

Projektbezeichnung: *Fokus Frühe Ernährung*
**Interdisziplinäre Vernetzung und kooperative Weiterbildung von Health Professionals
im Bereich Ernährungsberatung**
**– ein Multiplikatorenansatz zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens in der
Schwangerschaft und frühen Kindheit**

Abstract

Die Ernährungsweise in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren hat einen nachweisbar großen Einfluss auf die emotionale, kognitive und gesundheitliche Entwicklung des Kindes. Im Rahmen der frühkindlichen Entwicklung sind Ernährungsfragen und Ernährungsprobleme ein wichtiges Thema, zu dem Eltern sich von ExpertInnen aus unterschiedlichen Berufsgruppen Rat und Hilfe erhoffen. Eltern profitieren dabei vor allem von kongruenten sowie ressourcen- und handlungsorientierten Beratungen.

In der Modellregion Osnabrück (Stadt und Landkreis) soll ein Berufsgruppen übergreifendes Weiterbildungskonzept zum Thema „Ernährung in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren“ entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Zur Zielgruppe gehören GynäkologInnen, PädiaterInnen, PsychologInnen, Hebammen, Gesundheits- und KinderkrankenschwesterInnen, ErzieherInnen sowie OecotrophologInnen und DiätassistentInnen. Für diese MultiplikatorInnen soll ein für alle Berufsgruppen offenes Basis-Weiterbildungsprogramm mit berufsspezifischen Ergänzungsmodulen entwickelt werden.

Die Hauptziele der zu konzipierenden Weiterbildungsangebote liegen in der Vermittlung neuer, evidenzbasierter Forschungserkenntnisse, z. B. zur frühkindlichen Prägung des Essverhaltens und des Stoffwechsels sowie der Weiterentwicklung der Beratungskompetenz im Bereich multiprofessioneller Ernährungsberatung für junge Eltern. Das Projekt zielt außerdem auf eine Vernetzung der involvierten Berufsgruppen ab. Die Netzworkebildung im Bereich der frühkindlichen Ernährung soll dazu dienen, widersprüchliche Informationen der Eltern durch verschiedene AnsprechpartnerInnen in der Projektregion so weit wie möglich zu reduzieren, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und eine schnelle und gezielte Weiterleitung von Eltern mit Beratungsbedarf zur frühkindlichen Ernährung an geeignete ExpertInnen in der Region Osnabrück zu ermöglichen.

0. Forschungsstand und Problemdarstellung

Problembereiche in der frühkindlichen Ernährung

Die KiGGS-Studie hat als erste repräsentative, deutsche Studie zur Kindergesundheit zeigen können, dass ein wachsender Anteil von Kindern von Folgen einer Fehl- bzw. Überernährung betroffen ist. Demnach trinken viele Kinder bevorzugt Limonaden und Colagetränke und essen zu viel Süßigkeiten sowie zu wenig Obst, Gemüse und Fisch. Dadurch erreichen nur etwa 50% der 6-11jährigen Kinder die empfohlenen Verzehrmenngen an Obst und Gemüse. Als Folge liegt bspw. die Aufnahme von Jod, Folsäure und Vitamin D im Durchschnitt deutlich unter den D-A-CH¹-Referenzwerten (Mensink et al. 2007). Durch eine übermäßige Kalorienaufnahme und Bewegungsmangel sind laut KiGGS-Studie von den untersuchten Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren 15% übergewichtig und 6,3% adipös. Hier lässt sich in Bezug auf Vergleichsdaten der Referenzpopulation aus den 1980er und 1990er Jahren eine Verdoppelung der Prävalenz erkennen (Kurth/ Schaffrath Rosario 2007).

Die Ursachen für Fehl- und Überernährung im Kindesalter sind vielfältig und haben häufig ihren Ursprung in der Schwangerschaft und Säuglingszeit. In einigen Untersuchungen konnte bspw. gezeigt werden, dass die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern mit der Stilldauer korreliert. Kinder, die nur kurz oder gar nicht gestillt wurden, haben ein deutlich höheres Risiko später übergewichtig zu werden (Kries et al. 1999, Singhal/ Lanigan 2007).

Die Empfehlungen zur Stilldauer der Weltgesundheitsorganisation und verschiedener pädiatrischer Fachgesellschaften haben sich vor einigen Jahren dahingehend geändert, dass inzwischen explizit eine Gesamtstilldauer von mindestens einem Jahr empfohlen wird² (Fleischer-Michaelsen et al. 2003). Eine Stillzeit von einem Jahr wird lediglich von etwa 7-10% der deutschen Mütter erreicht, ca. ein Viertel der Kinder wird gar nicht gestillt und die Dauer des Stillens ist nach einem Anstieg in den 1990er Jahren seit 1999 wieder rückläufig (Röh/ Schücking 2009, Lange et al. 2007).

