



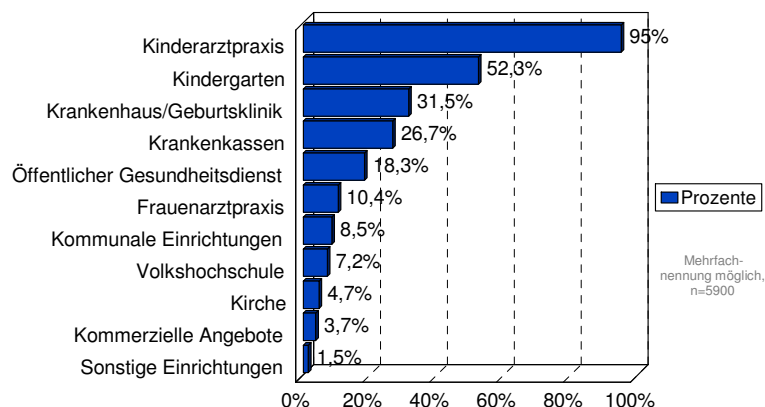
Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland

Prävention

Die Erhaltung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gehört zu den Grundwerten im Selbstverständnis von uns Pädiatern (53). werdende und junge Eltern erwarten dies aber auch ihrerseits von ihrem Kinderarzt: Die bisher einzige bundesweite Repräsentativerhebung zur Frage, ob und in wieweit werdende und junge Eltern sich zur Erhaltung der Gesundheit, zur Förderung der Entwicklung und zur Vermeidung von Verletzungen beraten lassen würden, ergab, dass 98 % der Befragten solche Ratschläge gern hätten, dass die kinderärztliche Praxis und dort der Arzt die bevorzugten Stellen für die Beratung wären, Abb. 1 und 2. (10, 21)

Abbildung 1: Wo würden Sie sich zur Erhaltung der Gesundheit und zur Vermeidung von Verletzungen Ihres Kindes beraten lassen?

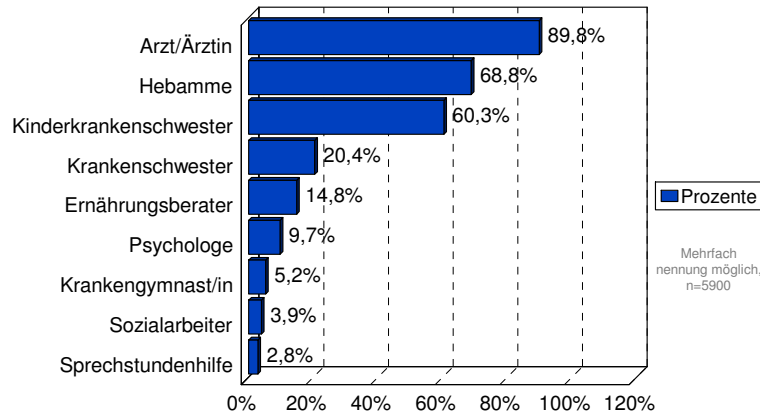
Wo würden Sie sich am ehesten in den ersten Jahren des Kindes beraten lassen?



RKI-Berlin

Abbildung 2:

Von wem wollen Sie sich am liebsten beraten lassen?



RKI-Berlin

Uns Pädiatern ist der WHO Gesundheitsbegriff bewusst (48), in dem körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden untrennbar miteinander verbunden sind. Sie sind wiederum auch eingebettet in die Familie des Kindes. Pädiater sind daran gewöhnt, darauf zu achten, auch wenn sie selbst oft genug keinen direkten Einfluss darauf haben. Dafür hat der Gesetzgeber mit dem im Januar 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz und dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz neue Rahmenbedingungen geschaffen, auf deren Grundlage der Kinderarzt bedürftige Familien in ein vernetztes Hilfesystem weiterleiten kann.

