

Eltern-Kind Vorsorge neu

Teil IV: Synthese der Teile I-III,
Handlungsempfehlungen

Endbericht

Version vom 27.06.2012



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 45d
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

Eltern-Kind Vorsorge neu

Teil IV: Synthese der Teile I-III,
Handlungsempfehlungen

Endbericht

Version vom 27.06.2012



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, März 2011

Projektteam

Projektleitung: Dr. Brigitte Piso, MPH

Projektbearbeitung: Dr. Brigitte Piso, MPH

PD Dr. Claudia Wild

Dr. Roman Winkler

Dr. Marisa Warmuth, MPH

Projektbeteiligung

Interne Begutachtung: Dr. Ingrid Zechmeister, MA

Überarbeitung: Ines Schumacher, MPH

Korrespondenz Brigitte Piso, brigitte.piso@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden: Piso B., Wild C., Winkler R., Warmuth M. Eltern-Kind- Vorsorge neu. Teil IV:Synthese der Teile I-III, Handlungsempfehlungen. HTA Projektbericht. 2011; Nr. 45d

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

IMPRESSUM

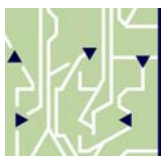
Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH

Nußdorferstr. 64, 6. Stock, A-1090 Wien

<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)

Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien

<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at/>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 45d

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2011 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung.....	7
Summary	9
1 Hintergrund und Fragestellungen	11
1.1 Der Österreichische Mutter-Kind-Pass	11
1.2 Projektziele.....	12
1.3 Zusammenfassung Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit.....	13
1.4 Zusammenfassung Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screening-Strategien zu „Normal-“ und „Risikoverläufen“ während der Schwangerschaft und frühen Kindheit bis zum Schuleintritt.....	14
1.5 Zusammenfassung Teil III: Ökonomische Dimensionen der Eltern-Kind Leistungen in Österreich: Ist-Erhebung von Finanzierungs- und Kostenstrukturen	16
1.6 Ziele und Fragestellungen Teil IV	18
2 Methodologie.....	19
3 Verfügbarkeit von Daten/ Datenquellen	21
3.1 Konkomitante Faktoren.....	21
3.2 Schwangerschaft: Risikofaktoren und Erkrankungen der Mutter und des ungeborenen Kindes	22
3.3 Geburt und Wochenbett: Risikofaktoren und Erkrankungen der Mutter	23
3.4 Geburt: Risikofaktoren und Erkrankungen des Neugeborenen.....	24
3.5 Säuglings- und Kleinkindalter und frühe Kindheit	25
3.6 Diskussion.....	26
4 Relationen zwischen Häufigkeiten von Gesundheitsbedrohungen und deren Folgen.....	27
4.1 Häufigste Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind ($\geq 1:10$).....	27
4.2 Häufige Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind ($1:100$ bis $<1:10$)	30
4.3 Seltene Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind ($1:1.000$ bis $< 1:100$).....	32
4.4 Sehr seltene Gesundheitsbedrohungen von Mutter und Kind ($<1:1.000$)	34
4.5 Mortalitätsangaben.....	35
4.6 Diskussion.....	36
5 Übersicht zu Risikofaktoren und -gruppen.....	39
5.1 Medizinische Risikofaktoren und Erkrankungen der Mutter	39
5.1.1 Österreich.....	40
5.1.2 Deutschland.....	42
5.2 Sozial-medizinische Risikogruppen	46
5.2.1 Risikogruppe Alter: besonders junge Frauen (≤ 19 J.) und ältere Frauen (≥ 40 J.)	46
5.2.2 Risikogruppe: Chronische Vor- und Suchterkrankungen.....	47
5.2.3 Risikogruppe: Frauen und Kinder in deprivierten sozio-ökonomischen Umständen	48
5.2.4 Risikogruppe: Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeborene.....	50
6 „Eltern-Kind-Vorsorge“- Gesundheitsförderung, Prävention oder Screening?.....	53
6.1 Gesundheitsförderung	53
6.1.1 Beispiele für Gesundheitsförderung in der Eltern-Kind- Vorsorge	53
6.2 Primäre Prävention	54
6.2.1 Beispiele für primäre Präventionsmaßnahmen in der Eltern-Kind-Vorsorge	54
6.3 Sekundäre Prävention/ Screening	56
6.3.1 Beispiele für Screeningmaßnahmen in der Eltern-Kind-Vorsorge.....	57
6.3.2 Beispiele für sekundäre Präventionsmaßnahmen in der Eltern-Kind-Vorsorge.....	62

7	Umsetzungsaspekte	65
7.1	Inanspruchnahme von „Vorsorgeuntersuchungen“	65
7.2	Aufsuchende Dienste	67
7.2.1	„Come“ und „Go“ Strukturen in der Eltern-Kind Vorsorge	67
7.2.2	Aufsuchende Dienste und Berufsgruppen während der Schwangerschaft und nach der Geburt	68
8	Eltern-Kind-Vorsorge neu im nationalen Kontext – „Policy“-Initiativen in Österreich	71
8.1	Schwangerengesundheit als Teil der österreichischen Frauengesundheitspolitik	71
8.2	„Kindergesundheitsdialog“	72
8.3	„Elternbildung“	73
9	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	75
9.1	Datenquellen/-verfügbarkeit	75
9.2	Häufige und folgenschwere Gesundheitsbedrohungen	75
9.3	Risikogruppen	76
9.4	Konzepte und Ansatzpunkte der Eltern-Kind-Vorsorge	76
9.5	Umsetzungsaspekte	77
9.6	Planungsaspekte einer Eltern-Kind-Vorsorge neu in Österreich	78
9.7	Abgeleitete, mögliche Themenbereiche für ein Folge- Projektjahr	78
10	Anhang: Think Tank	79
10.1	Hintergrund und Ziele	79
10.2	Zusammenfassung der Workshopergebnisse	79
10.2.1	Identifikation von Gesundheitsbedrohungen, Status-quo des Mutter-Kind-Passes und Quo-vadis einer Eltern-Kind-Vorsorge	80
10.2.2	Allgemeine Diskussionspunkte – über Lebensabschnitte hinweg	82
10.2.3	Datenquellen und epidemiologische Daten (von TeilnehmerInnen genannt/ empfohlen)	83
10.2.4	Think Tank TeilnehmerInnen	84
11	Literatur	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1-1: Datenquellen „konkomitante Faktoren“	21
Tabelle 3.2-1: Datenquellen „Schwangerschaft“	23
Tabelle 3.3-1: Datenquellen „Geburt“	23
Tabelle 3.4-1: Datenquellen „Neugeborenes“	24
Tabelle 3.5-1: Datenquellen „Säuglings- und Kleinkindalter und frühe Kindheit“	25
Tabelle 4.1-1: Häufigste Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind.....	29
Tabelle 4.2-1: Häufige Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind.....	31
Tabelle 4.3-1: Seltene Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind.....	33
Tabelle 4.4-1: Sehr seltene Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind	35
Tabelle 4.5-1: Mortalitätsraten und Todesursachen	36
Tabelle 5.1-1: Wichtigste Faktoren für Risikoschwangerschaften	39
Tabelle 5.1-2: Mütterliche Risikofaktoren/ Erkrankungen während der Schwangerschaft für alle Geburten und für Geburten von Müttern ab dem 35. Lebensjahr in Tirol und den anderen Bundesländern im Jahr 2007	41
Tabelle 5.1-3: Häufigkeit unterschiedlicher anamnestischer Schwangerschaftsrisiken in Deutschland im Jahr 2007	43
Tabelle 5.1-4: Häufigkeit unterschiedlicher befundeter Schwangerschaftsrisiken in Deutschland im Jahr 2007.....	44
Tabelle 5.1-5: Häufigkeit unterschiedlicher Geburtsrisiken in Deutschland im Jahr 2007	45
Tabelle 5.2-1: Frühgeborenenrate in Abhängigkeit verschiedener mütterlicher Merkmale	50
Tabelle 10.2-1: Think Tank Ergebnisse: Kinder	80
Tabelle 10.2-2: Think Tank Ergebnisse: Mutter	81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 5.1-1: Verteilung von Schwangerschafts- und Geburtsrisiken in Deutschland im Jahr 2007.....	42
---	----

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Ziel des ersten Projektjahres „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ war, eine erste Entscheidungsunterstützung für eine Neuorientierung in der Eltern-Kind-Vorsorge in Österreich zu erarbeiten. Im Teil I wurden Risikofaktoren, Erkrankungen und deren Häufigkeiten von der Konzeption bis zum Schuleintritt auf Basis epidemiologischer Daten abgebildet. Im Teil II wurden internationale Screening- Policies dargestellt und Erfahrungen zu vertiefender Risikogruppen-Versorgung zusammengeführt. Im Teil III wurden die Finanzierungs- und Anreizstrukturen und die Kosten/Ausgabenstrukturen der derzeitigen Mutter-Kind-Vorsorge (Mutter-Kind-Pass, sowie weitere Vorsorgemaßnahmen für Schwangere, Neugeborene und Kleinkinder) dargestellt. Basierend auf diesen Teilberichten wurde nun als zusammenführendes Ergebnis des ersten Projektjahres der generelle Bedarf nach Vorsorgeleistungen bzw. Screeningmaßnahmen abgeleitet und benannt.

Methode: Zusammenfassend diskutiert wurden die Qualität der verwendeten epidemiologischen Daten, die Erkrankungshäufigkeit in Verbindung mit dem Schweregrad der Folgen, häufige Risikofaktoren- und Risikogruppen, unterschiedliche „Vorsorge“-ansätze, Umsetzungsaspekte und nationale „Policy-Initiativen“.

Ergebnisse: Gesamtösterreichische Daten gibt es vorwiegend für Mortalitätsangaben, sozioökonomische Lebensbedingungen, stationäre Krankenhausaufenthalte und im Geburtenregister erfasste Gesundheitsbedrohungen. Zusätzlich wurden einige Informationen aus regionalen Registern oder Studien bezogen. Für die Mehrzahl der Gesundheitsbedrohungen musste – mangels österreichischer Datenquellen- zur Angabe von deren Häufigkeit auf internationale Daten zurückgegriffen werden.

Häufige und potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen bzw. solche mit schwerwiegenden Folgen konnten drei Gruppen zugeordnet werden („klassische, medizinische Erkrankungen“ „Frühgeburtlichkeit inkl. Ursachen und Folgen“ sowie „soziodemographische und durch Lebensumfeld bzw. Lebensstil beeinflusste Gesundheitsbedrohungen“).

Die vier identifizierten Hauptrisikogruppen sind junge Frauen (≤ 19 Jahre) und Frauen ≥ 40 Jahre, Frauen mit chronischen Vor- bzw. Suchterkrankungen, Frauen (Familien) und Kinder in deprivierten sozio-ökonomischen Umständen und Schwangere, die Mehrlinge erwarten sowie Frühgeborene.

Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z.B.: Arbeitsmarkt-, sozial-, und bildungspolitische Maßnahmen) sind sinnvoll, um die Ursachen für die Erkrankungshäufigkeit in Familien aus deprivierten sozio-ökonomischen Verhältnissen zu beeinflussen. Primäre Präventionsmaßnahmen können angewendet werden, wenn vermeidbare und damit beeinflussbare spezifische Krankheitsursachen bekannt sind. Früherkennungsuntersuchungen auf Bevölkerungsebene (Screening) müssen definierten Anforderungen entsprechen, um tatsächlich mehr Nutzen als Schaden hervorzurufen. Um die Folgen von (durch Screening identifizierten) Gesundheitsbedrohungen zu reduzieren, müssen schließlich wirksame, sekundärpräventive Maßnahmen (inkl. entsprechender Institutionen/ Fachkräfte) verfügbar sein und auch in Anspruch genommen werden.

erstes Projektjahr sollte Entscheidungsunterstützung für Neuorientierung der Eltern-Kind-Vorsorge in Österreich erarbeiten

Teil IV führt Informationen aus Teilen I-III zusammen, um generellen Bedarf nach Vorsorgeleistungen abzuleiten

Methode: zusammenfassende Diskussion

Ergebnisse:

Mangel an Österreichischen Datenquellen

3 Gruppen häufigster und folgenschwerster Gesundheitsbedrohungen

4 Hauptrisikogruppen von Frauen, Kindern, Familien

unterschiedliche Ansätze und Voraussetzungen der „Vorsorge“ (von Gesundheitsförderung bis Sekundärprävention)

**kritische
organisatorische
Aspekte (elektronische
Umsetzung,
Inanspruchnahme,
aufsuchende Dienste)
gemeinsame nationale
Policy-Initiative
unterschiedlicher
Zuständigkeitsbereiche
sinnvoll
Optionen für
vertiefende,
weiterführende
Arbeiten**

Neben der elektronischen Umsetzung der Datenerfassung und -auswertung wurden das (verbesserungswürdige) Inanspruchnahmeverhalten und die (derzeit nicht/ kaum in die Eltern-Kind-Vorsorge integrierten) aufsuchenden Dienste als kritische Punkte bezüglich einer Neuorganisation der Eltern-Kind-Vorsorge identifiziert.

Aufgrund unterschiedlicher Ansätze der Eltern-Kind-Vorsorge (von Gesundheitsförderung bis Sekundärprävention) erscheinen gemeinsame Bemühungen unterschiedlicher Zuständigkeitsbereiche zur Verbesserung der Gesundheit von Eltern und Kindern in Österreich sinnvoll.

Fazit: Als potentielle Themenfelder für ein zweites Projektjahr wurden folgende Bereiche identifiziert: elektronische Organisation eines Vorsorgedokuments, Maßnahmen zur Verringerung der Frühgeburtenrate, Erarbeitung eines Screeningalgorithmus, Überprüfung der Evidenzbasierung ausgewählter Screeningmaßnahmen, Umsetzungsmöglichkeiten aufsuchender Dienste in Österreich, unterstützende Finanzierungsstrukturen für eine Neuorganisation der Eltern-Kind-Vorsorge sowie deren geschätzte Budgetfolgen.

Summary

Background: The primary aim of this „parent-child screening / prevention project” was to support decision-makers in the re-orientation/re-organisation of Austria’s current parent-child screening policy. In a first step, this „parent-child screening / prevention project” aimed at supporting decision-making processes towards the re-orientation of the current parent-child screening policy in Austria. Based on epidemiological data, Part I of this project discussed risk factors and the frequency of diseases during the pregnancy period and early childhood years. Part II looked at the routine international screening policies of other countries and their experiences with at-risk groups within the populations of pregnant women and families with children. Part III focussed on examining the economic provisions and financial incentives as well as on costs and expenditures of the current(actual) Austrian “mother-child screenings” (provided by the Austrian “Mutter-Kind Pass” as well as by other preventative measures for pregnant women, newborns and toddlers). Against the backdrop of these three reports, the first project year resulted in the critical and analytical formulation of the general demand for prevention measures and screening services for pregnant women and families with children.

Method: This report represents a concluding discussion on the quality of the epidemiological data, the frequency of occurrence of diseases linked to the health consequences, common risk factors and risk populations, diverse preventative approaches, organisational frameworks and national policy initiatives.

Results: Austrian data is primarily available for mortality rates, socio-economic living conditions, in-patient health care and for health threats described by the Austrian birth register. In addition, some further information has been gathered from regional registries or studies. Given the lack of Austrian data sources, the frequency of occurrence of most of the health threats needed to be discussed on the basis of international data. Most common and potentially lethal health threats, or those with severe health consequences can be divided into one of three groups: (“classical medical diseases”, “pre-term deliveries including causes and consequences” and “socio-demographic as well as health threats influenced by the living environment and lifestyle”). The four major risk groups that could be identified were young women (≤ 19 year) and women ≥ 40 years, women with chronic diseases or substance abuse, families and children under socio-economic hardship and pregnant women expecting multiples or preterm infants. Health promotion measures (“Health in All Policies” such as social support, employment programmes and educational programmes) are worthwhile as they influence the determinants and the frequency of occurrence of diseases for socio-economically deprived families. If the cause of the disease is both known and avoidable or influencable then primary prevention measures can be used. Early screening programmes targeting a whole population need to consider well-defined patient needs in order to produce more actual benefit than harm. In order to reduce health threats (brought about by screenings), secondary preventative actions (incl. appropriate institutions and trained staff) must be provided and target groups encouraged to make use of such services. In addition to the implementation of electronic data collection and analysis, the issues of service utilisation and (the presently absent or hardly offered) visiting health services were identified as crucial with regards to the

first project year’s intention: to support decision-making for a re-orientation of the Austrian parent-child screening / prevention programme

part IV summarises project reports I-III to conclude on general demand for parent-child screening services

method: concluding discussion

**results:
lack of Austrian data
3 groups of most common and severe health threats**

4 major risk groups of women, children and families

diverse approaches and pre-conditions of prevention (ranging from health promotion to secondary prevention)

critical organisational aspects (electronic realisation, participation rates, health visiting)

concerted policy efforts needed

re-orientation of “parent-child screening / prevention” programmes. Given the different approaches of “prevention” (from health promotion to secondary prevention) concerted policy efforts towards the improvement of the health of parents and children in Austria are needed.

**options for deepening
thematic issues**

Conclusion: The following areas were identified as potential thematic issues for a second project year: electronic organisation of a screening document, actions to decrease the preterm birth rate, identification of a screening algorithm, assessments focussing on the scientific evidence concerning specific screening measures, options for the implementation of visiting health services in Austria, supportive financial mechanisms for a new “parent-child screening / prevention programme” as well as the estimated budget impact.

1 Hintergrund und Fragestellungen

1.1 Der Österreichische Mutter-Kind-Pass

Das österreichische Mutter-Kind-Pass Untersuchungsprogramm ist ein klassisches (epidemiologisches) Screeningprogramm an Gesunden, bei dem die Screening-Kriterien der Weltgesundheitsorganisation zur Anwendung kommen sollten. Demnach soll die Krankheit, auf welche gescreent wird, in der untersuchten Population ausreichend häufig sein, deren Ursachen bekannt sein, ein symptomfreies Intervall aufweisen und es Möglichkeiten zu deren Diagnose und Therapie geben. Weiters soll eine einfache, geeignete, in der Bevölkerung und von den Behandlern akzeptierte, möglichst kosteneffiziente Screeningmethode vorhanden sein [1].

Während 1974 vier geburtshilfliche Untersuchungen, eine interne Untersuchung und zwei Laboruntersuchungen der Schwangeren sowie eine Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche vorgesehen waren, wurde das Spektrum dieser Untersuchungen im Laufe der Jahre kontinuierlich erweitert [2]. Derzeit umfasst das Mutter-Kind-Pass Untersuchungsprogramm Untersuchungen sowohl der Mutter ab Feststellung einer Schwangerschaft, als auch des Kindes von der Geburt bis zum einschließlich 62. Lebensmonat (~5,2 Jahre) [3]. Dazu gehören fünf geburtshilfliche Untersuchungen, zwei Laboruntersuchungen, eine interne Untersuchung und drei Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren. Weiters sind bis zum 62. Lebensmonat des Kindes insgesamt neun Kindesuntersuchungen, zwei Hüftultraschall-Untersuchungen, eine orthopädische Untersuchung, sowie eine Hals- Nasen-, Ohren-(HNO-), eine Augen-, und eine augenfachärztliche Untersuchung vorgesehen. Im Falle einer ambulanten Geburt beinhaltet der Mutter-Kind-Pass eine Kontrolluntersuchung des Kindes in der ersten Lebenswoche [3].

Impfungen von Säuglingen und Kleinkindern erfolgen entsprechend dem Österreichischen Impfplan, welcher laut Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates (OSR) jährlich aktualisiert wird [4]. Durchgeführte Impfungen werden sowohl im Mutter-Kind-Pass als auch im internationalen Impfpass, welcher dem Mutter-Kind-Pass beigelegt ist, vermerkt.

Für die Aktualisierung des Mutter-Kind-Passes ist die Mutter-Kind-Pass-Kommission des OSR zuständig. Allerdings fehlt eine standardisierte, transparente Vorgehensweise einerseits in Bezug auf Änderungen im Mutter-Kind-Pass und andererseits in Bezug auf die Kommunikation dieser Änderungen zwischen dem OSR und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger beziehungsweise den Krankenversicherungsträgern [5].

Eine systematische Evaluierung des Untersuchungsprogramms wurde nie durchgeführt, so auch nicht eine Analyse des sich verändernden Bedarfs. Eine derartige Evaluierung des österreichischen Mutter-Kind-Passes muss primär die Analyse des spezifischen Bedarfs einer zielgruppen-orientierten notwendigen „Breite“ und „Tiefe“ der bereits angebotenen und eventueller neuer/ anderer Leistungen umfassen sowie sekundär die Evidenzbasierung der bestehenden Leistungen hinterfragen.

Untersuchungszahl und -spektrum wurden im Laufe der Zeit erweitert

derzeit in Schwangerschaft:

5 geburtshilfliche Untersuchungen,

1 interne Untersuchung,

3 Ultraschalluntersuchungen

Kind (bis zum 62.

Lebensmonat):

9 Untersuchungen

(+orthopädisch, HNO, Augen)

Aktualisierung derzeit auf Basis von Entscheidungen einer Kommission des OSR

bislang keine systematische Evaluierung/Bedarfsanpassung

<p>„Medizin-Zentrierung“ Diagnostik/ Versorgung MedizinerInnen vorbehalten</p>	<p>Der in der heutigen Form existierende Mutter-Kind-Pass ist vorwiegend „medizin-zentriert“ und schließt die Diagnostik/ Versorgung durch andere Berufsgruppen als MedizinerInnen, wie Hebammen, Krankenschwestern/ -pflegern, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc., weitgehend aus. Während die Mutter-Kind-Pass Leistungen in Österreich allen Schwangeren/ Kindern gleichermaßen zur Verfügung stehen, stellen jüngere nationale und internationale Modellprojekte stärker Risikogruppen ins Zentrum der Mutter-Kind-Versorgung.</p>
<p>komplexe öffentliche Finanzierung</p>	<p>Die Mutter-Kind-Pass Leistungen werden großteils öffentlich über mehrere Kostenträger finanziert. Flankierend dazu wurde mit im Zeitverlauf unterschiedlichen und oftmals mit Familienleistungen gekoppelten monetären Anreizsystemen versucht, eine möglichst hohe Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu erreichen. Für die Entwicklung eines am heutigen Bedarf der Zielgruppen orientierten Konzepts ist neben der Definition des Bedarfs an Leistungen und Organisationsstrukturen auch ein entsprechendes Finanzierungskonzept notwendig.</p>

1.2 Projektziele

<p>Entscheidungsgrundlage für Neuorientierung in der Eltern-Kind- Vorsorge</p>	<p>Das Ziel des Gesamt-Projektes „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ ist, eine Entscheidungsunterstützung für eine Neuorientierung in der Eltern-Kind-Vorsorge in Österreich zu erarbeiten, um es EntscheidungsträgerInnen zu erleichtern, die Vorsorge dem tatsächlichen (heutigen) Bedarf anzupassen.</p>
<p>Teil I „Epidemiologie“: Darstellung von Erkrankungen, deren Häufigkeiten und Risikofaktoren</p>	<p>Im Teil I [6] des Projektes wurde das Spektrum von Risikofaktoren sowie Erkrankungen und deren Häufigkeiten in den definierten Zielgruppen (von der Konzeption bis zum Schuleintritt) abgebildet, die epidemiologischen Daten zusammengeführt und analysiert.</p>
<p>Teil II: Vergleich internationaler Policies und Vorgehensweisen</p>	<p>Im Teil II [7] wurden eine Vergleichsanalyse gängiger Praktiken mit ähnlichen Screening-Instrumenten, aber auch Erfahrungen aus internationalen Modellen zu vertiefender Risikogruppen-Versorgung sowie andere innovative Leistungsaspekte zusammengeführt.</p>
<p>Teil III: Darstellung von Finanzierungs- und Anreizsystemen</p>	<p>Im Teil III [8] wurden die Finanzierungs- und Anreizstrukturen (Kostenträger, Finanzierungsströme, LeistungsempfängerInnen) und die Kosten/ Ausgabenstrukturen der derzeitigen Mutter-Kind-Vorsorge (Mutter-Kind-Pass, sowie weiterer Vorsorgemaßnahmen für Schwangere, Neugeborene und Kleinkinder) dargestellt.</p>
<p>NICHT-Ziele: - Überarbeitung des derzeitigen Mutter-Kind Passes und Hinterfragung der Evidenzbasis - detaillierter Entwurf eines neuen Vorsorgeprogramms</p>	<p>NICHT Aufgabe und Ziel des Projekts war es, den derzeitigen Mutter-Kindpass zu überarbeiten, d.h. auf die zugrundeliegende Evidenz hin zu hinterfragen. Auch war ein NICHT-Ziel, bereits im ersten Projektjahr ein detailliertes neues Eltern-Kind-Vorsorge Programm zu entwerfen. Eine Vertiefung in einzelnen inhaltlichen Schwerpunkten im Folgeprojektjahr 2011/2012 soll eine fundierte Wissensbasis bilden, und somit ein weiterer Schritt in Richtung „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ gegangen werden.</p> <p>Im folgenden Abschnitt werden die Zusammenfassungen der Teile I bis III nochmals angeführt, damit auch „raschen LeserInnen“ ein Einstieg in Teil IV möglich ist.</p>

1.3 Zusammenfassung Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit

Hintergrund: Das Mutter-Kind-Pass Untersuchungsprogramm wurde in Österreich erstmals 1974 eingeführt. Seitdem wurden das Untersuchungsspektrum stetig erweitert und die Anzahl der Untersuchungen schrittweise erhöht, eine systematische Evaluierung des Untersuchungsprogramms wurde jedoch nie durchgeführt, so auch nicht der sich eventuell verändernde Bedarf. Der Berichtsteil I hat nun das Ziel, das wissenschaftliche Fundament für eine Neuorientierung in der Eltern-Kind Vorsorge in Österreich zu erarbeiten und als Entscheidungsunterstützung für ein am tatsächlichen (heutigen) Bedarf angepasstes Vorsorgeprogramm zu dienen.

Methode: Um das große Gebiet systematisch zu bearbeiten, wurde es in die Zielgruppen Schwangerschaft (Mutter und Kind), Geburt und Wochenbett (Mutter und Kind) sowie Säuglings- und Kleinkindalter/ frühe Kindheit zergliedert und anschließend nach publizierten Quellen zu (medizinischen wie sozialen) Risiko- und begünstigenden Faktoren und Erkrankungen sowie deren Häufigkeiten in den jeweiligen Zielgruppen gesucht. Die Identifikation relevanter Gesundheitsbedrohungen wurde durch einen Workshop mit nationalen ExpertInnen ergänzt. Die Literatursuche erfolgte vorerst systematisch, doch – aufgrund der Breite des Themenfeldes – zur Vertiefung (insb. zur Suche nach österreichischen Daten und Informationen) vorwiegend unsystematisch und selektiv. Die einzelnen Berichtsteile wurden, nach den genannten Zielgruppen getrennt, einem Review durch ausgewiesene FachexpertInnen unterzogen, um ev. weitere Quellen oder fehlende Schwerpunkte zu identifizieren.

Ergebnisse: Insgesamt wurden rund 270 identifizierte Publikationen und Quellen zu epidemiologischen Daten ausgewertet und in Bezug auf Unterschiede in der Häufigkeit von Risikofaktoren und Erkrankungen zwischen Subgruppen analysiert. Die Risikofaktoren, Erkrankungen und Folgen der Erkrankung beziehungsweise deren Schweregrad in der jeweiligen Zielgruppe wurden zusätzlich in Abhängigkeit zu soziodemografischen Merkmalen, wie Alter, Bildungsgrad, sozioökonomischem Status oder ethnischem Hintergrund beschrieben. Ein Schwerpunkt wurde auf „konkomitante“ Faktoren (sozioökonomische Determinanten, Lebensstilfaktoren, psychosoziale Faktoren) gelegt.

Mutter-Kind-Pass Untersuchungsanzahl und -spektrum wurden im Laufe der Zeit erweitert, keine systematische Evaluierung

Berichte als Basis für Neuorientierung in Eltern-Kind-Vorsorge

Suche nach Risiko-/ begünstigenden Faktoren und Erkrankungen sowie deren Häufigkeiten

Unterteilung in Phasen von Konzeption bis Schuleintritt

zusätzlich zu „medizinorientierter“ Sicht auf Erkrankungen Schwerpunkt auf sozioökonomische Gesundheitseinflüsse, psychosoziale und Lebensstilfaktoren

folgenschwere Gesundheitsbedrohungen im Zeitverlauf z.B.:

Rauchen in der Schwangerschaft, Gewalt gegen Schwangere, Schwangerschaftsabbrüche, Frühgeburten, Kaiserschnitte, Entwicklungsstörungen und Unfälle

höheres Risiko meist aufgrund soziodemographischer und -ökonomischer Faktoren

Insgesamt wurden zwölf Risikofaktoren und Erkrankungsbereiche der Mutter während der Schwangerschaft, vier des ungeborenen Kindes während der Schwangerschaft, vier der Mutter während der Geburt und des Wochenbetts, sechs des Neugeborenen während der Geburt sowie zwölf Erkrankungsbereiche und Risikofaktoren im Säuglings-/ Kleinkindalter sowie in der frühen Kindheit detailliert beschrieben.

Als häufigste (folgenschwere) Gesundheitsbedrohungen in Bezug auf konkomitante Faktoren wurden Rauchen in der Schwangerschaft, Gewalt gegen Frauen sowie psychische Erkrankungen der Eltern und hinsichtlich Schwangerschaft (Mutter/ Ungeborenes) Schwangerschaftsabbrüche und Frühgeburten identifiziert. Während der Geburt zeigt sich eine hohe Rate an Kaiserschnitten, bei Neugeborenen (v. a. Frühgeborenen) treten häufig Hirnblutungen auf. Bei Kleinkindern wurden Entwicklungsstörungen und Unfälle als häufigste schwerwiegende Gesundheitsbedrohungen identifiziert.

