

Diplomarbeit

**Über die Notwendigkeit strengerer Gesetze zur
Sicherung der kindlichen Gesundheit**

eingereicht von

Stafflinger Philipp

zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der gesamten Heilkunde
(abgek. Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am:

Institut für Humangenetik

unter Anleitung von

Sen.Lecturer MMag. Dr. Julian Wenninger, MA

ao.Univ.-Prof. Mag. Dr.rer.nat. Dr.scient.med. Erwin Petek

Graz im Oktober 2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 22.10.2016

Stafflinger Philipp eh.

Danksagung:

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, welche mich auf meinem Weg begleiten und mich während des Humanmedizinstudiums sowie bei der Erstellung dieser Diplomarbeit unterstützt haben.

Zuerst möchte ich meinem Mentor Mag. Dr. med. Wenninger Julian danken, der mich erstmals mit dem Begriff der Ethik in Kontakt brachte, als Leiter eines Seminars mein Interesse an den Grundlagen der Ethik weckte und mir die Notwendigkeit der Sensibilität für ethische Problemstellungen im medizinischen Alltag verständlich machte. Als Diskussionsleiter konnte er mir die Herangehensweise an einfache und komplexe moralische Überlegungen erläutern, um mir anschließend mit dieser Diplomarbeit die Möglichkeit zu geben, mich mittels einer Fragestellung meiner Wahl weiter mit der Thematik der Ethik zu beschäftigen und meinen Horizont dahingehend zu erweitern.

Auch Herrn Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Dr. Erwin Petek danke ich dafür, dass ich meine Zeit diesem interessanten Thema widmen durfte.

Weiters bin ich natürlich auch meiner Familie dankbar, weil mir schon seit Beginn immer die Möglichkeit gegeben wurde, mich in jeder von mir gewünschten Fachrichtung weiterzubilden. Meine größte Verbundenheit gilt dabei meiner Mutter Margit, welche mir nicht nur während dieser Arbeit, sondern auch sonst in jeder Lebenslage mit Rat und Tat zur Seite steht.

Zu guter Letzt gilt meine Dankbarkeit selbstverständlich auch meiner wundervollen Freundin Karina, die immer ein offenes Ohr für mich hat, sodass ich zu jeder Zeit meine Gedanken teilen und meinen Diskussionsdrang stillen kann.

Zusammenfassung:

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der ethischen Gewichtung sowie der Gegenüberstellung der kindlichen Gesundheit und dem Selbstbestimmungsrecht der österreichischen Erziehungsberechtigten.

Durch die Unterschrift der UN-Konvention für Kinderrechte erkennt Österreich laut Artikel 24, das Recht der Kinder auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an, verpflichtet sich laut Artikel 6 in größtmöglichem Umfang das Überleben und die Entwicklung des Kindes zu gewährleisten und laut Artikel 34 sexuelle Kindesmisshandlung zu unterbinden.

Um diese Rechte der Kinder umzusetzen, wurde 1974 in Österreich der Mutter-Kind-Pass eingeführt. Das erste Kapitel der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit den darin vorkommenden Untersuchungen, deren Nutzen, der aktuellen staatlichen Förderung auf diesem Gebiet und mit der Frage, ob zusätzliche staatliche Forcierungen dieser Untersuchungen nach dem Vorbild anderer Länder ethisch gerechtfertigt wären.

Da jedoch eine erhöhte Teilnahmerate an den Untersuchungen nicht ausreicht, um für das Wohl der Kinder zu garantieren, wird zusätzlich die Möglichkeit von verstärkter Überwachung aller Kinder und deren ärztlichen Untersuchungsergebnissen diskutiert, um so möglicherweise die Zahl der Kindesmisshandlungen senken zu können.

Der weitere Verlauf der Arbeit beschäftigt sich mit der Rechtfertigung von verpflichtenden Impfungen. Bei dieser Diskussion wird festgehalten welche Auswirkungen die zurzeit freiwilligen Impfungen für das Wohl eines Kindes haben. Es wird der Nutzen der einzelnen Immunisierungen, die möglichen Folgen der Krankheiten und die dazugehörige Empfehlung der österreichischen Ethikkommission des Bundeskanzleramtes vorgestellt.