In den zurückliegenden hundert Jahren ist die Sterblichkeit drastisch zurückgegangen (3, 26, 30, 34, 40, 41, 43). Dies trifft besonders auf die Sterblichkeit von Kindern zwischen 1 und 15 Jahren zu (auf weniger als den 65. Teil) sowie auf die Säuglings- und Müttersterblichkeit (auf etwa ein Fünftel). Damit stieg die Lebenserwartung auf etwa das Doppelte an. Auf den ersten Blick erscheint es erstaunlich, dass die Krankheitslast trotzdem zugenommen haben soll und zwar in einem Ausmaß, welche das Versorgungssystem an seine Leistungsgrenzen bringt. Wie es zu dieser neuen „Krankheitslandschaft“ kommen konnte, versucht die Zusammenstellung in Tabelle 1 zu erklären (12, 21).

Tabelle 1: Warum beobachten wir trotz des Rückgangs der Sterblichkeit immer mehr Krankheiten? (4, 12, 14, 19, 20, 21, 31, 32, 39, 40, 46, 47, 48, 50, 53)

1. Die Vermeidung von Todesfällen führt zu einer Zunahme chronischer Krankheiten.
2. Mit steigender Lebenserwartung
 - werden mehr Krankheiten durchlebt,
 - kumulieren lang anhaltende, unterschwellige Schädigungen bis zur Krankheit,
 - kommen degenerative Erkrankungen immer häufiger vor.
3. Nicht lebensbedrohliche Krankheiten wurden früher kaum beachtet. Die erhöhte Aufmerksamkeit für sie führt zu einer scheinbaren Zunahme von Krankheiten.
4. Früher unheilbare Krankheiten, z. B. Diabetes, Asthma, viele Krebsformen, koronare Insuffizienz, oder unentrinnbare Schicksale, wie Infertilität, können heute behandelt werden. Therapeutischer und Betreuungsaufwand sind damit angestiegen.
5. Fehlbildungen, Unfallschädigungen und nicht akzeptierte körperliche Merkmale

können operativ behandelt werden.
6. Folgen und Nebenwirkungen medizinischer Behandlungen, wie nosokomiale Infektionen und Arzneimittelnebenwirkungen, nehmen mit den verbesserten Therapiemöglichkeiten zu.
7. Gutes Leben, Überfluss oder Drogenkonsum (Rauchen, Alkoholabusus) können Krankheiten verursachen.
8. Die vom Menschen veränderte Umwelt kann Gesundheitsprobleme verursachen.
9. Neue Infektionskrankheiten, wie HIV, Vogelgrippe, Schweinegrippe treten auf und breiten sich aus.
10. Migranten bringen teilweise spezifische (bei uns neue) Krankheiten mit.

Der Rückgang der Sterblichkeit ist zum großen Teil erfolgreicher Prävention zuzuschreiben, etwa verbesserter Hygiene, Impfungen gegen gefährliche Infektionskrankheiten (30, 33, 37), Vermeidung von Unfällen, Nährstoffmangelkrankheiten, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit (21).

Der Kinderarzt leistet von jeher einen erheblichen Beitrag zur Krankheitsprävention. Um dies zu veranschaulichen, soll hier noch einmal kurz auf die drei wichtigsten Kategorien gesundheitlicher Prävention eingegangen werden, nämlich auf die (a) Sekundär-, die (b) Tertiär- und (c) die Primärprävention (18, 53).

Zu (a) Der größte Teil der ärztlichen Tätigkeit ist **Sekundärprävention**: Wir behandeln Krankheiten, um Gesundheit wieder herzustellen, einem Fortschreiten oder einer Chronifizierung vorzubeugen. Für manche Krankheiten ist es wichtig, früh zu intervenieren. Dazu dient die Früherkennung von Krankheiten, also z. B. die Kindervorsorgeuntersuchungen und das Neugeborenen Screening (18, 53). In der Kinderheilkunde sind diese Programme gut etabliert; sie werden regelmäßig an den neuesten Stand der Erkenntnisse angepasst.

Zu (b) Unter **Tertiärprävention** versteht man vor allem die Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen (17, 52). Hier ist es das Ziel, Verschlimmerungen sowie gesundheitliche, seelische, materielle und soziale Auswirkungen zu vermeiden.