Diskussion: Allgemein konnten mehrere vulnerable Gruppen (sehr junge Mütter oder Spätgebärende, Mehrlingsschwangerschaften, chronische Vorerkrankungen und Komorbiditäten, sozioökonomische und Lebensstil-Faktoren sowie ein Migrationshintergrund) identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen mit schwerwiegenden Folgen haben.

Fazit: Eine Eltern-Kind Vorsorge, die vorwiegend „medizin-zentriert“ ist, greift aufgrund der Gesundheitsbedrohungen durch „konkomitante Faktoren“ zu kurz.

1.4 Zusammenfassung Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screening-Strategien zu „Normal-“ und „Risikoverläufen“ während der Schwangerschaft und frühen Kindheit bis zum Schuleintritt

Bericht soll Einblick in die Eltern-Kind Policies anderer Länder verschaffen

Handsuche und Befragung von internationale ExpertInnen sind primäre Informationsquellen

Hintergrund: Eltern-Kind Screeningprogramme finden in westlichen Industriestaaten weite Verbreitung. Der Berichtsteil II verfolgt das Ziel, einen Überblick zu medizinischen Routinescreenings sowie zu vertiefenden Screenings auf sozialmedizinische Risikoprofile für die Gruppe der Schwangeren und Eltern mit Kindern (bis zum Schuleintritt) in ausgewählten Ländern zu geben. Zudem sollen die dabei involvierten LeistungserbringerInnen diverser Gesundheitsberufsgruppen identifiziert werden.

Methode: Mittels umfassender Literaturrecherche (Handsuche) wurden die Früherkennungsprogramme für Schwangere sowie für Kinder (0 bis 6 Jahre) in sechs europäischen Ländern (Großbritannien, Finnland, Niederlande, Deutschland, Dänemark und Schweden) erhoben. Zudem konnten Länderinformationen zu speziellen Risikofaktoren in einer Fragebogenuntersuchung unter neun internationalen ExpertInnen im Bereich Screening von Schwangeren und / oder Kindern für folgende Länder gewonnen werden: Deutschland, Großbritannien, Irland, Island, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Finnland und Schweden.

Ergebnisse: Wenngleich die grundlegende Ausrichtung in den meisten (OECD) Staaten vorrangig auf (körper)medizinische Parameter fokussiert, zeigen sich in den Programmen einiger Länder spezifische Schwerpunktsetzungen, die insbesondere den Einfluss „sozialmedizinischer“ Rahmenbedingungen (im Sinne von psychosozialen und sozio-ökonomischen Faktoren) auf Schwangere bzw. Mütter und Väter mit Kindern zu erfassen versuchen. Die Zielsetzung solcher Initiativen besteht in einem zielgruppenadäquaten Leistungsangebot inklusive psychosozialer Unterstützungsleistungen, welche an die routinemäßig durchgeführten Eltern-Kind Früherkennungsprogramme bedarfsorientiert anschließen.

Hinsichtlich der Routinescreenings bei Schwangeren zeigten sich teils große Differenzen bezüglich der Anzahl und Frequenzhäufigkeit von körperlichen und geräteunterstützten Untersuchungen sowie bei den durchgeführten Labortests. Nicht-medizinische Gesundheitsbedrohungen für Schwangere fanden in einigen der untersuchten Länder, wie etwa in Dänemark und Großbritannien, bereits Eingang in die Screening-Policies. Bei den Früherkennungsprogrammen für Kinder (0 bis 6 Jahre) haben manche Länder (z.B. Großbritannien oder Niederlande) spezielle Screeningschwerpunkte (neben der routinemäßigen Erhebung der altersgemäßen physischen Entwicklung) auf die psychosoziale Entwicklung und das soziale Umfeld des Kindes gelegt.

Prinzipiell wurden für die Identifizierung von Risikogruppen in den meisten Ländern (im Rahmen der existierenden „Infrastrukturen“ für Früherkennungsprogramme) spezielle Fragen und / oder Kontaktmodi eingeführt. Sozialmedizinische Risikofaktoren (wie z.B. Gewalt) aber auch Krankheitsbilder mit sozialmedizinischen Folgen (z.B. Drogenkonsum) werden zum einen mittels spezieller Fragemuster, zum anderen mit Hilfe aufsuchender Berufsgruppen (z.B. Hebammen oder speziell ausgebildetes Krankenpflegepersonal) im direkten Lebensumfeld der Schwangeren bzw. der (werdenden) Familie zu erheben versucht. Diese ExpertInnen fungieren auch als Ansprechpersonen für die Zielgruppen und als Schnittstelle zu anderen Gesundheitsberufen (wie FachärztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc.) bzw. Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.

Diskussion: Eltern-Kind Screenings werden in den dargestellten Ländern weitgehend als Public Health Angelegenheiten verstanden, die auf aktuelle (und potentiell bedrohliche) Lebenssituationen von Schwangeren, Eltern und Kindern Bedacht zu nehmen versuchen. Dies umschließt medizinische Parameter ebenso wie Indikatoren für psychosoziale und ökonomisch bedingte Probleme, die die Entwicklung von Krankheiten determinieren bzw. fördern. In diesem Verständnis finden sich ärztliche Zuständigkeiten und Kompetenzen vor allem beim Aufspüren medizinischer Risikofaktoren (z.B. Risikoschwangerschaften) verankert. Mit teils sehr spezifischen Screeningleitlinien und Versorgungsvorschlägen (z.B. in Großbritannien) werden Gesundheitsberufe (wie jene der Hebammen, der „Health Visitors“ oder der „Public Health Nurses“) verstärkt für das Screening auf sozialmedizinische Risikofaktoren und die Betreuung von Risikogruppen (z.B. „Teenage Mütter“) eingesetzt.

Fazit: Das „Policy-Making“ von Eltern-Kind Früherkennungsprogrammen berücksichtigt in den (meisten) im Bericht diskutierten Ländern zunehmend sozialmedizinische Risikofaktoren, die für Schwangere bzw. Mütter und Väter mit Kindern potentielle Gesundheitsbedrohungen darstellen. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher (psychosozialer und sozio-

in manchen Industriestaaten ergänzende Eltern-Kind Screenings etabliert – Fokus: Psychosoziale Risikoprofile

Organisation von Routinescreenings divergiert zwischen den Ländern

Schwangere und Kinder mit Risikofaktoren zunehmend im Fokus erweiterter Screeningprozesse

bestehende „Infrastrukturen“ verschränken medizinische und psychosoziale Screenings

Eltern-Kind Screening- und Versorgungsangebote unter Einbeziehung mehrerer Berufsgruppen

aufsuchende Dienste als niedrigschwelliges Angebot für Eltern und Kinder

ökonomischer) Problemlagen ist die Etablierung bzw. Erweiterung von aufsuchenden Gesundheitsberufen als niedrigschwelliges Angebot sowohl für die Früherkennung als auch die Leistungserbringung zu diskutieren ohne eine Stigmatisierung von bestimmten Gruppen von schwangeren Frauen, Müttern, Vätern und Kindern herbeiführen zu wollen.

1.5 Zusammenfassung Teil III: Ökonomische Dimensionen der Eltern-Kind Leistungen in Österreich: Ist-Erhebung von Finanzierungs- und Kostenstrukturen

Überblick über Finanzierungsstrukturen als Basis für Weiterentwicklung

Hintergrund: Die Entwicklung einer am gegenwärtigen Bedarf orientierten Eltern-Kind-Vorsorge erfordert neben der Auswahl und Organisation wirksamer Leistungen auch ein entsprechendes Finanzierungskonzept. Als Basis dafür soll ein Überblick über derzeitige Leistungen für Eltern und Kleinkinder und deren Finanzierung erstellt werden.

ökonomische Dimensionen der Sach- u. Geldleistungen von Konzeption bis Schuleintritt

Methode: Die Sach- und Geldleistungen entlang des Zeitzyklus von der Konzeption über Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase werden systematisch dargestellt. Es werden die Finanzierungsstrukturen, das Leistungsgeschehen, die Kosten und die öffentlichen sowie privaten Ausgaben beschrieben, sowie die impliziten und expliziten monetären Anreizstrukturen dargestellt. Als Datenquellen dienen administrative Daten, Sekundärliteratur und Gesetzestexte.

Übersicht Sachleistungen

Als zentrale Sachleistungen wurden die Mutter-Kind-Pass-Leistungen, die assistierte Reproduktionstechnologie, die stationären sowie außerstationären Leistungen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt, Impfungen, Leistungen diverser Gesundheitsberufe für Kleinkinder und sonstige interdisziplinär erbrachte Leistungen identifiziert.

Übersicht Geldleistungen

Bei den Geldleistungen wurde das Wochengeld, das Kinderbetreuungsgeld, die Familienbeihilfe einschließlich Mehrkindzuschlag, der Kinderabsetzbeitrag und diverse Geldleistungen der Länder beschrieben.

5 Kostenträger in Mehrfachfunktion eingebunden

Ergebnisse: Das umfangreiche Leistungsspektrum wird von fünf Kostenträgern (Familienlastenausgleichsfonds (FLAF)/Bund, Bund, Sozialversicherung, Länder, Gemeinden), die jeweils in unterschiedlicher Funktion in die Finanzierung eingebunden sind und auf unterschiedlicher (zentraler und regionaler) Ebene angesiedelt sind, finanziert. Die Vergütung der Sachleistungen erfolgt je nach Leistung und Sektor über Pauschal- oder Einzelleistungsvergütung.

private Zuzahlung v.a. bei Leistungen für Kleinkinder

Mutter-Kind-Pass-Leistungen, einzelne Impfungen und manche länderspezifische Vorsorgeprojekte sind für die LeistungsbezieherInnen kostenlos, bei allen anderen Leistungen sind unterschiedlich hohe Selbstbehalte zu leisten oder sie sind vollständig privat zu bezahlen. Darunter fallen insbesondere Leistungen für Kleinkinder außerhalb des Mutter-Kind-Passes und „nicht-medizinische“ Leistungen (z.B. Logopädie).

Für die meisten Geldleistungen und einige Sachleistungen (insbesondere die Mutter-Kind-Pass-Leistungen) besteht eine universelle Anspruchsbe-
rechtigung, die restlichen Leistungen sind größtenteils Versicherungslei-
stungen, deren Anspruch an Erwerbstätigkeit gebunden ist.

Die größten Ausgaben werden für Geldleistungen (Kindergeld, Familien-
beihilfe) getätigt. Innerhalb der Sachleistungen entfallen die höchsten Aus-
gaben auf den stationären Sektor. Im Zeitverlauf ist eine deutliche Ausga-
bensteigerung, insbesondere bei den Krankenhausleistungen und bei der
Reproduktionstechnologie, zu beobachten.

Die Finanzierungsstrukturen setzen einen impliziten Anreiz zu spitalszen-
trierter, medizinischer und fragmentierter Versorgung. Für die Mutter-Kind-
Pass-Untersuchungen gab es seit ihrer Einführung bewusst gesetzte monetä-
re Anreize, die anfangs nach einem Bonus- jetzt nach einem Malussystem
organisiert sind. Die Teilnehmeraten werden auf über 80% geschätzt, sind
aber je nach Untersuchung unterschiedlich, nehmen insbesondere bei den
späten Kindesuntersuchungen ab und einzelne Gruppen von Frauen werden
nicht erreicht.

Diskussion: Trotz sinkender Geburtenrate steigen die Ausgaben für Eltern-
Kind-Leistungen kontinuierlich, wobei ein deutliches Ungleichgewicht zu-
gunsten von stationären bzw. medizinischen und reproduktionstechnologi-
schen Leistungen zu beobachten ist. Die klassischen Vorsorge/ Früherkenn-
ungsmaßnahmen (Mutter-Kind-Pass) oder Leistungen nicht-medizinischer
Berufsgruppen sind hingegen für die öffentliche Hand vergleichsweise „bil-
lig“. Die systemimmanenten Anreizwirkungen begünstigen diese Verteil-
ung.

Der Leistungszugang ist ungleich. Während (medizinische) Leistungen für
Schwangere einschließlich geburtshilflicher Leistungen (auch teure wie z.B.
Kaiserschnitt) allen Frauen zustehen, sind Leistungen für Kleinkinder und
solche nicht-medizinischer Berufsgruppen eher mit privaten Kosten und da-
her mit einem eingeschränkten Zugang (z.B. für Einkommensschwache)
verbunden.

Bewusst eingesetzte Anreizsysteme – wie beim Mutter-Kind-Pass – scheinen
sich günstig auf eine hohe Teilnehmerate auszuwirken, es werden aber
trotzdem bestimmte sozio-ökonomische Gruppen nicht erreicht. Die Bestra-
fung dieser Gruppe durch Kürzung des Kinderbetreuungsgeldes ist zu hin-
terfragen.

Fazit: Für die Konzeption einer “Eltern-Kind-Vorsorge neu” sind die Um-
verteilung von Geld- in evidenzbasierte Sachleistungen und von „High-Tech
Reproduktionstechnologie“ hin zu echten und für alle zugängliche Vorsor-
ge/ Früherkennungsleistungen sowie dafür adäquate Anreizsysteme zu dis-
kutieren.

teilw. universeller
Anspruch, teilw.
Erwerbstätigkeit
Voraussetzung

größte Ausgaben für
„Familiengeldleistungen
“ und stationäre
Aufenthalte

Anreiz zu
Spitalszentrierung

Mutter-Kind-Pass
Anreiz: von Bonus- zu
Malussystem

erreicht nicht alle
Frauen

Ausgabenverteilung:
Medizin u. Technologie
hoch, Früherkennung u.
Vorsorge niedrig

Leistungszugang:
Medizin/ Schwanger-
schaft gut, Kleinkinder
eingeschränkt

Anreizsystem erreicht
nicht alle Frauen –
umgestalten?

Umverteilung der
Ressourcen erforderlich

1.6 Ziele und Fragestellungen Teil IV

Basierend auf den Teilberichten I-III soll als zusammenführendes Ergebnis des ersten Projektjahres der generelle Bedarf nach Vorsorgeleistungen bzw. Screeningmaßnahmen abgeleitet und benannt werden.

Die Fragestellungen lauten:

- | | |
|---|--|
| <p>gesichertes vs. geschätztes Wissen zum Bedarf in Österreich</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Wie gesichert ist das vorliegende epidemiologische Datenmaterial zu den Gesundheitsbedrohungen? Für welche der identifizierten Gesundheitsbedrohungen liegen österreichische Daten vor, bei welchen muss aus internationalen Quellen geschlossen werden? |
| <p>Rangreihung nach Häufigkeit, Schweregrad und Folgewirkung</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Ist eine Reihung der identifizierten Gesundheitsbedrohungen nach deren Häufigkeit unter Berücksichtigung des Schweregrades ihrer Folgen möglich? |
| <p>Risikogruppen</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Welche medizinischen und/ oder sozio-ökonomischen Gruppen mit erhöhtem Bedarf lassen sich aufgrund unterschiedlicher Risiken identifizieren? Welcher neue Bedarf zeichnet sich aus dieser Wissensbasis ab? |
| <p>„Vorsorge“-Ansätze</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Welche Ansätze können zur Verbesserung der Eltern-, Schwangeren-, Kindergesundheit gewählt werden (Gesundheitsförderung vs. Prävention vs. Screening)? |
| <p>Umsetzungsaspekte</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Welche Umsetzungsaspekte sind für eine erfolgreiche Eltern-Kind-Vorsorge zu beachten (Inanspruchnahmeverhalten, aufsuchende Dienste)? |
| <p>nationale Policy-Initiativen</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Welche Bemühungen zur Verbesserung der Eltern- und Kind-Vorsorge gibt es in Österreich auf nationaler „Policy Ebene“? |

2 Methodologie

Für Kapitel 3 (Datenquellen) wurden die Datenquellen, welche für Häufigkeitsangaben von Gesundheitsbedrohungen in Teil I [6] verwendet wurden, nach ihrem Ursprung (Österreich national, Österreich Bundesland bzw. regional sowie Europa/ international) kapitelweise tabellarisch dargestellt.

tabellarische Übersicht über Datenquellen

In Kapitel 4 (Häufigkeiten/ Folgen) wurden alle in Teil I [6] identifizierten Häufigkeiten von Gesundheitsbedrohungen für die Übersichtsdarstellung weiter vereinfacht (auf Mittelwerte reduziert) und anschließend Kapitel- und damit Lebensabschnitts- übergreifend dargestellt. Die Einteilung in die Häufigkeitskategorien „häufigste“, „häufige“, „seltene“ und „sehr seltene“ Gesundheitsbedrohungen erfolgte in vier Kategorien. Die Grenzwerte von „<1:1.000“ bis „≥ 1:10“ wurden dabei „willkürlich“ definiert. Die Schwere der Folgen (Folgen der Gesundheitsbedrohung für Mutter oder Kind) wurde grob in drei Kategorien (1. (potentiell) lebensbedrohlich, 2. (potentiell) schwerwiegend (physisch und/ oder psychisch) für das Individuum selbst oder sein soziales Umfeld, meist nicht lebensbedrohlich und 3. meist keine schwerwiegenden/ nachhaltigen/ lebensbedrohlichen Folgen) eingeteilt.

Reihung der Gesundheitsbedrohungen

Einteilung in 4 Häufigkeitsgruppen

Zuordnung zu 3 Schweregraden der Folgen

Für Kapitel 5 (Risikogruppen) wurden die bereits in Teil I [6] erhobenen Gesundheitsbedrohungen erneut nach unterschiedlichen Risiken in Gruppen „geclustert“ zusammengefasst, um Risikogruppen mit erhöhtem Risiko und damit vermehrtem Bedarf zu identifizieren. Die vier „Cluster“ werden nach Größe (Anzahl der in etwa Betroffenen) und Ausmaß der Risikoerhöhung beschrieben.

Gesundheitsrisiken zu Gruppen geclustert

In Kapitel 6 („Vorsorge“ansätze) wurden auf Basis der Definitionen bzw. der daraus abgeleiteten Voraussetzungen und Ziele der jeweiligen Strategien (Gesundheitsförderung, Prävention, Screening) Beispiele für jeweilige Maßnahmen zur Verringerung der Morbidität von in Teil I genannten Gesundheitsbedrohungen und deren Folgen dargestellt. Die Beispiele für Diskussionen zu Präventions-/ Screeningsaspekten wurden im Rahmen der Literatursuche für Teil I [6] aufgefunden und in Teil IV unsystematisch wiedergegeben. Es wurde keine zusätzliche, vertiefende ((un)systematische) Literatursuche durchgeführt.

Definition und Beispiele für unterschiedliche „Vorsorge“-Ansätze

Für Kapitel 7 (Umsetzungsaspekte) wurden Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten von Eltern-Kind-Vorsorgeleistungen aus Teil II [7] (internationale Vergleiche) und Teil III [8] (auf Basis der in Österreich abgerechneten Leistungen) zusammengeführt. Weiters wurden die wichtigsten Punkte zu aufsuchenden Diensten, welche in Teil II [7] länderweise dargestellt worden waren, zusammenfassend dargestellt.

Informationen zu Inanspruchnahmeverhalten sowie länderübergreifende Darstellung aufsuchender Dienste

Für Kapitel 8 (nationale „Policy“) wurden auf den Homepages des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend nach Informationen zu „Policy“- Initiativen auf Bundesebene zur Verbesserung der Eltern- und Kindergesundheit gesucht.

Homepage-Informationen zu Initiativen auf Bundesebene

3 Verfügbarkeit von Daten/ Datenquellen

Kapitel 3 gibt eine Übersicht über die Verfügbarkeit von Datenquellen, welche für die in Teil I genannten Häufigkeiten von Gesundheitsbedrohungen verwendet wurden. Diese Übersicht soll aufzeigen, ob für die Beurteilung der Häufigkeiten österreichische Daten verfügbar waren (national oder regional), oder ob in Ermangelung dieser auf andere Datenquellen zurückgegriffen werden musste (z.B. auf europäische oder andere internationale Daten) (siehe auch Teil I, Methodenkapitel „Update“).

österreichische vs. internationale Datenquellen

3.1 Konkomitante Faktoren

Im Bereich der konkomitanten Faktoren liegen für Österreich - auf nationaler Ebene - repräsentative Daten zu den untersuchten sozialen Determinanten der Gesundheit (wie zu Bildungs- und Einkommensverhältnissen oder den Migrationshintergrund von Müttern) vor. Weiters sind das Alter der Mütter und damit der Anteil an Teenager- Schwangeren und späten Erstgebärenden, sowie der Anteil der Raucherinnen während der Schwangerschaft bekannt. Aus regionalen Daten lässt sich der Anteil an übergewichtigen Schwangeren abschätzen (wenn auch die Angaben zu Adipositas der Schwangeren im Geburtenregister für Tirol in unterschiedlichen Tabellen einmal 0,9% und einmal 7% ausweisen). Zur Gewalt gegen Frauen gibt es in Österreich nur Daten zu gemeldeten tätlichen Angriffen. Die überwiegende Mehrzahl der verwendeten, bestmöglichen Informationen zu Häufigkeiten von Gesundheitsbedrohungen stammt jedoch aus Deutschland (der gesamte Bereich der Suchterkrankungen/ des Substanzenmissbrauchs, die mentale Gesundheit der Eltern und die Gewalt gegen Frauen und Kinder).

keine (gesamt-) österreichischen Daten zu Übergewicht Schwangerer, Gewalt gegen Frauen/ Schwangere und Kinder sowie zu Suchterkrankungen und mentaler Gesundheit der Eltern

Tabelle 3.1-1: Datenquellen „konkomitante Faktoren“

Datenquellen	Österreich national	Österreich Bundesland (L)/ regional (r)	Europa
Soziale Determinanten der Gesundheit	✓		
Lebensstilfaktoren der Eltern			
Suchterkrankungen/ Substanzenmissbrauch:			
Rauchen in der Schwangerschaft	✓	✓ (L)	✓ (D)
Alkohol			✓ (D)
Drogen			✓ (D)
Übergewicht/ Adipositas	(✓)	✓ (r)	
Psychosoziale Faktoren			
Alter der Mutter (Teenager-Schwangerschaft, späte Mutterschaft)	✓		
Mentale Gesundheit der Eltern			✓ (D)
Gewalt gegen Frauen	(✓)	(✓ L)	✓ (D)
Gewalt gegen Kinder			✓ (D) und internat. Literatur

✓ verfügbar, (✓) bedingt verfügbar, (D) Deutschland

3.2 Schwangerschaft: Risikofaktoren und Erkrankungen der Mutter und des ungeborenen Kindes

keine (gesamt-) österreichischen Daten zu urogenitalen Infektionen, Aborten/Schwangerschaftsabbrüchen und Cervixinsuffizienz

Die Müttersterblichkeit, die Anzahl von Mehrlingsschwangerschaften sowie von Frühgeborenen (bezüglich Geburtsgewicht oder Schwangerschaftsdauer) und Fehlbildungen werden österreichweit erfasst. Die Häufigkeitsangaben des Down-Syndroms variierten beträchtlich (zwischen 1:660 bis 1:1000), was auf unterschiedliche Grundgesamtheiten (Diagnose eines Down-Syndroms in der Schwangerschaft vs. mit Down-Syndrom geborene Kinder) zurückzuführen sein könnte. Für andere Gesundheitsbedrohungen während der Schwangerschaft (Plazenta praevia, Lageanomalien, Gestationsdiabetes, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Schwangerschaftsanämie) liegen Informationen aus dem österreichischen Geburtenregister vor, welches jedoch bisher nicht alle Geburten in Österreich erfasst hat (Teilnahme aller geburtshilflichen Abteilungen in Österreich erst seit 2010, auf freiwilliger Basis). Informationen zu Körpergewicht, Körperlänge und Gestationsalter der Neugeborenen sind bekannt, Informationen zu SG Neugeborenen werden jedoch nicht erhoben (small for gestational age). Urogenitale Infektionen, Extrauterin graviditäten und Aborte sind in Österreich nur durch die Anzahl stationärer Aufenthalte abgebildet. Während Extrauterin graviditäten durch stationäre Aufenthalte vermutlich gut abgebildet sind, werden bei urogenitalen Infektionen und Aborten einzig darauf basierende Häufigkeitsangaben massiv unterschätzt, da nicht jeder urogenitale Infekt zu einer stationären Aufnahme führt und die überwiegende Anzahl nicht-medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbrüche beispielsweise außerhalb öffentlicher Krankenanstalten durchgeführt wird. Die Häufigkeit stationärer Aufnahmen wegen der Folgen einer Blutgruppeninkompatibilität (Morbus haemolyticus neonatorum, Hydrops fetalis) lassen aufgrund der (erfolgreichen) Rhesusprophylaxe keine Rückschlüsse auf die Häufigkeit der Ursache (Rhesusinkompatibilität) zu. Die Häufigkeit der Cervixinsuffizienz ist in Österreich unbekannt (Ausnahme: regionale Daten zur Häufigkeit von Cerclagen).

Tabelle 3.2-1: Datenquellen „Schwangerschaft“

	Österreich national	Ö Bundesland (L)/ regional (r)	Europa
Mütterliche Mortalität	✓		
Extrauteringravidität	stationäre Aufenthalte		✓ (D)
Abort	stationäre Aufenthalte		(✓) (D) und diverse andere Literaturangaben
Mehrlingsschwangerschaft	✓		
Plazenta praevia	✓ und stationäre Aufenthalte	✓	
Lageanomalien des Kindes	✓	✓	
Schwangerschaftsdiabetes	✓	✓	✓ (D)
Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen	✓	✓	
Schwangerschaftsanämie	✓	✓	
Urogenitale Infektionen	stationäre Aufenthalte	✓ (r)	diverse Literaturangaben
Cervixinsuffizienz		✓ (r)	✓ (DK, H)
Frühgeburt	✓		✓ (EU)
Blutgruppeninkompatibilität	(stationäre Aufenthalte)		✓ internationale Literatur
Intrauterine Wachstumsrestriktion/ Mangelgeborene	(✓)* und stationäre Aufenthalte		✓ (D, SWE)
Angeborene Fehlbildungen	✓	✓ (r)	

✓ verfügbar, (✓) bedingt verfügbar, (D) Deutschland, (DK) Dänemark, (H) Ungarn, (EU) Europäische Union, (SWE) Schweden

*Körpergewicht, Körperlänge und Gestationsalter bekannt, aber keine Berechnung für SGA (small for gestational age)

3.3 Geburt und Wochenbett: Risikofaktoren und Erkrankungen der Mutter

Kaiserschnittraten sind in Österreich bekannt (nicht jedoch deren „Ursache“). Wochenbettkomplikationen sind durch stationäre Aufenthalte abgebildet, inkludieren jedoch nicht jene Komplikationen, die ambulant behandelt werden. Die Häufigkeitsangaben von Wochenbettdepressionen beruhen auf (regionalen, z. T. nicht rezenten) Stichprobenuntersuchungen. Das Stillverhalten wurde in einer repräsentativen Stichprobe im Jahr 2006 erhoben.

keine (gesamt-) österreichischen Daten z.B. zu Wochenbettdepressionen

Tabelle 3.3-1: Datenquellen „Geburt“

	Österreich national	Ö Bundesland (L)/ regional (r)	Europa/ international
Kaiserschnitt	✓		
Wochenbettkomplikationen	✓ stationäre Aufenthalte	✓	
Wochenbettdepression/ Baby Blues		✓ (r)*	Studie (D)
Stillen	✓**		✓ (D)

✓ verfügbar, (D) Deutschland

* Wien, Graz 1997 und Wien 2004; ** Befragung einer repräsentativen Stichprobe (n = 719) 2006

3.4 Geburt: Risikofaktoren und Erkrankungen des Neugeborenen

kaum österreichische
Zahlen zu einzelnen
Infektionen

Häufigkeit von
Neugeborenen-
gelbsucht, -krämpfen
und Hirnblutungen in
Österreich unbekannt

nur Mortalität infolge
Geburtstraumata und
Atemnotsyndrom
bekannt

Die Häufigkeit von Zytomegalie-Infektionen in Österreich ist bekannt, zudem gibt es Informationen zur Seroprävalenz und Serokonversion von Toxoplasmose bei Schwangeren. In Bezug auf das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) ist nur die Anzahl in Behandlung befindlicher, registrierter Fälle von Schwangeren mit Mutter-Kind Transmission des Virus bekannt (nicht die Gesamtzahl HIV-infizierter Schwangerer). Daten zur Zerebralparese und (einzelnen) Stoffwechselstörungen liegen aus österreichischen Registern oder Screeningprogrammen vor. Die Häufigkeit von Geburtstraumata und des Atemnotsyndroms ist nur durch Mortalitätszahlen (Säuglingssterblichkeit) abgebildet, auf deren alleiniger Basis die Häufigkeit des Auftretens der Gesundheitsbedrohung unterschätzt werden würde (da alle drei Genannten nicht zwingend zum Tod des Neugeborenen führen).

Für alle anderen, im Neugeborenen-Kapitel untersuchten Gesundheitsbedrohungen musste mangels österreichischer Daten auf internationale Literaturangaben (häufig sogar außerhalb Europas) zurückgegriffen werden. Deshalb kann die tatsächliche Häufigkeit des Auftretens dieser Erkrankungen in Österreich nur sehr vage abgeschätzt werden.