Da Stillen neben der (vermutlich) gewichtsregulierenden Wirkung viele weitere gesundheitliche Vorteile für Kinder hat und über die mit dem Stillen einhergehende Ausschüttung des Neurotransmitters Oxytocin auch die Mutter-Kind-Bindung unterstützt (Scherbaum et al. 2003, Febo et al. 2005), sollten höhere Stillraten und eine längere durchschnittliche Stilldauer in Deutschland angestrebt werden. Die Stillberatung in Geburtskliniken ist häufig nicht ausreichend, was u. a. auch mit einer mittlerweile auf 2-4 Tage verkürzten Verweildauer nach Geburten zusammenhängt (Borrmann 2005). Eine standardisierte Qualitätssicherung zum Stillmanagement gibt es in Deutschland in erster Linie in den insgesamt 47 „Babyfreundlichen“ Krankenhäusern³. In einer aktuellen Studie des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zeigte sich, dass die Stillraten regional stark differieren und maßgeblich von der Betreuung der Mutter durch das Gesundheitspersonal abhängen (Kohlhuber et al. 2008; Rebhahn et al. 2008). Diese Studien-

¹ Die D-A-CH-Referenzwerte sind in Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) und der Schweizerischen Vereinigung für Ernährung (SVE) entstanden. Sie geben Empfehlungen für den täglichen Energie- und Nährstoffbedarf je nach Altersgruppe, um die Gesundheit zu erhalten.

² Wobei die Kinder nur in den ersten 4-6 Monaten ausschließlich mit Muttermilch ernährt werden sollten.

³ Seit 1991 gibt es die weltweite Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ der Organisationen WHO und Unicef mit dem Ziel das Stillen durch verbesserte Rahmenbedingungen zu fördern. Mittlerweile gehören etwa 20 000 Babyfreundliche Krankenhäuser in 150 Ländern dazu.

ergebnisse wurden in Bayern zum Anlass genommen, in einem noch laufenden Modellprojekt (STELLA) die für das Stillmanagement zuständigen Berufsgruppen (Pflegepersonal, Hebammen und ÄrztInnen) gemeinsam weiterzubilden und die Effekte dieser Maßnahme im Hinblick auf eine Verbesserung des Stillmanagements und der Mutter-Kind-Beziehung zu untersuchen (Schwegler et al. 2008).

Schon vor der Stillzeit beeinflusst die mütterliche Ernährung den Stoffwechsel und die Entwicklung des ungeborenen Kindes. Ein wachsender Forschungszweig beschäftigt sich seit einigen Jahren mit den verschiedenen Mechanismen dieser pränatalen Prägung (Barker 1999, Bächle et al. 2008, Beinder 2007, Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008, Nicolaidis 2008). Von besonderer Bedeutung für die spätere Gesundheit des Kindes sind Phasen einer schweren Unterversorgung mit Nährstoffen (z. B. durch Nahrungsknappheit in Entwicklungsländern, Anorexia nervosa oder eine Plazentainsuffizienz) sowie eine Überversorgung des Kindes mit Glucose (durch eine hohe, mütterliche Aufnahme leicht resorbierbarer Kohlenhydrate bzw. durch das Vorliegen eines Gestationsdiabetes). In den Industrieländern nimmt der Anteil normalgewichtiger Neugeborener ab. Es gibt auf der einen Seite einen deutlichen Trend zu immer mehr Kindern, die bei der Geburt mehr als 4000g wiegen und auf der anderen Seite auch eine große Anzahl an untergewichtigen, sogenannten Small for Gestational Age⁴ (SGA) Babies (Hadfield et al. 2009, Romo et al. 2009). Obwohl die genauen Pathomechanismen noch nicht gänzlich aufgeklärt sind, ergibt sich aus den bisher vorhandenen Forschungsergebnissen bereits ein schlüssiges Bild der Risiken einer mütterlichen Fehlernährung in Bezug auf spätere Entwicklungsstörungen und Erkrankungen (s. Abbildung S. 4).

Ein wichtiger Punkt bei der Betrachtung des Problemstandes ist der Dominoeffekt von ungünstigen Entwicklungen in frühen Lebensphasen. So wirkt sich z. B. eine Frühgeburt bzw. ein zu geringes Geburtsgewicht negativ auf den Stillbeginn aus. Häufig werden diese kleinen Neugeborenen gar nicht oder nicht voll gestillt, obwohl dies mit entsprechender Unterstützung möglich wäre (Santoro Junior/ Martinez 2007). Gleiches gilt für Kinder, deren Mütter adipös sind – auch sie werden seltener und kürzer gestillt (Donath/ Amir 2008). Damit verstärken sich für diese Kinder die ohnehin schon vorhandenen gesundheitlichen Risiken. Eine weitere kritische Phase für die Entwicklung des Essverhaltens und die spätere ernährungsbezogene Gesundheitsentwicklung ist die Einführung von Beikost und die Ernährungsweise des Kleinkindes in den ersten drei bis vier Lebensjahren. Hier werden wichtige Weichen für das spätere Essverhalten gestellt, weil sich die Geschmackspräferenzen in dieser Lebensphase ausbilden (Gerrish/ Menella 2001). Da Muttermilch je nach Nahrungsmittelauswahl immer wieder andere Geruchs- und Geschmacksstoffe enthält, lernen gestillte Kinder bereits in der Stillzeit eine größere Geschmacksvielfalt kennen als Kinder, die mit industriell hergestellter Säuglingsnahrung ernährt werden (Hausner et al. 2008). Wird die Bevorzugung von Fertignahrung in der Kleinkind-Zeit fortgesetzt, lernen die Kinder hauptsächlich die Geschmacksrichtungen süß und salzig kennen und bevorzugen diese dann auch im späteren Leben („mere exposure effect“, Logue 1995). Auf der anderen Seite kann durch eine gesunde und abwechslungsreiche Kost im frühen Kindesalter die Basis für ein angemessenes Ernährungsverhalten

⁴ SGA-Babies sind Neugeborene, die zu klein für ihr Reifealter (die Schwangerschaftsdauer) zur Welt kommen.

gelegt werden, das am individuellen Bedarf orientiert ist. Dieser individuelle Bedarf findet seinen Ausdruck in der spontanen Bevorzugung bestimmter Lebensmittel (Appetit) vor allem dann, wenn Kinder eine sensible Körperwahrnehmung entwickeln konnten (Heindl 2003).