Zu (c) Die **Primärprävention** ist die Prävention im engeren Sinne (13, 18, 21, 53). Sie wendet sich an den gesunden Menschen. Krankheiten sollen erst gar nicht entstehen (5). Der Kinderarzt leistet mit Impfungen, Verordnung von Vitamin D und Fluorid, Gaben von Vitamin K, Beratung über Säuglingsernährung, um nur einige Beispiele zu nennen, bereits wichtige Beiträge. Für die Erhaltung der Gesundheit spielt der Lebensstil eine große Rolle. Dafür sollen Familien und der freie Bürger eigene Kompetenz entwickeln. Sie dabei zu unterstützen und auf deren Nachfrage hin zu beraten, ist **Gesundheitsförderung** (12, 13, 18, 21, 25). Eine besondere Form der Primärprävention ist die „**primordiale**“ Prävention (21, 44), sie setzt am Ursprung an, Beispiel: Wenn bei der Mutter durch zahnärztliche Behandlung und durch Pflege kariogene Streptokokken eliminiert werden, wird dadurch das Kariesrisiko des Kindes stark vermindert, obwohl hier auf das Kind selbst gar kein Einfluss genommen wird.

Die folgenden Ausführungen befassen sich nur mit der Primärprävention, soweit sie in dem Aufgabenbereich des Kinderarztes fällt. Zunächst geht es um die Frage, in wie weit nach dem großen Erfolg der Prävention im 20. Jahrhundert noch vermeidbare Gesundheitsprobleme übrig geblieben sind, um die sich der Pädiater kümmern sollte. Dafür stellt Tabelle 2 vermeidbare Gesundheits- und Entwicklungsprobleme beispielhaft zusammen, wie sie heute im Vordergrund stehen (4, 5, 6, 7, 8, 14, 15, 21, 28, 43, 46, 47, 49, 50, 51, 52).

Tabelle 2: Durch Prävention beeinflussbare Mortalität, Morbidität und Gesundheitsrisiken:

Durch Prävention beeinflussbare Mortalität	Säuglingssterblichkeit, besonders Plötzlicher Säuglingstod
	Unfallbedingte Sterblichkeit
	Tod an vermeidbaren Infektionskrankheiten
Durch Prävention beeinflussbare Morbidität und Gesundheitsrisiken	Frühgeburtlichkeit
	Perinatale Schädigungen
	Durch Impfungen vermeidbare Infektionskrankheiten
	Folgen angeborener Stoffwechselkrankheiten
	Harnwegsinfekte
	Diarrhö, hypertone Dehydratation
	Windeldermatitis
	Otitis media
	Unfallverletzungen
	Vergiftungen, Fremdkörperaspiration
	Bewegungsmangel
	Fehlernährung
	Adipositas
	Rachitis
	Eisenmangelanämie
	Morbus haemorrhagicus neonatorum
	Vernachlässigung, Missbrauch, Misshandlung
	Auswirkungen von Hör- und Sehstörungen auf die Entwicklung
	Zahnkaries
	Gebissfehlstellungen
	Sonnenbrand
	Zigarettenrauchexposition („Passivrauchen“)
Allergien	
Typ I Diabetes Mellitus	
Durch Prävention beeinflussbare Probleme der frühen Entwicklung	Sprachentwicklungsverzögerung
	Lernstörungen und deren Folgen
	Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitäts– Syndrom (ADHS)
	Motorische Inkompetenz
	Alltagsinkompetenz
	Orientierungslosigkeit
Durch Prävention beeinflussbare Verhaltensprobleme	Essstörungen
	Dissoziales Verhalten, Gewalt
	Suchtverhalten (Alkohol, Rauchen, Drogen, Spielsucht)
	Delinquenz
	Kriminalität
Durch Prävention früh beeinflussbare Krankheiten und Gesundheitsrisiken des	Adipositas des Erwachsenen
	Herz-Kreislauf-Krankheiten
	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
	Typ II - Diabetes mit seinen Folgen

Erwachsenen	Zahnverlust, Zahnlosigkeit, Zahnersatz
	Krebskrankheiten, wie Lungenkrebs, oropharyngeale Tumoren, Magen- und Blasenkrebs, Malignes Melanom, Hautkrebs, Cervixkrebs
	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats, wie Arthrose, Osteoporotische Frakturen, Dorsopathien
	Leberzirrhose
	Suizid
	HIV Infektionen, AIDS
	Kontaktekzem
	Demenz
	Reaktive Psychosen