Tabelle 3.4-1: Datenquellen „Neugeborenes“

	Österreich national	Ö Bundesland (L)/ regional (r)	Europa/ international
Asphyxie		(✓)* (r)	✓ internat. Literatur
Geburtsstrauma	(✓) Mortalität		✓ internat. Literatur
Neugeborenenengelbsucht			✓ (DK, CAN) u. internat. Literatur
Infektionen allgemein	(✓) Mortalität		
- Hepatitis B			(✓***) (D)
- HIV	(✓)***		
- Herpes simplex			✓ (Lehrbuch)
- Zytomegalie	✓		
-Lues			✓ (USA)
-Toxoplasmose	✓		✓ (EU)
- Röteln			✓ (EU)
- Gruppe B Streptokokken			✓ (USA)
Atemnotsyndrom	(✓) Mortalität		✓ internat. Literatur
Neugeborenenkrämpfe			✓ internat. Literatur
Hirnblutungen			✓ Lehrbücher/ Literatur
Zerebralparese		✓ (L)	
Stoffwechselerkrankungen gesamt	✓		✓ (USA, UK)
einzelne Stoffwechselerkrankungen	✓		✓ („UpToDate“)

✓ verfügbar, (✓) bedingt verfügbar, (D) Deutschland, (DK) Dänemark, (CAN) Canada, (EU) Europäische Union, (UK) Großbritannien, (UpToDate) verfügbar unter <http://www.uptodate.com/home/clinicians/index.html>

* Nabelschnur pH und APGAR Score (Stmk); ** HbS-Antigen positive Schwangere, *** in Behandlung befindliche, registrierte Fälle mit Mutter-Kind Transmission

3.5 Säuglings- und Kleinkindalter und frühe Kindheit

Für die in diesem Kapitel angegebenen Häufigkeiten waren (gesamtösterreichische oder länderbasierte) Daten für die Säuglingssterblichkeit, den plötzlichen Säuglingstod (SIDS), Unfälle, Sprachentwicklung und Zahnstatus von Kindern sowie von Allergien, Übergewicht/ Adipositas und Diabetes verfügbar. Die anderen Entwicklungsstörungen sind nur durch stationäre Aufnahmen abgebildet, welche deren Prävalenz (da entweder nicht oder ambulant behandelt) massiv unterschätzen, wodurch auf meist deutsche oder andere internationale Datenquellen zurückgegriffen werden musste. Trotz des Routinescreenings zu Hüftdysplasien sowie Seh- und Hörbeeinträchtigungen konnten keine oder nur veraltete österreichischen Daten identifiziert werden. Die Häufigkeit von Gedeihstörungen in Österreich ist ebenfalls unbekannt.

keine österreichischen Daten zu Hüftdysplasien, Gedeihstörungen, Seh- und Hörvermögen

Tabelle 3.5-1: Datenquellen „Säuglings- und Kleinkindalter und frühe Kindheit“

	Österreich national	Österreich Bundesland (L)/ regional (r)	Europa
Säuglingssterblichkeit	✓		
Plötzlicher Säuglingstod (SIDS)	✓		
Hüftdysplasien/ -luxationen			✓ (D)
Gedeihstörung			✓ (UK)
Entwicklungsstörungen gesamt	(✓) stationäre Aufenthalte		✓ internat. Literatur
-motorische	(✓) stationäre Aufenthalte		✓ (D)
-kognitive (Intelligenzminderung)	(✓) stationäre Aufenthalte		✓ internat. Literatur
-psychosoziale	(✓) stationäre Aufenthalte		✓ (D und internat. Literatur)
-Sprach-	(✓) stationäre Aufenthalte	✓ (L)	✓ (D und internat. Literatur)
Sehvermögen- Amblyopie			✓ (D und internat. Literatur)
Hörvermögen- Schwerhörigkeit			✓ internat. Literatur
Allergie		✓ (r)	✓ (D)
Zahnstatus	✓		✓ (D)
Unfälle	✓		✓ (D)
Übergewicht Kinder	✓		✓ (D)
Diabetes mellitus Kinder	✓		✓ (D)

✓ verfügbar, (✓) bedingt verfügbar, (D) Deutschland, (UK) Großbritannien

3.6 Diskussion

Verknüpfung von Risiken in Schwangerschaft, Geburt und Kindergesundheit würde Aussagen zu vermeidbaren Faktoren möglich machen

Zusammenfassend ist ein Handlungsbedarf im Bereich der Datenquellen/-verfügbarkeit und Notwendigkeit nach „Verknüpfung“ zu identifizieren. Denn nur wenn Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Kindergesundheit datentechnisch verknüpft („verlinkt“) werden können, lassen sich Aussagen dazu treffen, welche Schwangerschaftsrisiken sich beispielsweise auf die spätere Entwicklung des Kindes auswirken. Als Beispiel kann die Frühgeburt angeführt werden, bei der die Identifikation von Risikofaktoren sowie die Gegenüberstellung der Folgen für das frühgeborene Kind zu wesentlichen Aussagen über möglicherweise vermeidbare, eine Frühgeburt begünstigende Faktoren führen können.

bei Neuorientierung ist die elektronische Umsetzung ein Muss: wertvolles Datenmaterial

Bei einer Neuorientierung der Eltern-Kind-Vorsorge ist die elektronische Umsetzung (z.B. via e-card oder Datenstick) unbedingt zu implementieren, da ein derartig umfassendes Vorsorgeprogramm mit hoher Beteiligung in Zukunft wertvolles epidemiologisches Wissen liefern kann und soll.

4 Relationen zwischen Häufigkeiten von Gesundheitsbedrohungen und deren Folgen

Aus den Häufigkeiten von Gesundheitsbedrohungen alleine lässt sich kein Handlungsbedarf abschätzen, wenn die Folgen der Gesundheitsbedrohungen nicht mitberücksichtigt werden. Passagere Erkrankungen ohne (nachhaltige) Folgen, die häufig vorkommen, erfordern unter Umständen kein Eingreifen, während Erkrankungen, die zwar vergleichsweise selten auftreten, aber (potentiell oder zwangsläufig) lebensbedrohlich sind, so weit wie möglich verhindert werden sollten.

In den folgenden Tabellen (Tabellen 4.1-1 bis 4.4-1) werden alle in Teil I [6] identifizierten Gesundheitsbedrohungen Kapitel- und damit Lebensabschnitts- übergreifend dargestellt, um eine Gesamtabstimmung der Häufigkeiten von Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Schweregrad der Folgen zu ermöglichen.

Die Einteilung des Schweregrades der Gesundheitsfolgen wurde folgendermaßen vorgenommen:

Häufigkeiten von Gesundheitsbedrohungen müssen in Relation zur Schwere der Folgen betrachtet werden

Häufigkeitsdarstellung Lebensabschnitts- übergreifend

3 „Schweregrade“

	Folgen der Gesundheitsbedrohung (für Mutter oder Kind):
	- (potentiell) lebensbedrohlich
	- (potentiell) schwerwiegend (physisch und/ oder psychisch) für das Individuum selbst oder sein soziales Umfeld, meist nicht lebensbedrohlich
	- meist keine schwerwiegenden/ nachhaltigen/ lebensbedrohlichen Folgen

4.1 Häufigste Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind ($\geq 1:10$)

21 in Teil I beschriebene Gesundheitsbedrohungen betreffen mindestens 10% ($\geq 1:10$) der Schwangeren bzw. Kinder (Tabelle 4.1-1). Sechs dieser Gesundheitsbedrohungen sind (meist) passager und/ oder haben (meist) keine nachhaltigen schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit von Mutter oder Kind:

- ❖ Schwangerschaft: erstmalige Rhesuskonstellation Mutter Rh-negativ/ Kind Rh-positiv
- ❖ Geburt/ Wochenbett: Baby Blues, Wochenbettanämie
- ❖ Kindheit: Schallleitungsstörungen, Karies, Allergie

mindestens 10% der Schwangeren/ Kinder betroffen,

etwa:

- 1/4 ohne „nachhaltige, schwerwiegende Folgen“

- 1/4 „potenziell lebensbedrohlich“
- Sechs Gesundheitsbedrohungen sind für das Kind (potenziell) lebensbedrohlich:
- ☼ Schwangerschaft: Drogenexposition, Rauchen
 - ☼ Geburt: Frühgeburt allgemein und Frühgeburtlichkeit wegen intrauteriner Wachstumsrestriktion
 - ☼ Kindheit: Atemnotsyndrom bei Frühgeborenen, Unfälle
- 1/2 „potenziell schwerwiegend“
- Alle anderen, genannten Gesundheitsbedrohungen haben (potenziell) schwerwiegende Folgen:
- ☼ Schwangerschaft: Schwangerschaftsabbruch/ Abort, Gewalt gegen Frauen, vaginale Infektionen
 - ☼ Geburt: Kaiserschnitt, Wochenbettkomplikationen
 - ☼ Kindheit: psychische Erkrankung der Eltern, Alkoholabhängigkeit der Eltern, psychische Entwicklungsstörungen des Kindes, Übergewicht des Kindes

Tabelle 4.1-1: Häufigste Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind

Kap.		Gesundheitsbedrohung	mittlere Häufigkeit*	Beispiele für Folgen
8		Schallleitungsschwerhörigkeit (bis zum Schuleintritt)	1: 1,5 (1-2)	passagere Einschränkung des Hörvermögens
8		Karies (6-Jährige)	1:2	Karies des bleibenden Gebisses
6		Baby blues	1:2 (1-3)	im Gegensatz zu Wochenbettdepression (siehe dort) passager
4		Schwangerschaftsabbruch/ Abort	1:2,5 (1-4)	Physische und psychische Folgen für die Mutter (ev. auch Folgen für nachfolgende Schwangerschaften)
6		Kaiserschnitt (Kaiserschnitt)	1:3,5	höhere mütterliche Morbidität (ev. auch Mortalität), höheres Asphyxie- und Pneumothorax-Risiko des Kindes
7		Atemnotsyndrom (RDS) bei Frühgeborenen	1: 3,5 (2-5)	mechanische Beatmung bis Tod des Neugeborenen
3		Rauchen in der Schwangerschaft	1:4 (3-5)	mehr Früh- u. Totgeburten, Entwicklungsstörungen, physische Erkrankungen
3		Gewalt gegen Frauen in Schwangerschaft (körperlich/ sexuell)	1:4	physische und psychische Folgen für Frauen (und Kinder); während Schwangerschaft mehr Infektionen, Aborte, Totgeburten...
8		Allergie (Lebenszeitprävalenz 0- bis 17-Jähriger) - gesamt	1:4,5 (4-5)	meist saisonale Einschränkung der Lebensqualität
5		Frühgeburtlichkeit wegen intrauteriner Wachstumsrestriktion	1:5 (3-7)	siehe Frühgeburt
3		Psychische Erkrankungen der Eltern	1:6 (5-7)	höheres psychisches Erkrankungsrisiko der Kinder, ev. Missbrauch/ Misshandlung
8		Unfälle bei 1- bis 17-Jährigen (Jahresprävalenz)	1:7	potentiell lebensbedrohlich (bei 1-bis 9-jährigen Buben häufigste Todesursache)
4		Vaginale Infektionen, asymptomatisch	1:7,5 (5-10)	bei bakterieller Infektion ev. Abort/ Frühgeburt
6		Wochenbettanämie	1:7,5 (7-8)	siehe Schwangerschaftsanämie
8		Psychosoziale Entwicklungsstörungen - gesamt	1:8 (6-10)	Folgen für Individuum, soziales Umfeld und Gesellschaft
5		Rhesuskonstellation (Mutter Rh-negativ, Kind Rh-positiv)	1:8	Folgen erst bei erneuter Schwangerschaft
3		Kinder, die mit einer (zumindest zeitweisen) Alkoholabhängigkeit der Eltern konfrontiert sind	1:8,5 (7-10)	erhöhtes Risiko für Kinder, selbst abhängig zu werden
6		Wochenbettkomplikationen (behandlungsbedürftig)	1:9 (4-14)	abhängig von Art der Komplikation (von Wochenbettanämie bis Eklampsie- siehe dort)
4		Frühgeburt	1:9	erhöhte kindliche Mortalität und Morbidität
8		Übergewicht 3- bis 17-Jährige	1:11	Übergewichtige Erwachsene mit Folgeerkrankungen (& Kosten)
3		Drogenexponierte Neugeborene (unklare Drogendefinition: möglicherweise inkl. Alkohol, Medikamente etc.)	1:10 (6-14)	Abhängigkeit, physische und psychische Beeinträchtigungen (bis zum Tod des Kindes)

Kap. Nummer des Kapitels von Teil I [6], in welchem die Gesundheitsbedrohung beschrieben wurde; Farbuordnung (Schweregradeinteilung) siehe Kapitelanfang; *Mittelwert (Bereich)

4.2 Häufige Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind (1:100 bis <1:10)

**1-10% der Schwangeren/
Kinder betroffen**

**etwa 1/6 mit meist
„leichten Folgen“**

29 Gesundheitsbedrohungen betreffen 1% bis <10% (1:100 bis <1:10) der Schwangeren oder Kinder (Tabelle 4.2-1).

Fünf dieser Gesundheitsbedrohungen haben entweder keine, oder keine nachhaltigen Folgen, verlaufen passager oder ihr Einfluss auf die weitere Gesundheit ist nicht eindeutig belegt. Sie enden jedenfalls nicht mit Tod von Mutter oder Kind:

- ❖ Schwangerschaft: Harnwegsinfekt (asymptomatisch)
- ❖ Geburt/ Wochenbett: Lageanomalien, Nicht-Stillen
- ❖ Kindheit: Hüftdysplasie, Gedeihstörungen

**1/3 potentiell
lebensbedrohlich**

Neun Gesundheitsbedrohungen enden potentiell tödlich oder können schwerwiegende Folgen für Mutter oder Kind haben:

- ❖ Schwangerschaft: Adipositas der Schwangeren, Teenager Schwangerschaften, späte Erstgebärende, Extrauterin gravidität, Mehrlingsschwangerschaften, Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen
- ❖ Geburt/ Wochenbett: Mangelgeborene (Abweichung von Norm Gewicht/ Größe)
- ❖ Kindheit: Hirnblutungen, Asphyxie

**1/2 mit
schwerwiegenden, nicht
unbedingt
lebensbedrohlichen
Folgen**

Die restlichen Gesundheitsbedrohungen enden nur in Ausnahmefällen mit dem Tod von Mutter oder Kind, können jedoch schwerwiegende Folgen haben:

- ❖ Schwangerschaft: Rhesus Sensibilisierung, Schwangerschaftsdiabetes (gesamt und stationär behandlungsbedürftig und „manifestes Diabetes mellitus“), hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (gesamt und stationär behandlungsbedürftig)
- ❖ Geburt/ Wochenbett: Geburtstrauma (Vaginalgeburt und Kaiserschnitt), Wochenbettdepression
- ❖ Kindheit: Motorische Entwicklungsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, kognitive Entwicklungsstörungen/ Intelligenzminderung, Adipositas des Kindes, zentrale Hörstörungen, Sehstörungen

Tabelle 4.2-1: Häufige Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind

Kap.		Gesundheitsbedrohung	mittlere Häufigkeit*	Beispiele für Folgen
8		Motorische Entwicklungsstörungen (Graphomotorik, Feinmotorik, Grobmotorik)	1:10,5 (5-16)	zahlreiche physische Folgeerkrankungen, psychische und soziale Beeinträchtigungen
6		Wochenbettdepression	1:12,5 (5-20)	spätere Depressionen (Mutter), Entwicklungsstörungen (Kind)
8		Sprachentwicklungsstörungen	1:13	emotionale und kognitive Beeinträchtigungen
4		Rhesus-Sensibilisierung	1:13	Folgen für nächste Schwangerschaft (Anämie bis Tod des Kindes)
6		Nicht-Stillen	1:14	weniger Blutungen nach der Geburt, höhere Brustkrebsinzidenz, Nachteile für kindliche Entwicklung werden diskutiert
4		Lageanomalie	1:17	Kaiserschnitt (ohne Kaiserschnitt ev. Geburtskomplikationen)
8		Adipositas 3-bis 17-Jährige	1:17	siehe Übergewicht 3-bis 17-Jährige
5		Mangelgeborene (Abweichung von Norm Gewicht und/ oder Größe)	1:19	mehr Aborte/ Frühgeburten, erhöhte perinatale Mortalität und Morbidität, physische Folgeerkrankungen, Entwicklungsstörungen
3		Adipositas der Schwangeren	1:21	mehr Aborte, physische Folgeerkrankungen der Schwangeren und des Kindes
8		Sehstörungen (Amblyopie einseitig)	1:21 (17-25)	Entwicklungsstörungen, psychische und soziale Folgen
7		Hirnblutungen (v. a. Frühgeborene)	1:26,5 (3-50)	von asymptomatisch über neurologische Spätschäden bis Tod des Neugeborenen
3		Teenager Schwangerschaften	1:30	mehr Schwangerschaftsabbrüche, Früh- und Totgeburten, höhere perinatale Sterberate, Entwicklungsstörungen des Kindes
3		Späte Erstgebärende	1:30	mehr Früh-/ Totgeburten, höhere perinatale Sterberate
4		Harnwegsinfekt, asymptomatisch	1:30 (10-50)	Folgen unbekannt
4		Schwangerschaftsdiabetes	1:33	ev. Makrosomie des Kindes, Geburtsverletzungen (Mutter/ Kind)
8		Hüftdysplasie	1:37,5 (25-50)	Arthrosen, Operationen
8		Zentrale Hörstörungen (Kinder)	1:42 (33-50)	Entwicklungsstörungen
4		Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen	1:45 (13-34)	abhängig vom Schweregrad (keine Folgen bis Eklampsie, siehe dort)
7		Geburtsstrauma/ Geburtsverletzung bei vaginaler Geburt	1:50	abhängig von Art der Verletzung

Kap. Nummer des Kapitels von Teil I [6], in welchem die Gesundheitsbedrohung beschrieben wurde; Farbzueordnung (Schweregradeinteilung) siehe Kapitelanfang; *Mittelwert (Bereich)

Fortsetzung Tabelle 4.2-1

Kap.		Gesundheitsbedrohung	mittlere Häufigkeit*	Beispiele für Folgen
8		Kognitive Entwicklungsstörungen/ Intelligenzminderung - gesamt	1:50	Folgen für Kind, Familie und Gesellschaft; Wiederholungsrisiko
7		Asphyxie	1:50	erhöhtes Mortalitätsrisiko, Organschäden
8		Gedeihstörungen	1:55 (10-100)	ev. Wachstums- u. Entwicklungsstörungen, Adipositas als Erwachsene
4		Extrauterin gravidität	1:54	potentiell lebensbedrohlich, Folgen für nachfolgende Schwangerschaften
4		Mehrlingsschwangerschaft	1:59	mehr Frühgeburten, erhöhte perinatale Mortalität und Morbidität
4		Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (Ödemen, Proteinurie und Hypertonie; stationär behandlungsbedürftig)	1:70	siehe hypertensive Schwangerschaftserkrankungen
4		Diabetes mellitus (stationär behandlungsbedürftig)	1:73	siehe Schwangerschaftsdiabetes
3		Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen	1:100	Missbildungen, Entwicklungsstörungen
7		Geburtstrauma/ Geburtsverletzung bei Kaiserschnitt	1:100	abhängig von Art der Verletzung
4		Manifester Diabetes mellitus	1:100	siehe Schwangerschaftsdiabetes

Kap. Nummer des Kapitels von Teil I [6], in welchem die Gesundheitsbedrohung beschrieben wurde; Farbzueordnung (Schweregradeinteilung) siehe Kapitelanfang; *Mittelwert (Bereich)

4.3 Seltene Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind (1:1.000 bis < 1:100)

betreffen 0,1-1% der Schwangeren/ Kinder

nur eine von 14 meist ohne schwerwiegende Folgen

rund 1/3 potentiell lebensbedrohlich

2/3 mit schwerwiegenden Folgen

15 Gesundheitsbedrohungen betreffen 0,1% bis <1% (1:1.000 bis <1:100) der Schwangeren oder Kinder (Tabelle 4.3-1).

Nur eine der identifizierten Gesundheitsbedrohungen hat meist keine schwerwiegenden Folgen (Schwangerschaftsanämie).

Potentiell – für Mutter und/ oder Kind tödlich endende Gesundheitsbedrohungen sind:

- ❖ Fehlbildungen
- ❖ Blutgruppeninkompatibilität (hämolytische Krankheit beim Feten und Neugeborenen, Hydrops fetalis, stationär behandlungsbedürftig)
- ❖ Zytomegalie
- ❖ Eklampsie der Mutter im Wochenbett

Weitere zehn Gesundheitsbedrohungen haben meist nachhaltige, schwerwiegende Folgen:

- ❖ Schwangerschaft/ Geburt: medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche, Hepatitis-B-Infektion, Infektionen des Urogeni-

taltrakts (stationär behandlungsbedürftig), Placenta praevia, Cervixinsuffizienz

- ☼ Kindheit: Neugeborenenkrämpfe, Zerebralparese, Schallempfindungsschwerhörigkeit, Gewalt gegen Kinder (sexuell, körperlich, Vernachlässigung), drogenabhängige Eltern

Tabelle 4.3-1: Seltene Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind

Kapitel		Gesundheitsbedrohung	mittlere Häufigkeit*	Beispiele für Folgen
7		Hepatitis-B-Infektion (Schwangere)	1:111	bei Übertragung auf Kind: ev. chronische Infektion / Leberkarzinom
4		Infektionen des Urogenitaltrakts (stationär behandlungsbedürftig)	1:112	bei bakt. vaginalen Infektionen ev. Aborte/ Frühgeburten
4		Placenta praevia	1:235	Geburtskomplikationen, Blutungen; Asphyxie des Kindes
5		Fehlbildungen	1:155 (59 -250)	Schwangerschaftsabbruch, erhöhte perinatale Morbidität und Mortalität
4		Cervixinsuffizienz	1:260 (14-500)	ev. Abort/ Frühgeburt
4		Medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche	1:303	siehe Schwangerschaftsabbruch
3		Gewalt gegen Kinder (sexuell, körperlich, Vernachlässigung)	1:323 (95- 550)	physische und psychische (Langzeit-)Folgen
7		Neugeborenenkrämpfe	1:375 (250-500)	bei 2/3: Entwicklungsstörungen, neurologische Auffälligkeiten
7		Zerebralparese	1:415 (330-500)	verzögerte Entwicklung, kognitive Beeinträchtigung, spastische Lähmungen
5		Blutgruppeninkompatibilität (hämolytische Krankheit beim Feten und Neugeborenen, Hydrops fetalis (stationär behandlungsbedürftig))	1:419	potentiell lebensbedrohlich (Kind)
7		Zytomegalie	1:476	potentiell lebensbedrohlich, bleibende neurologische Schäden
4		Schwangerschaftsanämie	1:500	Müdigkeit, Leistungsbeeinträchtigung (selten kardiale Komplikationen)
4		Drogenabhängige Eltern von 0- bis 18-jährigen Kindern	1:750 (500-1.000)	physische und psychische Folgen für Kinder
8		Schallempfindungsschwerhörigkeit (Neugeborene)	1:759 (500-1.000)	Entwicklungsstörungen
4		Eklampsie der Mutter im Wochenbett	1:1.000	potentiell lebensbedrohlich für Mutter und Kind

Kap. Nummer des Kapitels von Teil I [6], in welchem die Gesundheitsbedrohung beschrieben wurde; Farbzuordnung (Schweregradeinteilung) siehe Kapitelanfang; *Mittelwert (Bereich)

4.4 Sehr seltene Gesundheitsbedrohungen von Mutter und Kind (<1:1.000)

betreffen weniger als
0,1% der Schwangeren/
Kinder

alle potentiell
lebensbedrohlich bzw.
schwerwiegend

Unter den 11 identifizierten Gesundheitsbedrohungen, die weniger als 0,1% (<1:1.000) der Schwangeren oder Kinder betreffen, finden sich nur solche, die zumindest schwerwiegende Folgen für die Gesundheit von Mutter und/oder Kind haben können (Tabelle 4.4-1). Zu diesen zählen

- ❖ die meisten der in Teil I beschriebenen Infektionen der Mutter in der Schwangerschaft, welche (auf welchem Weg auch immer) auf das Kind übertragen werden (Gruppe B Streptokokken, Herpes simplex, Lues/ Syphilis, Röteln, Toxoplasmose)¹
- ❖ Geburtsfolgen/-komplikationen (bleibende neurologische Defizite als Folge einer Asphyxie, Geburtstrauma/ Geburtsverletzung mit Rückenmarksverletzung)
- ❖ Stoffwechselerkrankungen (gesamt)
- ❖ das Down-Syndrom
- ❖ die schwere Hyperbilirubinämie des Neugeborenen mit möglicher Langzeitmorbidität und
- ❖ Diabetes Typ-1 und Typ-2

¹ Da Zahlen von Häufigkeiten von HIV-Infektionen in Österreich fehlen, sind diese hier nicht gelistet. Folgen einer (unbehandelten) HIV Infektion des ungeborenen/ neugeborenen Kindes sind jedoch schwere symptomatische Erkrankungen, ev. auch Enzephalopathie mit oft letalem Verlauf.

Tabelle 4.4-1: Sehr seltene Gesundheitsbedrohungen für Mutter und Kind

Kap.		Gesundheitsbedrohung	mittlere Häufigkeit*	Beispiele für Folgen
7		Gruppe B Streptokokken-Infektion	1:1.555 (1.111-2.000)	Frühgeburt, Sepsis, Meningitis, potentiell lebensbedrohlich
7		Schwere Hyperbilirubinämie mit möglicher Langzeitmorbidity	1:2.273	potentiell lebensbedrohlich, bleibende Schäden des zentralen Nervensystems (ZNS)
7		Stoffwechselerkrankungen gesamt	1:2.855	je nach Art unterschiedlich, ohne Behandlung z.B. neurologische Schädigungen, Organversagen bis Tod
6		Bleibende neurologische Defizite als Folge der einer Asphyxie	1:4.445 (2.222 – 6.667)	neurologische Defizite
5		Down-Syndrom	1:5330 (660-10.000)	kognitive Entwicklungsstörungen, Organfehlbildungen
6		Geburtsstrauma/ Geburtsverletzung mit Rückenmarksverletzung	1:7.142	bleibender neurologischer Schaden
7		Toxoplasmose	1: 10.000	Abort, bleibende Schäden bei Beteiligung des ZNS (selten)
7		Herpes simplex	1:11.000 (2.000-20.000)	von lokaler Infektion, über Enzephalitis bis zum Tod des Kindes
7		Lues/ Syphilis	1:11.250 (10.000-12.500)	Abort/ Totgeburt; Ulzerationen der Haut bis Krampfanfälle
8		Diabetes (Typ-1 und Typ-2)	1:86.000 (Typ-1:5.500; Typ-2:167.000)	Mikroangiopatische Spätschäden an Augen, Nieren, Nerven, diabetischer Fuß
7		Röteln	1:100.000	Röteln-Embryopathie oder Infektopathie (je nach Infektionszeitpunkt)

Kap. Nummer des Kapitels von Teil I [6], in welchem die Gesundheitsbedrohung beschrieben wurde; Farbzueordnung (Schweregradeinteilung) siehe Kapitelanfang; *Mittelwert (Bereich)

4.5 Mortalitätsangaben

In Teil I [6] wurden neben Erkrankungen und anderen Gesundheitsbedrohungen auch Mortalitätsangaben erwähnt. Diese (Mortalitätsraten oder Häufigkeitsangaben bestimmter Todesursachen) betreffen (siehe Tabelle 4.5-1)

- ☼ 0,1% bis <1% (1:1.000 bis <1:100) der Kinder: Perinatale Sterberate, Säuglingssterblichkeitsrate, Kindersterblichkeitsrate („Unter-5-Mortalitätsrate“) beziehungsweise
- ☼ weniger als 1% (< 1:1000) der Kinder/ Mütter: Müttersterblichkeit; Säuglingssterblichkeit aufgrund von Infektionen oder Krankheiten der Atmungsorgane sowie SIDS-Todesfälle

Mortalitätsraten und Häufigkeiten bestimmter Todesursachen

Tabelle 4.5-1: Mortalitätsraten und Todesursachen

Kapitel		Mortalitätsangabe	mittlere Häufigkeit*	
8		Perinatale Sterberate	1:143	Mortalitätsrate
8		Kindersterblichkeitsrate („Unter-5-Mortalitätsrate“)	1:244	Mortalitätsrate
8		Säuglingssterblichkeitsrate	1:270	Mortalitätsrate
8		SIDS	1:3.500	Häufigkeit einer Todesursache
7		Säuglingssterblichkeit durch Infektionen	1:12.500	Häufigkeit einer Todesursache
4		Müttersterblichkeit	1: 31.400 (25.100-37.700)	Mortalitätsrate
7		Säuglingssterblichkeit wegen Krankheiten der Atmungsorgane (v. a. Frühgeborene)	1:100.000	Häufigkeit einer Todesursache

Kap. Nummer des Kapitels von Teil I [6], in welchem die Gesundheitsbedrohung beschrieben wurde; *Mittelwert (Bereich)

4.6 Diskussion

Limitationen des „Rankings“:

- Verfügbarkeit österreichischer Häufigkeitsangaben

- bezogen auf unterschiedliche Grundgesamtheiten

Es wird jedoch ersichtlich, dass:

schwerwiegende, potentiell tödlich endende Gesundheitsbedrohungen (z.B. Infektionen) heute sehr selten sind

dafür häufig:

Frühgeburten und der Ursachen und Folgen

Allgemein gilt, wie auch bereits für die Angaben in Teil I, dass die Abschätzung der einzelnen Prävalenzen für Österreich nur so gut sein kann, wie die verfügbaren Datenquellen (siehe Kapitel 3): Je ungenauer die Zahlenangaben sind oder je weniger übertragbar diese auf den österreichischen Kontext sind, desto weniger präzise ist deren nachfolgendes „Ranking“. Weiters beziehen sich die Häufigkeiten auf unterschiedliche Grundgesamtheiten (z.B. Schwangere, Geburten, Geborene, Lebendgeborene, Kinder bestimmter Altersgruppen etc.) und sind daher nicht direkt miteinander vergleichbar. Das Ranking der Häufigkeiten sollte dennoch einen groben Überblick liefern.