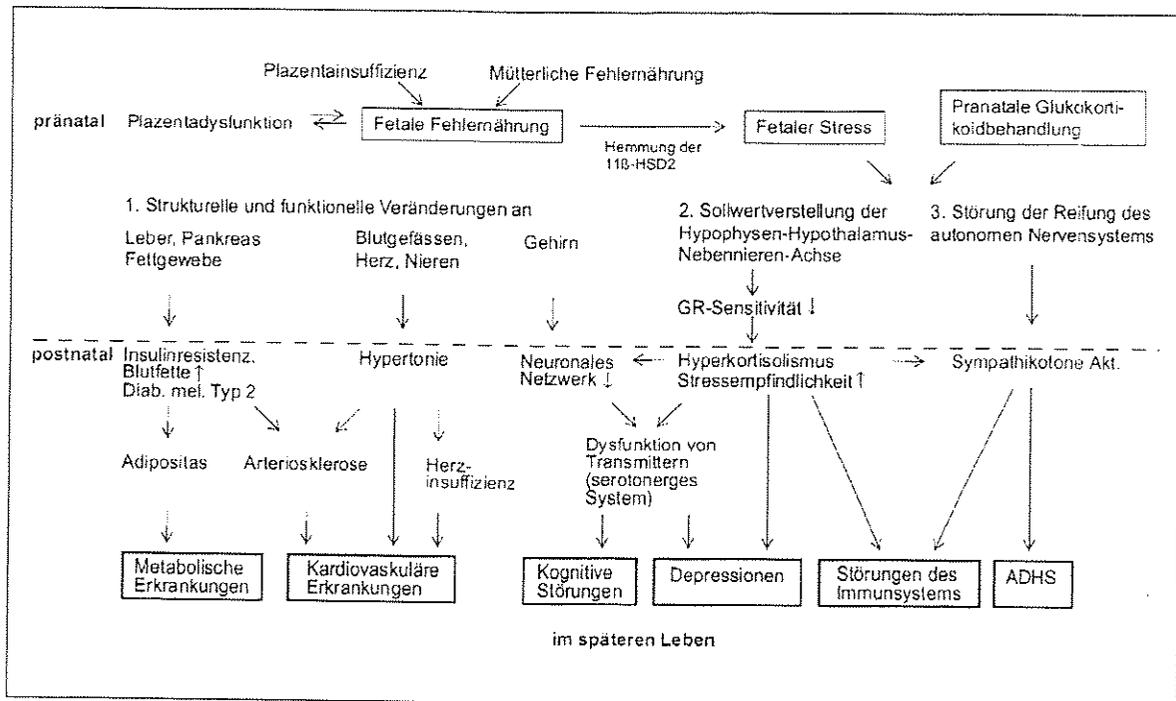


Abb. 1. Mechanismen der fetalen Programmierung von Krankheiten im späteren Leben. GR = Glukokortikoidrezeptor.

Quelle: Schwab M, 2009, S. 18

Problembereiche in der Beratungspraxis

Laut Mutterschafts-Richtlinien des G-BA⁵ sind „in die ärztliche Beratung [...] auch ernährungsmedizinische Empfehlungen als Maßnahme der Gesundheitsförderung einzubeziehen.“ Die Ergebnisse der Untersuchungen von Makowsky (2009), Röhl/ Schücking (2009) und von Moeller (2007) deuten darauf hin, dass dies in 40-50% der Fälle gar nicht oder nur unzureichend geschieht. Andererseits besteht bei Schwangeren und jungen Müttern sowohl ein großer Bedarf an kompetenter Beratung zu Ernährungsthemen als auch eine vergleichsweise große Bereitschaft, Empfehlungen umzusetzen (Makowsky 2009, Röhl/ Schücking 2009).

Ernährungsberatung gelingt, auch wenn sie stattfindet, nicht immer – die Ursachen dafür sind vielfältig. Die allgemeine Praxis der Ernährungsberatung war in den letzten Jahrzehnten über alle relevanten Berufsgruppen hinweg vor allem darauf ausgerichtet, einen Mangel an kritischen Nährstoffen (wie z. B. Jod- oder Eisenmangel in der Schwangerschaft) zu verhindern bzw. auszugleichen oder eine zu hohe Fett-, Zucker- und Kalorienaufnahme zu reduzieren. Ausgangspunkt war in der Regel die Abweichung von Norm- und Referenzwerten für Körpergewicht, Kalorien- und Nährstoffzufuhr. Diese eher an Defiziten ausgerichtete Beratungspraxis hat in vielen Fällen nicht zu

