., Graumann, S., Jekal, A., & Wejda, S. (2013). Inklusionspädagogik – Die freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion von Kindern mit Behinderung als menschenrechtlicher Anspruch. In R. Geene, C. Höppner, & F. Lehmann (Hrsg.), *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt* (S. 305-326). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Geene, R., Hungerland, B., Liebel, M., Lutzmann, F., & Borkowski, S. (2013). Subjektorientierung und Partizipation – Schlüsselbegriffe der Kindheitswissenschaften. In R. Geene, C. Höppner, & F. Lehmann (Hrsg.), *Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt* (S. 69-90). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Geene, R., & Rosenbrock, R. (2012). Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In C. Gold, & F. Lehmann (Hrsg.), *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret* (Bd. 17, S. 46-75). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Geene, R., Kliche, T., & Borkowski, S. (2015). *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Eine Expertise im Auftrag des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de*. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Geene, R., Wolf-Kühn, N., & Borkowski, S. (2015). Das Erleben von sozial benachteiligten Müttern in der Transitionsphase der Familiengründung. In Gesundheit Berlin-Brandenburg (GBB) (Hrsg.), *Gesundheit nachhaltig fördern: langfristig – ganzheitlich – gerecht. Dokumentation des 20. Kongresses Armut und Gesundheit*. Berlin: GBB.

Gembicki, M., Hartge, D. R., & Weichert, J. (2014). Aktuelle Aspekte zum Gesundheitsverhalten von Schwangeren – Sport und Ernährung. *Ultraschall in der Medizin*, 35, P1_12. doi: 10.1055/s-0034-1389456

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2015a). *Früherkennungsuntersuchungen für Kinder: Neustrukturierung der Richtlinie beschlossen* [Pressemitteilung]. 18. Juni 2015. Abgerufen von https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/580/

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2015b). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien").* Berlin: G-BA. Abgerufen von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1080/Mu-RL_2015-08-20_iK-2015-11-10.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2016). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinie"): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder*. (19. Mai 2016). Berlin: G-BA. Abgerufen von https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2595/2016-05-19_Kinder-RL_Massn-QS_Eval_Anl-1-KinderU-Heft-Aenderung-2015-06-18_WZ.pdf

Gendiagnostik-Kommission (GEKO). (2011). Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) über die Anforderungen an die Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 2a und § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54*, S. 1248-1256. doi: 10.1007/s00103-011-1357-3

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2014a). *Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Qualitätsbericht 2014*. Storkow: Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2014b). *Geburtenzahlen in Deutschland.* Abgerufen am 03.05.2016 von http://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund). (o. D.). *Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut (RKI) und Statistischem Bundesamt (Destatis). Abgerufen am 20.10.2016 von http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=7093-3182&p_sprache=D

Goecke, T., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M., & Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 286*(2), S. 309-316. doi: 10.1007/s00404-012-2286-6

Gold, C., Lehmann, F. (2012). *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, *98*(2), S. 107-109.

Gözüm, S., & Kiliç, D. (2005). Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery, 21*(4), S. 371-378.

Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, Experience and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth, 17*(1), S. 15-24.

Green, J. M., Renfrew, M. J., & Curtis, P. A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery, 16*(3), S. 186-196.

Haider, B., & Bhutta, Z. (2006). Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004905. doi: 10.1002/14651858.CD004905.pub2

Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing, 17*(9), S. 1132-1143.

Harris, G., & Coulthard, H. (2016). Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance. *Current Obesity Reports, 5*(1), S. 113-120.

Härtel, C., & Herting, E. (2010). Nachsorge von Frühgeborenen. *Pädiatrische Praxis, 75*(1), S. 3-20.

Hellmers, C. (2005). *Geburtsmodus und Wohlbefinden. Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes*. Aachen: Shaker.

Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., & Dettmeyer, R. (2010). *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. Berlin: Springer.