Aus der Übersichtsdarstellung wird ersichtlich, dass schwerwiegende (potentiell tödlich endende) Gesundheitsbedrohungen heute sehr selten sind. Dementsprechend machen in der Kategorie der häufigsten Gesundheitsbedrohungen solche mit potentiell lebensbedrohlichen Folgen ein Viertel der dort genannten Erkrankungen aus, während diese beinahe 100% der seltensten Gesundheitsbedrohungen darstellen. Zu diesen, heute seltenen Gesundheitsbedrohungen zählen beispielsweise Infektionen, die in industrialisierten Ländern aufgrund verbesserter allgemeiner Lebensumstände und spezifischer präventiver Maßnahmen einen geringeren Stellenwert im Bezug auf Mortalität und Morbidität der Bevölkerung haben.

Die potentiell tödlichen Gesundheitsbedrohungen aus der Kategorie der häufigsten bzw. häufigen Erkrankungen lassen sich (mit Ausnahme der Extrauterin gravidität) in zwei Hauptgruppen einteilen:

- ☼ der gesamte Bereich der Frühgeburtlichkeit, inkl. deren Ursachen (z.B. Mehrlingsschwangerschaften) und Folgen (z.B.: Hirnblutungen, Asphyxie, Mangelgeborene)

- ☼ sowie ein großer, durch soziodemographische Faktoren (Teenager Schwangerschaften, späte Erstgebärende) oder Lebensumfeld bzw. Lebensstil geprägter Bereich (Drogen- und Alkoholexposition im Mutterleib sowie Rauchen in der Schwangerschaft, Adipositas der Schwangeren und Unfälle im Kindesalter)

Gesundheitsbedrohungen aufgrund soziodemographischer oder „Lebensumfeld“-Faktoren

Betrachtet man zusätzlich jene Gesundheitsbedrohungen, die (potentiell) nachhaltige, schwerwiegende Folgen haben können, finden sich unter den häufigsten bzw. häufigen Gesundheitsbedrohungen

schwerwiegende Folgen:

- ☼ „klassische, medizinische Erkrankungen“ (z.B.: Geburtstraumata, Wochenbettkomplikationen, Hör- und Sehstörungen des Kindes),
- ☼ aber ebenfalls eine Reihe von „neuen Morbiditäten“, die zum Teil durch Lebensbedingungen (z.B.: sozioökonomische Faktoren) oder Lebensstil (mit)verursacht werden. Zu diesen zählen Übergewicht des Kindes, psychische Erkrankung oder Alkoholabhängigkeit der Eltern, psychische, motorische, kognitive und Sprachentwicklungsstörungen des Kindes sowie Gewalt in der Familie,
- ☼ und eine Gruppe, bei welcher vermutlich beide Kategorien zutreffen (Schwangerschaftsabbruch/ Abort, Schwangerschaftsdiabetes und hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Kaiserschnitt, vaginale Infektionen).

neben „klassischer medizinische Erkrankungen“ zahlreiche „neue Morbiditäten“

Folglich greift ein reiner „medizinischer“ Fokus auf potentiell tödlicher Gesundheitsbedrohungen (welcher sich in der ursprünglichen Idee des Mutter-Kind-Passes, die Säuglingssterblichkeit zu reduzieren, widerspiegelt) heute zu kurz.

folglich: rein „medizinischer Fokus“ auf potentiell tödliche Gesundheitsbedrohungen greift heute zu kurz

5 Übersicht zu Risikofaktoren und -gruppen

Wie bereits in Teil I [6] beschrieben bezeichnet man in den Gesundheitswissenschaften und in der Sozial- und Präventivmedizin alle Vorläufer und Prädiktoren von Krankheiten, die empirisch im Bevölkerungsmaßstab erhoben werden, als Risikofaktoren. Durch ihr Einwirken entsteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an der nachfolgenden Krankheit zu erkranken und/oder vorzeitig zu versterben. Die Wirkung von Risikofaktoren ist für die einzelnen Menschen in der Regel nicht kausal oder zwangsläufig. In Teil II [7] wurden auf europäischer Ebene bereits Vorsorge- bzw. Screeningprogramme für bestimmte vulnerable Gruppen identifiziert, welche vermehrt psychosoziale und/oder physische Risikofaktoren aufweisen („Risikogruppen“). Im Folgenden werden jene Risikofaktoren aus Teil I [6], die meist für etliche Gesundheitsbedrohungen/ Erkrankungen prädisponieren bzw. die ein allgemein höheres Erkrankungsrisiko in sich bergen („Risikoschwangerschaft“), zusammenfassend dargestellt, um damit potentielle Risikogruppen identifizieren zu können.

Risikofaktoren sind Vorläufer/ Prädiktoren von Krankheiten

Vorliegen erhöht Erkrankungs-wahrscheinlichkeit,

Individuum erkrankt jedoch nicht zwingend

5.1 Medizinische Risikofaktoren und Erkrankungen der Mutter

Wenngleich Schwangerschaft und Geburt natürliche Prozesse sind, bergen sie Risiken, die bei Frauen im gebärfähigen Alter unterschiedlich häufig vorkommen. Wesentliches Ziel der Mutter-Kind Vorsorge ist die frühe Identifikation der potentiellen oder bereits manifesten Risiken für Schwangere und deren Kind(er). Folgende Faktoren (vgl. Tabelle 5.1-1) führen unter anderem zur Einstufung einer Risikoschwangerschaft:

Ziel der Mutter-Kind - Vorsorge ist die frühe Identifikation von Risiken

Tabelle 5.1-1: Wichtigste Faktoren für Risikoschwangerschaften

Nach Befund	Nach Anamnese
EPH-Gestose	Intrauteriner Fruchttod
Adipositas	Geburt eines toten bzw. geschädigten Kindes
Blutungen in der Spätschwangerschaft	Frühgeburt
Diabetes mellitus	Zustand nach Uterusoperation (Kaiserschnitt, Uterusfehlbildung, Myom)
Blutgruppen-Inkompatibilität	Erhöhtes Gebäralter: Erstgebärende > 32 Jahre Mehrgebärende > 40 Jahre
Mehrlinge	Vielgebärende
Cervixinsuffizienz	vorausgegangene Sterilitätsbehandlung
Hydramnion, Oligohydramnie	Übertragung
Fetale Wachstumsretardierung	
Regelwidrige Kindslagen	

Quelle: Martius J, Novotny A. Gynäkologie, Geburtshilfe und Neonatologie. Lehrbuch für Pflegeberufe. 12 ed. Stuttgart 2006 [9]

Die Häufigkeiten der Risiken haben in den letzten Jahrzehnten nicht zuletzt aufgrund des zunehmenden Gebäralters der Mütter zugenommen.

5.1.1 Österreich

Ö: 40- 50% der Schwangeren weisen mindestens einen Risikofaktor auf

Regionale Daten aus Tirol für das Jahr 2007 ermöglichen die Abbildung der Häufigkeit mit Schwangerschaft assoziierter medizinischer Risikofaktoren und Erkrankungen in Österreich. Wie in Tabelle 5.1-2 ersichtlich, wurde in Tirol bei insgesamt 6.750 Geburten bei 39% der Frauen mindestens ein Risikofaktor seitens der Mutter festgestellt, bei Frauen ab dem 35. Lebensjahr sogar bei fast der Hälfte (46%) der Frauen. In den anderen Bundesländern betragen die entsprechenden Anteile 44% und 48% [10].

Tabelle 5.1-2: Mütterliche Risikofaktoren/ Erkrankungen während der Schwangerschaft für alle Geburten und für Geburten von Müttern ab dem 35. Lebensjahr in Tirol und den anderen Bundesländern im Jahr 2007

Risikofaktoren/ Erkrankungen ²	Tirol							
	Alle Geburten		Geburten von Müttern ≥ 35 Jahre		Alle Geburten		Geburten von Müttern ≥ 35 Jahre	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Geburten insgesamt	6.750	100	1.476	21,9	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Mindestens ein Risikofaktor	2.649	39,2	683	46,3	27.227	44,3	5.945	48,3
Zustand nach Sterilitätsbehandlung	18	0,3	5	0,3	714	1,2	226	1,8
Zustand nach ≥ 2 Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüchen	294	4,4	141	9,6	1.611	2,6	574	4,7
Zustand nach Frühgeburt	251	3,7	89	6,0	577	0,9	149	1,2
Zustand nach Kaiserschnitt	782	11,6	273	18,5	6.025	9,8	1.287	10,5
Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen ³	124	1,8	41	2,8	763	1,2	223	1,8
Terminunklarheit ⁴	602	8,9	119	8,1	1.201	2,0	217	1,8
Mehrlingsschwangerschaft	46	0,7	10	0,7	1.499	2,4	358	2,9
Lageanomalie	33	0,5	5	0,3	1.437	2,3	204	1,7
Placenta praevia ⁵	11	0,2	3	0,2	122	0,2	34	0,3
Vorzeitige Wehentätigkeit	202	3,0	41	2,8	1.504	2,4	265	2,2
Kleinwuchs	16	0,2	3	0,2	776	1,3	171	1,4
Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung ⁶	40	0,6	9	0,6	458	0,7	103	0,8
Abusus ⁷	64	0,9	14	0,9	2.381	3,9	353	2,9
Allergie	106	1,6	24	1,6	7.596	12,4	1.696	13,8
Anämie	6	0,1	1	0,1	124	0,2	21	0,2
Arterielle Hypertonie	32	0,5	7	0,5	885	1,4	198	1,6
Adipositas	64	0,9	13	0,9	2.975	4,8	674	5,5
Diabetes mellitus	12	0,2	5	0,3	662	1,1	148	1,2
Gestationsdiabetes	26	0,4	12	0,8	1.922	3,1	517	4,2

Quelle: Geburtenregister Tirol. Bericht über die Geburtshilfe in Tirol 2007, Anhang, Tabelle 9. Innsbruck: Institut für klinische Epidemiologie der Tilak; 2008 [10]

² Mehrfachnennungen möglich

³ nicht näher bezeichnet

⁴ Eine Terminunklarheit könnte durch einen Ultraschall in der 7. bis 10. SSW durch eine(n) qualifizierte(n) UntersucherIn beseitigt werden [ReviewerInnen-Kommentare].

⁵ Placenta praevia = teilweise oder gänzliche Verlegung des Geburtskanals durch den Mutterkuchen

⁶ nicht näher bezeichnet

⁷ nicht näher bezeichnet

5.1.2 Deutschland

D: 75% der Schwangeren weisen mindestens einen Risikofaktor auf

In Abbildung 5.1-1 sind die Anteile von Frauen mit Schwangerschafts- und Geburtsrisiken jenen ohne Schwangerschafts- und Geburtsrisiken in Deutschland im Jahr 2007 gegenübergestellt. Demnach hatten insgesamt fast drei Viertel der Frauen ein Schwangerschaftsrisiko und ebenso drei Viertel der Frauen ein Geburtsrisiko [11], was nicht zuletzt auf eine detaillierte Anamnese und Dokumentation zurückgeführt werden kann.

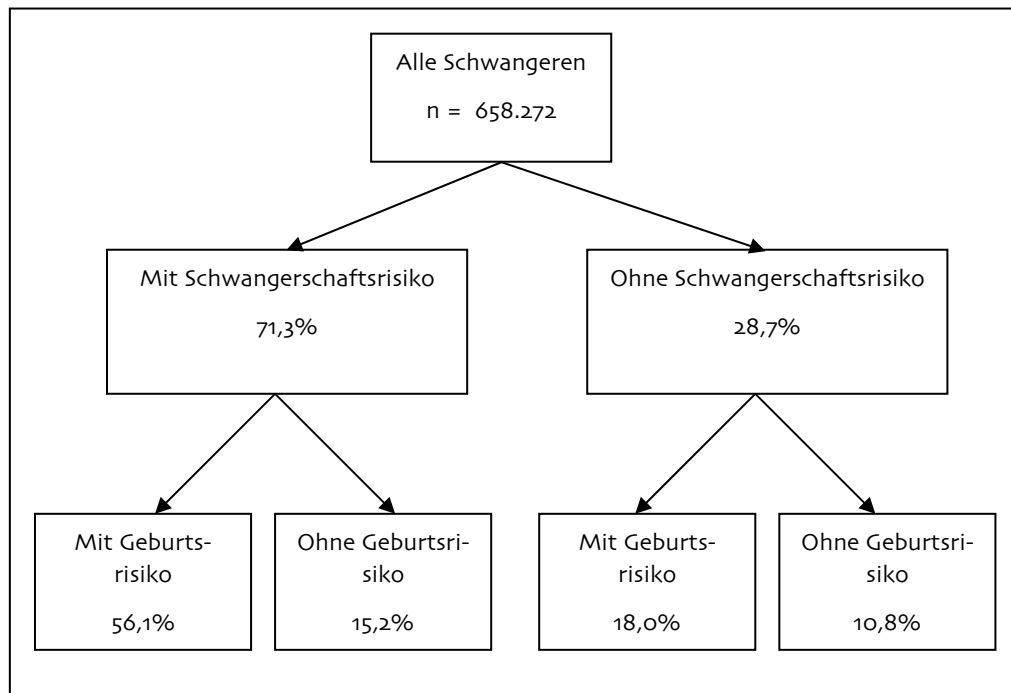


Abbildung 5.1-1: Verteilung von Schwangerschafts- und Geburtsrisiken in Deutschland im Jahr 2007

Quelle: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH. BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS; 2008 [11]

**64% anamnestisches
27% befundetes Risiko**

Bei Frauen mit Schwangerschaftsrisiko hatten rund 64% ein anamnestisches Risiko und fast 27% ein befundetes Risiko [11]. Die Häufigkeit anamnestischer Schwangerschaftsrisiken ist in Tabelle 5.1-3 dargestellt, jene von befundenen Schwangerschaftsrisiken in Tabelle 5.1-4. Es ist zu beachten, dass jeweils Mehrfachnennungen möglich waren. Die Häufigkeit eines Substanzmissbrauchs (Alkohol, Nikotin, Medikamente) wurde laut diesen Tabellen jedoch nicht erhoben.

Tabelle 5.1-3: Häufigkeit unterschiedlicher anamnestischer Schwangerschaftsrisiken in Deutschland im Jahr 2007

Anamnestisches Schwangerschaftsrisiko (mindestens 1 Risiko)	Anteil (%)
Insgesamt	63,6
Allergie	20,9
Familiäre Belastung (Diabetes, arterielle Hypertonie, etc.)	17,5
Schwangere über 35 Jahre	15,5
Zustand nach Kaiserschnitt caesarea	11,2
Frühere eigene schwere Erkrankungen	9,0
Adipositas	6,9
Zustand nach 2 oder mehr Aborten/ Abbrüchen	5,4
Sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde	4,9
Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	3,5
Rasche Schwangerschaftsfolge (< 1 Jahr)	2,3
Besondere psychische Belastung	2,3
Zustand nach Sterilitätsbehandlung	2,2
Zustand nach Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: unter 37 vollendete Wochen)	2,1
Zustand nach anderen Uterus-Operationen	1,7
Besondere soziale Belastung	1,7
Blutungs-/ Thromboseneigung	1,6
Totes/ geschädigtes Kind in der Anamnese	1,5
Skelettanomalien	1,3
Kleinwuchs	0,9
Schwangere unter 18 Jahren	0,9
Frühere Bluttransfusionen	0,8
Diabetes mellitus	0,8
Vielgebärende (mehr als vier Kinder)	0,8
Komplikationen post partum	0,8
Zustand nach Geburt eines hypotrophen Kindes	0,4
Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangener Schwangerschaft)	0,2
Zustand nach HELLP-Syndrom	0,1
Zustand nach Hypertonie	0,1
Zustand nach Eklampsie	0,0

Quelle: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH. BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS; 2008 [11]

Tabelle 5.1-4: Häufigkeit unterschiedlicher befundeter Schwangerschaftsrisiken in Deutschland im Jahr 2007

Befundetes Schwangerschaftsrisiko (mindestens 1 Indikation)	Anteil (%)
Insgesamt	26,7
Sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf	5,0
Vorzeitige Wehentätigkeit	4,2
Abusus	4,1
Gestationsdiabetes	2,7
Terminunklarheit	2,2
Isthmozervikale Insuffizienz	1,7
Arterielle Hypertonie (Blutdruck >140/90 mmHg)	1,7
Lageanomalie	1,6
Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendeten Wochen	1,6
Mehrlingsschwangerschaft	1,5
Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen	1,3
Anämie	1,1
Oligohydramnie	1,0
Plazentainsuffizienz	1,0
Dauermedikation	0,8
Risiko aus anderen serologischen Befunden	0,8
Mittelgradige – schwere Ödeme	0,7
Harnwegsinfektion	0,5
Besondere psychische Belastung	0,4
Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr	0,4
Hyperemesis	0,3
Ausscheidung von 1.000mg Eiweiß pro Liter Urin oder mehr	0,3
Placenta praevia	0,3
Hydramnion	0,3
Besondere soziale Belastung	0,2
Hypotonie	0,2
Indirekter Coombstest positiv	0,1

Quelle: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH. BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS; 2008 [11]

In Tabelle 5.1-5 ist die Häufigkeit unterschiedlicher Geburtsrisiken in Deutschland im Jahr 2007 dargestellt. Auch in diesem Fall waren Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 5.1-5: Häufigkeit unterschiedlicher Geburtsrisiken in Deutschland im Jahr 2007

Geburtsrisiken	Anteil (%)
Insgesamt	100,0
Vorzeitiger Blasensprung	17,0
Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	16,2
Zustand nach Kaiserschnitt caesarea oder anderen Uterusoperationen	11,5
Sonstige	11,4
Überschreitung des Termins	10,4
Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen	9,5
Grünes Fruchtwasser	7,5
Beckenendlage	5,3
Protrahierte Geburt/ Geburtstillstand in der Austreibungsperiode	5,3
Frühgeburt	4,0
Absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	4,0
Protrahierte Geburt/ Geburtstillstand in der Eröffnungsperiode	3,9
Mütterliche Erkrankung	2,9
(Verdacht auf) Plazentainsuffizienz	2,7
Hintere Hinterhauptslage	2,4
Gestose/ Eklampsie	2,2
Diabetes mellitus	2,0
Mehrlingsschwangerschaft	1,6
Hoher Geradstand	1,0
Sonstige regelwidrige Schädellagen	1,0
Mangelnde Kooperationen der Mutter	0,8
(Verdacht auf) Amnioninfektionssyndrom	0,8
Querlage/ Schräglage	0,6
Vorzeitige Plazentalösung	0,5
Sonstige uterine Blutungen	0,5
Vorderhauptslage	0,5
Pathologischer Dopplerbefund	0,5
Placenta praevia	0,4
Fieber unter der Geburt	0,4
HELLP- Syndrom	0,4
Fehlbildung	0,4
Azidose während der Geburt (Fetalblutanalyse)	0,3
Drohende/ erfolgte Uterusruptur	0,3
Schulterdystokie	0,3
Gesichtslage/Stirnlage	0,2
Intrauteriner Fruchttod	0,2
Tiefer Querstand	0,1
Nabelschnurvorfal	0,1
Rh-Inkompatibilität	0,1

Quelle: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH. BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS; 2008 [11]

5.2 Sozial-medizinische Risikogruppen

Schwangerschafts- und Geburtsrisiken

Über die rein medizinischen Risiken (etwa Blutgruppeninkompatibilität oder Stoffwechselerkrankungen) hinaus lassen sich Gruppen identifizieren, die als Basis für eine stärker abgestufte Risikovorsorge dienen können:

5.2.1 Risikogruppe Alter: besonders junge Frauen (≤ 19 J.) und ältere Frauen (≥ 40 J.)

ca 2.500 Neugeborene von Müttern unter 19 J;
ca 2.700 von Müttern über 40 J.

etwa 7-8% aller Schwangerschaften

Risiken aus „Altersgründen“

Insbesondere junge und ältere Frauen tragen gesteigerte Risiken für Frühgeburtlichkeit, Fehlgeburten, perinatale Sterblichkeit und intrauterine Wachstumsstörungen während der Schwangerschaft sowie Entwicklungsstörungen, wie sprachliche und kognitive Entwicklungsdefizite im Kindesalter, aber auch Fehlbildungen: Je 3,5 % der Lebendgeborenen werden von Müttern unter 19 Jahren („Teenager-Schwangerschaften“) oder Müttern über 40 Jahren („Spätgebärende“) zur Welt gebracht. In absoluten Zahlen bedeutet das: 7 Kinder wurden 2008 von Müttern unter 15 Jahren, 2.747 Kinder von Müttern im Alter von 15-19 Jahren, 2.573 von Müttern zwischen 40 und 44 Jahren und 143 von Müttern über 45 Jahren auf die Welt gebracht. Teenager-Schwangerschaften sind tendenziell rückläufig, zumindest stagnierend, die Anzahl Neugeborener von Spätgebärenden verdoppelten sich dagegen in den letzten 10 Jahren. Junge Mütter haben ein höheres Risiko für spätere psychische Erkrankungen.

zahlreiche Risiken steigen mit zunehmendem Alter

aber auch bei sehr jungen Müttern

Mit dem Alter ansteigend ist das Risiko auf extrauterine/ Eileiterschwangerschaften (1% ab 35 Jahren), Glukosestoffwechselstörungen während der Schwangerschaft, Cervixinsuffizienz mit möglicher Folge von Fehlgeburten sowie Plazenta praevia, was wiederum ein erhöhtes Risiko für die ungeborenen Kinder für intrauterine Wachstumsverzögerungen und angeborene Fehlbildungen mit sich führt. Fortgeschrittenes Alter (≥ 40) verdoppelt auch das Risiko auf Gestationshypertonie mit den entsprechenden Folgewirkungen.

Im Gegensatz dazu verdoppelt sich das Risiko für ein Kind mit niedrigem Geburtsgewicht (intrauterine Wachstumsrestriktion) bei sehr jungen Müttern (≤ 17 Jahre), was wiederum Frühgeburtlichkeit, angeborene Fehlbildungen, Kleinwuchs) zur Folge haben kann.

5.2.2 Risikogruppe: Chronische Vor- und Suchterkrankungen

Für Deutschland wird die Inzidenz der "fetal alcohol spectrum disorders" (FASD) auf 1% und die des klinischen Vollbilds des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) auf 0,3% geschätzt. Die Alkoholfetopathie des Neugeborenen ist somit häufiger als das Down-Syndrom (Trisomie 21) mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 0,02%. Auf Österreich umgelegt wären somit bei etwa 76.000 Geburten p. a. zwischen 228 Kinder vom Vollbild des FAS bis 760 Kinder von FASD betroffen. Die Folgen von FAS/D sind komplexe physiologische Fehlbildungen; aber auch Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, der Sprachentwicklung und der Motorik, sowie kognitiven Störungen mit verminderter Merkfähigkeit und Konzentration, aber auch soziale und emotionale Störungen. Alkoholkonsum (u. a. während der Schwangerschaft) ist im Gegensatz zu Rauchen nicht mit niedrigem sozio-ökonomischer Status, sondern mit höherem Schulabschluss, höherem Alter und keinem Migrationshintergrund assoziiert.

Die Prävalenz drogenexponierter Neugeborener in Europa wird mit 7-16% angegeben, was für Österreich (bei 76.000 Lebendgeborenen) etwa 5.320 bis 12.160 bedeuten würde. Entsprechend den deutschen Zahlen, wonach 0,1-0,5% der Kinder bis 18 Jahre drogenabhängige Eltern haben, wären das in Österreich 76- 380 Kinder. Drogenkonsum während der Schwangerschaft führt zu intrauteriner Abhängigkeit mit möglichem intrauterinen und/ oder neonatalem Entzug. Intrauteriner Entzug kann zu Wachstumsretardierung oder auch zum intrauterinen Fruchttod führen. Ebenso kann eine mütterliche Entzugssymptomatik zu akuter Plazentainsuffizienz, Mangelversorgung, Wachstumsretardierung sowie intrauteriner Asphyxie führen.

Rauchen (vgl. unten unter sozio-ökonomische Risikogruppe)

Vorbestehendes Übergewicht oder Adipositas sowie übermäßige Gewichtszunahme während der Schwangerschaft können zu Komplikationen seitens der Mutter und auch des Neugeborenen führen. Entsprechend Tiroler Daten sind 16% der Frauen vor der Schwangerschaft übergewichtig und 7% adipös [10], hochgerechnet auf Gesamtösterreich bedeutet das 12.160 übergewichtige und 5.320 adipöse Schwangere. Zu den Komplikationen zählen ein erhöhtes Abortrisiko, schwangerschaftsinduzierter Bluthochdruck und Diabetes mellitus, Infektionen, Gerinnungsstörungen (Thrombosen) und erhöhte Kaiserschnitttrate. Weiters besteht ein erhöhtes Risiko fetaler Mortalität, Atemwegserkrankungen, perinataler Hypoxie/ Asphyxie, angeborener Fehlbildungen und kindlicher Adipositas. Das Risiko angeborener Fehlbildungen, wie Spina bifida, Omphalocele, Herzfehlbildungen und multipler Fehlbildungen, steigt mit zunehmendem Body Mass Index (BMI) der Mutter.

Übergewicht ist ein stark begünstigender Faktor für Schwangerschaftsdiabetes, aber auch sich manifestierenden (ev. bislang unerkannten) Diabetes mellitus und in Folge Komplikationen wie Präeklampsie, kindliche Fehlbildungen, Schwangerschaftsinfektionen, akutes Atemnotsyndrom des Kindes während der Geburt, die Geburt eines makrosomen Kindes und damit einhergehend Geburtsverletzungen bei der Mutter, interventionsbedürftige metabolische Störungen und letztendlich wieder Glukosetoleranzstörungen und Übergewicht des Kindes. Im Jahr 2007 hatten laut Geburtenregister 1% der Frauen einen manifesten Diabetes mellitus während der Schwangerschaft und weitere 3% einen Gestationsdiabetes [10].

Suchterkrankungen 0,4 - 1,5%

Alkohol-Beeinträchtigungen 0,3- 1% mit unterschiedlicher Ausprägung

Schätzung für Ö: 228- 760 Neugeborene pro Jahr betroffen

Drogen hohe Exposition von Kinder bis 18 Jahre

Schätzung für Ö: 76-380 Kinder mit drogenabhängigen Eltern

Adipositas Inzidenzen aus Tirol: 16% übergewichtige und 7% adipöse Schwangere

Hochrechnung für Ö: 12.160 übergewichtige, 5.320 adipöse Schwangere

manifester Diabetes mellitus: 1%

Gestationsdiabetes: 3%

**Bluthochdruck,
oft gepaart mit
Übergewicht und
Diabetes mellitus**

Chronische vorbestehende hypertensive Erkrankungen oft/ meist gepaart mit Übergewicht können wiederum Präeklampsie, Eklampsie, das HELLP-Syndrom, Ödeme, Proteinurie zur Folge haben. Ein vorbestehender Diabetes mellitus und/ oder ein BMI ≥ 35 vervierfachen das Risiko eine Präeklampsie. Im Jahr 2007 hatten 1,4% der Schwangeren in Österreich Bluthochdruck [10]. Präeklampsie ist auch die häufigste Ursache für Müttersterblichkeit (2002-2008) und perinataler Morbidität (etwa intrauterine Wachstumsrestriktionen) und Mortalität.

Nicht zuletzt sind weitere Vorerkrankungen der Mutter (etwa chronische Lungen- oder Nierenerkrankungen), aber auch geringe Körpergröße und – gewicht der Mutter/ vorangegangene Fehl- und Frühgeburten, Schwangerschaftsabbruch, Uterusoperationen vorbestehende Risiken.

5.2.3 Risikogruppe: Frauen und Kinder in deprivierten sozio-ökonomischen Umständen

**größte Risikogruppe
Gefahr der
Diskriminierung**

Über sozio-ökonomische Verhältnisse als begünstigende Faktoren zu schreiben, birgt die Gefahr der sozialen Diskriminierung in sich oder aber, was hier bezweckt wird, das Ansprechen von nicht medizinischen Risiken, die auch nicht durch gesundheitspolitische Maßnahmen (allein), sondern Arbeitsmarkt-, sozial- und bildungspolitische Maßnahmen (HIA/ Health in All Policies), beeinflusst werden können.

**Adipositas,
Nikotinabusus,
Alkohol,
Depression,
Angstzustände,
Bluthochdruck**

Frauen, die unter sozio-ökonomischen Umständen leben (müssen), die überfordernd (Broterwerb *und* Kindererziehung ohne Unterstützung durch Vater oder soziales Netzwerk) oder bedrohlich (arbeitslos und armutsgefährdet) sind, leiden deutlich häufiger an physischen (u. a. Adipositas, Nikotinabusus, Alkohol etc.) oder psychischen Erkrankungen (Depression etc.) und tragen damit Risiken für sich und/ oder das Kind in der Schwangerschaft, während der Geburt und in der (frühen) Kindheit.

**etwa 100.000
Alleinerzieherinnen
davon ein Drittel
armutsgefährdet**

Im Jahr 2009 wurden 114.000 Ein-Eltern-Familien gezählt, 92% sind Frauen: Es ist also davon auszugehen, dass es etwa 100.000 Alleinerzieherinnen in Österreich gibt. Da 87% der Kinder nach der Trennung bei ihren Müttern bleiben, entspricht auch das in etwa der Größenordnung. Gleichzeitig sind etwa ein Fünftel der in Österreich lebenden Menschen von Armut betroffen, wobei wiederum Frauen mit 22% gegenüber Männern mit 18% stärker betroffen sind. Von Armutsgefährdung deutlich häufiger betroffen sind Ein-Elternhaushalte mit 32% (also etwa 32.000 Alleinerzieherinnen leben armutsgefährdet). Niedrige Bildung (16,8% der geborenen Kinder hatten 2008 Mütter mit nur Pflichtschulabschluss und 29,8% mit zusätzlicher Lehre) und Migrationshintergrund (17% der Bevölkerung über 15 Jahre, aber 23% der im Jahr 2008 geborenen Kinder) sind wiederum zusätzliche begünstigende Faktoren für Arbeitslosigkeit und Armutsgefährdung: So waren im Jahr 2009 doppelte so viele Nicht-Österreicherinnen arbeitslos (9,4%) als Österreicherinnen (4%).