⁵ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung in der Fassung vom 10. Dezember 1985, in Kraft getreten am 28. Juni 2008

den gewünschten Änderungen des Ernährungsverhaltens geführt (aid 2006). Neuere Beratungs- und Präventionsansätze berücksichtigen in stärkerem Maße den jeweiligen kulturellen Hintergrund der Zielgruppe, sind stärker an Ressourcen (salutogenetisch) ausgerichtet und beziehen Methoden aus dem Coaching-Bereich sowie systemischer Beratung mit ein (Borrmann/ Weyland 2003, Eberding/ Lemme 2007, Lipscomb 2006, Methfessel 2001, Methfessel/ Hesecker 2005). Vergleichbare Entwicklungen sind (zumindest in der Theorie) bereits seit einigen Jahren im Bereich der Sucht- und Gewaltprävention (Wienemann 2001, Schlippe von/ Grabbe 2007) wie auch im Bereich der Schul- und Hochschuldidaktik zu beobachten (Blom 2000, Welbers/ Gaus 2005). Der Experte/ die Expertin und die zu vermittelnden Inhalte rücken in den Hintergrund, gleichzeitig gewinnt die Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe ein größeres Gewicht. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den letzten Jahren viele bedeutsame neue Forschungserkenntnisse zu den Zusammenhängen zwischen frühkindlicher Ernährung und frühkindlicher Entwicklung entstanden sind. Gleichzeitig gibt es Erfolg versprechende, aktuelle Entwicklungen im Hinblick auf die Methoden der Ernährungsberatung und die Didaktik der Ernährungsbildung. In dem Modellprojekt, welches im Folgenden vorgestellt wird, sollen diese Erkenntnisse und Kompetenzen an die MultiplikatorInnen weitervermittelt werden, um die Beratungsergebnisse im Rahmen der frühkindlichen Ernährung zu verbessern.

1. Ausgangslage in der Region Osnabrück

In der Region Osnabrück kommen pro Jahr etwa 4500 Kinder zur Welt (2007: insgesamt 4482 Lebendgeborene⁶). Fast jede Schwangere hat Kontakt zu einem Gynäkologen/ einer Gynäkologin und viele nehmen Hebammenhilfe in der Schwangerschaft in Anspruch. Postpartal sind Hebammen, Pflegende und PädiaterInnen, später auch Erzieherinnen die HauptansprechpartnerInnen der jungen Familien. In Stadt und Landkreis Osnabrück arbeiten 173 Gynäkologinnen und Gynäkologen⁷, 35 Kinderärzte und Kinderärztinnen⁸, ca. 200 Kinderkrankenpfleger und Kinderkrankenschwestern, 71 freiberuflich tätige Hebammen⁹ und ca. 50 angestellte Hebammen.

Darüber hinaus gibt es an der Universität Osnabrück seit einigen Jahren eine von PsychologInnen geleitete Babysprechstunde, in deren Rahmen kostenlose Beratungen für Eltern mit Kindern angeboten werden, die unter Schrei-, Schlaf- oder Fütterstörungen leiden.

Des Weiteren arbeiten in der Region Osnabrück drei VDOe¹⁰ zertifizierte Ernährungsberaterinnen, die neben Beratungen zu anderen Ernährungsthemen auch Beratungen zum Thema Säuglings- und Kinderernährung anbieten.

Jede Fachkraft dieser Berufsgruppen wird bei Bedarf von den Rat suchenden Müttern und Vätern zum Thema Ernährung befragt. Diesen Berufsgruppen kommt dadurch eine Schlüsselfunktion zu.

⁶ Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

⁷ Quelle: Ärztekammer Niedersachsen, 2009

⁸ Quelle: Ärztekammer Niedersachsen, 2009

⁹ Quelle: Niedersächsischer Hebammenverband

¹⁰ Verband der Oecotrophologen e. V.

In gut angenommenen Kursangeboten, wie Eltern-Kind-Kursen der Familienbildungsstätten, von Hebammen geleiteten Geburtsvorbereitungskursen, Kursen zur Beikosteneinführung oder dem in Osnabrück angesiedelten Projekt „Fit für den Start“ ist das Thema Ernährung bereits Bestandteil oder kann unkompliziert integriert werden.

Im Rahmen des Bachelor-Studiengangs Ökotrophologie der Fachhochschule Osnabrück werden ernährungsbezogene Gesundheitsförderungsprojekte in der Region Osnabrück durchgeführt, die sich vorwiegend an Schulkinder und ältere Zielgruppen richten.

Das Fachgebiet Gesundheits- und Krankheitslehre im Studiengang Gesundheitswissenschaften der Universität Osnabrück beteiligt sich an der Evaluation von regionalen und überregionalen Gesundheitsförderungsprojekten mit Ernährungsbezug im Grundschulbereich.

An beiden Hochschulen wird in den Bereichen Maternal and Child Health und Professionalisierung/ Spezialisierung von Hebammen geforscht.

Eine Vernetzung unter den genannten Anbietern und Forschern der Region findet zum größten Teil nur Berufsgruppen intern statt. Ein erster Ansatz zur interdisziplinären Zusammenarbeit entstand auf Initiative der Autorin im Rahmen der Gesundheitskonferenz Osnabrücker Land. Hier gibt es seit Anfang 2009 im Netzwerk Adipositas die Untergruppe Frühkindliche Ernährung mit folgenden Mitgliedern: Annette Liebner (Verbraucherberatungsstelle Osnabrück), Prof. Dr. Dorothea Straka (Fachhochschule Osnabrück), Ina Mertens (Kinderhospital Osnabrück), Dr. Dr. Inge Rohling (Fachdienst Gesundheit, Landkreis und Stadt Osnabrück), Silke Röhl und Dr. Brigitte Borrmann (Universität Osnabrück). Das Ziel dieses Netzwerks besteht darin, auf die Bedeutung der frühkindlichen Ernährung im Rahmen der regionalen Adipositasprävention aufmerksam zu machen.

Es liegt somit vielfältige Expertise vor, durch deren Zusammenführung ein Entwicklungsschub für das Gesamt-Setting (die Beratungslandschaft zur frühkindlichen Ernährung - beginnend mit der Ernährung der Schwangeren) in der Region Osnabrück erreicht werden könnte. Für die Eltern soll zudem auf diese Weise eine klare Struktur entstehen, die es ihnen ermöglicht, bei speziellen Ernährungsproblemen schnell den richtigen Ansprechpartner zu finden.