Hillmann, K.-H. (Hrsg.). (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. 5., vollständig überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Alfred Kröner.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4

Hoffmann-La Roche AG, Bogensberger, S. (Hrsg.). (2003). *Roche Lexikon Medizin*. 5. neu bearb. und erw. Ausg. München: Urban & Fischer.

Hornstein, C., & Trautmann-Villalba, P. (2010). Psychotherapie von mütterlichen Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. In V. Arolt, & A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 479-495). Berlin: Springer.

Horta, B. L., & Victoria, C. G. (2013). Long-term effects of breastfeeding – a systematic review. Genf: WHO. Abgerufen von http://biblio.szoptatasert.hu/sites/default/files/Long-term_effects_of_breastfeeding_WHO2013.pdf

Hovdenak, N., & Haram, K. (2012). Influence of mineral and vitamin supplements on pregnancy outcome. *European Journal of Obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 164*(2), S. 127-132. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.06.020

Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., & Wittmann, M. (2012). Peripartale Depressionen erkennen und behandeln [Recognizing and treating peripartum depression]. *Deutsches Ärzteblatt International, 109*(24), 15, S. 419-424. doi: 10.3238/arztebl.2012.0419

Hundley, V. A., Milne, J. M., Glazener, C. M., & Mollison, J. (1997). Satisfaction and the three C´s: continuity, choice and control. Women's views from a randomized trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104*(11), S. 1273-1280.

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). (2006). *Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., & Lau, J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding Medicine, 4*(1), S. 17-30.

Irl, C., Kipferler, P., & Hasford, J. (1997). Drug use assessment and risk evaluation in pregnancy – the PEGASUS-project. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 6, Suppl. 3, S. 37-42. doi: 10.1002/(SICI)1099-1557(199710)6:3+<S37::AID-PDS274>3.0.CO;2-#

Isaksson, H., Alm, A., Koch, G., Birhed, D., & Wendt, L. (2013). Caries Prevalence in Swedish 20-Year-Olds in Relation to Their Previous Caries Experience. *Caries Research, 47*(3), S. 234-242. doi: 10.1159/000346131

Jaafar, S., Lee, K., & Ho, J. (2012). Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD006641.
doi: 10.1002/14651858.CD006641.pub2

Johnson, B., Scott-Sheldon, L., & Carey, M. (2010). Meta-Synthesis of Health Behavior Change Meta-Analyses. *American Journal of Public Health, 100*(11), S. 2193-2198.

Jordan, R., Becker, N., & Zimmer, S. (2012). Early childhood caries und Kariesrisiko im bleibenden Gebiss – Ergebnisse nach 14,8 Jahre. *Autorenreferateband, 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung*, (S. P15).

Junge-Hoffmeister, J.,Weidner, K., & Bittner, A. (2012). Psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft und ihre Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Kind. In K. Weidner, M. Rauchfuß, & M. Neises (Hrsg.), *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde* (S. 292-305). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Jurczyk, K., Lange, A., & Thiessen, B. (Hrsg.). (2010). *Doing Family – Familienalltag heute*. Weinheim: Juventa.

Kaba-Schönstein, L. (2011). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* [Online Lexikon]. Abgerufen von http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=200

von Kardorff, E. 1995: Prävention – wissenschaftliche und politische Desiderate. *Diskurs(5)*1, S. 6-14.

Kehrbach, A., Krahl, A., Bauer, N., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2007). Prävention ist Beziehung. Am Beispiel Hebammenkreißsaal. *Hebammenforum, 5*, S. 348-353.

Kirch, W., Badura, B., & Pfaff, H. (Hrsg.). (2008). *Prävention und Versorgungsforschung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Koletzko, B., Bauer, C. P., Cierpka, M., Cremer, M., Flothkötter, M., Graf, C., . . . Wöckel, A. (2016). Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Aktualisierte Handlungsempfehlungen von „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, eine Initiative von IN FORM. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. Suppl. 5, S. 433-457.