**zusätzliche
begünstigende
Faktoren:
niedrige Schulbildung,
Migrationshintergrund**

**chronische
Erkrankungen
signifikant häufiger**

Beim Vergleich des Auftretens spezifischer *chronischer Krankheiten*, die in der Schwangerschaft und Mutterschaft besondere Bedeutung haben, zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe wird deutlich, dass chronische Angstzustände und Depression sowie Adipositas, Bluthochdruck und Diabetes bei Frauen der niedrigsten Einkommensgruppe signifikant häufiger auftreten als bei Frauen und Männern der höchsten Einkommensgruppe. Auch 82% der Teenager-Schwangerschaften sind/ bleiben

Mütter mit (nur) Pflicht- oder Lehrabschluss und finden sich auch wiederum häufiger Migrantinnen. Eine Ausnahme bilden Allergien, welche bei beiden Geschlechtern seltener in der Armutsrisikogruppe auftreten.

Arbeitslose oder dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (jeglichen Alters, nicht nur im gebärfähigen Alter) haben ein doppelt so hohes Risiko für Nikotinabusus, aber auch an Vorsorgeuntersuchungen (u.a. Mutter-Kind Pass) nicht teilzunehmen, ein dreifach höheres Risiko für Adipositas, aber auch Angst und Depression (3 bis 8-fach höher!) sowie ein vierfach höheres Risiko für Diabetes. Auch haben Migrantinnen ein doppelt so hohes Risiko für Diabetes, Frauen mit Pflichtschulbildung für Adipositas und Nikotin-Abusus. Aber auch Schwangerschaftsabbrüche sind unter armutsgefährdeten Umständen deutlich häufiger.

2-faches Risiko: Nikotinabusus,
3-faches: Adipositas,
4-faches: Diabetes
3 bis 8 faches:
Depression und Angst

Etwa 10% (Schätzungen gehen bis 30%; 7.600 bis 22.800) der werdenden Mütter rauchen, und hier deutlich häufiger Schwangere mit niedrigem sozio-ökonomischen Status, arbeitslose Frauen, Alleinerzieherinnen, Frühgebärende, aus schwierigem sozialem Umfeld. Indirekte Nikotinexposition im Mutterleib kann sich sowohl auf die pränatale als auch auf die postnatale Entwicklung des Kindes negativ auswirken. Zu den gesicherten negativen Folgen gehören pränatale Wachstumsstörungen, erhöhte Fehl-, Tot- und Frühgeburtsraten, geringes Geburtsgewicht sowie ein erhöhtes Risiko für plötzlichen Kindstod, Atemwegserkrankungen, Allergien, Asthma und Leukämie. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass es bei exponierten Kindern im Laufe der weiteren Entwicklung zu einer Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit kommt mit einer um durchschnittlich 5 bis 7 Intelligenzquotient (IQ) -Punkte niedrigeren Intelligenz. Weiters zeigten diese Kinder eine eingeschränkte sozial-emotionale Entwicklung mit 2- bis 3-mal häufiger auftretenden Verhaltensauffälligkeiten, vorwiegend in Form externer Verhaltensstörungen. Indirekte Nikotinexposition im Mutterleib wird als unabhängiger Risikofaktor für eine Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) angenommen. Auch für das Passivrauchen während der Schwangerschaft konnten nachteilige Effekte, wie geringeres Geburtsgewicht, größere Körperlänge, tendenziell geringerer Kopfumfang sowie erhöhtes Risiko für angeborene Fehlbildungen, nachgewiesen werden.

10- 30% Nikotinabusus bei Schwangeren

Wenngleich Gewalt an Frauen und Kindern grundsätzlich unabhängig von sozio-ökonomischen Umständen ist, sind Arbeitslosigkeit, Armut, unzureichende Wohnverhältnisse, Sucht etc. begünstigende Faktoren für „häusliche Gewalt“, die bei Kindern zu zahlreichen Folgen wie Vernachlässigung, nicht-organische Gedeihstörungen, Minderwuchs, psychischen, kognitiven und emotionale Entwicklungsstörungen führen kann.

begünstigende Faktoren für Gewalt

Substanzenabusus, fehlende Teilnahme an pränataler Vorsorge oder Mangel an sozialer Unterstützung, niedriger sozio-ökonomischer Status, ethnische Herkunft und hohe Stressbelastung durch Umfeldbedingungen sind wesentliche Faktoren für Frühgeburtlichkeit (Österreich ist mit 11% EU-Spitzenreiter).

Frühgeburtlichkeit

Da Entwicklungsverzögerungen und/ oder motorische wie kognitive Störungen von Kindern ebenfalls in hohem Ausmaß mit perinatalen Komplikationen, Frühgeburtlichkeit, niedrigem Bildungs- und Sozialstatus und ethnischer Herkunft assoziiert sind, bestehen auch langfristige Risiken in früher Kindheit und Jugend.

5.2.4 Risikogruppe: Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeborene

**1,7% aller Geburten
(1.324) sind Mehrlinge**

Mehrlingsschwangerschaften, die unter anderem auf die Reproduktionsmedizin zurückzuführen sind (Mehrlingsschwangerschaften haben sich seit 1974 fast verdoppelt von 0,9% auf 1,7% aller Geburten), sind eine wesentliche Ursache für Frühgeburtlichkeit. Mütter mit Mehrlingsschwangerschaften haben ein erhöhtes Risiko für Präeklampsie, Schwangerschaftsanämie, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, frühzeitige Wehen, vermehrte Infektionen, Lageanomalien und in der Folge für Kaiserschnitte. Die Kinder/ Mehrlinge haben ein erhöhtes Risiko für perinatale Mortalität und Morbidität, sowie intrauterine Wachstumsverzögerungen. Eineiige Zwillinge haben ein 4 bis 6-faches Risiko für Fehlbildungen.

Schwangerschaftsabbrüche/ Aborte, Totgeburten, geringes Körpergewicht und geringe –höhe, aber auch Nikotinabusus, Übergewicht, Alter

Weitere Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit sind vorangegangene Schwangerschaftsabbrüche/ Aborte, Totgeburten, geringes Körpergewicht und geringe –höhe, aber auch Nikotinabusus, Übergewicht, Alter der Mutter und vorangegangene Geburten bei bereits fortgeschrittenem Alter.

In Tabelle 5.2-1 sind Frühgeborenenraten in Abhängigkeit verschiedener Risikokonstellationen der Mutter dargestellt [12].

Tabelle 5.2-1 Frühgeborenenrate in Abhängigkeit verschiedener mütterlicher Merkmale

Mütterliche Merkmale	Frühgeborenenrate ≤36.SSW (%)
1. ≥2 Abbrüche ≥2 Aborte ≥1 Totgeburten	27,5
2. ≥2 Abbrüche 1 Abort ≥1 Totgeburten	25,0
3. 1 Abbruch ≥2 Aborte ≥1 Totgeburten	23,9
4. 0 Abbrüche ≥2 Aborte ≥1 Totgeburten	21,3
5. 1 Abbruch 1 Abort ≥1 Totgeburten	21,1
5. Zustand nach Frühgeburt	21,1
6. ≥2 Abbrüche ≥2 Aborte 0 Totgeburten	19,1
7. ≥2 Abbrüche 0 Aborte ≥1 Totgeburten	19,0
8. 1 Abbruch 0 Aborte ≥1 Totgeburten	17,1
9. 0 Abbrüche 1 Abort ≥1 Totgeburten	17,0
10. 0 Abbrüche 0 Aborte ≥1 Totgeburten	15,0
11. 1 Abbruch ≥2 Aborte 0 Totgeburten	14,2
12. ≥2 Abbrüche 1 Abort 0 Totgeburten	12,4
13. ≥40 Jahre ≥3 Lebendgeburten	11,3
14. ≤45 kg Körpergewicht ≤155 cm Körperhöhe	11,2
14. 0 Abbrüche ≥2 Aborte 0 Totgeburten	11,2
15. ≥11 Zigaretten pro Tag	10,0
16. ≥2 Abbrüche 0 Aborte 0 Totgeburten	9,8
16. 1 Abbruch 1 Abort 0 Totgeburten	9,8
17. ≥70 kg Körpergewicht ≤155 cm Körperhöhe	9,7
18. ≤50 kg Körpergewicht 156-164 Körperhöhe	9,6
19. ≥31 Jahre 0 Lebendgeburten	9,3

Mütterliche Merkmale			Frühgeborenenrate ≤36.SSW (%)
20.		46-69 kg Körpergewicht ≤155 cm Körperhöhe	8,9
21.		≤54 kg Körpergewicht 165-173 Körperhöhe	8,6
21.		≥37 Jahre 2 Lebendgeburten	8,6
22.		≤39 Jahre ≥3 Lebendgeburten	8,2
23.		≤21 Jahre 0 Lebendgeburten	8,1
24.		≤21 Jahre 1 Totgeburt	7,8
24.	1 Abbruch	0 Aborte 0 Totgeburten	7,8
25.	0 Abbrüche	1 Abort 0 Totgeburten	7,7
25.		1-10 Zigaretten pro Tag	7,7
25.		≤25 Jahre 2 Lebendgeburten	7,7
25.		≥75 kg Körpergewicht 156-164 Körperhöhe	7,7
26.		22-30 Jahre 0 Lebendgeburten	7,6
27.		≥35 Jahre 1 Lebendgeburt	7,4
27.		≤60 kg Körpergewicht ≥174 Körperhöhe	7,4
28.		51-74 Körpergewicht 156-164 Körperhöhe	7,3
29.		≥81 kg Körpergewicht 165-173 cm Körperhöhe	6,7
30.	0 Abbrüche	0 Aborte 0 Totgeburten	6,5
30.		0 Zigaretten pro Tag	6,5
31.		55-80 kg Körpergewicht 165-173 cm Körperhöhe	6,3
32.		26-36 Jahre 2 Lebendgeburten	6,1
33.		≥89 kg Körpergewicht ≥174 cm Körperhöhe	5,6
34.		61-88 kg Körpergewicht ≥174 cm Körperhöhe	5,4
35.		22-34 Jahre 1 Lebendgeburt	5,1

Mit freundlicher Genehmigung von PD DDr. Manfred Voigt.

Quelle: Voigt, M. et al; Evaluierung von mütterlichen Merkmalen als Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit (Einzel- und Kombinationswirkung); Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2009 (213): 138-46 [12]

Frühgeburtlichkeit hat gravierende Folgen: Neben der Säuglingssterblichkeit Frühgeborener, ist die Morbidität deutlich höher. Die häufigsten Gesundheitsbedrohungen Frühgeborener umfassen Lungenunreife, Hirnblutungen, Infektionen, Blutdruckschwankungen, Zerebralpareesen im frühen Kindesalter, dann motorische und sensorische (Seh- und Hörstörungen) Beeinträchtigungen, Entwicklungsverzögerungen und kognitive Beeinträchtigungen. Insgesamt sind in Österreich 11% aller Kinder Frühgeborene (bei 76.000 also etwa 8.360).

Frühgeburtlichkeit hat gravierende Folgen

11% aller Geburten sind zu früh

6 „Eltern-Kind-Vorsorge“- Gesundheitsförderung, Prävention oder Screening?

Für die Diskussion über eine Neuorientierung in der Eltern-Kind-Vorsorge ist es aufgrund unterschiedlicher Ausgangssituationen und Ansatzpunkte notwendig, zwischen Gesundheitsförderung, primärer bzw. sekundärer Prävention und Screening zu unterscheiden.

Unterscheidung aufgrund unterschiedlicher Ansatzpunkte notwendig

6.1 Gesundheitsförderung

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wurde erstmals in der Ottawa-Charta 1986 definiert und in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert 1997 weiterentwickelt. Gesundheitsförderung wird demnach als ein Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese durch Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten zu verbessern.

Gesundheitsförderung: salutogenetisch orientiert
- Gesundheit erhalten/wiederherstellen

Gesundheitsförderung hat einen starken Fokus auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten und strebt die Herstellung von Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit an. Sie verfolgt dabei einen salutogenetischen Ansatz, das bedeutet, dass nicht das Verhindern von Krankheit, sondern der Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung von Gesundheit im Mittelpunkt der Maßnahmen stehen. Interventionen sollten nicht nur auf eine Verhaltensänderung der Menschen abzielen (z.B. RaucherInnenentwöhnung), sondern auch „verhältnispräventive Änderungen“ (z.B. Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden oder in Lokalen) anstreben.

Fokus auf Chancengleichheit
Veränderung des Verhaltens und der Verhältnisse

6.1.1 Beispiele für Gesundheitsförderung in der Eltern-Kind-Vorsorge

Wie in Kapitel 5.4 beschrieben, zeigen Familien aus deprivierten sozio-ökonomischen Verhältnissen (z.B.: auf Basis des Einkommens, der Arbeitsverhältnisse, des Bildungsniveaus, der Familiensituation, des Migrationshintergrundes etc.) ein weniger „gesundheitsförderliches Verhalten“ und haben ein höheres Risiko für Erkrankungen während der Schwangerschaft, der Geburt und in der Kindheit. Daher bedeutet Gesundheitsförderung in der Eltern-Kind-Vorsorge diese „Gegebenheiten“ in ihrem Ursprung beispielsweise durch Arbeitsmarkt-, sozial- und bildungspolitische Maßnahmen („Health in All Policies“) zu beeinflussen. Eine umfassende Bewegungsförderung im Kindesalter kann beispielsweise nicht nur der Verbesserung der motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten dienen, sondern auch der Persönlichkeitsentwicklung durch Vermittlung von Selbstvertrauen, sozialer Kompetenzen und Motivation [13] oder den Anteil übergewichtiger Kinder reduzieren. Beispiele über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) mitfinanzierte, gesundheitsfördernde Modellprojekte wurden in Teil III (siehe dort, Tabelle 10.2-1) [8] gegeben.

Arbeitsmarkt-, sozial- und bildungspolitische Maßnahmen zur Verringerung sozialer Ungleichheit
eine Maßnahme hat zahlreiche positive Effekte, z.B:
Bewegungsförderung der Kinder
bessere motorische Entwicklung, mehr Selbstvertrauen und soziale Kompetenz, Normalgewicht...

6.2 Primäre Prävention

Prävention („Vorsorge“)
 pathogenetisch
 orientiert
 Verhinderung von
 Krankheit
 durch Beseitigung von
 (spezifischen)
 Krankheitsursachen

Prävention ist vom lateinischen Wort „*praevenire*“ (= zuvorkommen) abgeleitet und bedeutet Krankheits- und Unfallverhütung. Für den Begriff Prävention werden synonym auch die Begriffe Gesundheitsschutz, Vorsorge, Vorbeugung und Prophylaxe verwendet.

Primäre Präventionsmaßnahmen verfolgen einen pathogenetischen (an Risiken für Erkrankungen orientierten) Ansatz: sie umfassen alle Interventionen zur Beseitigung von Krankheitsursachen vor Eintritt einer fassbaren biologischen bzw. biopsychosozialen Schädigung des Individuums, z.B. durch Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren der Exposition bzw. durch die Verhinderung bzw. Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren, aber auch durch Schutzimpfungen oder die Veränderung von Umweltfaktoren, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind. Eine wesentliche Voraussetzung für primäre Präventionsmaßnahmen ist daher, dass die Ursache der Gesundheitsbedrohung bekannt und vermeidbar ist.

immer sinnvoll, jedoch
 besonders dann, wenn
 keine Behandlung der
 Erkrankung möglich

Um die Morbidität und deren Folgen zu verringern, sind besonders dann primäre Präventionsmaßnahmen notwendig, wenn eine Früherkennung (Screening) die Folgen einer zuvor nicht entdeckten, aber bereits eingetretenen Erkrankung nicht mehr zu verändern vermag (siehe Voraussetzungen für Screening, Kapitel 6.3). Primäre Prävention ist jedoch auch dann sinnvoll, wenn die folgende Erkrankung behandelbar ist. Daher lässt sich bei einigen Gesundheitsbedrohungen nicht scharf zwischen primärer Prävention und Screening trennen. Mögliche „Vorsorge“-maßnahmen müssen nicht zwangsläufig zwischen Prävention ODER Früherkennung unterscheiden, sondern können beide Aspekte berücksichtigen.

6.2.1 Beispiele für primäre Präventionsmaßnahmen in der Eltern-Kind-Vorsorge

Plötzlicher Säuglingstod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS)

SIDS
 Kenntnis von
 vermeidbaren
 Risikofaktoren führte zu
 SIDS-Präventions-
 maßnahmen und
 Rückgang der Todesfälle

Der Rückgang der SIDS Todesfälle in Österreich in den letzten zwei Jahrzehnten ist vor allem auf die zunehmende Kenntnis der Risikofaktoren für SIDS verbunden mit der Einführung flächendeckender Präventionsmaßnahmen zurückzuführen [14]. Die Aufklärung über vermeidbare Risikofaktoren des SIDS wie etwa Schlaf-Position und Schlaf-Umgebung ist dabei die wichtigste präventive Maßnahme. In Österreich erfolgt die Aufklärung der Eltern über Plakate, Informationsbroschüren, der Einrichtung von SIDS-Ambulanzen, SIDS-Risiko Fragebögen sowie Informationen über das Internet [15]. Im Gegensatz dazu hat die Verwendung von Heimmonitoren (Monitoren von Sauerstoffsättigung/ Herzfrequenz und Alarmierung bei Unterschreitung eines Grenzwertes) zur SIDS-Prävention weder bei Kindern mit Apnoen noch bei Risikokindern (Zwillinge von SIDS-Fällen) in Studien zu einer Verringerung der Mortalität geführt, und wird daher von der American Academy of Pediatrics zur SIDS Prävention nicht empfohlen [16]. Auch die SIDS- Arbeitsgruppe der österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) empfiehlt das Heimmonitoring sowie die Schlaf-laboruntersuchung nur in seltenen Fällen bei entsprechender medizinischer Indikation [14].

Unfälle

Ein weiteres Beispiel für Präventionsmaßnahmen im Kindesalter stellen Bemühungen dar, Unfälle und deren Folgen zu vermeiden. Im Säuglings- und Kleinkindalter tragen die Eltern durch Schutzmaßnahmen und besonders durch Aufmerksamkeit dazu bei, Unfälle von Kindern zu vermeiden. Beispiele für (individuelle) Präventionsmaßnahmen sind vorschriftsmäßig verwendete Kindersitze oder gesicherte Privat-Schwimmbäder, aber auch Maßnahmen zur Unfallprävention im öffentlichen Bereich wie Tempolimits in Ortschaften etc. Durch die Implementierung entsprechender Präventionsmaßnahmen könnte ein Großteil der Unfälle vermieden werden [17]. Handlungsbedarf leitet sich von der nach wie vor hohen Anzahl an Kinderunfällen ab, die bei Buben nach wie vor die häufigste Todesursache im Kindesalter darstellen.

Alkoholembryopathie

Ein weiteres Beispiel für eine Erkrankung, die bei Diagnose nicht mehr therapierbar und daher unbedingt zu vermeiden wäre (wie SIDS oder bereits eingetretene Unfallfolgen), stellt die fetale Alkoholembryopathie dar [18]. Da es sich bei Alkohol in der Schwangerschaft um einen Problembereich handelt, der nicht auf sozioökonomisch benachteiligte Gruppen reduziert ist (sondern sogar in höheren sozioökonomischen Schichten häufiger vorkommt) sind Präventionsmaßnahmen für alle sozialen Schichten sinnvoll [19].

Rauchen

Bezüglich des Rauchens in der Schwangerschaft stellen, neben Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf der Ebene der Gesamtbevölkerung, die zielgruppenspezifische Information, aber auch Entwöhnungsmaßnahmen oder Maßnahmen zur Rückfallsprophylaxe [19] Präventionsmaßnahmen dar. Voraussetzung ist allerdings, dass identifizierte Risikopopulationen diesen zielgerichteten Präventionsmaßnahmen bzw. Interventionen zugeführt werden [20].

Zahngesundheit

Daten zur Zahngesundheit weisen in Österreich auf deren Verbesserung hin. Die Eckpfeiler der Kariesprävention sind eine zahngesunde Ernährung, effiziente Mundhygiene, ausreichende Fluoridierung sowie der regelmäßige Besuch bei Zahnärztin/ Zahnarzt [21, 22]. Es wird grundsätzlich empfohlen, dass Eltern sich regelmäßig um die Mundhygiene ihrer Kinder kümmern und im Rahmen der Zahnpflege des Milchgebisses das Nachputzen übernehmen, um mit Sicherheit alle Zahnbeläge zu entfernen (da dies nur bei 39% der Sechsjährigen durchgeführt wird, besteht hier sicherlich noch ein Verbesserungsbedarf) [22]. Eine höhere Kariesprävalenz ist vor allem bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten sowie Kindern mit Migrationshintergrund (in allen sozialen Schichten) zu finden [21-24]. Dieses in Teil I beschriebene Phänomen der Polarisierung lässt daher keinen Zweifel an der Notwendigkeit der Verbesserung von Präventionsmaßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen aufkommen [24, 25]. Dementsprechend wichtig ist die Entwicklung und Implementierung von Prophylaxeprogrammen für Risikogruppen, wie zum Beispiel die kostenlose Versiegelung der Kauflächen im Bereich der Backenzähne mit einer Kunststoffschicht, um diese vor Kariesbefall zu schützen [22, 24]. In Österreich ist jedoch bei 97% der 6-jährigen Kinder noch keine Kaufläche versiegelt [24].

Unfallprävention

individuell oder strukturell

Verbesserungspotential gegeben

Alkohol-Prävention für alle sozialen Schichten zur Vermeidung der nicht behandelbaren Folgen

neben Gesundheitsförderung Raucherinnen-Präventionsmaßnahmen für Risikopopulation

Polarisierung bei Zahngesundheit zeigt Schwächen der Kariesprävention bei sozial Benachteiligten

Psychische Gesundheit/ Entwicklung von Kindern psychisch belasteter/ kranker Eltern

**Prävention umfasst
Behandlung der Eltern
sowie spezielle Hilfen**

Neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung des psychisch kranken Elternteils zählen zu möglichen Präventionsmaßnahmen die sogenannte Psychoedukation der Kinder (z. B. die kindgerechte Information über die psychische Erkrankung des Elternteils) sowie spezielle Hilfen, wie beispielsweise sozialpädagogische Familienhilfen oder Gruppen für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern [26].

6.3 Sekundäre Prävention/ Screening

**Sekundäre Prävention
Früherkennung von
Krankheiten bzw. deren
Vorstadien oder
Risikofaktoren**

Sekundäre Prävention bezeichnet die Früherkennung von Krankheiten bzw. deren Vorstadien oder Risikofaktoren, bevor Beschwerden oder Krankheits-symptome auftreten. Als Zielgruppe gelten dabei Personen, die schon eine Erkrankung bzw. einen Risikofaktor für Erkrankungen haben, von der/dem sie jedoch noch nichts wissen oder die noch nicht diagnostiziert wurden.

Screening

**Filteruntersuchungen
zur Früherkennung auf
Bevölkerungsebene**

Um das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums zu verhindern, werden zur Früherkennung Filteruntersuchungen (engl.: „Screenings“) in ausgewählten Bevölkerungsgruppen durchgeführt, wobei die Erkrankung in der untersuchten Population ausreichend häufig sein muss. Je länger eine Krankheit in der asymptomatischen/ präklinischen Phase verläuft, desto größer ist die Chance, in dieser Zeit mit einem Screeningtest „wahrscheinlich kranke“ von „wahrscheinlich nicht erkrankten“ Personen zu unterscheiden. Die Ergebnisse der Screeninguntersuchung müssen dann im Anschluss durch eine diagnostische Abklärung verifiziert oder falsifiziert werden. Ein Screening-Programm sollte die Krankheitslast der Bevölkerung reduzieren (Reduktion der Morbidität und Mortalität sowie Verbesserung der Lebensqualität)- Screening beeinflusst jedoch im Gegensatz zur primären Prävention nicht die Inzidenz der Erkrankung selbst, sondern deren Folgen (die identifizierten Personen weisen bereits asymptomatische Krankheitsvorstadien auf). Wenn eine Erkrankung in einem klinischen Stadium erfolgreich therapierbar ist, besteht keine Notwendigkeit für ein Screening. Für nicht behandelbare Erkrankungen sollte ein Screening ebenfalls nicht zur Anwendung kommen. Die in Screening-Programmen eingesetzten Testverfahren sollten eine hohe Testgüte besitzen, also einerseits mit hoher Wahrscheinlichkeit präklinische Fälle zutreffend als wahrscheinlich Kranke identifizieren (hohe Sensitivität) und gleichzeitig andererseits Nichterkrankte korrekt als Gesunde identifizieren (hohe Spezifität).

**keine Beeinflussung der
Krankheitshäufigkeit
(wie bei primärer
Prävention), aber
Reduktion der Folgen**

**Unterscheidung in
„wahrscheinlich krank“
bzw. „wahrscheinlich
gesund“**

**diverse
Voraussetzungen
müssen erfüllt sein**

**soll Nutzen, kann aber
auch Schaden für
Individuen haben**

**z.B.: Verunsicherung,
Überdiagnose/
Übertherapie**

Bei bevölkerungsbezogenen Screening-Untersuchungen ist zu beachten, dass diese für Individuen nicht nur Nutzen, sondern auch Schaden haben können. Zu diesen potentiellen unerwünschten Wirkungen des Screenings zählen Verunsicherung, Überdiagnosen und damit Übertherapien, die nicht notwendig wären und ohne die Screening-Ergebnisse auch nicht durchgeführt worden wären. Um die Nutzen-Schaden-Bilanz für die Bevölkerung positiv zu halten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein und Qualitätskriterien eingehalten werden [27]. Der wissenschaftliche Nachweis des Nutzens eines Früherkennungsverfahrens sollte gegeben sein. Eine Ressourcen-Einsparung und Verminderung unerwünschter Wirkungen kann eventuell durch selektives Screening erzielt werden. Dieses Vorgehen bedeutet,

dass nur jene Bevölkerungsgruppe gescreent wird, die ein über dem Durchschnitt liegendes Erkrankungsrisiko hat.

Auch die Identifikation dieser Risikogruppen, in welchen das Auftreten einer Erkrankung wahrscheinlicher ist, kann als Screeningmaßnahme aufgefasst werden (hier liegen bereits Risikofaktoren vor, die Erkrankung selbst ist jedoch noch nicht eingetreten) und daher theoretisch auch auf die Identifikation sozioökonomisch vulnerabler Gruppen angewendet werden. Wie bereits in Teil II beschrieben, kann dieses „Screening“ jedoch als unerwünschte Wirkung zu Stigmatisierung einer Bevölkerungsgruppe führen.

bei „Screening“ auf Risikogruppen ev. Stigmatisierung

6.3.1 Beispiele für Screeningmaßnahmen in der Eltern-Kind-Vorsorge

Häusliche Gewalt/ Gewalt in der Schwangerschaft

Im Frauenbericht 2010 wird festgehalten: „Familiäre Gewalt blieb trotz der während der letzten Jahrzehnte erfolgten veränderten Auffassung von Beziehungsstrukturen – von patriarchal hin zu partnerschaftlich –, die auch in nationalen Gesetzgebungen ihren Niederschlag fand, weitgehend ein gesellschaftlicher Tabubereich (und ist es zum Teil heute noch)“ [28]. Dem Gesundheitswesen wird in der Erfassung häuslicher Gewalt eine Schlüsselrolle zugesprochen. Gleichzeitig wird jedoch auf die mangelnde Sensibilisierung gegenüber Gewalt in der Familie in diesem Bereich hingewiesen [29]. Um das schwierige Thema Gewalt überhaupt ansprechen, mögliche Anzeichen von Gewalt rasch erkennen und die betroffenen Frauen an Beratungs- und Hilfeinrichtungen verweisen zu können, wurde für MitarbeiterInnen im medizinischen Versorgungssystem vom Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend ein Leitfaden ("Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis") herausgegeben [30]. Da die meisten ÄrztInnen und Hebammen in der Schwangerenbetreuung nicht nach Gewalt in Beziehungen fragen, wurde in einem EU- Projekt zu Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft ein detaillierter Screening-Fragebogen entwickelt und eine detaillierte Anleitung zu dessen Anwendung gegeben [31]. Der Fragebogen ist Teil der medizinischen Untersuchung und konzentriert sich in erster Linie auf das Verhalten des aktuellen Partners. Er beinhaltet Fragen zu physischer, sexueller aber auch psychischer Gewalt und kontrollierendem Verhalten sowie zu potentiellen Erfahrungen der Kinder, die entweder Zeugen von Gewalt an der Mutter (zusehen, zuhören) wurden oder selbst unmittelbar betroffen waren.

häusliche Gewalt
Tabuthema

spezifischer Screeningfragebogen soll im Rahmen der Schwangerenuntersuchung Thematisierung unterstützen

Gestationsdiabetes

Gestationsdiabetes
unterschiedliche
Durchführungsmodi des
Screenings (ein-,
zweizeitig)
keine Studien- kein
Nachweis der
Wirksamkeit,
Reduktion von
perinatalen
Komplikationen wird
dennoch vermutet

Seit dem Jahr 2010 erfolgt in Österreich im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchung ein (einzeitiges) Screening aller Schwangeren auf Gestationsdiabetes mittels oralem Glukosetoleranztest (oGTT). Die Österreichische Diabetes Gesellschaft gibt in ihren Leitlinien einen Algorithmus zur Diagnose und Therapie des Schwangerschaftsdiabetes wieder [32]. Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) identifizierte in einer rezenten Übersichtsarbeit zu Screening auf Gestationsdiabetes Studien, bei welchen das Screening in einem zweistufigen Verfahren erfolgte [33]. Dabei wurde in einem ersten Schritt eine Risikopopulation von Frauen durch Abfrage von Risikofaktoren und/ oder einen oGTT mit 50g Glukose identifiziert. In einem zweiten Schritt untergingen diese Frauen dann einen oGTT mit 75g oder 100g Glukose [34, 35]. Daher wird die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Frauen, welche durch ein anderes Screeningverfahren, wie zum Beispiel ein einzeitiges Verfahren, identifiziert wurden, von den AutorInnen bezweifelt [35]. Das IQWiG kam zum Schluss, dass zwar ein Beleg für den Nutzen einer Gestationsdiabetes-spezifischen Therapie vorläge [33, 34], jedoch keine direkten Belege für oder Hinweise auf einen Nutzen oder einen Schaden durch ein Screening auf Gestationsdiabetes existierten, da keine geeigneten Screeningstudien identifiziert werden konnten. Dennoch könne indirekt ein Hinweis darauf abgeleitet werden, dass ein Screening auf Gestationsdiabetes zu einer Reduktion von perinatalen Komplikationen führe [33, 34]. Trotz dieses zumindest angedeuteten Nutzens erscheint die Testung jeder Schwangeren nichts desto trotz zu diskutieren (zum Beispiel, wenn Frauen in vorangehenden Schwangerschaften keinen Schwangerschaftsdiabetes aufwiesen und ohne Komplikationen normalgewichtige Kinder geboren haben)[36].