2. Ziele, Inhalte und Ablauf des Modellprojekts *Fokus Frühe Ernährung*

Ziele

Das geplante Modellprojekt *Fokus Frühe Ernährung* hat zwei Schwerpunkte: Erstens sollen erstmals auf regionaler Ebene multidisziplinäre, ernährungsbezogene Weiterbildungsmaßnahmen entwickelt, implementiert und evaluiert werden, zweitens soll parallel ein ExpertInnennetzwerk aufgebaut werden. Das ExpertInnennetzwerk wird in der Anfangsphase vor allem zur gegenseitigen Information über berufsgruppenspezifische Angebote und Kompetenzen genutzt. Über die persönlichen Kontakte unter den ExpertInnen aus den verschiedenen Berufsgruppen soll im weiteren Verlauf erreicht werden, dass die Informationen über spezielle Angebote und Kompetenzen einzelner Anbieter an die Eltern von Säuglingen und Kleinkindern weitergegeben werden. VertreterInnen der verschiedenen

Berufsgruppen, die sich an der Netzwerkarbeit beteiligen, haben zusätzlich auch die Funktion, Informationen über Weiterbildungsangebote und spezifische Beratungsangebote in den Kreis der eigenen Berufsgruppe weiterzutragen.

Letztlich soll über die gezielte Weiterbildung und Vernetzung dieser MultiplikatorInnen eine Verbesserung der Ernährungssituation in der ersten Lebensphase erreicht werden, da jede Fehlentwicklung in späteren Lebensphasen nur mit wesentlich größerem Aufwand korrigiert werden kann.

Inhalte des Projekts im Vergleich zu anderen Projekten

Deutschland weit und auch auf regionaler Ebene gibt es bereits interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich der Ernährungsberatung und –bildung. Diese findet allerdings in erster Linie innerhalb von Institutionen (z. B. Stillberatung in Kliniken, interdisziplinäre Arbeitsgruppen an Hochschulen) oder auf Kongressen statt. Es gibt bisher kein Projekt, in dem alle relevanten MultiplikatorInnen innerhalb einer Region systematisch zusammengeführt werden, um widersprüchliche Informationen einzudämmen und eine gezielte, Problem angepasste Weiterleitung von Ratsuchenden an ExpertInnen vor Ort zu erreichen.

In anderen Regionen gibt es jedoch schon einige Projekte mit ähnlicher Ausrichtung - dazu gehört z. B. das PAPI-Projekt der Universität Paderborn¹¹. Dieses Projekt ist gezielt auf Adipositas-Prävention ausgerichtet und bezieht keine medizinischen Berufsgruppen ein. Eine Parallele zum Projekt *Fokus Frühe Ernährung* besteht darin, auf der Multiplikatoren-Ebene anzusetzen, um das Ernährungsverhalten und den Ernährungsstatus von Eltern und Kindern langfristig positiv zu beeinflussen.

Bereits seit 1995 läuft in mehreren Bundesländern das von der Medusana Stiftung geförderte Projekt „Die MediPäds – Lehrer und Ärzte im Team“¹². Auch hier nehmen – wie bei *Fokus Frühe Ernährung* – verschiedene Berufsgruppen (in diesem Fall PädagogInnen und MedizinerInnen) an gemeinsamen Fortbildungen teil. Weitere Berufsgruppen sind nicht in das Projekt einbezogen. Die Zielgruppe der gemeinsam durchgeführten Schulprojekte zur Gesundheitsförderung sind Schulkinder und Jugendliche.

Die DGE-Sektion Mecklenburg-Vorpommern bietet seit dem letzten Jahr für eine weitgefaste Zielgruppe („Fachkräfte aus dem Bereich "Essen und Trinken" mit Beratertätigkeiten“) systemisch ausgerichtete Seminare unter dem Titel „Begleiten statt Belehren“ an, in denen eine Orientierung an den Ressourcen der KlientInnen und die Konzentration auf selbst entwickelte Lösungsmöglichkeiten (statt der üblichen Problemzentrierung) im Vordergrund stehen.¹³

Das in Schleswig-Holstein entwickelte Projekt „Projekt „Leibeslust – Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten“ kann als beispielhaft für die Umsetzung Kind gerechter, auf die

¹¹ Das Projekt PAPI (Paderborner Adipositas Prävention und Intervention) ist eines der 24 Gewinnerprojekte beim Bundeswettbewerb „Besser essen. Mehr bewegen“. Weitere Infos: <http://papi-paderborn.de/>.

¹² Dieses Projekt ist nicht ausschließlichs auf gesunde Ernährung ausgerichtet, sondern bezieht verschiedene Aspekte der Gesundheitsförderung ein. Weitere Infos: http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=detail&id_item=314

¹³ Seminar/Workshop „Begleiten statt Belehren“ Online abrufbar unter der URL: <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=23&page=2> [22.08.09]

Verbesserung der Körperwahrnehmung ausgerichtet und Setting orientierter Ansätze bezeichnet werden. Ein wichtiger Bestandteil dieses Programms ist u. a. die Fortbildung des Kindergartenteams, z. B. auch im Hinblick auf die Sensibilisierung für das eigene Essverhalten.

Bei den hier aufgeführten Projekten ist keine systematische Netzwerkbildung unter den ExpertInnen (MultiplikatorInnen) vorgesehen. Wie im Folgenden aufgeführt, ist dies, neben der interdisziplinären Weiterbildung, ein wesentlicher Bestandteil des Projekts *Fokus Frühe Ernährung*.