Koletzko, B., Bauer, C., Brönstrup, A., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., & Vetter, K. (2013). Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Aktualisierte Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie, ein Projekt von IN FORM. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 161*(3), S. 237-246.

Koletzko, B., Bauer, C., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., . . . Wöckel, A. (2012a). Ernährung in der Schwangerschaft – Teil 1. Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137*(24), S. 1309-1314.

Koletzko, B., Bauer, C., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., . . . Wöckel, A. (2012b). Ernährung in der Schwangerschaft – Teil 2. Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137*(25/26), S. 1366-1372.

Koletzko, B., Brands, B., & Demmelmair, H. (2011). The Early Nutrition Programming Project (EARNEST): 5 years of successful multidisciplinary collaborative research. *The American Journal of Clinical Nutrition, 94*(6), S. 1749-1753.

Koletzko, B., Hartmann, W., & Albring, C. (2011). Säuglingsnahrung: Inakzeptable Werbemaßnahmen. *Deutsches Ärzteblatt, 108*(43), S. A2268-A2269.

Kolip, P., & Braun, B. (2015). Müttern zuhören. Deutsche *Hebammenzeitschrift*, 8, S. 18-20.

Kolip, P., & Lademann, J. (2012). Familie und Gesundheit. In K. Hurrelmann, & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Auflage* (S. 517-540). Weinheim: Beltz-Juventa.

Kolip, P., Baumgärtner, B., & von Rahden, O. (2009). Entbindungsort und Entbindungsmodus. In E. M. Blitzer, U. Walter, H. Lingner, & F. Schwartz (Hrsg.), *Kindergesundheit stärken* (S. 58-65). Heidelberg: Springer.

Kolip, P., Nolting, H. D., & Zich, K. (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Abgerufen von www.kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf

Koller, D., Lack, N., & Mielck, A. (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. *Das Gesundheitswesen, 71*(7), S. 10-18.

Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. (2015). *Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Korczak, D., Kister, C., & Krause-Girth, C. (2013). *Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreiambulanzen. HTA-Bericht 124*. Köln: DIMDI.

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2013). *Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Lauterbach, K.W., & Schrappe, M. (Hrsg.) (2001). Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer.

Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter? British Journal of *Midwifery, 17*(1), S. 12-16.

Leeners, B., & Rauchfuß, M. (2012). Schwangerschaftsspezifische psychosomatische Krankeitsbilder. In K. Weidner, M. Rauchfuß, & M. Neises (Hrsg.), *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Lumley, J., Watson, L., Watson, M., & Bower, C. (2001). Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001056. doi: 10.1002/14651858.CD001056

Lvoff, N., Lvoff, V., & Klaus, M. (2000). Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 154*(5), S. 474-477.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. Is frightend and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Ciccetti, & E. M. Cummings (Hrsg.), *Attachment in the preschool years* (S. 161-182). University of Chicago Press.

March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH), Save the Children, WHO. (2012). *Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.* C.P. Howson, M.V. Kinney, J.E. (Lawn Hrsg.). Genf: WHO. Abgerufen von http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

Maschewsky-Schneider, U., Berg, G., & Stolzenberg, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Empowerment von Frauen im Setting Stadtteil – Evaluation des Projekts Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg: Schlussbericht*. Berlin School of Public Health.

Maycock, B., Binns, C., Dhaliwal, S., Tohota, J., Hauck, Y., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation, 29*(4), S. 484-490.

McConachie, H., Hammal, D., Welsh, B., Keane, B., Waterston, T., Parker, L., & Cook, M. (2008). Wellbeing of new mothers. *The Journal of Community Practise, 81*(3), S. 19-22.

McCourt, C., & Page, L. (1996). *Report on the Evaluation of One-to-one Midwifery*. London: Centre for Midwifery Practice, Thames Valley University.