Asymptomatische vaginale Infektionen/ Frühgeburtlichkeit

Routinescreening auf
asymptomatische
vaginale Infektionen
Nur ein RCT im
Cochrane-Review- zeigt
Reduktion der
Frühgeborenenrate um
2%
viele Infektionen
bleiben trotz
Behandlung bestehen
Implementierung eines
Routine- Screenings auf
Frühgeburten-Risiko
(Infektionen,
Cervixinsuffizienz)
müsste spezifischer auf
Evidenz eines
potentiellen Nutzens
überprüft werden

Die Evidenz für den Nutzen eines Routinescreenings auf asymptomatische vaginale Infektionen in der Schwangerschaft basiert auf einer, in den Jahren 2001/02 durchgeführten, Österreichischen, randomisiert kontrollierten Studie (RCT) [37] mit rund 4.150 Frauen, welche auch im Jahr 2008 als einzige Studie in einen Cochrane Review eingeschlossen werden konnte. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass ein Infektionsscreening (vaginaler Abstrich mit Gramfärbung in einem zentralen Labor) auf bakterielle Vaginose, vaginale Trichomonaden- Infektion und Candidiasis mit anschließender Behandlung vor der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) die Frühgeborenenrate (sowohl < 2.500g als auch 1.500g) senken kann (von absolut 5% auf 3%) [38]. Bei Fehlgeburten (Reduktion) und intrauterinem Fruchttod (etwa gleiche Rate) erreichten die Gruppenunterschiede keine statistische Signifikanz [37]. Angaben zu neonataler Morbidität oder Mortalität wurden nicht gemacht. Die AutorInnen der Studie empfehlen ein Routinescreening für asymptomatische vaginale Infektionen mit anschließender Behandlung asymptomatischer Infektionen [37]. Diese Arbeit zeigte auch, dass bei fast einem Drittel (28%) der Frauen, welche aufgrund einer vaginalen Infektion behandelt wurden, eine asymptomatische Infektion (am häufigsten bedingt durch Pilze, gefolgt von Bakterien und Mischinfektionen) fortbestand [37]. Zur Identifizierung von Frauen, die ein erhöhtes Frühgeburtenrisiko haben, wird auch ein Cervixscreening (Messung der Cervixlänge mittels Ultraschall) diskutiert [39]. Vor einer möglichen Implementierung eines Routinescreenings auf erhöhtes Frühgeburtenrisiko für alle Schwangere in eine

Eltern-Kind-Vorsorge sollte die Evidenzlage für dessen potentiellen Nutzen jedenfalls genauer untersucht werden.

Hüftdysplasie und –luxation

Aufgrund eines Mangels an Studien, die die Auswirkungen eines generellen Ultraschallscreenings Neugeborener auf Hüftdysplasien untersuchen, ist dessen Nutzen bislang nicht gesichert [40]. Auch der „Durchführungsmodus“ des Screenings auf Hüftdysplasie und –luxation (klinisches vs. generelles bzw. selektives sonographisches) wird international kontrovers diskutiert [41]. In Österreich wird derzeit ein flächendeckendes Hüftscreening (generell sonographisch) Neugeborener durchgeführt [3]. Dieses besteht aus zwei Hüftultraschall-Untersuchungen, welche jeweils in der 1. Lebenswoche und in der 6. – 8. Lebenswoche durchgeführt werden. Eine klinische Untersuchung der Hüften und eine anamnestiche Erhebung einer potentiellen familiären Vorbelastung findet in der 4. bis 7. Lebenswoche im Rahmen der „orthopädischen Untersuchung“ statt, bei welcher auch andere Auffälligkeiten des Skelettsystems erhoben werden sollen. In Deutschland werden nicht alle Kinder in der 1. Lebenswoche sonographisch gescreent, sondern nur jene mit anamnestiche Risikofaktoren für eine Hüftdysplasie oder mit auffälligem klinischen Untersuchungsbefund (erst klinisch, dann selektiv sonographisch) [41]. Bei allen anderen Kindern wird der Hüftultraschall erst in der 4. bis 6. Lebenswoche durchgeführt (generell sonographisch). Hintergrund ist, dass bei rund 27% der Neugeborenen unreife Hüften (sogenannte „IIa-Hüften“) vorliegen, die jedoch bei 90% dieser Kinder innerhalb der 1. Lebenswoche spontan ausheilen. Ein Screening in der ersten Lebenswoche könnte daher unnötige Folgeuntersuchungen nach sich ziehen bzw. unnötig sein [41].

In Hinblick auf die kontroverse Diskussion bezüglich des Untersuchungszeitpunktes (Hüftultraschall) konnte in Deutschland gezeigt werden, dass sich der Anteil operativer Maßnahmen (geschlossene Reposition, offene Reposition, Osteotomie) zwischen Kindern, welche in der 1. Lebenswoche und solchen, welche in der 4. – 6. Lebenswoche gescreent worden waren, nicht unterschied [41]. Eine Evaluation des „Screeningserfolgs“ liegt für Österreich nicht vor. Es wird ausschließlich die Behandlungsrate mit funktioneller Therapie vor bzw. nach Einführung der Hüftsonografie berichtet. Diese Betrag vor der Einführung 13,2 % (1985) und verringerte sich nach der Einführung auf 6,6% (1994) [42].

Bezüglich des Nutzens im Hinblick auf die Verringerung operativer Maßnahmen konnte anhand der Evaluation des sonographischen Hüftscreenings in Deutschland von 1997 - 2002 gezeigt werden, dass bei der Hälfte der Kinder, bei denen im späteren Verlauf operative Maßnahmen erforderlich geworden waren, diese durch ein Ultraschallscreening nicht hätten vermieden werden können [41]. Bei 12% der Kinder, die später operationsbedürftig geworden waren, wurde eine Hüftdysplasie oder –luxation trotz Screenings nicht erkannt und bei weiteren 30% wurde die Ultraschalluntersuchung nicht oder verspätet durchgeführt [41]. Die AutorInnen der Studie gehen daher davon aus, dass in Deutschland etwa 42% der stationär durchgeführten Operationen aufgrund einer Hüftdysplasie oder -luxation einerseits durch eine verbesserte Qualität der Untersuchung (12%) und andererseits durch eine höhere Screeningakzeptanz (30%) vermieden werden könnten [41].

Hüftscreening

keine gesicherte Evidenz für Nutzen

klinisch vs. generell bzw. selektiv sonographisch

in Ö: 2x generell sonographisch

in D: zuerst klinisch/ selektiv sonographisch, später generell sonographisch

Zeitpunkt des Hüftultraschalls hat keinen Einfluss auf Operationen

Ultraschallscreening kann etwa 50% der Operationen im späteren Verlauf vermeiden

Sehstörungen

**augenfachärztliche
Untersuchung wird nur
von 1/4 in Anspruch
genommen**

**diverse Gründe
identifiziert (z.B.
mangelnde Kompetenz
der ÄrztInnen, aber
auch mangelnde
Aufklärung der
Betroffenen)**

**unterschiedliche
Screeningmethoden je
nach Fachrichtung
geeignet**

**Nutzen des Screenings
nicht belegt, aber
möglich**

In Österreich sind kindliche Augenuntersuchungen im Mutter-Kind-Pass verankert, wobei eine Augenuntersuchung (durch den/ die ÄrztIn für Allgemeinmedizin oder den/ die FachärztIn für Kinderheilkunde) im 10. – 14. Lebensmonat und eine Augenuntersuchung im 22. – 26. Lebensmonat (durch den/ die FachärztIn für Augenheilkunde) vorgesehen ist [3]. Bei weiteren im Rahmen des Mutter-Kind-Passes durchgeführten Routineuntersuchungen werden die Augen mitbeurteilt [3]. Die Inanspruchnahme betrug laut einer österreichischen Studie 86% für die allgemeine Augenuntersuchung im 1. Lebensjahr und reduzierte sich auf 23% für die augenfachärztliche Untersuchung im 2. Lebensjahr [43]. Ab dem 3. Lebensjahr nehmen nur mehr rund 13% der Kinder an einer Augenuntersuchung teil [43]. KinderfachärztInnen sehen die Ursache für die geringe Zuweisung zu AugenfachärztInnen in mangelhaftem, augenspezifischem Wissen, in der Schwierigkeit, einen Termin zu erhalten sowie in der Nichtdurchführung der geforderten Untersuchungen durch den/ die AugenfachärztIn [43]. AugenfachärztInnen gestehen Unsicherheiten in der Durchführung und Auswertung der Skiaskopie (siehe unten) ein, sehen sich häufig mit fehlender Mitarbeit der Eltern konfrontiert und bemängeln die fehlende finanzielle Abgeltung der Untersuchungen [43]. Weiters ist eine kinderophthalmologische Ausbildung weder in der Ausbildung zum/ zur FachärztIn für Kinderheilkunde, noch in der Ausbildung zum/ zur FachärztIn für Augenheilkunde verpflichtend vorgesehen [43]. Die mangelhafte Inanspruchnahme der Augenuntersuchungen wurde nicht zuletzt mit einer mangelhaften Aufklärung der Bevölkerung in Zusammenhang gebracht [43].

Der Durchleuchtungstest nach Brückner wird zur Durchführung in allgemeinmedizinischen und kinderärztlichen Praxen empfohlen, um schwerwiegende Störungen (visusrelevanter Katarakt, zentrale Augenhintergrundveränderungen, bestimmte Formen der Fehlsichtigkeit) frühzeitig zu erkennen und einer umgehenden augenfachärztlichen Untersuchung zuführen zu können [44]. Die Skiaskopie in Zykloplegie (Schattenprobe unter vollständiger Lähmung des Ziliarmuskels und damit Ausschaltung der Akkomodationsfähigkeit des Auges) ist der Goldstandard der Brechkraftbestimmung des Auges, wird vom Augenfacharzt/ von der Augenfachärztin durchgeführt und erfordert bei Kleinkindern Übung und Routine [45]. Ein Tropfschema für die Skiaskopie bzw. Augenhintergrunduntersuchung wurde vom Consilium Strabologicum Austriacum der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft publiziert [46] (wie auch eine Therapieempfehlung für die Behandlung der Amblyopie im Jahr 2009 [47]).

Die Evidenz für den Nutzen eines Screenings auf Sehstörungen ist jedoch nicht eindeutig: in einer rezenten Übersichtsarbeit konnte das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) weder einen Beleg noch einen Hinweis auf einen Nutzen oder Schaden einer Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr identifizieren [48]. Gründe dafür waren, dass die Studienergebnisse von signifikanten Gruppenunterschieden bis hin zu keinerlei Effekten reichten, unterschiedliche Definitionen der Sehstörungen, sowie unterschiedliche Screeningmaßnahmen und –zeitpunkte verwendet wurden und die Studienqualität der eingeschlossenen Arbeiten teilweise grobe Mängel aufwies [48]. Ein Nutzen ist also nicht ausgeschlossen, es war jedoch nicht möglich diesen zu be- oder widerlegen.

Hörstörungen

Entsprechend dem europäischen Konsens zum Neugeborenen-Hörscreening aus dem Jahr 1998 [49] wird in Österreich ein generelles Neugeborenen-Hörscreening in der ersten Lebenswoche durchgeführt. Zusätzlich erfolgt eine HNO-Untersuchung zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat [3]. Um von Hörstörungen betroffene Kinder einer adäquaten Therapie (Frühförderung, Cochlea-Implantat, Hörgeräteversorgung) zuführen zu können, ist eine frühzeitige Diagnose unter Berücksichtigung der Form der Schwerhörigkeit, der vermuteten Ursache und der Beschreibung des Schweregrades) entscheidend [50]. Bei der Auswertung des Deutschen Zentralregisters (DZH) für kindliche Hörstörungen konnte schon 1998 gezeigt werden, dass das Diagnosealter stark mit dem Grad der Hörstörung korreliert, d.h. an Taubheit grenzende und hochgradige Hörstörungen deutlich früher diagnostiziert werden, als leichte und mittlere Hörstörungen [51]. Durch das generelle Neugeborenen-Hörscreening in Österreich sollen vorhandene Hörstörungen früher (zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat) erfasst werden als in Ländern, wo es kein solches Screeningverfahren gibt [3]. Es konnte gezeigt werden, dass Kinder, deren Hörstörung vor dem 6. Lebensmonat diagnostiziert und behandelt wurde, eine bessere Sprachentwicklung aufweisen, als Kinder, deren Hörstörung zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert und behandelt wurde [52]. Eine Auswertung des „Screeningerfolgs“ liegt für Österreich jedoch nicht vor.

Hörscreening soll Defizite so früh wie möglich erkennen

nicht evaluiert, ob Neugeborenen-Screening „erfolgreich“

Entwicklungsstörungen

Im aktuellen Mutter-Kind-Pass (2010) findet sich auf den Seiten 64/65 eine Übersichtstabelle zur Entwicklung des Kindes in den ersten zwei Lebensjahren, die vor allem den Eltern helfen soll, die „altersgerechte Entwicklung“ ihres Kindes beurteilen zu können. Es wird darauf verwiesen, dass bei Abweichung von dieser „Norm“, eine genaue ärztliche Untersuchung unbedingt erforderlich sei [3].

aktuell Unterscheidung in Entwicklung auffällig oder unauffällig

Im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen ist in der Kategorie „Untersuchungsbefund“ eine Beurteilung des Entwicklungszustandes zwischen „auffällig“ und „unauffällig“ in folgenden Bereichen vorzunehmen [3]:

- ❖ Entwicklungszustand in der 4.-7. Lebenswoche, sowie dem 3.-5. und 7.-9. Lebensmonat
- ❖ Motorische Entwicklung, Sozialentwicklung, psychische Entwicklung im 10-14., 22.-26., 34.-38. und dem 46.-50. Lebensmonat
- ❖ Körperliche Haltung, kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, psychosoziale Entwicklung im 58.-62. Lebensmonat

Zusätzlich sollen anamnestisch (je nach Lebensalter) Zusatzinformationen zu den oben genannten Bereichen eingeholt, die altersgemäße Sprachentwicklung (ja/ nein, ab dem 10. Lebensmonat) beurteilt, und nach Verhaltensauffälligkeiten (ja/ nein, ab dem 22. Lebensmonat) gefragt werden [3].

Wie der Entwicklungszustand in den jeweiligen Bereichen gemessen wird, ob verwendete Messinstrumente validiert sind und welche Konsequenzen die Feststellung einer nicht altersgemäßen Entwicklung hat, verbleibt unklar.

Screeningverfahren und Konsequenzen unklar

**frühestmögliche
Feststellung von
Entwicklungs-
verzögerungen soll
Folgen minimieren**

**Evidenz für Screening-
Nutzen mangels
entsprechender Studien
möglich, jedoch nicht
belegt**

Die Idee des Screenings ist, Entwicklungsstörungen so frühzeitig zu erkennen, dass deren Folgen minimiert werden können. Bei Sprachentwicklungsstörungen sollen durch die frühzeitige Diagnose Faktoren, welche zu einer gestörten Sprachentwicklung geführt haben, eliminiert bzw. abgeschwächt werden (siehe z.B. auch Hörstörung) und andererseits durch die Einleitung einer entsprechenden Therapie sprachlichen Defizite (z.B. vor Schuleintritt) korrigiert bzw. aufgeholt werden [53]. Für das Screening auf Sprachentwicklungsstörungen („Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“) kam das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in einer rezenten Übersichtsarbeit jedoch zu dem Schluss, dass derzeit der Nutzen einer flächendeckenden Früherkennungsuntersuchung für Kinder bis zum 6. Lebensjahr mit umschriebener Sprachentwicklungsstörung nicht belegt ist, da keine Studie aufgefunden werden konnte, die isoliert dessen Effekte untersuchte [54]. Daher bleibt ein Nutzen möglich, er ist jedoch nicht nachgewiesen.

6.3.2 Beispiele für sekundäre Präventionsmaßnahmen in der Eltern-Kind- Vorsorge

**sekundäre Prävention
setzt Identifizierung
Kranker/ Gefährdeter
durch Screening voraus**

Sekundäre Präventionsmaßnahmen setzen voraus, dass vorerst wahrscheinlich „kranke“ bzw. „besonders gefährdete“ Personen(gruppen) durch eine geeignete Screeningmaßnahme identifiziert wurden.

Weiterführende Diagnostik

**weiterführende
Diagnostik zur
Bestätigung des
Screening-Verdachts
erforderlich**

Um die Folgen der identifizierten Gesundheitsbedrohung zu minimieren, müssen zur Bestätigung des Verdachts, dass eine Person „wahrscheinlich krank/ gefährdet“ ist, im Allgemeinen weiterführende diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden, um den Verdacht entweder zu bestätigen (wenn der Screeningbefund richtig positiv war) oder diesen zu widerlegen (falls das Screeningergebnis falsch positiv war). Aus dem klinischen Bereich ist die Unterscheidung zwischen Screening und Diagnostik bekannt, wenn beispielsweise der Verdacht („erhöhte Wahrscheinlichkeit“) auf das Vorliegen eines Down-Syndroms auf Basis des Combined-Tests (Laboruntersuchung+Ultraschall) durch invasive Untersuchungsverfahren (Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie) bestätigt oder entkräftet werden muss.

**nicht nur im klinischen
Bereich (Labor,
Bildgebung etc.)**

Entwicklungsstörungen

**sondern auch
beispielsweise im
Bereich der
Entwicklungsdiagnostik
(spezifische
Messverfahren)**

Aber auch in der Entwicklungsdiagnostik muss zwischen „Screening“ und einer „differenzierten Entwicklungsdiagnostik“ unterschieden werden, da sie unterschiedliche Ziele verfolgen und unterschiedliche Verfahren anwenden [55]. Grundlage beider Maßnahmen sind die sogenannten Meilensteine der Entwicklung, wobei zur Beurteilung sowohl die Anamnese als auch Befunde aus allgemeinen und speziellen Entwicklungstests herangezogen werden [55]. Differenzierte Verfahren der Entwicklungsdiagnostik erfordern jedoch eine umfangreiche Ausbildung der AnwenderInnen, welche über entsprechende entwicklungspsychologische und methodische Kenntnisse verfügen müssen [55]. Die Durchführung der verschiedenen Aufgaben eines Tests sollte vom jeweiligen Untersucher/ von der jeweiligen Untersucherin sicher beherrscht werden, was eine häufige Durchführung erfordert. Die differenzierte Entwicklungsdiagnostik zur Feststellung von Entwicklungsstö-

rungen im Säuglings- und Kleinkindalter erfordert demnach entsprechend qualifiziertes Personal, ausreichend Zeit sowie entsprechende Mittel [55]. Zusätzlich zur Verifizierung oder Falsifizierung eines Screeningsergebnisses durch weiterführende Diagnostik müssen auch andere mögliche Ursachen eines positiven Testergebnisses ausgeschlossen werden. So müssen beispielsweise bei motorischen Entwicklungsauffälligkeiten Erkrankungen des Nervensystems durch eine neurologische Untersuchung sowie kognitive Einschränkungen durch einen Intelligenztest ausgeschlossen werden [56].

Eigentliche sekundärpräventive Maßnahmen

Ist der Verdacht auf das Vorliegen eines Risikofaktors/ einer Gesundheitsbedrohung/ Erkrankung bestätigt, müssen, um die Folgen tatsächlich reduzieren zu können, wirksame, entweder therapeutische oder gezielte sekundärpräventive, Maßnahmen verfügbar sein. Dies impliziert, dass die Diagnosestellung (Screening und Diagnosesicherung) alleine keine positiven Effekte hat, wenn nicht Folgeinterventionen auch in Anspruch genommen werden, ausreichend Versorgungseinrichtungen vorhanden sind und Fachkräfte ausreichend ausgebildet sind.

Entwicklungsstörungen

Im Bereich von Entwicklungsstörungen ist meist eine umfassende Langzeitbetreuung (z.B. eine psychosoziale Betreuung) des betroffenen Kindes sowie der Familie durch ein interdisziplinäres Team erforderlich [57].

Die Inanspruchnahme ist von verschiedenen Faktoren abhängig [58, 59]: Zu diesen zählen individuelle (meist nicht veränderbare) kind- bzw. familiebezogene Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, sozioökonomische Faktoren) und externe Faktoren wie das Versorgungsnetz (z.B. sozialpädiatrische Zentren), die Einstellung (z.B.: von Eltern, LehrerInnen, KinderärztInnen) gegenüber entsprechenden Berufsgruppen oder den Erkrankungen sowie das Krankheitsverhalten (Problemverhalten, Ängste, etc.).

International geht man davon aus, dass beispielsweise nur 10 – 30% aller Kinder und Jugendlichen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung in Kontakt mit professionellen Hilfseinrichtungen kommen [59]. Auch in Deutschland wird geschätzt, dass weniger als jedes zweite behandlungsbedürftige, psychisch auffällige Kind eine angemessene Behandlung erfährt [58].

Frühgeburten

Neben beeinflussbaren Faktoren (primäre Präventionsmaßnahmen) zur Verminderung von Mehrlingsschwangerschaften und damit Frühgeburten (siehe Assistierte Reproduktive Technologien, Teil I, Anhang, Kapitel 11.2 [6]) sowie Screeningmaßnahmen (z.B. Infektionsscreening, Cervixultraschall, Identifikation von „Risikoschwangeren“; siehe dort) werden zahlreiche sekundärpräventive Maßnahmen diskutiert. Zu diesen zählen die Behandlung vaginaler Infektionen [12], Maßnahmen (wie Bettruhe, Wehenhemmung und Cerclage) bei Cervixinsuffizienz oder die zusätzliche „Unterstützung“ der Schwangeren (z.B. durch Hebammen [36], Zusatzinformationen, Gesprächsangebote, Entspannungstraining [60] etc. oder durch die Betreuung in spezialisierten Zentren). Welche sekundärpräventiven Maßnahmen nachgewiesener Weise in Bezug auf die tatsächliche Reduktion der Frühgeborenenrate erfolgreich sind, sollte gesondert und damit detaillierter als in dieser Übersichtsarbeit nachgegangen werden.

nach Bestätigung des Verdachts zur Folgenreduktion notwendig:

adäquate Therapien/ sekundärpräventive Maßnahmen

& ausreichend Inanspruchnahme, Einrichtungen, Fachkräfte etc.

Wirksamkeit der zahlreichen sekundärpräventiven Möglichkeiten zur Verminderung der Frühgeburtlichkeit sollte detailliert, systemtisch überprüft werden

7 Umsetzungsaspekte

7.1 Inanspruchnahme von „Vorsorgeuntersuchungen“

Ziel von Vorsorgeuntersuchungen ist, eine möglichst hohe Teilnahme zu erreichen. Daten aus der bayerischen Perinatalerhebung haben gezeigt, dass die Inanspruchnahme von *Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft* stark mit der sozialen Lage der Mutter korreliert [61]. Dementsprechend betrug der Anteil an Frauen mit einer geringen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (weniger als zehn Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft) in bayerischen Großstädten zwischen 16% und 33%. Als Risikofaktoren galten vor allem das Alter (jünger als 25 Jahre), Migrationshintergrund (Osteuropa, Mittelmeerländer), Alleinerzieherinnenstatus sowie niedriges Bildungsniveau der Schwangeren [61]. Diese Ergebnisse stimmen mit einer österreichischen Erhebung zum unterschiedlichen Gesundheitsverhalten sozio-ökonomischer Gruppen überein [62], dass die Häufigkeit der Teilnahme an *Vorsorgeuntersuchungen* (Gesundenuntersuchung, Mammographie, PAP-Abstrich, PSA-Test) einkommens- und bildungsabhängig ist: *Vorsorgeuntersuchungen* werden häufiger von höher gebildeten Männern und Frauen mit besserem Einkommen in Anspruch genommen (vgl. 3.1.8 in Teil I [6]).

In einer Analyse zur Frequentierung der einzelnen Mutter-Kind-Pass Leistungen von der ersten gynäkologischen Untersuchungen der Schwangeren bis hin zur neunten ärztlichen Untersuchung des Kindes in Österreich (vgl. Kapitel 3.2 in Teil III [8]) zeigt sich, dass die abgerechneten gynäkologischen Untersuchungen der Schwangeren jedes Jahr von der ersten bis zur fünften Untersuchung kontinuierlich um rund 15% abnahmen. Auch bei den Untersuchungen des Kindes ist dieses Phänomen zu beobachten.

Zur Frequenz der Inanspruchnahme pro Schwangerer und Kind liegen keine Daten vor. Die Teilnahme an den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bei VertragsärztInnen dürfte bei etwa 81% im Jahr 2009 bzw. 84% im Jahr 2004 (errechnet aus dem Anteil der 1. Kinderuntersuchung an Lebendgeborenen und ohne WahlärztInneninanspruchnahme) gelegen sein. Anhand der Kürzungen beim Kindergeld aufgrund nicht wahrgenommener Untersuchungen bis zum 14. Lebensmonat lässt sich abschätzen, dass die tatsächliche Teilnahme etwas höher (bei gut 90%) liegen dürfte, sie sinkt jedoch ab dem 1. Lebensjahr deutlich. Es wird von Teilnahmeraten im zweiten Lebensjahr von etwa 85%, im dritten Lebensjahr von 80%, im vierten Lebensjahr von 65% und im fünften Lebensjahr von 35% ausgegangen.

Der Mutter-Kind-Pass erreicht also besonders ab dem 1. Lebensjahr keineswegs alle Schwangeren und Kinder, auch wenn die Teilnahme bis dahin gegenüber herkömmlichen Vorsorgeuntersuchungen vergleichsweise hoch ist.

Auch in anderen Ländern ist ein Rückgang mit zunehmenden Kindesalter zu verzeichnen (vgl. Teil II [7]): mit zunehmendem Lebensalter des Kindes geht in der Regel die Inanspruchnahme kontinuierlich zurück.

**Teilnahme an
Vorsorgeunter-
suchungen
einkommens- und
bildungsabhängig**

**überall Rückgang mit
zunehmendem
Lebensalter des Kindes**

**Inanspruchnahme
Österreich:
1. LJ: 80-90%
4. LJ: 65%
5. LJ: 35%**

<p>Dänemark: 1. LJ: 93-95% 4. LJ: 65% 5. LJ: 80% (mit Impfungen)</p>	<p>In Dänemark variieren die Teilnahmeraten. Die ersten drei Untersuchungen bis zum einschließlich 12. Lebensmonat werden von ca. 93 bis 95% der Eltern wahrgenommen. Im 2. Lebensjahr liegt die Teilnahmerate bei 75%, im 3. Lebensjahr bei 70%, im 4. Lebensjahr bei 65% und im 5. Lebensjahr bei 80 % (beim letzten Termin sind zugleich Impfungen vorgesehen, ein Faktum das einen Beitrag zur höheren Inanspruchnahme leistet).</p>
<p>Belgien: 1. LJ: 70-80%</p>	<p>Bei vollständig freiwilligen Untersuchungen liegen die Teilnahmeraten in Belgien zwischen 70 und 80% im ersten Lebensjahr und zwischen 20 und 30% ab dem zweiten bis sechsten Lebensjahr.</p>
<p>Niederlande: 1. LJ: 96% danach 85%</p>	<p>In den Niederlanden, wo eine sehr intensive Begleitung und Betreuung erfolgt, liegen die Teilnahmeraten im Alter bis zu einem Jahr bei 96%, in den Folgejahren bei ca. 85%. Die Verantwortlichkeit liegt nicht allein bei den Eltern, sondern die regionalen Untersuchungszentren sind verpflichtet, Eltern und Kinder zu erreichen.</p>
<p>Frankreich: 1. LJ: 70-90% 2. LJ: 50%</p>	<p>In Frankreich ist das bis zum 24. Lebensmonat gezahlte "Babybegrüßungsgeld" ebenfalls mit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen verknüpft. In der ersten Lebenswoche liegt hier die Teilnahmerate bei 90%, in der Zeit vom zweiten bis neunten Monat bei 70% und bei der letzten Untersuchung, vor dem 24. Lebensmonat, nimmt nur noch die Hälfte der Kinder an den Untersuchungen teil.</p>
<p>Schweden/ Finnland 99% und 96%</p>	<p>In Schweden wird die Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern mit nahezu 99 % angegeben, in Finnland mit 96-97%.</p>
<p>Deutschland: Abnahme v.a. vom zweiten Lebensjahr bis zum Vorschulalter</p>	<p>Hinsichtlich der Inanspruchnahmeraten der „U-Untersuchungen“ in Deutschland belegen rezente Daten ebenfalls, dass die Teilnahme mit den Lebensjahren des Kindes, d.h. v.a. vom 2. Lebensjahr bis zum Vorschulalter, abnimmt. Dies betrifft insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien sowie Kinder mit Migrationshintergrund. Aus diesem Grund lancierte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ (http://www.ich-geh-zur-u.de/) mit der v.a. Familien mit Risikoprofilen zur Teilnahme bewegt werden sollen. Zusätzlich haben einige deutsche Bundesländer lokale Initiativen geschaffen, die etwa ein gesetzlich verankertes Einladungswesen für die Früherkennungsuntersuchungen vorsehen (wie z.B. seit 2008 in Thüringen).</p>
<p>Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten durch Ansprechen von Zielgruppen: einkommensschwache und bildungsferne Familien, Migrations- hintergrund</p>	<p>Auch andere Länder haben begonnen, Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten zu setzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Im französischsprachigen Teil Belgiens werden Infomaterialien verteilt sowie Fernseh- und Radiospots gesendet. Darüber hinaus kommen Untersuchungsmobile vor Ort und informieren zugleich über die Untersuchungen. ✿ Im deutschsprachigen Teil Belgiens werden zum Teil besondere Zielgruppen (ausländische Familien mit Kindern) angeschrieben und über die staatlichen Untersuchungen informiert. ✿ In den Niederlanden liegt die Nachweispflicht bei den Zentren, die Familien im Bedarfsfall auch aufsuchen. Bei schwer erreichbaren Zielgruppen, z.B. Familien mit Migrationshintergrund, wird der direkte „face-to-face“-Kontakt mit muttersprachlichen MultiplikatorInnen bevorzugt.