Die Arbeit wird nach der Auflistung der Fakten und den sich stellenden Fragen, mit einer ethisch fundierten Entscheidungsfindung abgeschlossen. Dabei werden ethische Denkweisen, nach welchen jede Medizinerin und jeder Mediziner im klinischen Alltag fungieren sollte, angewandt. Mit Hilfe der Deontologie, dem Utilitarismus und der prinzipienorientierten Ethik wird versucht argumentativ begründete Vorschläge für einen verbesserten Schutz der kindlichen Rechte auf Gesundheit zu finden.

Abstract:

This paper compares and weights the ethical value of improving Austrian children's health and their parents' right of self determination.

With Austria's signature on the *UN Convention on the Rights of the Child* the state recognizes inter alia Article 6 "*the duty of a government to ensure children survive and develop healthily*", Article 24, "*the right of children to the best health care possible*" and Article 34, stating that "*governments should protect children from all form of sexual exploitation and abuse.*"

To implement these children's rights, Austria has introduced a free health screening programme in 1974, the so-called *mother-child-pass*. The first chapter of this paper discusses the medical examinations offered to mother and child, their health benefits and their current government funding. It also poses the question if, following the examples of other countries, it would be ethically justified for the government to further enforce the undergoing of these examinations.

However, because an increased response rate to the complimentary examinations alone won't automatically ensure a child's welfare, the possibility of enhanced surveillance is also being discussed. By closely monitoring all children's medical examinations results, the government might also be able to reduce the number of child abuse cases.

Following the idea of further enforcement and surveillance, the paper highlights the need for mandatory vaccinations. It shows the health benefits of complimentary and recommended immunizations for children by presenting the benefits of individual immunizations, the potential consequences of diseases and the recommendation of the Austrian Ethics Committee of the Federal Chancellery.

After listing all these facts and questions, the paper concludes with an ethically based decision making where it applies the ethical principles each physician should follow in everyday clinical practice. Deontology, utilitarianism and the principle based ethics can help finding argumentative reasoned proposals for a better protection of children's rights.

Inhaltsverzeichnis:

DANKSAGUNG	II
ZUSAMMENFASSUNG.....	III
ABSTRACT	IV
INHALTSVERZEICHNIS	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VIII
TABELLENVERZEICHNIS	VIII

1 SOLLTEN MEHR UNTERSUCHUNGEN DES MUTTER-KIND-PASSES

REGISTRIERT WERDEN ALS BISHER? 1

1.1 Einführung	1
1.2 Empfohlene Kinderuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes	2
1.2.1 1. bis 5. Untersuchung des Kindes von dessen 1. Lebenswoche bis zum 14. Lebensmonat	2
1.2.2 Hüftultraschalluntersuchungen (in der ersten Lebenswoche oder von der 6. bis zur 8. Lebenswoche)	5
1.2.3 6. Untersuchung (vom 22. bis zum 26. Lebensmonat).....	6
1.2.4 7. Untersuchung: (vom 34. bis zum 38. Lebensmonat).....	9
1.2.5 8. Untersuchung (vom 46. bis zum 50. Lebensmonat):.....	10
1.2.6 9. Untersuchung (vom 58. bis zum 62. Lebensmonat):.....	11
1.3 Prävention durch ärztliche Beratung	12
1.3.1 Körperliche Aktivität anstatt sitzender Tätigkeiten	12
1.3.2 Früher Fernsehkonsum schon für Kleinkinder	13
1.3.3 Risiken von zu wenig Bewegung	13
1.3.4 Vorbildfunktionen in Bezug auf körperliche Aktivität	14
1.3.5 Körperliche Betätigung bringt kognitive Vorteile	15
1.3.6 Beratung zu „Nicht ernährungsbedingtem Saugen“	15
1.3.7 Folgen von persistierendem Daumenlutschen und Gebrauch des Schnullers	16
1.4 Rechtliche Grundlage des Mutter-Kind-Passes in Österreich	17
1.4.1 Varianten der Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes	17
1.4.2 Kürzungen des Kinderbetreuungsgeldes bei nicht durchgeführten relevanten Untersuchungen .	18
1.4.3 Maßnahmen der Bundesländer zur Förderung von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	19
1.5 Rechtliche Regelungen von Kinderuntersuchungen in Deutschland	20
1.6 Diskussion zu strengeren Kontrollen des Mutter-Kind-Passes	21
1.6.1 Rechtfertigung des Mutter-Kind-Passes	21
1.6.2 Einschränkung der Rechte der Eltern durch verschiedene Regelungen	21
1.6.3 Limitation der verpflichtenden Untersuchungen.....	23