McCourt, C., Page, L., Hewison, J., & Vail, A. (1998). Evaluation of One-to-One Midwifery: Women´s Responses to Care. *Birth, 25*(2), S. 73-80.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MSD). (o. D.). *Babys Zähne gut gepflegt – richtiges Trinken hilft dabei. Tipps für Eltern*. [Merkblatt]. Abgerufen am 31.05.2016 von http://www.agz-rnk.de/agz/download/3/Handzettel_MDS.pdf

Mey, G. (2013). Perspektiven einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie. In R. Geene, C. Höppner, & F. Lehmann (Hrsg.), *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt* (S. 165-202). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Miltner-Jürgensen, B., & Methfessel, B. (2015). Wie kommt der Mensch auf den Geschmack? *Hebammenforum, 16*(2), S. 127-129.

Mrazek,P., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for preventive Intervention Research*. Wahington, DC: National Academic Press.

Muktabhant, B., Lawrie, T., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2015). Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD007145. doi: 10.1002/14651858.CD007145.pub3

Müller, W., Lorenz, W., Kopp, I., Selbmann, H.-K. (2004). *Methodische Empfehlungen („Leitlinie für Leitlinien“)*. Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Düsseldorf: AWMF. Abgerufen von http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/Publikationen/methoden.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Intrapartum Care – NICE quality standard [QS 105]*. London: NICE. Abgerufen von: https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/resources/intrapartum-care-75545239323589

Nationale Präventionskonferenz (NPK). (2016). *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V , Anlage 3*. Verabschiedet am 19.02.2016. Berlin: NPK. Abgerufen von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praevention/Bundesrahmenempfehlungen/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (2014). *Bundesinitiative Frühe Hilfen, Zwischenbericht 2014*. Köln: NZFH.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (o. D.). Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Abgerufen am 10.10.2016 von http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/glossar/?L=0swaord_list%28%29%3DNestmaerial&tx_contagged%5Bsource%5D=definition&tx_contagged%5Buid%5D=71&tx_contagged%5Bindex%5D=F&tx_contagged%5Bcontroller%5D=Term&cHash=04570da79211538d537e870c1181e697

Nohlen, D., & Schultze, R.-O. (Hrsg.). (2004). *Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden, Begriffe*. 2 Bde. München: Beck.

Novick, G. (2009). Women’s experience of prenatal care: an integrative review. *Journal of Midwifery & Women’s Health, 54*(3), S. 226-237.

O'Boyle, C. (2006). Why Informed Consent is Important in the Exercise of Maternal Choice. In A. Symon (Hrsg.), *Risk and Choice in Maternity Care. An International Pespective* (S. 23-33). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Ochsenbein-Kölble, N. (2011). Wochenbett. In H. Schneider, P.-W. Husslein, & K. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe. 4. Auflage* (S. 1097-1104). Berlin: Springer.

Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (Hrsg.). (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.

Paulson, J., & Bazemore, S. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 303*(19), S. 1961-1969.

Petersen, A., Poetter, U., Michelsen, U., & Gross, M. M. (2013). The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 288*(2), S. 245-254.

Pfinder, M., Liebig, S., & Feldmann, R. (2012). Explanation of social inequalities in hyperactivity/ inattention in children with prenatal alcohol exposure. *Klinische Pädiatrie, 5*(224), S. 303-308. doi: 10.1055/s-0032-1314841

Poets, C. F., Wallwiener, D., & Vetter, K. (2012). Zwei bis sechs Wochen zu früh geboren – Risiken für das weitere Leben [Risks associated with delivering infants 2 to 6 weeks before term – a review of recent data]. *Deutsches Ärzteblatt International, 109*(43), S. 721-726. doi: 10.3238/arztebl.2012.0721

Poston, L., Briley, A., Kelly, F., & Shennan, A. (2006). Vitamin C and vitamin E in pregnant women at risk for pre-eclampsia (VIP trial): randomised placebo-controlled trial. *The Lancet, 367*(9517), S. 1145-1154.

Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention). (2015). *Bundesgesetzblatt Teil I*, Nr. 31 vom 24.07.2015. Abgerufen von http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*%255B@attr_id=%27bgbl115s1368.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1476948258368

Rasenack, R., Schneider, C., E, J., Schulte-Mönting, J., Prömpeler, H., & Kunze, M. (2012). Factors Associated with the Duration of Breastfeeding in the Freiburg Birth Collective, Germany (FreiStill). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 72*(1), S. 64-69.

Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., . . . Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(6), S. 459-468.

Richter, A., Holz, G., & Altgeld, T. (Hrsg.). (2004). *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotentialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich*. ISS-Pontifex. Berichte und Materialien aus Wissenschaft und Praxis, Bd. 2. Frankfurt a. M.: ISS.

Robert Koch-Institut (RKI). (2011). *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 52*. Berlin: RKI. Abgerufen von http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/sterblichkeit.pdf?__blob=publicationFile

Robert Koch-Institut (RKI). (2015a). *Epidemiologisches Bulletin, 34*. Berlin: RKI. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/34_15.pdf?__blob=publicationFile

Robert Koch-Institut (RKI). (2015b). *[Rauchen in der Schwangerschaft.] Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012.* Berlin: RKI. Abgerufen von http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_rauchen_schwangerschaft.pdf?__blob=publicationFile

Robert Koch-Institut. (2015c). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: RKI. Abgerufen von http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf

Robert Koch-Institut. (2015d). *Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012*. Berlin: RKI. Abgerufen von http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_inanspruchnahme_frueherk.pdf?__blob=publicationFile

Robke, F. (2008). Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit. Prävalenz von Karies, Zahn- und Kieferfehlstellungen bei norddeutschen Vorschulkindern. *Journal of Orofacial Orthopedics, 69*(1), S. 5-19.

Römer, T., Schleußner, E., & Straube, W. (Hrsg.) (2012). *Pschyrembel Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin: De Gruyter.

Rowe-Murray, H., & Fisher, J. (2001). Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 108*(10), S. 1068-1075.

Royal College of Midwives. (2001). *Woman-Centered Care. Position Paper No. 4*. London: Royal College of Midwives.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub4

Sandvoss, U., & Kramer, K. (2010). Kommunale Armutsprävention: das Dormagener Modell. In R. Lutz, & V. Hammer (Hrsg.), *Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und soziapädagogische Handlungsansätze* (S. 185-204). Wiesbaden: VS.

Sann, A., Geene, R., & Paul, M. (2013). Frühe Hilfen – Ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien. In R. Geene, C. Höppner, & F. Lehmann (Hrsg.), *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt* (S. 361-388). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *The Annals of Family Medicine, 1*(3), S. 134-143.

zu Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland.* Bern: Huber.

Schäfer, E., Abou-Dakn, M., & Wöckel, A. (Hrsg.). (2008). *Vater werden ist nicht schwer? Zur neuen Rolle des Vaters rund um die Geburt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schäfers, R. (2011). *Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes*. Dissertation Universität Osnabrück.

Schleußner, E. (2013). Drohende Frühgeburt: Prävention, Diagnostik und Therapie [The prevention, diagnosis and treatment of premature labor]. *Deutsches Ärzteblatt International, 110*(13), S. 227-236. doi: 10.3238/arztebl.2013.0227

Schling, S., Hillemanns, P., & Gross, M. (2009). Zur Historie des Mutterpasses und seines Aktualisierungsbedarfs [History of the German Antenatal Record („Mutterpass“) and its Need for Updating]. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 213*(2), S. 42-48.