In Österreich erscheint eine Steigerung der Inanspruchnahme (besonders nach dem 1. Lebensjahr) durch Ansprechen besonderer Zielgruppen (einkommensschwache und bildungsferne Familien, Migrationshintergrund) möglich und notwendig.

Zum Zusammenhang zwischen monetären Anreizstrukturen – die Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes ist in Österreich bis zum 14. Lebensmonat an die Wahrnehmung der Untersuchungen gekoppelt – und Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Leistungen liegen wenig konkrete Daten vor, auf Basis der Daten zu den Kinderbetreuungsgeldkürzungen kann aber davon ausgegangen werden, dass monetäre Anreize zur Teilnahme motivieren. Pränatale Screenings gelten auch in anderen Ländern als Prämisse für die Inanspruchnahme von öffentlichen (finanziellen) Unterstützungen. In Finnland, Frankreich, Deutschland, Ungarn und Großbritannien müssen etwa Schwangere ein Minimum an Untersuchungen durchführen lassen, um Zugang zu staatlichen Unterstützungen zu erlangen. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hält jedoch fest: *„Comparable information on actual visits, visit content, duration, timing, providers’ professional qualifications, and place of delivery of the pre-natal care is not available“* [63].

Auswirkung finanzieller Incentives auf Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten unklar

7.2 Aufsuchende Dienste

Der Berichtsteil II zu den internationalen Policies im Bereich Eltern-Kind Routinescreenings und Früherkennungsprogramme für Personen/ Familien mit Risikoprofilen [7] zeigte im Vergleich zu Österreich zwei wesentliche Unterschiede, die neben dem Leistungsangebot v.a. organisatorische Aspekte berühren. Hierbei handelt es sich zum einen um

- ❖ das „Organisationsdesign“ der Screenings und Versorgungsprozesse („Come“ und „Go“ Strukturen) und zum anderen um die
- ❖ Reichweite der eingebundenen Berufsgruppen.

7.2.1 „Come“ und „Go“ Strukturen in der Eltern-Kind Vorsorge

Prinzipiell basiert die Prozessorganisation von Eltern-Kind Screenings in den meisten Ländern auf räumlichen Strukturen (Ordinationen, Eltern-Kind Gesundheitszentren bzw. -kliniken, Ambulanzen etc.), die von den Zielgruppen für Screenings und für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aufgesucht werden müssen. Dies gilt überwiegend auch für Eltern-Kind Leistungen in Österreich, die entlang solcher „Come“ Strukturen organisiert und angeboten werden.

„Come“ Strukturen stellen Grundgerüst der Eltern-Kind Screenings und Leistungen dar

<p>„Go“ Strukturen ermöglichen Erweiterung der Kontaktmodi und niedragschwelligen Zugang</p>	<p>Manche Länder weisen jedoch Besonderheiten bezüglich der Organisationsform von Screenings- und Leistungsangeboten auf, die hierzulande seltener vorzufinden sind. Dabei handelt es sich um aufsuchende Dienste, die etwa in Großbritannien, Holland, Dänemark, Schweden, Finnland oder Deutschland integrale Screening- und/oder Versorgungsmodule darstellen und bei denen unterschiedliche (v.a. nicht-ärztliche) Berufsgruppen zum Einsatz kommen⁸. Je nach länderspezifischer Ausrichtung und Schwerpunktsetzungen werden diese aufsuchenden Dienste Schwangeren und/oder Eltern(teilen) bzw. Familien mit Kindern angeboten. Insofern sehen Eltern-Kind Leistungen eine professionelle Begleitung (und bei Bedarf auch Behandlung) von der Schwangerschaft bis in die frühen Kindheitsjahre vor.</p>
<p>„Go“ Strukturen stellen ein räumliches und inhaltliches „Entgegenkommen“ dar</p>	<p>Die vielfach assoziierten Vorteile, die mit aufsuchenden Diensten verbunden sind, erstrecken sich von der Niedragschwelligkeit der Angebote (durch „Hausbesuche“ von ProfessionistInnen) über bessere Möglichkeiten zur Einschätzung der Lebensumstände von Schwangeren, Eltern(teilen) mit Kindern bis zur Erweiterung des inhaltlichen Angebots, das in den meisten Ländern eine Vielzahl an Beratungsgesprächen vorsieht.</p> <p>Die Vielfalt der Angebote und die landesspezifische Gestaltung der „Go“ Strukturen machen die Darstellung eines bestimmten Konzepts von aufsuchenden Diensten unmöglich. Infolge werden die Charakteristika einiger ausgewählter Strukturen vorgestellt.</p>

7.2.2 Aufsuchende Dienste und Berufsgruppen während der Schwangerschaft und nach der Geburt

<p>„Health Visiting“ beschreibt ein umfangreiches Angebot an aufsuchenden Hilfen</p>	<p>Der englische Begriff des „Health Visiting“ fasst terminologisch am greifbarsten den inhaltlichen Fokus und die Organisationsform von aufsuchenden Diensten. Zum einen stehen Gesundheitsthemen (hier insbesondere im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Elternschaft) im Vordergrund, zum anderen erfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> ☼ die Früherkennung von eventuellen körperlichen, psychischen und sozialen Auffälligkeiten, ☼ die Vermittlung von Basiswissen zu Schwangerschaft, Kindergesundheit, -pflege und -erziehung ☼ sowie Beratungs- und Behandlungsleistungen
---	--

in zentral erreichbaren, öffentlichen Einrichtungen (in Großbritannien z.B. in öffentlichen Gesundheitszentren oder in den „Sure Start Children’s

⁸ Diese Aufzählung ist exemplarisch und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Für ausführlichere Länderbeschreibungen siehe LBI-Bericht „Eltern-Kind-Vorsorge neu – Teil II“

Centres⁹) vor allem aber zu Hause, am Wohnort der Schwangeren bzw. der Eltern mit Kinder.

„Health Visiting“ ist in diesem Fall ein Sammelbegriff für Leistungen, die (etwa in Großbritannien) ein eigenes Berufsbild ergeben. Zumeist sind es Hebammen und Angehörige des Krankenpflegepersonals, die für die Berufsausübung eine postgraduale, einjährige Zusatzausbildung absolvieren müssen, um schließlich als „Health Visitor“ tätig sein zu können. Das britische Gesundheitsministerium hebt in der Tätigkeitsbeschreibung von „Health Visitors“ ihre Bedeutung in der Früherkennung von (familiären) Problemen hervor: *„They are skilled at spotting early issues, which may develop into problems or risks to the family if not addressed, for example a parent struggling to cope or a child health issue which needs special attention“*.¹⁰

Die britische Regierung hat im Februar 2011 den „Health Visitor Implementation Plan 2011-15“ vorgestellt, der eine deutliche Aufwertung dieses Berufs (durch verbesserte Ausbildung), eine Aufstockung der bisherigen „Health Visitors“ bis 2015 um ca. 50 % auf insgesamt etwa 4.200 und eine Differenzierung nach Zielgruppen vorsieht. Letzteres sieht einen stufenförmigen Zugang zu den Leistungen vor.

Dabei wird „Health Visiting“ grundsätzlich als „Universal Service“ verstanden, der allen Schwangeren und Familien zur Verfügung steht. Hierbei spielen bestehende Einrichtungen, wie etwa die „Sure Start Children’s Centres“ oder bestimmte lokale Einrichtungen eine bedeutende Rolle, indem sie ihre Einrichtungen und Infrastrukturen für „Health Visitors“ und die entsprechenden Zielgruppen zur Verfügung stellen. Die Leistungen, die dabei in erster Linie erbracht werden, beinhalten etwa Impfungen oder Gesundheits- und Entwicklungs-Checks. Bei den „Universal Plus“ Services handelt es sich bereits um differenziertere Leistungen, wie etwa die umgehende Beratung und Hilfestellung z.B. bei postnataler Depression, einem Baby mit unregelmäßigem Wach- und Schlafrythmus, „Schreibabies“ oder andere dringende Fragen zu Erziehungsangelegenheiten. Schließlich werden noch „Universal Partnership Plus“ Leistungen angeboten: Hierbei geht es v.a. um all jene Probleme im Zuge von Schwangerschaft und Elternschaft, die über einen längeren Zeitraum bestehen bzw. über eine längere Zeit fachliche Begleitung, Beratung und unter Umständen auch Behandlung erfordern.

Wesentliches Charakteristikum von aufsuchenden Diensten sind die beauftragten Berufsgruppen: Neben einem eigenen Berufsbild (wie jenes der „Health Visitors“ in Großbritannien) sind dies in anderen Ländern in erster Linie Angehörige des Krankenpflegepersonals (z.B. „Community Nurse“ in Dänemark; „Public Health Nurse“ in Finnland etc.) und Hebammen (z.B. Familienhebammen in Deutschland). Die Einbindung dieser Berufsgrup-

**„Health Visitors“
benötigen in
Großbritannien eine
zertifizierte
Zusatzausbildung**

**britische Regierung
reformiert „Health
Visiting“ Leistungen bis
2015**

**„Health Visiting“ mit
unterschiedlichen
Schwerpunkten und
Prozessabläufen**

**„Go“ Strukturen
basieren vorrangig auf
nicht-ärztlichen
Berufsgruppen**

⁹ In diesen öffentlichen Familien- und Kinderzentren werden Leistungen aus verschiedenen Politikbereichen ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt des Kindes erbracht. Die Bandbreite umfasst Gesundheitsleistungen für schwangere Frauen und für Kinder, Hausbesuche, Stillberatungen, Kinderbetreuung, Erziehungsberatung, Therapieangebote (wie etwa Logopädie), Unterstützung bei der Jobsuche etc. Für nähere Informationen siehe:

http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Preschooldevelopmentandlearning/Nurseries/PlaygroupsReceptionClasses/DG_173054, download am 08.03.2011.

¹⁰http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_124202, download am 08.03.2011.

pen hat sich etwa in Deutschland in der Begleitung von Schwangeren und Familien mit Hochrisikoprofilen bewährt. Seit Anfang bzw. Mitte der 2000er Jahre bieten in einigen deutschen Bundesländern Familienhebammen nicht nur medizinische Betreuung an, sondern arbeiten auch mit sozial gefährdeten, werdenden Müttern und Familien an der Alltags- und Problembewältigung (ähnlich wie das zuvor beschriebene britische „Universal Partnership Plus“ Programm).

8 Eltern-Kind-Vorsorge neu im nationalen Kontext – „Policy“-Initiativen in Österreich

In Hinblick auf die primären Zielgruppen der schwangeren Frauen, Eltern und Kinder (0 bis 6 Jahre), denen sich die Berichte mit unterschiedlichen Fragestellungen widmeten, soll nachstehend ein Überblick zu drei themenrelevanten, bundespolitischen Initiativen in Österreich gegeben werden. Die Zielsetzung dieser kurzen Zusammenschau ist die Verlinkung mit der aktuellen übergeordneten Policy-Ebene, die letztlich den politisch-organisatorischen aber auch rechtlichen Rahmen für Früherkennungsprogramme für Schwangere, Eltern und Kinder schafft.

An dieser Stelle sei auch auf Länderinitiativen sowie auf überregionale Netzwerke von ExpertInnen (wie etwa die „Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit“ oder die „Politische Kindermedizin“) hingewiesen, die ihrerseits verschiedene Aktivitäten im Bereich Schwangeren-Screenings sowie Kindergesundheit lancieren. Eine vollständige Wiedergabe aller Initiativen steht im Folgenden allerdings nicht im Vordergrund, zumal eine Vielzahl an AkteurInnen mit unterschiedlichen institutionellen und thematischen Hintergründen in die Politikberatung und -gestaltung eingebunden ist.

Gestaltung des organisatorischen und legislativen Rahmens durch Bundespolitik

Initiativen auch auf Länder- und Netzwerkebene

8.1 Schwangerengesundheit als Teil der österreichischen Frauengesundheitspolitik

Die österreichische Bundesregierung nimmt in ihrem Regierungsprogramm¹¹ 2008 bis 2013 Bezug auf die „Frauengesundheit“ und definiert hier unter anderem das Handlungsfeld „Ausbau der psychosozialen Schwangerenbetreuung von sozial und psychisch belasteten schwangeren Frauen“ (S. 280¹²). Die integrative Sichtweise, die mit diesem Vorhaben verwoben ist, erklärt sich im Regierungsübereinkommen als „Frauengesundheit und Gendergerechtigkeit im Sinne einer „Health-in-All-Policies-Strategie“, denen Schwerpunkte im Gesundheitssystem gewidmet werden sollen.

Zudem wurden in den Frauengesundheitsberichten der vergangenen Jahre Prioritäten bzw. Forderungen formuliert, die auch aktuelle Problemfelder rund um das Thema Schwangerschaft betreffen. Der zuletzt 2010 erschiene Frauenbericht¹³ des Bundesministeriums für Frauenangelegenheiten und öffentlichen Dienst verweist hierbei unter anderem auf die Reproduktionsmedizin: „Die kritische Reflexion der aktuellen Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin sowie von Schwangerschaft und Geburt ist erfor-

Regierungsprogramm avisiert Ausbau psychosozialer Versorgung von schwangeren Frauen in sozialen und psychischen Krisen

Frauenbericht 2010 fordert „kritische Reflexion“ bezüglich Reproduktionstechniken

¹¹ <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32966>, download am 03.03.2011

¹² http://www.frauen.bka.gv.at/studien/frauenbericht2010/Frauenbericht_Teill_5Gesundheit.pdf, download am 03.03.2010

¹³ <http://www.frauen.bka.gv.at/site/7207/default.aspx>, download am 03.03.2011.

derlich, um betroffene Frauen die bestmögliche Information als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stellen zu können¹⁴“.

8.2 „Kindergesundheitsdialog“

**Gesundheitsminister
startet neue
Strategieentwicklung
zur Kinder- und
Jugendgesundheit**

Ende April 2010 wurde vom österreichischen Bundesminister für Gesundheit, Alois Stöger, der Kindergesundheitsdialog¹⁵ ins Leben gerufen. Dabei handelt es sich um ein Gremium aus ExpertInnen aus den Bereichen Wissenschaft, Praxis und Politik, das bis zum Sommer 2011 mit der Strategieentwicklung für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit von Kindern in Österreich beauftragt ist.

**Gründung von 6
thematischen
Arbeitsgruppen**

Die Vielschichtigkeit gegenwärtiger Problemlagen von Kindern und Jugendlichen findet in Form von sechs thematisch unterschiedlichen Arbeitsgruppen (AG) Erörterung („Ist-Analysen“), die schließlich in lösungsorientierte Handlungsempfehlungen resultieren soll. Folgende Themen-Arbeitsgruppen wurden gegründet:¹⁶

- ✿ AG 1: Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention
- ✿ AG 2: Versorgung
- ✿ AG 3: Psychosoziale Gesundheit
- ✿ AG 4: Rehabilitation
- ✿ AG 5: Risikoschwangerschaft / Risikogeburt und die Folgen
- ✿ AG 6: Kinderarzneimittel

**Zielsetzungen
verdeutlichen die große
Themenbreite in den
Arbeitsgruppen**

Die jeweiligen Arbeitsgruppen verfolgen nachstehende Ziele:¹⁶

- ✿ Erarbeitung einer neuen Kindergesundheitsstrategie mit Schwerpunkten in den Bereichen Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention unter Beteiligung möglichst aller involvierten Interessensgruppen und Politikbereiche („Health-in-all-Policies“ Ansatz)
- ✿ Weiterentwicklung von bereits begonnenen Arbeitsbereichen, wie z.B. Kinderarzneimittel, Rehabilitation und Kompetenzzentren
- ✿ Entwicklung konkreter Lösungsansätze in Bereichen der Versorgung
- ✿ Erstellung von „Ist-Analysen“, Definition von Problemfeldern und gegebenenfalls Erarbeitung von Lösungsansätzen zu In-Vitro-Fertilisation, Hormontherapie, Kaiserschnitttrate und Frühgeburtlichkeit
- ✿ Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen im Bereich der psychosozialen Gesundheit

¹⁴Quelle:

http://www.frauen.bka.gv.at/studien/frauenbericht2010/Frauenbericht_Teil1_5Gesundheit.pdf, S. 282 – download am 03.03.2011.

¹⁵http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Kindergesundheitsdialog

¹⁶<http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/4/6/CH1101/CMS1290680634664/kindergesundheitsdialog.pdf>, download am 03. März 2011.

8.3 „Elternbildung“

Das österreichische Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ) bietet über die Homepage <http://www.eltern-bildung.at>, Informationen rund um das Thema „Elternbildung“ in Österreich an. Neben einem Informations- und Serviceteil (inkl. einem Bestellservice für Broschüren, Literaturtipps und einem „Newsteil“) informiert die Webpage auch über Elternbildungsangebote und enthält Adressen von mehr als 240 Elternbildungs-TrägerInnen in Österreich. Die Schwerpunkte der Initiative umfassen Themenbereiche „rund um die Geburt“, das Baby-, Kleinkind-, Volksschul- und Jugendalter, Familienbeziehungen, Trennung, Scheidung und Verlust, Gesundheit und Sicherheit, Medien, Freizeit und Erholung, Familie und Behinderung, multikulturelle Familien, Herausforderungen im Erziehungsalltag sowie die Kategorie „Wissenswertes bunt gemischt“.

**BMWFJ informiert über
„Elternbildung“ in
Österreich**

9 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend wurde auf Basis der vier Berichte des ersten Projektjahres Handlungsbedarf in folgenden Bereichen identifiziert:

9.1 Datenquellen/-verfügbarkeit

Aufgrund des Mangels an österreichischen Datenquellen lässt sich in vielen Bereichen der Eltern-Kind-Vorsorge das Ausmaß der jeweiligen Gesundheitsbedrohungen nur grob abschätzen. Es erscheint daher notwendig, zukünftig die im Rahmen der Eltern-Kind-Vorsorge erhobenen Daten zentral zu erfassen, auszuwerten und zugänglich zu machen, um Angaben über die tatsächliche Häufigkeit von Gesundheitsbedrohungen machen zu können.

Weiters würde nur eine „Verknüpfung“ von Daten, die während der Schwangerschaft, der Geburt und in der Kindheit erhoben werden, erlauben, Aussagen einerseits über Risikofaktoren (die zu einer Erkrankung geführt haben) und andererseits längerfristig über den Erfolg neu implementierter Maßnahmen zu treffen.

Bei einer Neuorientierung der Eltern-Kind-Vorsorge ist daher eine elektronische Umsetzung unbedingt zu implementieren, da ein derartig umfassendes Vorsorgeprogramm mit hoher Beteiligung in Zukunft wertvolles epidemiologisches Wissen liefern kann und soll.

Datenerfassung und -verknüpfung würde ermöglichen:

- Häufigkeitsangaben zu tatsächlichem Ausmaß von Gesundheitsbedrohungen
- Identifikation/ Absicherung von Risikofaktoren
- Erfolgsmessung implementierter Maßnahmen

folglich: elektronische Umsetzung sinnvoll

9.2 Häufige und folgenschwere Gesundheitsbedrohungen

Häufige potentiell (meist für das Kind) tödliche Gesundheitsbedrohungen oder solche, die zwar nur in Ausnahmefällen lebensbedrohlich sind, jedoch schwerwiegende Folgen haben, lassen sich folgenden drei Kategorien zuordnen:

- ☼ „klassische, medizinische Erkrankungen“ (z.B.: Extrauterin gravidität, Geburtstraumata, Wochenbettkomplikationen, Hör- und Sehstörungen des Kindes) und teilweise durch Lebensstil/ -umfeld mitbeeinflusste potentielle Gesundheitsbedrohungen (Schwangerschaftsdiabetes und hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Kaiserschnitt, vaginale Infektionen)
- ☼ der gesamte Bereich der Frühgeburtlichkeit, inkl. deren Ursachen (z.B. Mehrlingsschwangerschaften) und Folgen (z.B. Hirnblutungen, Asphyxie, Mangelgeborene)
- ☼ ein großer, durch soziodemographische Faktoren (Teenager-Schwangerschaften, späte Erstgebärende) oder Lebensumfeld bzw. Lebensstil geprägter Bereich (häusliche Gewalt, Drogen- und Alkoholexposition im Mutterleib bzw. psychische Erkrankung oder Alkoholabhängigkeit der Eltern, Rauchen in der Schwangerschaft,

„medizinisch“ mit/ ohne Lebensstil/-umfeld Einfluss

Frühgeburten, Ursachen und Folgen

Gesundheitsbedrohungen aufgrund soziodemographischer oder „Lebensumfeld“-Faktoren

Adipositas der Schwangeren/ Übergewicht des Kindes, Unfälle und Entwicklungsstörungen im Kindesalter)

9.3 Risikogruppen

Risikogruppen nach Alter, chronischen Vor- bzw. Suchterkrankungen, sozioökonomischem Status sowie Mehrlingsschwangere und Frühgeborene

Aufgrund der Erkrankungshäufigkeit in verschiedenen Bereichen wurden folgende vier Hauptrisikogruppen von Frauen, Kindern bzw. Familien identifiziert:

- ✚ junge Frauen (≤ 19 Jahre) und Frauen ≥ 40 Jahren
- ✚ Frauen mit chronischen Vor- bzw. Suchterkrankungen
- ✚ Frauen (Familien) und Kinder in deprivierten sozio-ökonomischen Umständen
- ✚ Schwangere, die Mehrlinge erwarten sowie Frühgeborene

9.4 Konzepte und Ansatzpunkte der Eltern-Kind-Vorsorge

Mutter-Kind-Pass derzeit vorwiegend Screeninginstrument (Identifikation bisher nicht entdeckter Erkrankungen/ Gesundheitsrisiken, Verminderung der Folgen)

„Eltern-Kind-Vorsorge“ impliziert jedoch auch Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen (Stärkung von Gesundheit, Verhinderung von Erkrankungen/ Gesundheitsbedrohungen)

internationaler Trend zeigt Kombination von Screening und Prävention (z.B. Beratungsangebote, aufsuchende Dienste)

Der derzeitige Österreichische Mutter-Kind-Pass ist bis auf wenige Ausnahmen (z.B.: Vit.-K oder D Prophylaxe, Impfungen) ein reines Screening-Instrument, welches dazu dienen soll, Erkrankungen möglichst frühzeitig erkennen und behandeln und damit die Folgen verringern zu können (sekundäre Prävention). Der Begriff „Screening“ impliziert bereits, dass bisher noch unerkannte Erkrankungen/ Gesundheitsbedrohungen bereits bestehen müssen, um diese identifizieren zu können. In den vorliegenden Berichten wurde der Screening Begriff auch auf die Identifizierung von Risikogruppen angewendet. Aus dem verwendeten Arbeitstitel „Eltern-Kind-Vorsorge“ lässt sich ableiten, dass auch Aspekte der eigentlichen Vorsorge (im Sinne von Gesundheitsförderung und der primären Prävention) Berücksichtigung fanden und zukünftig zur Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung auch berücksichtigt werden müssten. International ist ein Trend in Richtung Prävention (zusätzlich zu Screening Maßnahmen) zu erkennen, welcher sich beispielsweise in zahlreichen Beratungsangeboten und aufsuchenden, unterstützenden Diensten widerspiegelt, welche vorwiegend von anderen Berufsgruppen als ÄrztInnen geleistet werden.

- ✚ Gesundheitsförderung: vor allem um die Ursachen für die Erkrankungshäufigkeit in Familien aus deprivierten sozio-ökonomischen Verhältnissen zu verringern, wären zur Beeinflussung sozialer Gesundheitsdeterminanten über den derzeitigen Gesundheitssektor hinausreichende z.B.: Arbeitsmarkt-, sozial- und bildungspolitische Maßnahmen („Health in All Policies“) notwendig.
- ✚ Primäre Prävention: primäre Präventionsmaßnahmen sind immer sinnvoll, wenn vermeidbare und damit beeinflussbare spezifische Krankheitsursachen bekannt sind. Besonderen Stellenwert erlangen sie dann, wenn entweder keine Früherkennung möglich ist oder die Folgen einer Gesundheitsbedrohung, auch wenn diese früh durch Screening erkannt wurde, nicht mehr oder nicht mehr wesentlich beeinflussbar sind (keine Möglichkeit der Therapie oder der se-

kundären Prävention), wie zum Beispiel in Hinblick auf Unfälle oder der Alkoholexposition im Mutterleib gezeigt wurde.

- ❖ Screening: Früherkennungsuntersuchungen auf Bevölkerungsebene müssen, um mehr Nutzen als Schaden hervorzurufen, bestimmten Anforderungen entsprechen. Die Evidenzlage für deren Nutzen ist in vielen Bereichen mangels entsprechender Studien beziehungsweise aufgrund unterschiedlicher, nicht vergleichbarer Screeningsoptionen gering, was einen Nutzen nicht ausschließt, aber eben auch nicht eindeutig bestätigt (z.B.: Gestationsdiabetes, Hüftscreening, Sehscreening).
- ❖ Sekundäre Prävention: um die Folgen von, durch das Screening identifizierten, Gesundheitsbedrohungen reduzieren zu können, müssen wirksame, anschließende Maßnahmen (inkl. entsprechender Institutionen und Fachkräfte) verfügbar sein und auch in Anspruch genommen werden. Am Beispiel der Entwicklungsstörungen wurde aufgezeigt, dass auf Basis internationaler Erfahrungen eine Unterversorgung im Bereich der Behandlung und Sekundärprävention vermutet werden kann. Am Beispiel der Frühgeburtlichkeit wurde darauf verwiesen, dass die Evidenzlage für die Wirksamkeit sekundärpräventiver Maßnahmen genauerer Betrachtung bedarf.

damit Screening mehr nützt als schadet, müssen zahlreiche Voraussetzungen erfüllt sein

Evidenz für Nutzen oft nicht gegeben

Folgemaßnahmen (Behandlung/ Sekundärprävention müssen:

verfügbar und wirksam sein sowie in Anspruch genommen werden

9.5 Umsetzungsaspekte

Neben der elektronischen Umsetzung der Datenerfassung und -auswertung wurden folgende kritische Punkte bezüglich einer Neuorganisation der Eltern-Kind-Vorsorge identifiziert:

- ❖ Inanspruchnahme: Auf Basis des derzeitigen Abrechnungsmodus für Mutter-Kind-Pass Leistungen, lässt sich die Teilnahme an den im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen nicht eindeutig bestimmen (unterschiedliche Finanzierung; maximal Querschnittsangaben, nicht jedoch Längsschnitt im Zeitverlauf von Konzeption bis zu letzter Untersuchung). Die Teilnehmerate dürfte jedoch v.a. bei Kindern nach dem 1. Lebensjahr im Vergleich mit anderen europäischen „Musterländern“ gering sein. Eine Steigerung der Inanspruchnahme durch Ansprechen besonderer Zielgruppen (einkommensschwache und bildungsferne Familien, Migrationshintergrund) erscheint möglich und notwendig.
- ❖ Aufsuchende Dienste: Eltern-Kind-Vorsorge Leistungen in Österreich sind derzeit beinahe ausschließlich entlang von „Come“ Strukturen organisiert. Wie im internationalen Vergleich gezeigt werden konnte, gibt es in zahlreichen europäischen Ländern zusätzliche „Go“ Strukturen als integrale Bestandteile des Screening- und/oder Versorgungsangebots. Diese niedrigschwelligen, aufsuchenden Dienste werden von unterschiedlichen (v.a. nicht-ärztlichen), speziell ausgebildeten Berufsgruppen erbracht und sollen bessere Möglichkeiten zur Einschätzung der Lebensumstände von Schwangeren, Eltern(teilen) mit Kindern bis zur Erweiterung des inhaltlichen Angebots (z.B.: Beratungsgespräche) bieten.