2 KÖNNTE STRENGERE ÜBERWACHUNG VON UNTERSUCHUNGEN ZUR PRÄVENTION VON KINDESMISSHANDLUNGEN DIENEN? 24

2.1 Einführung: Detektion von Kindesmisshandlung	24
---	-----------

2.2	Häufigkeit und Formen der Kindesmisshandlung	27
2.3	Erkennen von verschiedenen Formen der Kindesmisshandlungen in der Praxis	28
2.3.1	Körperliche Gewalt gegen Kinder	28
2.3.2	Sexuelle Gewalt gegen Kinder.....	30
2.3.3	Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung der Kinder	31
2.3.4	Folgen von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung in den verschiedenen Altersklassen 32	
2.4	Münchhausen-by-Proxy-Syndrom	34
2.4.1	Definition.....	34
2.4.2	Klinische Präsentation	34
2.4.3	Epidemiologie.....	35
2.4.4	Detektion.....	36
2.5	Kinderschutzgruppen in Österreich	37
2.5.1	Allgemeine Vorgehensweise bei Verdacht auf Kindesmisshandlung	38
2.5.2	Weitere fachärztliche Untersuchungen	39
2.5.3	Der weitere Umgang mit einem misshandeltem Kind	40
2.6	Übersicht über die derzeit startende ELGA- elektronische Gesundheitsakte	41
2.7	Mögliche Vor- und Nachteile der ELGA	42
2.8	Unsicherheiten von Ärztinnen und Ärzten bei Kontakt mit Kindesmisshandlung	45
2.9	Diskussion über den Umfang der Überwachung der Kinder, um deren psychisches und physisches Wohl zu wahren	45
3	SOLLTE DIE EINHALTUNG DES EMPFOHLENE IMPFPLANES GEFÖRDERT WERDEN?	47
3.1	Einführung zu verpflichtenden Impfungen	47
3.2	Tabellarische Übersicht des empfohlenen Impfkalenders 2016 [20]	49
3.3	Überblick über die zu immunisierenden Krankheiten	51
3.3.1	Rotavirus:.....	51
3.3.2	HPV	51
3.3.3	Diphtherie:	52
3.3.4	Tetanus:.....	52
3.3.5	Pertussis:	52
3.3.6	Poliomyelitis:	53
3.3.7	Masern:	53
3.3.8	Mumps:	54
3.3.9	Röteln:.....	55
3.3.10	Hämophilus influenza B:	55
3.3.11	Hepatitis B:	56
3.3.12	Pneumokokken:	56
3.3.13	Meningokokken:	57
3.4	Verschiedenen Arten der Immunisierung	57
3.4.1	Passive Immunisierung:	57

3.4.2	Aktive Immunisierung:	58
3.5	In Österreich zugelassene Impfstoffe	59
3.6	Aussagen der WHO zur flächendeckenden Immunisierung	60
3.6.1	Faktoren, die gegen das Erzielen eines Herdenschutzes wirken	60
3.6.2	Kommunikation zur Steigerung der Impftrate	62
3.6.3	Effektivität der verschiedenen Impfungen	62
3.7	Die empfohlenen Impfungen in den verschiedenen Ländern	63
3.7.1	Gesetzliche Regelung zur Einhaltung des Impfplanes in Österreich	63
3.7.2	Gesetzliche Regelung zur Einhaltung des Impfplanes in anderen Ländern	64
3.7.3	Impfbereitschaft in Österreich	64
3.7.4	Darstellung der Statistiken der Impfraten mittels Diagrammen	65
3.7.5	Beschreibung der Statistiken der Impfraten	67
3.8	Empfehlung der Bioethikkommission des Bundeskanzlers	67
3.8.1	Zusammenfassung der Empfehlung der Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes bezüglich einer allgemeinen Impfpflicht	68
3.9	Diskussion von Möglichkeiten die Einhaltung des Impfplanes zu fördern	71
3.9.1	Notwendigkeit einer Impfpflicht.....	71
3.9.2	Ausmaß der Einschränkung der Autonomie	71
3.9.3	Weitere mögliche Gründe für die mangelnde Impfabdeckung	72
3.9.4	Vorteile solcher verpflichtenden Immunisierung.....	73
4	ETHIK.....	74
4.1	Einführung zur Ethik	74
4.2	Deontologische Ethik	75
4.3	Utilitarismus:	77
4.3.1	Die vier Grundbausteine des Utilitarismus	77
4.3.2	Die Weiterentwicklung des Utilitarismus	78
4.3.3	Limitation des Utilitarismus.....	79
4.4	Diskussion über die Schwachstellen der Deontologie und des Utilitarismus in Bezug auf medizinethische Probleme	79
4.5	Prinzipienorientierte Medizinethik nach Beauchamp und Childress	81
4.5.1	Anwendung der 4 Prinzipien.....	81
4.5.2	Prinzip der Autonomie (autonomy)	82
4.5.3	Prinzip der Fürsorge (beneficence)	83
4.5.4	Prinzip der Schadensvermeidung (nonmaleficence)	83
4.5.5	Prinzip der Gerechtigkeit (justice)	84
4.6	Ethisch fundierte Diskussion über die Notwendigkeit von strengeren Gesetzen zur Sicherung der kindlichen Gesundheit	84
4.6.1	Verpflichtende Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.....	85
4.6.2	Verstärkte staatliche verpflichtende Überwachung zur Prävention von Kindesmisshandlung	86
4.6.3	Einführung einer Impfpflicht	87