Schneider, S., Maul, H., Freerksen, N., & Pötschke-Langer, M. (2008). Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health, 122*(11), S. 1210-1216. 10.1016/j.puhe.2008.02.01

Schröer, W., Stauber, B., Walther, A., Böhnisch, L., & Lenz, K. (Hrsg.). (2013). *Handbuch Übergang*. Weinheim: Beltz.

Schuster, D. (2012). Schwangerschaft und Postpartalzeit. In K. Weidner, M. Rauchfuß, & M. Neises (Hrsg.), *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Schwab, M. (2009). Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau, 49*, S. 13-28. doi: 10.1159/000184442

Schwarz, C. M. (2008). *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen*. Dissertation Technische Universität Berlin.

Seale, C. (2010). How mass media report social statistics: a case study concerning research on end-of-life decisions. *Social Science & Medicine, 71*(5), S. 861-868.

Shields, S., & Candib, L. (2010). Introduction. In S. Shields, & L. Candib (Hrsg.), *Woman-Centered Care in Pregnancy and Childbirth* (S. 1-12). Oxford: Radcliffe.

Splieth, C., Treuner, A., & Berndt, C. (2009). Orale Gesundheit im Kindesalter. *Prävention und Gesundheitsförderung, 4* (2), S. 119-124. doi:10.1007/s11553-009-0167-z

Springer, J. F., & Phillips, J. L. (2007). *The Institute of Medicine Framework and its Implication for the Advancement of Prevention Policy, Programs, and Practice.* Prevention Policy Paper Series. Folsom, CA: EMT Associates Inc.

Spurgeon, P., Hicks, C., & Barwell, F. (2001). Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery, 17*(1), S. 123-132.

Stahl, K. (2012). *Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern. Konstituierende Dimensionen, Rolle des Geburtsmodus und Gesamtzufriedenheit.* Dissertation Universität Osnabrück.

Ständiger Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (BÄK). (2004). *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung*. Berlin: BÄK. Abgerufen von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Definition.pdf

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2015a). *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser*. Wiesbaden: Destatis. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Destatis. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2015b). *Geburten*. Abgerufen am 13.05.2016 von https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html#Tabellen

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2016a). Alter der Mutter. Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2014 (biologische Geburtenfolge). Abgerufen am 10.10.2016 von https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2016b). *Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar* [Pressemitteilung Nr. 021 vom 20.01.2016]. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2016c). *Bevölkerung – Geburten. Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt ihrer lebend geborenen Kinder in Deutschland.* Abgerufen am 10.10.2016 von https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutteralter.html

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2016d). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Zusammenfassende Übersichten – Eheschließungen, Geborene und Gestorbene 1946-2015*. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2016e). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Natürliche Bevölkerungsbewegung 2013*. Fachserie 1, Reihe 1.1. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2016f). *Durchschnittliche Kinderzahl – Zusammengefasste Geburtenziffer.* Wiesbaden: Destatis. Abgerufen von www.gbe-bund.de

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2016g). Gesundheit – Todesursachen in Deutschland. Abgerufen am 03.05.2016 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400147004.pdf?__blob=publicationFile

Sydsjö, G. (1992). Prevalence and significance of social and psychological risk factors during pregnancy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care. 8*(Suppl. 1), S. 123-128. doi: 10.1017/S0266462300013015

Thaiss, H., & Burchardt, S. (2013). Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld zwischen Kinderschutz und Gesundheitsförderung. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V. & Technische Universität Dortmund, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik AKJ (Hrsg.), *Datenreport Frühe Hilfen* (S. 28-35). Köln: BZgA.

Thomas, C. (Hrsg.) (2010). *Atlas der Infektionskrankheiten*. Stuttgart: Schattauer.

Torloni, M., Betran, A., Horta, B., Nakamura, M., Atallah, A., Moron, A., & Valente, O. (2009). Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obesity Reviews, 10*(2), S. 194-205. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00541.x

Treuner, A., & Splieth, C. (2013). Frühkindliche Karies – Fakten und Prävention. *Zahnärztliche Mitteilungen, 17*, S. 44-50.