Ablauf des Projekts

Phase 1: Zunächst wird ein **Koordinationsbüro** aufgebaut und die bereits im Vorfeld der Antragstellung begonnene Zusammenarbeit mit VertreterInnen der relevanten Berufsgruppen vor Ort sowie mit den einzelnen für die Weiterbildung zuständigen Berufsverbänden fortgeführt. In dieser Phase werden auch Flyer und Programmheft zu den Weiterbildungsangeboten entwickelt. Für die Internetpräsenz der Angebote kann die Homepage des Instituts für Gesundheit und Bildung e. V. genutzt werden.

Phase 2: In der zweiten Phase wird eine **Auftaktveranstaltung** geplant und durchgeführt. Zu dieser Veranstaltung sollen herausragende WissenschaftlerInnen aus den Bereichen Schwangeren- und Kinderernährung sowie Ernährungsberatung und –bildung als ReferentInnen und alle regional ansässigen, potenziellen WeiterbildungsteilnehmerInnen eingeladen werden.

Phase 3: Anknüpfend an die in den Phasen 1 und 2 begonnene Netzwerkbildung werden erste Treffen mit regionalen VertreterInnen aus den verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt, um ein regionales **ExpertInnennetzwerk** zur frühkindlichen Ernährung aufzubauen. In der Anfangsphase werden die Netzwerktreffen in einem 6-8wöchigen Rhythmus durchgeführt, später vierteljährlich. Den TeilnehmerInnen wird ein erster Entwurf des Weiterbildungsprogramms vorgestellt. Zusätzlicher Weiterbildungsbedarf wird ggf. aus den Erfahrungen der einzelnen Berufsgruppen mit spezifischen Ernährungsfragen oder –problemen der Zielgruppe generiert. Unter Berücksichtigung der Hinweise der NetzwerkteilnehmerInnen wird ein Fragebogen zum Weiterbildungsbedarf der einzelnen Berufsgruppen entwickelt, verteilt und ausgewertet.

Phase 4: In Kooperation mit dem Institut für Gesundheit und Bildung Osnabrück e. V. entsteht ein differenziertes, z. T. Berufsgruppen übergreifendes **Basis-Weiterbildungsprogramm** zu den folgenden Themen: Ernährung in der Schwangerschaft, Frühkindliche Prägung des Stoffwechsels, Stillen und Stillprobleme, Fütterstörungen und Beikosteführung, Ernährung von Kleinkindern – Probleme und Lösungsstrategien, Ernährungsbezogene Sinnesschulung und Körperwahrnehmung, Prävention von Essstörungen, Methodik der Ernährungsberatung (Fallorientiertes Training). Die Fortbildungsangebote beginnen sechs Monate nach Projektbeginn und sollen zunächst jeweils an einem Tag im Monat in Seminarform stattfinden. Die Präsenzzeit wird durch E-Learning-Sequenzen ergänzt. Die TeilnehmerInnen können nach Abschluss aller Basismodule fakultativ eine Abschlussprüfung ablegen. Eine Zertifizierung (auch einzelner Module) ist angestrebt, so dass Fortbildungspunkte erworben werden können. Die Weiterbildungseinheiten werden von der Antragstellerin in Zusammenarbeit mit MitarbeiterInnen des Forschungsschwerpunkts Maternal Health geplant und durchgeführt. Zu einzelnen Themen sollen sowohl ExpertInnen aus der Region als auch auswärtige ReferentInnen eingeladen werden, bspw. vom Dortmunder Institut für Kinderernährung.

Der Deutsche Hebammenverband bietet in dieser Phase seine Unterstützung bei der **Ermittlung des konkreten Weiterbildungsbedarfs** unter den Hebammen. Die Fortbildungsbeauftragte des Hebammenverbandes berät die Projektleitung zum Weiterbildungsbedarf dieser Berufsgruppe und für die Versendung per Mail oder Post an die Verbandsmitglieder wird der Verteiler des Hebammenverbandes genutzt. Das Institut für Gesundheit und Bildung Osnabrück e. V. übernimmt letztere Funktion für die Gruppe der ÄrztInnen und der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Darüber hinaus beteiligt sich das Institut mit folgenden weiteren Maßnahmen am Projekt: Schaffung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Weiterbildungsangebote zur frühkindlichen Ernährung, Koordinierung der Weiterbildungsangebote und Beratung im Rahmen der Qualitätssicherung sowie Informationen der Zielgruppen.

Die Inhalte der Weiterbildungsmaßnahmen werden entsprechend der Bedarfsanalyse unter den potenziellen TeilnehmerInnen inhaltlich ergänzt und ggf. um neue Themen erweitert.

Phase 5: Evaluation: Alle Weiterbildungsangebote werden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheit und Bildung Osnabrück e. V. unter Einsatz standardisierter Fragebögen evaluiert.

Phase 6: Am Ende der Projektlaufzeit beginnt die **Planung für die Fortführung** der Weiterbildungsmaßnahmen und Verankerung des Koordinationsbüros in der Region Osnabrück nach Ende des Förderzeitraums.