5	CONCLUSIO.....	90
6	LITERATURVERZEICHNIS	92

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Analyse der 304 Masernfälle in Österreich von Dez. 2014 bis Aug. 2015.....	54
Abb. 2: Vergleich der höchsten dokumentierten Anzahl und der 1986 dokumentierten Anzahl an durch Krankheiten ausgelösten Todesfällen	63
Abb. 3 Anteil an Masern und DPT immunisierten Kindern in Österreich von 1990 - 2013	65
Abb. 4: Vergleich der Anteile an immunisierten Kindern in verschiedenen Ländern	66

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1: Mit Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes verknüpfte frei angebotene Untersuchungen des Kindes	3
Tab. 3: Variante des pauschalierten Kinderbetreuungsgeldes	17
Tab. 4: Kürzungen der Varianten des Kinderbetreuungsgeldes bei fehlenden erforderlichen Untersuchungen ...	19
Tab. 5: Laut österreichischem Impfplan empfohlene, frei zur Verfügung stehende Impfungen bis zum 2. Lebensjahr	49
Tab. 6: Laut österreichischem Impfplan empfohlene, frei zur Verfügung stehende Impfungen vom 7. bis zum 15. Lebensjahr	50
Tab. 7: In Österreich zugelassene Impfstoffe für die frei angebotenen Impfungen.....	59

1 Sollten mehr Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes registriert werden als bisher?

1.1 Einführung

In der heutigen Zeit werden von den gesetzlichen Krankenkassen eine Vielzahl von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder frei zur Verfügung gestellt. Der Mutter-Kind-Pass wurde in Österreich 1974 zur Senkung der Säuglingsmortalität und Fehlgeburtenrate eingesetzt. Er dient vor allem zur rechtzeitigen Erkennung von Entwicklungsstörungen, um eine adäquate frühzeitige Behandlung zu ermöglichen. [1]

Die Zeitspanne, in welcher die Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes geplant sind, zieht sich über die Schwangerschaft der Mutter bis hin zum fünften Geburtstag des Kindes. Die Zeitabstände der Untersuchungen nehmen mit fortschreitendem Alter des Kindes zu und finden ab dem 14. Lebensmonat nur mehr jährlich statt. [2]

Um in Österreich die vollständige Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes erlangen zu können, müssen fünf gynäkologische Schwangerschaftsuntersuchungen, sowie fünf ärztliche Untersuchungen des Kindes in dessen ersten 14 Lebensmonaten nachgewiesen werden. Ab dem 14. Lebensmonat des Kindes basieren die folgenden Kindesuntersuchungen auf völlig freiwilliger Basis, was bedeutet, dass die Anwesenheit bei den Untersuchungen durch keinerlei Zwang herbeigeführt wird und dem Verweigern der Untersuchungen keinerlei Sanktionen folgen. [3]

Es präsentiert sich die Frage, warum die Untersuchungen nach dem ersten Lebensjahr weniger gefördert werden, als die an das Kinderbetreuungsgeld gekoppelten Untersuchungen in den ersten 14 Lebensmonaten. Man könnte versuchen die Kinderuntersuchungen mit Einladungsschreiben zu forcieren, die Höhe der vom Staat ausgezahlten Sozialleistungen von dem Nachweis der gesamten Untersuchungen des Mutter-Kind-Pass abhängig zu machen oder sogar bei nicht wahrgenommenen Terminen dem Jugendamt Bescheid zu geben, um einen Kontrollbesuch bei den betroffenen Familien

zu arrangieren, sodass jeglicher Art der Verwahrlosung oder Entwicklungsstörung der Kinder so bald wie möglich entgegengewirkt werden könnte.