Diese Liste mit über fünfzig Beispielen ist keineswegs vollständig. Trotzdem erweckt sie bereits den Eindruck, eine so umfangreiche Prävention sei nicht zu realisieren und auch nicht finanzierbar. Es ist deshalb nicht überraschend, dass es auch bei der Prävention zu einer Subspezialisierung und zu einer Fokussierung gekommen ist: Manche befassen sich nur mit der Prävention von Unfallverletzungen, für sie spielt etwa Zahnkaries keine Rolle. Andere fokussieren alles auf Impfungen, ob ein junger Mensch adipös wird, scheint uninteressant. Wieder andere kümmern sich nur um die Kariesprävention; dass an den Zähnen zufällig auch noch ein ganzer Mensch hängt, ist ihnen noch gar nicht aufgefallen. Oder denken wir an die Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten: Deren Protagonisten haben meist keinen Blick für andere vermeidbare Gesundheitsprobleme, obwohl sich herumgesprachen hat, dass man an Herz-Kreislaufkrankheiten (mit sehr seltenen Ausnahmen) erst im hohen Alter stirbt. Für Spezialisten ist das eigene Gebiet meist überwertig, andere wichtige Präventionsanliegen werden leicht übersehen.

Obwohl angesichts der fast unüberschaubar vielen, präventiv beeinflussbaren Gesundheitsprobleme eine Subspezialisierung der Fachwelt unausweichlich erscheint, leuchtet ein, dass für das betroffene Individuum die Prävention eigentlich umfassend sein müsste. Ziel der Prävention ist der gesunde Mensch („Salutogenese“, A. Antonovsky, 1, 2, 35) der sich in einem gesundheitsförderlichen Umfeld um die Erhaltung seiner eigenen Gesundheit schließlich selbst kompetent kümmern kann.

Es gibt aber auch noch genügend **ungelöste Probleme**: Viele Gesundheitsprobleme sind zwar grundsätzlich präventiv beeinflussbar, es fehlt aber an gesicherten Erkenntnissen, wie, mit welchen Mitteln und unter welchen Voraussetzungen Wirkungen erzielt werden können. Das gilt zum Beispiel für Adipositas mit ihren Folgekrankheiten, Alkohol- und Drogenkonsum, Zigarettenrauchen in der Bevölkerung (oder auch wenigstens in der Schwangerschaft: etwa 25 % aller Schwangeren in Deutschland rauchen; 19, 20): Das Wissen ist in der Bevölkerung vorhanden, die Bereitschaft und die Kraft, etwas zu ändern fehlt. Hier ist die empirische Forschung gefragt. Sie muss Wege finden, wie man Menschen dafür gewinnt, sich erfolgreich um die Erhaltung der eigenen Gesundheit zu kümmern.

Weiterer Erkenntnisgewinn ist auch auf dem Gebiet der **epigenetischen Prägung** (11, 17, 22, 23, 29, 36, 45) während der Schwangerschaft und der frühen Entwicklung erforderlich: Sie könnte eine Grundlage für frühe Prävention werden.

Wissenschaftliche Erkenntnisse dürften manche plausible Empfehlung zur Erhaltung der Gesundheit bald ersetzen. Die weiter steigende Lebenserwartung um etwa 1 Jahr alle 4 Jahre deutet aber auch daraufhin, dass wir nicht alles falsch machen. Für Panik besteht auf dem Gebiet der Krankheitsprävention kein Grund.

Daraus ergeben sich mehrere Konsequenzen:

1. Eine gute Prävention ist „ganzheitlich“: Ziel sind gesunde Kinder, Erwachsene und Familien, die sich in einem gesundheitsförderlichen Umfeld schließlich selbst kompetent um die Erhaltung ihrer Gesundheit kümmern.
2. Der Pädiater muss zur Erhaltung der Gesundheit seiner Patienten selbst viel beitragen. Andere medizinische und sozialwissenschaftliche Berufsgruppen sind aber gleichfalls gefordert, z. B. zur mentalen und sozialen Gesundheit, zum Sozialverhalten oder zu einem gesundheitsförderlichen Umfeld ihren Beitrag zu leisten.
3. Die Wissenschaft muss mehr als bisher für gesicherte und praktisch umsetzbare Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Primärprävention und Gesundheitsförderung sorgen.
4. Jeder, der Prävention in irgendeiner Form anbietet, muss sich mit dem dazugehörigen, **umfangreichen Wissen vertraut machen**, seine **Grenzen kennen** und mit anderen **zusammenarbeiten**.
5. In der Pädiatrie sollte die Prävention eine **Struktur** haben, Beispiele:
 - In der täglichen Praxis sollten im Zusammenhang mit der Kindervorsorge und mit anderen Patientenkontakten **jedes Mal** kurze, richtige Ratschläge gegeben werden, die zum Alter und zur Situation passen und sich auf die allernächste Zeit (**vorausschauend***) beziehen. Sie sollten durch kurzes, schriftliches **Informationsmaterial** ergänzt werden, Fundstellen: s. Liste.
 - Eine **Elternschule** (Anbindung an die Praxis, an Entbindungsabteilungen, den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des ÖGD, Kinderkrippen, KiTas) kann das erforderliche Wissen und Können in der Form vorausschauender Beratung* (5, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25, 27, 51, 53) an Familien vermitteln.

*) Konzept (5) und Begriff (8) der „Vorausschauenden Beratung“ wurden von uns 1995 und 1998 eingeführt

- **Familien mit Problemen**, die sich auf Gesundheit und Entwicklung des Kindes ungünstig auswirken können (Tab. 3), sollten an geeignete Gesundheits- und soziale Einrichtungen im Sinne der neuen Gesetzeslage, oder an geeignete Fachkollegen weitervermittelt werden.
6. Vorhandene Möglichkeiten der Zertifizierung (z. B. Ernährung) sollten genutzt und weitere geschaffen werden bis ein umfassendes Zertifikat für Prävention in der Pädiatrie verfügbar ist.

Tab. 3: Beispiele für Probleme in den Familien

Ungünstige Bedingungen	Schlechte Bildung
	Arbeitslosigkeit
	Armut
	Migrationshintergrund
	Psychische Krankheit

	Resignation
	Allein erziehend, Isolation
Schlechtes Familienklima	Schlechte Partnerschaft
	Nachlässigkeit
	Gewalt
Risikoverhalten von Eltern	Zigarettenrauchen
	Alkohol-, Drogenkonsum
	Schlechte Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten
	Übergewicht/Adipositas
	Hoher Fernsehkonsum
	Unfallträchtiges Risikoverhalten

Ein besonderes Anliegen ist die Prävention von Gewalt gegen Kinder. Am 1. Januar 2012 sind das novellierte Bundeskinderschutzgesetz und das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (BGBI. I S. 2975 (Nr. 70) in Kraft getreten. Ziel dieser Gesetze ist es, Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch von Kindern zu verhindern, Familien mit Problemen besser zu erreichen, besser passende Angebote und Maßnahmen zur Verfügung zu stellen und sie so zu vernetzen, dass für die einzelne Situation das Beste erreicht werden kann. Auskunftsrechte und –pflichten des Arztes werden in diesen Gesetzen ebenfalls neu geregelt: der behandelnde Arzt kann danach z. B. bei erkennbarem schwerem Risiko und fehlender Bereitschaft der Eltern, Hilfe anzunehmen, Daten an das Jugendamt weitergeben.

Die Netzwerke „Frühe Hilfen“ und „Familienhebammen“ sollen in aller Regel im Konsens mit den Familien oder auf deren Wunsch stärker zum Einsatz kommen. Es gibt verschiedene Projekte, die versuchen, Problemsituationen besser und früher zu identifizieren (Risiko-screening), etwa das Hamburger Projekt ‚Babylotse‘ und das danach weiterentwickelte Berliner Projekt ‚Babylotse Plus‘. Es ist damit zu rechnen, dass mehr bedürftige Familien als bisher in die Hilfesysteme weitergeleitet werden und dass damit mehr Kindern bereits im Vorfeld manifester Probleme zu besserer Gesundheit und Entwicklung verholfen werden kann. Ansprechpartner für den Kinder- und Jugendarzt sind neben dem Jugendamt auch der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes.

Als Kinderärzte müssen wir darauf bestehen, dass die „Familienhebammen“ für die Aufgaben jenseits der Entbindung, der Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen auf die vielen komplexen Beratungsinhalte für Familien in ihrer Ausbildung profunde und auf fachlich anerkanntem Niveau vorbereitet werden. Sobald es um ärztliche Anliegen geht, sollen sie auf den behandelnden Arzt des Kindes verweisen. Es gibt inzwischen viele Beispiele, wo dies zu aller Zufriedenheit realisiert wurde.