3. Nachhaltigkeit und Transfer

In dem vorgestellten Projekt wird vorrangig der Multiplikatorenansatz zur Erreichung des Good Practice Kriteriums Nachhaltigkeit verfolgt, d. h. es werden MultiplikatorInnen aus allen relevanten Berufsgruppen systematisch eingebunden und je nach Bedarf weiterqualifiziert. Im Gegensatz zur direkten Ansprache der Zielgruppe junger Eltern ergeben sich aus dieser Vorgehensweise einige Vorteile. Beispielsweise können über den Weg der vor Ort beratenden ExpertInnen eher Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die erfahrungsgemäß zusätzliche Präventions- und Beratungsangebote nur unzureichend frequentieren. Weiterhin kann über die gemeinsame Weiterqualifizierung zumindest eine Annäherung der Botschaften an die Zielgruppe erreicht werden, die sich bei bestimmten Themen (Stilldauer, Beikosteinführung etc.) erfahrungsgemäß erheblich voneinander unterscheiden und zu Verunsicherungen bei den jungen Eltern führen. Gleichzeitig können im Rahmen der Weiterbildungsangebote und der Treffen im ExpertInnennetzwerk Informationen über spezifische Kompetenzen einzelner Anbieter gewonnen werden. Im Koordinationsbüro werden diese Informationen gesammelt und bei Bedarf sowohl an andere Anbieter als auch an Rat suchende Eltern weitergegeben¹⁴. Darüber hinaus sind die Effekte des Projekts über lange Jahre wirksam, sofern die weitergebildeten AnbieterInnen weiterhin in der Region Osnabrück leben und arbeiten.

Der Aufbau eines ExpertInnennetzwerks, das aus Health Professionals mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund zusammengesetzt sein soll, stellt eine besondere Herausforderung dar.

¹⁴ Beispiele für spezifische Kompetenzen: Stillmanagement bei Zwillingen, Ernährungsberatung bei Stoffwechselstörungen oder Zöliakie, Beratung zum Ernährungssetting in Klinken usw..

Um langfristig effektiv arbeiten zu können, müssen hier Maßnahmen der Teamentwicklung zur Anwendung kommen.

Sowohl die Erfahrungen aus der Vernetzungsarbeit (und den ggf. dabei auftretenden Problemen) als auch die Weiterbildungsangebote (hier vor allem diejenigen Module mit besonders guten Evaluationsergebnissen) können überregional verbreitet bzw. als Gesamtprojekt in anderen Regionen angesiedelt werden.

Eine Überprüfung möglicher Verbesserungen der Ernährungssituation im frühen Kindesalter in der Region Osnabrück kann im Rahmen des Projekts nicht erfolgen. Zu diesem Zweck müsste eine gesondert geförderte Evaluationsforschung stattfinden. Ein erster Ansatzpunkt für eine derartige Evaluation könnten (wie in anderen Regionen bereits etablierte) fortlaufend durchgeführte Kindergesundheitsberichte auf Basis der Daten zur Einschulungsuntersuchung sein.

Das Koordinationsbüro des Modellprojekts *Fokus Frühe Ernährung* sollte nach Ende der Projektlaufzeit dauerhaft an eine Institution angebinden werden. Die Weiterbildungsangebote können auch unabhängig weiter bestehen, da sie selbst tragend angelegt werden sollen. Die inhaltliche Weiterentwicklung dieser Angebote speist sich dann aus der Anbindung an Forschungsgruppen aus den Bereichen Ernährungsforschung, Hebammenforschung, Gesundheitsforschung und Gesundheitsbildung der beiden Osnabrücker Hochschulen und aus Anregungen aus dem regionalen ExpertInnennetzwerk.

5. ANHANG

I Literatur

II Zeitplan

III Finanzplan

IV Lebenslauf der Antragstellerin

I Literatur Transferprojekt *Fokus Frühe Ernährung*

- aid (Hg.) (2006):** Ernährungskommunikation. Neue Wege – neue Chancen? aid Infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e. V., Bonn
- Barker DJP (1999):** Early growth and cardiovascular disease. *Arch. Dis. Child.* 1999; 80: 305-307
- Bächle C, Kersting M, Kunz C (2008):** Pränatale Prägung des Stoffwechsels. *Ernährungsumschau* 2008; 7: 428-435.
- Beinder E (2007):** Fetalzeit und spätere Gesundheit. *Dt. Ärzteblatt* 2007; 104/ 10: C543-C548.
- Borrmann B (2005):** Kurz- und mittelfristige Auswirkungen des Stillens auf die maternale Gesundheit post partum. Inaugural-Dissertation, Osnabrück.
- Borrmann B, Weyland U (2003):** Ernährungslehre an berufsbildenden Schulen - Entwicklung handlungsorientierten Unterrichts. *Ernährungsumschau* 50 (2003) Heft 3, 91 -95.
- Blom H (2000):** Der Dozent als Coach. Neuwied. Luchterhand.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg.) (2008):** Ernährungsbericht 2008. Kapitel 6: Ernährung und frühe kindliche Prägung. 271-300. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn.
- Donath SM, Amir LH (2008):** Maternal obesity and initiation and duration of breastfeeding: data from the longitudinal study of Australian children. *Matern Child Nutr.* 2008 Jul;4(3):163-70.
- Eberding A, Lemme M (2007).** Adipositas bei Kindern - Präsenz von Eltern, Coaching im Rahmen einer Adipositas-schulung im Kindes- und Jugendalter. In: Schlippe, A.v., Grabbe, M. Werkstattbuch Elterncoaching. Elterliche Präsenz und gewaltloser Widerstand in der Praxis. Göttingen, 223-233
- Febo M, Numan M, Ferris CF (2005):** Functional magnetic resonance imaging shows oxytocin activates brain regions associated with mother-pup bonding during suckling. *J Neurosci.* 2005 Dec 14;25(50):11637-44.
- Gerrish CJ, Mennella JA (2001):** Flavor variety enhances food acceptance in formula-fed infants. *Am J Clin Nutr.* 2001 Jun;73(6):1080-5.
- Hadfield RM, Lain SJ, Simpson JM, Ford JB, Raynes-Greenow CH, Morris JM, Roberts CL (2009)** Are babies getting bigger? An analysis of birthweight trends in New South Wales, 1990-2005. *Med J Aust.* 2009 Mar 16;190(6):312-5.
- Hausner H, Bredie WL, Mølgaard C, Petersen MA, Møller P (2008):** Differential transfer of dietary flavour compounds into human breast milk. *Physiol Behav.* 2008 Sep 3;95(1-2):118-24.
- Heindl I (2003):** Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Hoffmann-Stuernagel S, Schulze-Lohmann P (o.J.):** Leibeslust – Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten. Landesvereinigung für Gesundheit Schleswig-Holstein, Deutsche Gesellschaft für Ernährung.
URL: <http://www.lvgfsh.de/downloads/ArtikelSonderheftkitaLeibeslust.pdf> [22.08.09]
- Keiner F (2007):** Fetale Programmierung: Prävention von perinatal erworbenen Gesundheitsrisiken. *Z Geburth Neonatal* 2007; 211: 13-16.
- Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H (2008):** Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008; 99: 1127-1132