Die Frage ist, ob es für Österreich an der Zeit wäre einen weiteren Schritt in die Richtung der besseren medizinischen Versorgung für dessen Kinder zu gehen. Sollte der Staat gesetzlich verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen für Kinder einführen, wenn dies auch eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes seiner Bürgerinnen und Bürger bedeuten würde?

In mehreren Bundesländern Deutschlands, wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen, wurden schon Schritte in die Richtung der kontrollierten und verpflichtenden Vorsorgeuntersuchung eingeleitet. [4] Wie dieses bereits angewandte System bisher geregelt ist und welche Konsequenzen bei ausbleibender Teilnahme an Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen für die Eltern zu erwarten sind, wird im Laufe dieses Kapitels genauer beschrieben.

Das erste Kapitel der Arbeit befasst sich mit der Sinnhaftigkeit der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, der rechtlichen Lage des Kinderbetreuungsgeldes in Österreich, dem medizinischen Vorsorgesystem für Kinder in Nordrhein-Westfalen und einer Diskussion, ob sich das derzeitige österreichische System weiterentwickeln sollte.

1.2 Empfohlene Kinderuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes

1.2.1 1. bis 5. Untersuchung des Kindes von dessen 1. Lebenswoche bis zum 14. Lebensmonat

Seit seiner Einführung 1974 wurde der Mutter-Kind-Pass vom Bundesministerium für Gesundheit mehrfach weiterentwickelt und dessen Untersuchungen modifiziert. Im Jahr 2000 wurde durch die Zusammenarbeit von 17 Ärztinnen und Ärzten in Österreich ein Leitfaden für die Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes für die österreichische Arbeitsgruppe der Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde festgelegt. Der Ablauf der Untersuchungen, welche in den ersten 14 Lebensmonaten stattfinden sollen wird in dieser Arbeit tabellarisch zusammengefasst dargestellt. Das Fernbleiben von diesen Untersuchungen wird durch eine Kürzung des Kinderbetreuungsgeldes sanktioniert. Somit

wird hier bereits versucht, mit einer gesetzlichen Regelung die verlässliche Teilnahme an den Mutter- Kind- Pass Terminen herbeizuführen.

Genauer beschrieben werden hier jene Untersuchungen, deren Priorität offensichtlich vom Staat Österreich geringer eingeschätzt wird, da die Entscheidung an diesen Untersuchungen teilzunehmen den Eltern freigestellt wird und von Seiten des Bundes keine Förderung dieser Untersuchungen existiert. [5]

Tab. 1: Mit Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes verknüpfte frei angebotene Untersuchungen des Kindes

Von Kinderfachärztin/arzt oder Allgemeinmedizinerin/ mediziner durchgeführte Untersuchung	Vorgesehenes Lebensalter	Bestand der Untersuchung
1. Neugeborenen- Untersuchung	1. Lw.	<p>Anamnese: Dazu zählt Familien-, Schwangerschafts-, Geburts- und postpartale Anamnese.</p> <p>Bei der Untersuchung wird unter anderem auf Familienbelastungen, Risikofaktoren, auf den Risikograd der Geburt und auf Adaptionen-, wie auch auf Trinkschwierigkeiten des Kindes geachtet, um rechtzeitig Präventionsmaßnahmen setzen zu können.</p> <p>Laboruntersuchungen: Darunter fallen die Messungen von Blutzucker, Hämatokrit und Bilirubin, sowie das Screening auf Infektionskrankheiten und angeborene Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>Ärztliche Untersuchung: Diese schließt die</p>