Abschließende Bemerkung: Es geht bei der Prävention nicht darum, den Menschen in Watte zu packen, um ihn schließlich wohlbehalten auf dem Friedhof abliefern zu können, sondern nur um vermeidbare Risiken für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und den Aufbau der Kompetenz, die Risiken des Lebens selbst zu meistern. Wir Menschen gehen oft bewusst zusätzliche Risiken ein, die Glück und Sinn stiften können. Katastrophen müssen auch hier vermieden werden. Das ist aber ein anderes Thema.

1. Aaron Antonovsky u. Alexa Franke: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen 1997 [ISBN 3-87159-136-X](#)
2. Bengel, Strittmatter, Willmann: Was erhält Menschen gesund? [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung](#), Köln 1999 [ISBN 3-933191-20-3](#). Erweiterte Neuauflage 2001
3. Bergmann K, Baier W, Casper W, Wiesner G (Hrsg.): Entwicklung der Mortalität in Deutschland von 1955 – 1989. BGA-Schriften 5/92. MMV Medizin Verlag München, 1993
4. Bergmann KE, Wildner M, Casper W: Epidemiologie der Osteoporose. In: R Großklaus, B Stück, A Somogyi, B von Stackelberg, E Pott (Hrsg.): Osteoporose - Prävention in Gegenwart und Zukunft BGA-Schriften 2/94. MMV-Verlag, München 1994, 104-116
5. Bergmann KE, Bergmann RL, Dudenhausen JW: Krankheitsprävention durch Gesundheitsförderung in der Familie: Warum beginnen wir nicht am Anfang? Mschr. Kinderhkd 143, 526-30, 1995
6. Bergmann KE, Baier W, Meinschmidt G (Hrsg.): Gesundheitsziele für Berlin. Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. W de Gruyter, Berlin, New York (1996)
7. Bergmann KE, Bergmann RL, Dörries A, Huber M, Kahl H, Kamtsiuris P, Schulze S, Bellach B-M: Krankheitsprävention in der Familie. Einzelberichte zur Expertise des RKI an den Bundesminister für Gesundheit vom 14. 7. 1997. S. 2 - 429
8. Bergmann KE, RL Bergmann, P Kamtsiuris, A Schoppa, M Huber, S Schulze, H Kahl, A Dörries: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der Familie. Expertise für den Bundesminister für Gesundheit. Robert Koch Institut und KAV - Gesellschaft für Präventive Pädiatrie. RKI-Hefte 1/1998. Berlin 1998: Einführung des Konzepts "Vorausschauende Beratung".
9. Bergmann KE, Thefeld W, Kurth B-M: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – eine Grundlage für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele. Gesundheitswesen 64, Sonderheft 1, S53-S58 (2002)
10. Bergmann KE, Bergmann RL, Kamtsiuris P: Avoidable health problems: The demand for anticipatory guidance by young families. In: Bergmann KE, Bergmann RL (Hrsg.): Health Promotion and Disease Prevention in the Family Communicating knowledge, competence, and health behaviour. W de Gruyter Verlag. Berlin, New York. p. 5 - 30 (2003)
11. Bergmann KE, Bergmann RL, von Kries R, Böhm O, Richter R, Wahn U, Dudenhausen JW: Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study. The role of breast – feeding and smoking during pregnancy. Int J Obesity 27 (2), 162-172 (2003a)
12. Bergmann KE, Bergmann RL, Becker S: Promoting the mental and physical development of young children. In: Bergmann KE, Bergmann RL (Hrsg.): Health Promotion and Disease Prevention in the Family Communicating knowledge, competence, and health behaviour. W. de Gruyter Verlag. Berlin, New York. p 132 – 143. 2003b
13. Bergmann RL, Karl E. Bergmann. Joachim W. Dudenhausen. Educating parents in the nutrition of their infants. Objectives and communication. In: Bergmann KE, Bergmann RL (Hrsg.): Health Promotion and Disease Prevention in the Family Communicating knowledge, competence, and health behaviour. W. de Gruyter Verlag. Berlin, New York. p 115 – 122. 2003c
14. Bergmann KE, RL Bergmann, R Richter: Epidemiologie der Adipositas von Erwachsenen in Europa. In H Erbesdobler, H Hesecker, G Wolfram (Hrsg.): Adipositas – Eine Herausforderung für's Leben? Wissensch. Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart. 2005
15. Bergmann KE, Bergmann RL, Richter R, Dudenhausen JW: Möglichkeiten der frühen Prävention von Adipositas. Kinderärztliche Praxis 76, Sonderheft, S. 48-51. 2005b