- Kurth BM, Schaffrath Rosario A** (2007): Die Verbreitung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 736-743.
- Kries et al.** (1999): Breast feeding and obesity: cross sectional study . BMJ 319 (7203):147-50.
- Lange C, Schenk L, Bergmann R** (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 624-633.
- Lipscomb R** (2006): Health coaching: a new opportunity for dietetics professionals J Am Diet Assoc. 2006 Jun;106(6):801-3.
- Logue AW** (1995): Die Psychologie des Essens und Trinkens. Heidelberg u. a.: Spektrum.
- Mensink GBM, Hesecker H, Richter A, Stahl A, Vohmann C** (2007): Ernährungsstudie als KIGGS-Modul (EsKiMo). Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. URL: <http://www.bmelv.de/cae/servlet/contentblob/378624/publicationFile/22097/EsKiMoStudie.pdf> [08.08.09]
- Makowsky K** (2009): Adipositas – kein Thema rund um die Geburt. Göttingen: V&R unipress.
- Moeller K, von** (2007): Gewichtsentwicklung in der Schwangerschaft. Dissertation. Universität Osnabrück.
- Nicolaidis S** (2008): Prenatal imprinting of postnatal specific appetites and feeding behavior. Metabolism 2008; Oct;57 Suppl 2:S22-6
- Fleischer Michaelisen K, Weaver L, Branca F, Robertson A** (2003): Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet. WHO Regional Publications, European Series, No. 87, Denmark.
- Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H** (2008): Stillfrequenz und Stillprobleme - Ergebnisse der Bayerischen Stillstudie. Gesundheitswesen 2008; 70 Suppl. 1: S8-S12
- Röhl S, Schücking B** (2009): Unveröffentlichte Teilauswertung zum Projekt „Effektivität der Beratung zur Jodsubstitution bei Schwangeren“, BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung. Universität Osnabrück, <http://www.maternal-health.de>
- Röhl S, Schücking B** (2009): Jodversorgung in der Schwangerschaft. Einfluss der ärztlichen Empfehlung und soziodemographischer Merkmale. Ergebnisse einer multizentrischen Studie mit 1128 Wöchnerinnen. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Band 2, Thieme Verlag; Stuttgart: 165.
- Romo A, Carceller R, Tobajas J.**(2009) Intrauterine growth retardation (IUGR): epidemiology and etiology. Pediatr Endocrinol Rev. 2009 Feb;6 Suppl 3:332-6.
- Santoro Junior W, Martinez FE** (2007): Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. J Pediatr (Rio J). 2007 Nov-Dec;83(6):541-6.
- Schellong K, Rodekamp E, Harder T, Dudenhausen JW, Plagemann A** (2008): Perinatale Prägung und lebenslange Krankheitsrisiken. Der Gynäkologe 2008; 4:303-310.
- Scherbaum V, Perl FM, Kretschmer U** (Hrsg.) (2003): Stillen. Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln: Deutscher Ärzte Verlag. Barker DJP (1999): Early growth and cardiovascular disease. Arch. Dis. Child. 1999; 80: 305-307.

- Schlippe von A, Grabbe M** (2007): Werkstattbuch Elterncoaching. Elterliche Präsenz und gewaltloser Widerstand in der Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwab M** (2009): Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundschau*, 2009; 49: 13-28.
- Schwegler U, Rebhan B, Kohlhuber M, Bolte G, Liebl B, Fromme H** (2008): Eine Interventionsstudie zur Verbesserung der Stillbedingungen in Geburtskliniken einer Modellregion in Bayern. *Gesundheitswesen* 2008; 70 Suppl. 1: S40-S42.
- Singhal A, Lanigan J** (2007): Breastfeeding, early growth and later obesity. *Obesity reviews*. 8. 51-54.
- Taylor PD, Poston L** (2007): Developmental programming of obesity in mammals. *Experimental Physiology* 2007; 92.2: 287-298.
- Welbers U, Gaus O** (2005): The shift from teaching to learning – Konstruktionsbedingungen eines Ideals. Bielefeld: Bertelsmann.
- Wienemann E** (2001): Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Stuttgart: Ibidem Verlag.