(geschätzte) derzeitige Mutter-Kind-Pass Inanspruchnahme zeigt Verbesserungspotential auf

„Go“ Strukturen: aufsuchende Dienste ergänzen in vielen Ländern „Come-Strukturen“, sind niedrigschwellig, erlauben Einschätzung der Lebensumstände, erweitern das inhaltliche Angebot

9.6 Planungsaspekte einer Eltern-Kind-Vorsorge neu in Österreich

Verbesserung der Gesundheit von Eltern und Kindern in Österreich durch gemeinsame Bemühungen unterschiedlicher Zuständigkeitsbereiche sinnvoll

Wie in Kapitel 8 gezeigt wurde, bestehen in Österreich neben regionalen bzw. berufsgruppenspezifischen Initiativen auch auf Bundesebene diverse Bemühungen, die Eltern-/ Kindergesundheit zu verbessern. Sowohl im Gesundheitsministerium, als auch dem Bundesministerium für Frauenangelegenheiten und öffentlichen Dienst und dem Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend wurden diesbezügliche Maßnahmen formuliert bzw. identifiziert. Im Sinne von „Health in All Policies“ wäre eine Zusammenführung der Initiativen unterschiedlicher Zuständigkeitsbereiche sinnvoll und wünschenswert, um den unterschiedlichen Ansätzen einer Eltern-Kind-Vorsorge (Gesundheitsförderung bis Sekundärprävention) gerecht zu werden und die Gesundheit der Eltern und Kinder in Österreich möglichst effektiv und nachhaltig zu beeinflussen.

9.7 Abgeleitete, mögliche Themenbereiche für ein Folge- Projektjahr

- | | |
|--|--|
| digitale Umsetzungsmöglichkeiten | ❖ Wie könnte neues Vorsorgedokument organisiert sein (digitale Möglichkeiten, Datensammlung/ -auswertung)? Welche erfolgreichen Pilotprojekte gibt es? |
| Verringerung der Frühgeburtenrate | ❖ Welche Maßnahmen könnten zur Verringerung der Frühgeburtenrate führen? Können erfolgreiche Pilotprojekte identifiziert und eventuell auf Österreich übertragen werden? |
| Screeningalgorithmus | ❖ Lässt sich auf Basis der identifizierten Risikofaktoren/ -gruppen ein Screeningalgorithmus entwickeln (Screeningmaßnahmen für alle Schwangeren/ Kinder vs. gezieltes Screening für Risikogruppen)? |
| Evidenzbasierung einzelner Screeningmaßnahmen | ❖ Wie evidenzbasiert ist der Nutzen bzw. Schaden ausgewählter Screeningmaßnahmen? |
| aufsuchende Dienste | ❖ Ließen sich in Österreich Strukturen umsetzen, die aufsuchende Dienste zu Präventions- bzw. Screeningzwecken beinhalten? Welche erfolgreichen Pilotprojekte gibt es? |
| unterstützende Finanzierungsstruktur | ❖ Mit welchen Finanzierungsstrukturen können die Schwerpunkte, Strukturen und die Organisation einer „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ unterstützt werden (z.B. monetäre Anreize, Vergütungsmethoden)? |
| Budgetfolgen | ❖ Auf welche Höhe belaufen sich die für eine "Eltern-Kind-Vorsorge neu" zu tätigen öffentlichen Ausgaben (geschätzte Budgetfolgen)? |

10 Anhang: Think Tank

10.1 Hintergrund und Ziele

Nach der Vorstellung des Projektauftrages und der Projektprotokolle der einzelnen Projektteile wurden am 23.6.2010 am LBI-HTA zum Thema „Eltern-Kind Vorsorge neu“ vier workshopartige Einheiten abgehalten, in welchen die TeilnehmerInnen die Möglichkeit hatten, zu vorgegebenen Fragestellungen mittels Kärtchen die Ihnen am wichtigsten erscheinenden Punkte in die Diskussion einzubringen.

Diese Workshops dienten dazu, folgende Themen zu behandeln:

1. Identifikation der größten Gesundheits-Bedrohungen für Mütter (Eltern) und deren Kinder von der Konzeption bis zum Schuleintritt
2. Mutter- Kind Vorsorge- Status quo...
 - ☼ Was ist/ läuft gut? Was ist unverzichtbar? („MK-Pass +“)
 - ☼ Welche Inhalte sind umstritten/ Wo besteht Verbesserungsbedarf? („MK-Pass -“)
3. Eltern-Kind-Vorsorge- quo vadis? Wo soll eine neue Gesundheitsvorsorge hin? Welche Wünsche gibt es?
4. Identifikation von (inter)nationalen Datenquellen zu Gesundheitseinflüssen/-bedrohungen, Erkrankungen von Kindern prä-, peri- und postnatal sowie deren Eltern; ev. Identifikation von (inter)nationalen Pilotprojekten, Datenquellen und epidemiologischen Daten.

10.2 Zusammenfassung der Workshopergebnisse

Die Kärtchen ergaben an der Pinwand ein „buntes Bild“ an verschiedenen Meinungen, Wünschen und Bedenken - ohne Anspruch auf Vollständigkeit, sondern als Diskussionsgrundlage. Dieses „Bild“ ist in den Tabellen 10.2-1 und 10.2-2 bzw. den Kapiteln 10.2.2 und 10.2.3 wiedergegeben.

Think-Tank mit ExpertInnen zur

Identifikation der größten Gesundheitsbedrohungen

positiven, aber auch verbesserungsbedürftigen, derzeitigen Mutter-Kind-Pass Inhalten

Visionen einer Eltern-Kind-Vorsorge neu

Identifikation von Datenquellen

Ergebnis:

Sammlung von diversen Meinungen, Wünschen, Bedenken als Diskussionsgrundlage

10.2.1 Identifikation von Gesundheitsbedrohungen, Status-quo des Mutter-Kind-Passes und Quo-vadis einer Eltern-Kind-Vorsorge

Tabelle 10.2-1: Think Tank Ergebnisse: Kinder

KIND	PRAENATAL	PERINATAL	POSTNATAL
Gesundheitsbedrohungen	Frühgeburt, 23.-28. SSW Frühgeburtlichkeit IVF Bewertung in Österreich Sucht der Mutter Fetales Wachstum (Fehlbildungen, Retardationen) Ultraschall Cervixinsuffizienz z.B. nach Konisation Schnittstelle letzte Untersuchung und Aufnahme im Spital, z.B. bei EPH-Gestose	Extreme Frühgeburtlichkeit und soziales Umfeld, z.B. MigrantIn Unwissende bzw. alleingelassene Mutter Soziale Belastungen, Armut, Gewalt, psych. Kranke Eltern, sehr junge Eltern	Entwicklungsstörungen, Behinderungen Unfälle, impfpräventable Erkrankungen, soziale Probleme Landwirtschaftliche Betriebe
Inhalt MK-Pass + ¹⁷	Ultraschall: Organscreening 21. SSW + Nackendichte 12. SSW	Neugeborenenuntersuchung, 24 h und 1. LW Möglichkeit der Längsschnittsbegleitung Frühe Entwicklungsdiagnostik verbesserungsbedürftig	Untersuchungen 1. LJ, Untersuchung 5. LJ: gut und ausreichend Informationen über Kinderunfälle Entwicklungsdiagnostik (Sprache, psycho-sozial), Zahlenverständnis und Geschwisterverhalten
Inhalt MK-Pass - ¹⁸	---	---	2., 3., 4., LJ zu wenig differenziert Augenuntersuchung? Wertigkeit? HNO? Wertigkeit? Augen- und HNO Wertigkeit? Augen und HNO verbesserungswürdig

¹⁷ Was sollte Ihrer Meinung nach unbedingt im Mutter-Kind-Pass enthalten bleiben? Was ist essentiell/ unverzichtbar/ läuft gut...? (3 Themen / Bereiche platzieren)

¹⁸ Über die Sinnhaftigkeit/ Durchführung/ Inhalte welcher Untersuchungen wird diskutiert? Worauf könnte man ev. verzichten bzw. was müsste man ändern,...? (3 Themen / Bereiche platzieren)

Tabelle 10.2-2: Think Tank Ergebnisse: Mutter

MUTTER	PRAENATAL	PERINATAL	POSTNATAL
Gesundheitsbedrohungen	<p>Psycho-soziale Belastungen, Überforderung und mangelnde Unterstützung der Familie</p> <p>Psycho-soziale Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung -> schon während d. SSW</p> <p>Sucht, psychisch kranke Mutter</p> <p>Immer jüngere und ältere Erstgebärende, Lebensstilerkrankungen</p> <p>Hypertensive Erkrankungen</p> <p>Lebensstil, Ernährung, mangelnde Bewegung</p> <p>Lifestyle der Eltern (Adipositas, Drogen)</p> <p>Verschiedene Betreuung Niedergelassene vs. KH</p> <p>Fehlendes Wissen über Möglichkeiten, Abklärungen und Therapie (Fehlbildungen ?)</p> <p>Unsicherheit, fehlende Beratung: Eltern, EW-Psychiater, „Wording“ -> Sprache muss angepasst sein; unsicher über Untersuchung: „flatternde Frauen“</p> <p>Fertilitätsmedizin, Frühgeburt, Mehrlinge</p>	<p>Status post Kaiserschnitt</p> <p>Baby-Blues, Wochenbettdepression</p>	<p>Überforderung, soziale und fam. Situation</p> <p>Physische und psychische Überforderung</p> <p>Wissen über die Entwicklung und Bedürfnisse d. Kindes und der Lebensumstände</p> <p>Fehlende postpartale Hilfen für Familien</p> <p>Erziehungskompetenz der Eltern</p> <p>Zu wenig niederschwellige und soziale Hilfen</p> <p>Bildung der Eltern</p> <p>Niedriger Bildungsstand Eltern</p> <p>Psychische Erkrankungen und Adipositas Mütter</p> <p>Lebensstilfragen (geringe Erziehungskompetenz, Mediengebrauch, Essverhalten, fehlende Kinderbetreuung etc.)</p>
Inhalt MK-Pass +19	<p>Maternale (+ ...) Anamnese</p> <p>OGGT und HIV</p> <p>OGGT und Rhesus</p> <p>Labor bis 16. SSW + HBS Antigen</p> <p>Infektionsscreening Mutter</p> <p>Besondere Befunde (S. 1720) und Wochenbett (S. 3221)</p> <p>Suchterkennung (aber verbesserungsbedürftig)</p> <p>Bisherigen Verlaufsuntersuchungen durch gyn. FÄ inkl. der Ultraschalluntersuchungen und -beratungen</p> <p>Allgemeines Angebot nicht segregativ</p> <p>Niederschwelligkeit des Angebots (2 x)</p> <p>Kostenfreier Zugang zu med. Vorsorgeleistungen</p>	Wochenbettseite	---
Inhalt MK-Pass -22	<p>3. Ultraschall</p> <p>Interne Untersuchung (4 x)</p> <p>Lues</p> <p>Toxoplasmose</p> <p>Definition v. zwei Geburtsterminen</p> <p>z.T. laborlastig</p>	<p>Zeitspanne zwischen Wochenbett und 1. Untersuchung zu lange (z.B. Stillen; Nabel...)</p>	---

¹⁹ Was sollte Ihrer Meinung nach unbedingt im Mutter-Kind-Pass enthalten bleiben?

Was ist essentiell/ unverzichtbar/ läuft gut...? (3 Themen / Bereiche platzieren)

²⁰ Aufzählung (u.a. Blutung vor / nach der SSW 28; Placenta praevia etc.)

²¹ Wochenbett auffällig / unauffällig ; Anti-D Prophylaxe ja / nein; Rötelimpfung ja / nein etc.

²² Über die Sinnhaftigkeit/ Durchführung/ Inhalte welcher Untersuchungen wird diskutiert? Worauf könnte man ev. verzichten bzw. was müsste man ändern,...? (3 Themen / Bereiche platzieren)

10.2.2 Allgemeine Diskussionspunkte – über Lebensabschnitte hinweg

einige positive , aber auch verbesserungsbedürftige Aspekte sowie „Visionen“ konnten nicht eindeutig Lebensabschnitten zugeordnet werden

Prinzipiell MK-Pass +

- ✿ ... dass es den Pass überhaupt gibt
- ✿ Anzahl der Untersuchungen als Kontaktmöglichkeit und Kontinuität -> ABER Kommunikation verbesserungswürdig

Prinzipiell MK-Pass -

- ✿ Anreizsystem

Quo vadis

- ✿ Kommunikation als allgemeinen Wert sehen können
 - Auf ministerieller Ebene (Thema Geld)
 - Auf interdisziplinärer Ebene
- ✿ Mehrsprachigkeit des Mutter-Kind-Passes (3 x) und Begleitbuch; Angebot von Kursen
- ✿ Begleitevaluierung des Mutter-Kind-Passes
- ✿ Mutter/Eltern Frage: WAS brauchen SIE? (Allgemeine, einfache Frage)
- ✿ MK-Pass Infrastruktur / Struktur nutzen -> adaptieren an Bedürfnisse
- ✿ EDV-kompatible Versionen entwickeln -> epidem. Daten; EDV-Erfassung der Mutter-Kind-Pass Daten
- ✿ Hebung der Teilnahmefrequenz und Qualitätssteigerung der Untersuchungen
- ✿ Laufende Entwicklungskontrolle durch Eltern -> „Pickerl Schema“
- ✿ Bei Ultraschall SSW 18. – 22. Cervixschall dazu + Sekret (Frühgeburten)
- ✿ Irregulärer Antikörpersuchtest (Blutgruppen)
- ✿ Umfassende Schwangerenbegleitung
- ✿ Bei geplanter Gravidität -> internistische Untersuchung vorverlegen
- ✿ Trennung Info / Beratung und Untersuchung
- ✿ Kontinuierliche Hebammenbetreuung; Hebammenbetreuung in der SSW obligat; Hebammen additiv; Hebammengespräche; interdisziplinäres Modell im MK-Pass ... + KindergärtnerInnen
- ✿ Mind. 1 Hausbesuch für alle Mütter, z.B. von Hebamme
- ✿ Multiprofessionelle Betreuung bei Risikoschwangerschaft (PsychologIn; MedizinerInnen, SozialarbeiterInnen; Hebammen)
- ✿ Frühgeburtsscreening
- ✿ Nackendichte und Organscreening als Eintrag

- ❖ Fehlende Unterschriftsmöglichkeit für Hebammen (nur Unterschrift von ÄrztIn verlangt)
- ❖ Bessere Einbeziehung der AllgemeinmedizinerInnen
- ❖ Psychische und soziale Komponenten
- ❖ Erfassung der bio-, psycho-sozialen Situation und multiprofessioneller Betreuungsansatz
- ❖ Mutter- / Vaterbegleitung postpartal
- ❖ Untersuchung vorverlegen von der 4. bis 6. Lebenswoche auf die 2. bis 4. Lebenswoche
- ❖ Postpartale Untersuchung der Mutter mit Geburtsanamnese
- ❖ Informationsfeld über unterstützend / begleitende Angebote
- ❖ Impfberatung mit Feld definieren zum ankreuzen
- ❖ Berücksichtigung psycho-sozialer und psychosomatischer Aspekte (Land vs. Stadt)
- ❖ Familienplanung einbauen
- ❖ Untersuchung Mutter: 4 bis 6 Wochen postpartum
- ❖ Dokumentationsseite für Eltern: „First skills“ der Kinder – „was können sie schon:“
- ❖ Fragen bei Kindern: „In welchen Bereichen hat ihr Kind erfreuliche Fähigkeiten?“ / „In welchen braucht es besondere Unterstützung?“
- ❖ Ausreichende Angebote für Elternarbeit bei Bedarf auch ohne Diagnose bei Kind
- ❖ Fragen nach Elternkompetenz falls unzureichend -> verpflichtendes Nachholen, eventuell sozialamtgestützt

10.2.3 Datenquellen und epidemiologische Daten (von TeilnehmerInnen genannt/ empfohlen)

Prinzipieller Tenor: Mangel an österreichischen (!) Daten ...

- ❖ Statistik Austria
- ❖ Gesundheitsberichte
- ❖ Geburtenregister (Tirol; PIA)
- ❖ PERISTAT (abgeschlossenes EU-Projekt); (Vutuc)
- ❖ Akademie für Vorsorgemedizin (Stmk.)
- ❖ SZB, OÖ (Mutter-Kind-Pass Teilnahme/frequenz?)
- ❖ AKS Vorarlberg
- ❖ Tirol -> Kindergartenuntersuchungen / Wien-> Kindergartenuntersuchung; Familienhebammen Inanspruchnahme und Entwicklungsdiagnostik
- ❖ Frauengesundheitsbüro der Stadt Wien; psycho-soz. Ges.
- ❖ Verein für heilpädagogische Familien (Tirol)
- ❖ Mosaik (Stmk.)
- ❖ VKKJ Wien (Entwicklungsdiagnostik)
- ❖ HBSC Studie

neben Konsens über Mangel an österreichischen Zahlen wurden zahlreiche (inter)nationale Datenquellen identifiziert

- ✿ KiGGS Studie (Deutschland)
- ✿ Internat. Frühgeburtenregister VON (Vermont-Oxford Network)

10.2.4 Think Tank TeilnehmerInnen

Am 23.6.2010 anwesende ExpertInnen (in alphabetischer Reihenfolge)

13 externe ExpertInnen
anwesend

- ✿ ao. Univ.-Prof. Dr. Dagmar Bancher-Todesca, Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde (AKH Wien)
- ✿ MR Dr. Dietmar Baumgartner, Fachgruppenobmann niedergel. ÄrztInnen der ÖGKJ
- ✿ Ass. Prof. Dr. Daniela Dörfler, Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, Universitätsklinik für Frauenheilkunde (AKH Wien)
- ✿ ao. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Eppel, Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde (AKH Wien)
- ✿ Hebamme Renate Großbichler-Ulrich, Österr. Hebammen-Gremium
- ✿ Ass. Prof. Brigitte Hackenberg, Ambulanz für Psychosomatik und klinische Psychologie, Abt. für für Neonatologie, pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde (AKH Wien)
- ✿ Dr. Barbara Hasiba, Allgemeinmedizinerin, Stmk.
- ✿ Dr. Margarete Lässig, MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche
- ✿ Dr. Sonja Otto, FA Kinder- und Jugendheilkunde, Stmk.
- ✿ Dr. Brigitte Steingruber, Projektleiterin von MIA- Mütter in Aktion & pränataldiagnostische Beratungen (Frauengesundheitszentrum Graz)
- ✿ Prim. Dr. Klaus Vavrik, Ärztlicher Leiter des Ambulatoriums für Sozialpädiatrie und Entwicklungsneurologie der VKKJ Fernkorn-gasse (Wien), Präsident der Österr. Liga f. Kinder- und Jugendge-sundheit
- ✿ Prim. Dr. Gabriele Wiesinger-Eidenberger, Abteilungsleiterin der Abteilung für Neonatologie, Landes Frauen- und Kinderklinik Linz
- ✿ DI Petra Winkler, GÖG, Gesundheitsberichterstattung

Am 23.6.2010 anwesende MitarbeiterInnen des LBI-HTA (in alphabetischer Reihenfolge)

- ☼ Dr. Philipp Mad
- ☼ Dr. Brigitte Piso, MPH
- ☼ Dr. Marisa Warmuth, MIPH
- ☼ Priv.- Doz. Dr. Claudia Wild
- ☼ Dr. Roman Winkler, MSc
- ☼ Dr. Ingrid Zechmeister, MA

**sowie 6
MitarbeiterInnen des
LBI-HTA**

Geladene, am 23.6. 2010 verhinderte ExpertInnen (in alphabetischer Reihenfolge)

- ☼ Dr. Renate Fally-Kausek, BMG
- ☼ Dr. Imma Müller-Hartburg, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe (Wien)
- ☼ Dr. Rudolf Püspök, Facharzt für Kinder und Jugendheilkunde (Bruck an der Leitha)
- ☼ Dr. Susanne Rabady, Gemeindeärztin (Windigsteig); ÖGAM Vizepräsidentin
- ☼ Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Schmitt, Ärztlicher Direktor d. Landes-Frauen- und Kinderklinik (Linz)

**5 geladene Gäste waren
verhindert**

11 Literatur

- [1] Holland WW, Stewart S, Masseria C. Policy Brief. Screening in Europe. Brussels: WHO European Centre for Health Policy; 2006.
- [2] Abuzahra M, Zechmeister I, Wild C. Mutter-Kind-Pass: Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2009.
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Mutter-Kind-Pass. Wien: BMG; 2010.
- [4] Bundesministerium für Gesundheit. Impfplan 2011 Österreich: Evidenzbasierte Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates (Impfausschuss: 12. Oktober 2010). 2011 [cited 2011 Jänner 20]; Available from: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/0/CH1100/CMS1038913010412/impfplan_2011.pdf
- [5] Mossialos E, Merkur S, Ladurner J, Gerger M, Panea R. Antenatal Care in Austria and Selected Countries. Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. Vienna: Main Association of Austrian Social Security Institutions; 2009.
- [6] Warmuth M, Mad P, Piso B, Wild C. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [7] Winkler R. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screeningstrategien zu "Normal-" und "Risikoverläufen" während der Schwangerschaft und der frühen Kindheit bis zum Schuleintritt. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [8] Zechmeister I, Loibl T. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil III: Ist-Erhebung von Finanzierungs- und Kostenstrukturen von Eltern-Kind-Leistungen in Österreich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [9] Martius J, Novotny A. Gynäkologie, Geburtshilfe und Neonatologie. Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart 2006.
- [10] Oberaigner W, Leitner H. Geburtenregister Tirol: Bericht über die Geburtshilfe in Tirol 2007. Innsbruck: Institut für klinische Epidemiologie der Tilak; 2008.
- [11] Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH. BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS; 2008.
- [12] Voigt M, Briese V, Pietzner V, Kirchengast S, Schneider KTM, Straube S, et al. Evaluation of maternal parameters as risk factors for premature birth (individual and combined effects) = Evaluierung von mütterlichen Merkmalen als Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit (Einzel- und Kombinationswirkung). Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie. 2009;213:138-46.
- [13] Bös K, Ulmer J. Motorische Entwicklung im Kindesalter. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2003;151(1):14-21.
- [14] Arbeitsgruppe Schlafmedizin und Schlafforschung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Plötzlicher Säuglingstod in Österreich. Richtlinien zur Diagnostik, Datenerfassung und Prävention. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2007;155(5):464-5.
- [15] Kerbl R. Plötzlicher Säuglingstod (SIDS) in Österreich. Pathogenese, Mortalität und Möglichkeiten der Prävention. DER MEDIZINER. 2006;11:34-7.

- [16] Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *Pediatrics*. 2003 Apr;111(4 Pt 1):914-7.
- [17] Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G. Injuries among children and adolescents (1-17 years) and implementation of safety measures. Results of the nationwide German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) = Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmassnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2007;5/6(50):718-27.
- [18] Feldmann R, Löser H, Weglage J. Fetales Alkoholsyndrom (FAS). *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2007;155(9):853-65.
- [19] Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Smoking, Alcohol and Caffeine Consumption of Mothers before, during and after Pregnancy - Results of the Study 'Breast-Feeding Habits in Bavaria'. *Gesundheitswesen*. 2009 Jul;71(7):391-8.
- [20] Schneider S, Maul H, Freerksen N, Pötschke-Langer M. Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Health Survey 2005. *Public Health*. 2008;122:1210-16.
- [21] Schenk L, Knopf H. Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2007;5/6(50):653-8.
- [22] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. *Mundgesundheit in Österreich. Gesammelte Ergebnisse der Zahnstatuserhebungen 1996-2003*. Wien: BMGF; 2005.
- [23] Sonderbericht Tiroler Gesundheitsberichterstattung. *Zahnstatusbericht. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund: Tirol 2006*. Innsbruck: Landessanitätsdirektion, Amt der Tiroler Landesregierung; 2009.
- [24] *Gesundheit Österreich GmbH (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Familie und Jugend. Zahnstatus 2006. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; 2007.
- [25] *Amt der Steiermärkischen Landesregierung. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung; 2010.
- [26] Gehrman J, Sumargo S. Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2009;157(4):383-94.
- [27] Raffle AE, Gray JAM. *Screening: Evidence and practice* Oxford University Press 2007.
- [28] Haller B. *Frauenbericht 2010, Teil II: Berichte zu ausgewählten Themen zur Entwicklung der Situation von Frauen in Österreich, Kapitel 4: Beziehungsgewalt gegen Frauen: Bundeskanzleramt, Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst; 2010*.
- [29] *Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst. Frauenbericht 2010: Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008*. Wien: Bundeskanzleramt Österreich; 2010.
- [30] Schleicher B. *Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend; 2010*.

- [31] Perttu S, Kaselitz V. Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft: Handbuch für die Geburts- und Kindermedizin. 2006 [cited 2011 Februar 8]; Available from:
http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/pdf/Addressing_Intimate_Partner_Violence_German_Version%20.pdf
- [32] Kautzky-Willer A, Bancher-Todesca D, Repa A, Pollack A, Lechleitner M, Weitgasser R. Gestationsdiabetes (GDM). Wiener Klinische Wochenschrift. 2009;121(Suppl 5):S51-S6.
- [33] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Aktualisierungsforschung zum Bericht S07-01 - Screening auf Gestationsdiabetes. Köln: IQWiG; 2010.
- [34] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Screening auf Gestationsdiabetes: Abschlussbericht S07-01. Köln: IQWiG; 2009.
- [35] Horvath K, Koch K, Jeitler K, Matyas E, Bender R, Bastian H, et al. Effects of treatment in women with gestational diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. 2010;340:c1395.
- [36] ReviewerInnen-Kommentare.
- [37] Kiss H, Petricevic L, Husslein P. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. BMJ. 2004;329:371-4.
- [38] Sangkomkarn U, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopai-boon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008(2).
- [39] European Foundation for the Care of Newborn Infants. EU Benchmarking Report 2009/2010: Too little, too late? Why Europe should do more for preterm infants: EFCNI; 2009.
- [40] Woolacott NF, Puhan MA, Steurer J, Kleijnen J. Ultrasonography in screening for developmental dysplasia of the hip in newborns: systematic review. BMJ. 2005 Jun 18;330(7505):1413.
- [41] Ihme N, Altenhofen L, von Kries R, Niethard FU. Hip ultrasound screening in Germany. Results and comparison with other screening procedures = Sonographisches Hüftscreening in Deutschland. Ergebnisse und Vergleich mit anderen Screeningverfahren. *Der Orthopäde* 2008.
- [42] Grill F, Müller D. Ergebnisse des Hüftultraschallscreenings in Österreich. *Orthopäde*. 1997;26:25-32.
- [43] Langmann A, Lindner S, Koch M, Wackernagel W, Gschiel G. Ophthalmologisches Kinder-Screening in Österreich. *Spektrum Augenheilkunde*. 2005;19(5):294-5.
- [44] Gräf M. Früherkennung von Sehstörungen von Kindern. Durchleuchtungstest nach Brückner - Ein Muss bei allen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter. *Deutsches Ärzteblatt*. 2007;104(11):724-9.
- [45] Petzold G, Ganzera F, Kaufmann M, Stein B, Woytinas R, Bock H, et al. Augenärztliche Prävention im 1. Lebensjahr. Früherkennung von Risikofaktoren für Amblyopien und Schielerkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter - FRATZ-Projekt *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2007;155(1):61-7.
- [46] Consilium Strabologicum Austriacum. Tropfschema: Skiaskopie/ Fundusuntersuchung. 2010 [cited 2010 November 30]; Available from:
http://www.augen.at/downloads/event/20100406_tropfschema_homepage.pdf

- [47] Consilium Strabologicum Austriacum, orthoptik austria. Amblyopietherapie: Empfehlungen des Consilium Strabologicum in Zusammenarbeit mit orthoptik austria 2009. 2009 [cited 2010 November 30]; Available from:
http://www.augen.at/downloads/event/20090201_amblyopietherapieempfehlungen.doc
- [48] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: Abschlussbericht S05-02. Köln: IQWiG; 2008.
- [49] Österreichische Gesellschaft für Hals-/ Nasen- und Ohrenheilkunde; Kopf- und Halschirurgie. Europäischer Konsens zum Neugeborenen-Hörscreening: Verabschiedet auf der European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening, 15. - 16. Mai 1998 in Mailand. . 2010 [cited 2010 November 22]; Available from:
<http://www.hno.at/index.php?id=149>
- [50] Ptok M. Formen kindlicher Schwerhörigkeit. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2001;149(9):870-6.
- [51] Finckh-Krämer U, Spormann-Lagodzinski M-E, Nubel K, Hess M, Gross M. Wird die Diagnose bei persistierenden kindlichen Hörstörungen immer noch zu spät gestellt? . HNO 1998;46(6):598-602.
- [52] Richter B, Löhle E. Audiologische Diagnostik bei Kindern. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2001;149(9):877-82.
- [53] Zorowka PG. Sprachentwicklungsstörungen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2008;156(9):875-84.
- [54] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Abschlussbericht S06-01 Köln: IQWiG; 2009.
- [55] Reuner G, Pietz J. Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2006;154(4):305-13.
- [56] Kastner J, Petermann F. Entwicklungsbedingte Koordinationsstörungen und Lernverhalten. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2010;158(5):455-62.
- [57] Reinhardt D, Petermann F. Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wo sind die Schnittstellen? Monatsschrift Kinderheilkunde. 2010;158(1):15-21.
- [58] Barkmann C, Schulte-Markwort M. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie und Diagnostik. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2007;155(10):906-14.
- [59] Petermann F. Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. Kindheit und Entwicklung. 2005;14(1):48-57.
- [60] Rauchfuß M. Psychosoziale Aspekte von Mehrlingsschwangerschaften und Mehrlingsfamilien. Der Gynäkologe. 2008;10(41):808-16.
- [61] Koller D, Lack N, Mielck A. 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. Gesundheitswesen. 2009;71:10-8.
- [62] Statistik Austria. Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Statistik Austria; 2008.
- [63] Organisation for Economic Co-operation and Development. Doing better for children. Paris: OECD; 2009.