16. Bergmann KE, Bergmann RL, Richter R, Dudenhausen JW: Vorausschauende Beratung junger Eltern ist wirksam. *Kinderärztliche Praxis* 77, 354-361, 2006
17. Bergmann KE, Bergmann KE, Ellert U, Dudenhausen JW: Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 670-676, 2007
18. Bergmann KE, Bergmann RL: Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J, Hrsg.: *Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung*. 2. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Hogreve AG, Bern. S. 53-60, 2007b
19. Bergmann RL, Bergmann KE, Schumann S, Richter R, Dudenhausen JW: Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, internationale Vergleiche. *Z Geburtsh Neonat* 2008; 212: 80-86
20. Bergmann RL, Bergmann KE, Richter R, Schumann S, Dudenhausen JW: Epidemiologie des Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft. In Dudenhausen JW (Hrsg.): *Rauchen in der Schwangerschaft*. Urban und Vogel, München, 2009
21. Bergmann KE, Bergmann RL, Richter C, Dudenhausen JW: Frühe Gesundheitsförderung und Prävention am Beginn des 20. und des 21. Jahrhunderts. Daten und Gedanken zum 100. Jahrestag der Eröffnung des Kaiserin Auguste Victoria Hauses zu Berlin. *Gesundheitswesen* 71, 1-13 (2009)
22. Bergmann RL, Bergmann KE: Perinatal programming of allergy. In Plagemann A (ed.): *Perinatal Programming. The State of the Art*. Walter de Gruyter, Berlin, Boston 2012. pages 207 - 218
23. Bouchard C (2009): Childhood obesity: are genetic differences involved? *Am J Clin Nutr* 89 (suppl) 1S – 8S
24. Brazelton TB: Working with families. Opportunities for early intervention. *Ped Clin North Amer* 42: 79-87 (1995)
25. Brunner A, Wildner M, Bergmann KE, Baier W, Haberland J, Meinschmidt G, Hermann, S.: Gesundheitsförderung. In: Bergmann KE, Baier W, Meinschmidt G (Hrsg.): *Gesundheitsziele für Berlin*. Walter de Gruyter & Co. Verlag, Berlin, New York (1996). S 99-137
26. Casper W, Wiesner G, Bergmann KE: Mortalität und Todesursachen in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung in den alten und neuen Bundesländern. *RKI Hefte* 10/95. Robert Koch Institut, Berlin 1995
27. Collatz, Jürgen (2005): Risiken von Müttern und Kindern in einer flexiblen Gesellschaft, Versorgungsprobleme und salutogenetische Möglichkeiten. In: Collatz, Jürgen; Barre, Friederike; Arnhold-Kerri, Sonja (2005) (Hrsg.): *Prävention und Rehabilitation für Mutter und Kind. Bedarf – Gesetze - Umsetzungen*. Tagungsband des III. Wissenschaftliches Symposiums. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin, S. 32-50.
28. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ): Empfehlungen zur Prävention der Milchzahnkaries. *Monatsschr Kinderheilkd* 2007; 155: 544-548
29. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A: Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* 2005 162: 397-03
30. Kaiserliches Gesundheitsamt, Kaiserliches Statistisches Amt: *Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung*. Puttkamer & Mühlbrecht Verlag. Berlin, 1907
31. Kromeyer-Hauschild K: Epidemiologie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Europa. In H Erbesdöbler, H Hesecker, G Wolfram (Hrsg.): *Adipositas – Eine Herausforderung für's Leben?* Wissensch. Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart. 2005
32. Kurth B-M, Schaffrath-Rosario A: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits-

- surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50: 736-743
33. Langstein L, Rott F: Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes. J. Springer Verl. Berlin 1918
 34. Mosse M, Tugendreich G: Krankheit und soziale Lage. J.F. Lehmanns Verlag. München, 1913
 35. Petzold TD: Praxisbuch Salutogenese - warum Gesundheit ansteckend ist. Südwest, München 2010, [ISBN 978-3-517-08637-8](#)
 36. Plagemann A (ed.): Perinatal Programming. The State of the Art. Walter de Gruyter, Berlin, Boston 2012
 37. Pöhn HP, Rasch G: Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten. Vom Beginn der Aufzeichnungen bis heute. MMV Medizin Verlag München. 1993
 38. Reiter Sabine, Gernot Rasch, Christiane Meyer, Sieghart Dittmann, Karl E. Bergmann: Vaccinations. In: Bergmann KE, Bergmann RL (Hrsg.): Health Promotion and Disease Prevention in the Family Communicating knowledge, competence, and health behaviour. W. de Gruyter Verlag. Berlin, New York. p 123 – 131. 2003
 39. Richter R, Bergmann RL, Bergmann KE, Dudenhausen JW: Berufstätigkeit und Lebensqualität von Müttern zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes. Multiple Roles and Quality of Life of Mothers Two Years after the Birth of the First Child. Gesundheitswesen 69: 448 – 456. 2007
 40. Schott J, G Wiesner, W Casper, KE Bergmann: Entwicklung der Mortalität des alten Menschen in Ost- und Westdeutschland in den zurückliegenden Jahrzehnten. In: AE Imhof, R Weinknecht (Hrsg.): Erfüllt leben - in Gelassenheit sterben, Geschichte und Gegenwart. Verlag Dunker & Humboldt, Berlin 1994, 171-182
 41. Schott, J., Bergmann, K.E., Wiesner, G.: Der Lebensverlängerungsprozeß - ein Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 20 (2), 187 - 206, 1995
 42. Shelov SP, Hannemann RE: Caring for your Baby and young child. Oxford University Press, Oxford, New York, Melbourne, 1997
 43. Statistisches Bundesamt: Hoffmann U, KE Bergmann, JG Brecht, Th Schäfer, M Schneider, WF Schröder, W Thiele (Arbeitskreis „Gesundheitsberichterstattung“ beim Statistischen Bundesamt), Hrsg.: Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart, 1998
 44. Strunz J, Bergmann RL, Finke C, Bergmann KE, Dudenhausen JW: Die Primordial-Prävention der Milchzahnkaries – eine Aufgabe des Frauenarztes. Geburtsh Frauenheilk 61, M36 – M38 (2001)
 45. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. BMJ 1999; 319: 147–150.
 46. Wahn U, Wichmann H-E, Bergmann R, Heilmaier HE, Groß I, Grüber C, Jacob B, Kamtsiuris P, Klettke U, Niggemann B, Bergmann KE: Spezialbericht Allergien. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Metzler&Pöschel Verlag, Stuttgart 2000
 47. Weber I, Abel M, Altenhofen L, Bächer K, Berghof B, Bergmann KE, Flatten G, Klein D, Micheelis W, Müller PJ: Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen - Fakten – Perspektiven. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1990
 48. WHO: World Health Organization. Constitution. Geneva 1976
 49. Wildner M, Bergmann KE, Brunner A, Baier W., Haberland J, Meinlschmidt G, Hermann S: Krankheitsprävention. In: Bergmann KE, Baier W, Meinlschmidt G (Hrsg.): Gesundheitsziele für Berlin. Walter de Gruyter & Co. Verlag, Berlin, New York (1996)S 13-50, S 57-74
 50. Wildner M, Bergmann KE, Hamouda O: HIV-Infektionen. Ibidem: S 51-56

51. Wildner M, Brunner A, Bergmann KE, Baier W, Haberland J, Meinschmidt G, Hermann S: Gesundheitsschutz/Unfallverhütung. Ibidem: S 75-98
52. www.gbe-bund.de (2012)
53. Zepp F: Perspektiven moderner Präventionskonzepte im Kindes- und Jugendalter. Vortrag auf dem Deutschen Ärztetag, Kiel 2011. Referiert durch Richter-Kuhlmann, Eva A: Dtsch Ärztebl 2011; 108(23): A-1297 / B-1083 / C-1083