Van den Berg, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechansims. A review. *Neuroscience & Biobehavioural Reviews, 29*(2), S. 237-258.

Verbund Hebammenforschung. (2007). *Handbuch Hebammenkreißsaal – Von der Idee zur Umsetzung*. Osnabrück: Verbund Hebammenforschung.

Vetter, K., & Goeckenjan, M. (2013). Schwangerenvorsorge in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56*(12), S. 1679-1685.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S., Krasevec, J. & Rollins, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet 387*, 10017, S. 475-490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Voigt, M., Straube, S., Zygmunt, M., Krafcyzyk, B., Schneider, K., & V., B. (2008). Obesity and pregnancy – a risk profile [Adipositas und Schwangerschaft – Risikoprofil]. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 212*(6), S. 201-205. doi: 10.1055/s-2008-1076995

von der Lippe, E., Brettschneider, A., Gutsche, J., & Poethko-Müller, C. (2014). Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57*(7), S. 849-859.

Waldenström, U. (1998). Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery, 14*(4), S. 207-213.

Waldenström, U., Borg, I., Olsson, B., Sköld, M., & Wall, S. (1996). The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers. *Birth, 10*, S. 144-153.

Walsh, D. (2007). *Evidence-based Care for Normal Labour and Birth. A guide for midwives*. New York: Routledge.

Weidner, K. (2012). Weiterbildung in der Psychosomatische Frauenheilkunde. In K. Weidner, M. Rauchfuß, & M. Neises (Hrsg.), *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Weidner, K., Bittner, A., Weber, C., Sasse, J., Stöbel-Richter, Y., & Junge-Hoffmeister, J. (2010). Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit, Teil II: Behandlungsansätze und Herausforderungen interdisziplinärer Versorgung. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, 3*(5), S. 145-155.

Weissenborn, A., Abou-Dakn, M., Bergmann, R., Both, D., Gresens, R., Hahn, B., . . . & Kersting, M. (2016). Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht [Breastfeeding Rates and Duration in Germany – A Systematic Review]. *Gesundheitswesen, 78*(11), S. 695-707. doi: 10.1055/s-0035-1555946

Wiesner, R. (2015). *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*. München: Beck.

World Health Organization (WHO). (1981). *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. Genf: WHO. Abgerufen von http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf

World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa Charta for Health Promotion*. Genf: WHO. Abgerufen von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organization (WHO). (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group*. Genf: WHO. Abgerufen von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Weltgesundheitsorganisation (WHO)/ Regionalbüro für Europa. (1998). *Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO.* (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle", Nr. 5.) Kopenhagen: WHO. Abgerufen von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga-199heger.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (1998). *Health Promotion Glossary*. Genf: WHO. Abgerufen von http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf

World Health Organization (WHO). (2001). *Global strategy for infant and young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding*. Genf: WHO. Abgerufen von http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf?ua=1www.apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO. [2003]. *Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. (The World Health Organization's Information Series on School health, Document 9). Genf: WHO. Abgerufen von https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjij5Kiq9DPAhWBChoKHUTeCt8QFggqMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fschool_youth_health%2Fmedia%2Fen%2Fsch_skills4health_03.pdf&usg=AFQjCNHDPMBYm0WMLsoVJAhsxi2t5FhzgQ&cad=rja

World Health Organization (WHO). (2010). *Preterm Births per 100 Births 2010*. Genf: WHO. Abgerufen von http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2010_pretermbirthsper100births.pdf

Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S., & Mori, R. (2014). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Evidence-Based Child Health, 9*(1), S. 5-99. doi: 10.1002/ebch.1960

Mitglieder der Arbeitsgruppe „Gesundheit rund um die Geburt“

Thomas Altgeld
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover
(Vorsitz)

Andrea Kuhn
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln
(Redaktion und Organisation der AG)

Prof. Dr. Nicola Bauer
Hochschule für Gesundheit, Bochum, für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Dr. Susanne Bauer
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen

Dr. Maria Beckermann
Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., Berlin

Dr. Brigitte Borrmann
Landeszentrum Gesundheit NRW, Bielefeld, für die AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Gesundheitsministerkonferenz

Dr. Birgit Cobbers
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Martina Dreibus
Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz, für die Jugend- und Familienministerkonferenz der Länder

Prof. Dr. Raimund Geene
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal

Prof. Dr. Mechthild Groß
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Christoph Härtel
Universitätsklinikum Schweswig-Holstein, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lübeck

Prof. Dr. Daphne Hahn
Pro Familia, Frankfurt

Ulrike Hauffe
Freie Hansestadt Bremen, für die Gleichstellungs- und Frauenministerinnenkonferenz

Prof. Dr. Claudia Hellmers
Hochschule Osnabrück, für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Dr. Ulrike Horacek
Gesundheitsamt Recklinghausen, für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Dr. Sabine Koch
GKV-Spitzenverband e.V., Berlin

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld

Prof Dr. Frank Louwen
Universitätsklinikum Frankfurt Goethe Universität, für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Prof. Dr. Jörg Maywald
Die Deutsche Liga für das Kind, Berlin

Dr. Rüdiger Meierjürgen
Barmer GEK, Wuppertal

Kerstin Moncorps
Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin, für das Gesunde Städte-Netzwerk

Dr. Monika Mund
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Dr. Uta Nennstiel-Ratzel
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, für die AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Gesundheitsministerkonferenz

Mechthild Paul
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln

Dr. Franziska Prütz
Robert Koch-Institut, Berlin

Dr. Justina Rozeboom
Bundesärztekammer, Berlin

Prof Dr. Ekkehard Schleußner
Universitätsklinikum Jena, für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Monika Schneider
AOK-Bundesverband, Berlin

Dr. Claudia Schumann
Northeim, für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFG)

Sonja Siegert
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Simone Strecker
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Dr. Doris Voit
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

An der Ausarbeitung des Themas „Mundgesundheit“ waren außerdem folgende Expert(inn)en beteiligt:

Bettina Berg
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.

Elfi Schmidt-Garrecht/ Sebastian Dräger
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Dr. Harald Strippel
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Dr. Sebastian Ziller/ Dr. Juliane Gösling
Bundeszahnärztekammer

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit
Referat für Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Redaktion: Andrea Kuhn, Thomas Altgeld

Gestaltung: www.dk-copiloten.de, Köln
Druck: Hausdruckerei Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Fotos:
Titelbild (U1), fotolia, Herrndorff Fotografie
S. 10, fotolia, Denys Kurbator
S. 36, fotolia, Rafael Ben-Ari | Chameleons Eye
S. 46, iStock, Jo Unruh
S. 66, iStock, Christin Lola
S. 88, fotolia, ohsuriya

Stand: 2. Auflage, August 2017

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:
Bestell-Nr.: BMG-G-11077
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 / 18 272 2721
Fax: 030 / 18 10 272 2721
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

gesundheitsziele.de ist die gemeinsame Plattform der relevanten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Mehr als 100 Organisationen engagieren sich hier für die Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Im Konsens werden Gesundheitsziele formuliert, Maßnahmen zur Zielerreichung empfohlen und Selbstverpflichtungen der verantwortlichen Akteure angestoßen.

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* ist bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. angesiedelt. *gesundheitsziele.de* wurde während der Erarbeitung des Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ finanziell unterstützt durch:

- das Bundesministerium für Gesundheit
- die Gesundheitsministerien der Länder
- die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung
- der Verband der privaten Krankenversicherung
- die Deutsche Rentenversicherung Bund
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft
- die Bundesärztekammer
- die Bundespsychotherapeutenkammer
- die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.