		Messung von Körperlänge, Gewicht, Kopfumfang sowie vollständige Inspektion und Untersuchung des Säuglings in Rücken und Bauchlage mit ein.
Hüftultraschall-Untersuchung	1. Lw.	Wird im Kapitel „1.2.2. Hüftultraschalluntersuchung (in der ersten Lebenswoche und von der 6. bis zur 8. Lebenswoche)“ näher erläutert.
2. Untersuchung inkl. orthopädischer Untersuchung	4.-7. Lw.	Anamnese: Die Aufmerksamkeit gilt dem allgemeinen Eindruck, sodass Entwicklungsstörungen und die Eltern-Kind-Beziehung beurteilt werden kann, um Fehlverhalten früh korrigieren zu können. Das Vertrauen der Mutter in ihr eigenes Können soll verstärkt werden. Weiters folgt die Erhebung zwischenzeitlicher Erkrankungen, der Ernährung und der Prophylaxe von Vitamin D & K. Ärztliche Untersuchung: Diese beinhaltet eine vollständige Untersuchung des Kindes, Besprechung von SIDS-Risikokriterien und eine Ernährungsberatung.
Hüftultraschalluntersuchung	6.-8. Lw.	Wird im Kapitel „1.2.2. Hüftultraschalluntersuchung (in der ersten Lebenswoche und von der 6. bis zur 8. Lebenswoche)“ näher erläutert.
3. Untersuchung	3.-5. Lm.	Anamnese: Erneut erfolgt eine Ernährungsanamnese, eine Anamnese der Eltern-Kind-Interaktion sowie einer Erhebung der Verhaltensweisen des Kindes mit Hilfe der Eltern. Ärztliche Untersuchung: Wie zuvor wird eine vollständige Untersuchung der Entwicklung des Kindes durchgeführt, ebenso wie entwicklungsneurologische Untersuchungen, Prophylaxe von Vitamin D und Erhebung des Impfstatus.

4. Untersuchung inkl. HNO-Untersuchung	7.-9. Lm.	<p>Anamnese: Vergangene Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle, Ernährung, Stühle, Obstipation, psychomotorischer Entwicklung und die erfolgten medizinischen prophylaktischen Maßnahmen werden besprochen.</p> <p>Untersuchung: Der allgemeine Eindruck des Kindes, dessen Körpermaße, körperlicher sowie entwicklungsneurologischer Entwicklungszustand werden erhoben und es folgt eine Beurteilung der Sinnesorgane.</p>
5. Untersuchung inkl. Augenuntersuchung	10.-14. Lm.	<p>Anamnese: Die psychosoziale Situation des Kindes, dessen Ernährung und Erkrankungen sowie der Status der Impfprophylaxe sollen besprochen werden.</p> <p>Untersuchung: Eine Begutachtung vom allgemeinen Eindruck, des Pflegezustandes, des Ernährungszustandes, der Körpermaße und der Sinnesorgane sollte erfolgen, ebenso wie eine somatische und entwicklungsneurologische Untersuchung. Auch das Farbsehen, und die Einstellungsbewegungen des Auges sollten bei dieser Untersuchung beurteilt werden.</p>

[5]

Das Fernbleiben folgender genauer beschriebenen Untersuchungen wird nicht mit der Kürzung des Kinderbetreuungsgeldes sanktioniert.

1.2.2 Hüftultraschalluntersuchungen (in der ersten Lebenswoche oder von der 6. bis zur 8. Lebenswoche)

Falls bei den Neugeborenen verschiedene Indikationen zur sofortigen Ultraschalluntersuchung vorliegen, sollte diese sofort durchgeführt werden, anderenfalls wird sie um die 7. Lebenswoche des Kindes nachgeholt. So stellen z.B. eine Geburt in

Beckenendlage, sowie familiäre Dysplasiezeichen, Stellungsanomalien der Füße und Fehlbildungen, Spreizhemmung oder Instabilität der Oberschenkel eine Indikation zur Durchführung einer Ultraschalluntersuchung direkt anschließend an die Geburt dar. Sollte die Untersuchung aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt worden sein, ist in der 7. Lebenswoche dank der Hüftreifungskurve eine einsetzende Therapie noch nicht zu spät. Um zu entscheiden, ob das Kind einer Korrektur einer möglichen Fehlstellung bedarf, wird das Hüftgelenk mit dem Ultraschall auf dessen Ausreifung und mögliche Dysplasiezeichen untersucht. [5]

Dabei wird mittels Sonographie das teils knöcherne, teils knorpelige Pfannendach beurteilt, um gemessen nach Graf zwei Winkel zu bestimmen, welche in Verbindung zum Alter des Kindes verwendet werden. Eingeteilt werden die Hüften in vier Kategorien mit Untergruppen, wobei eine Hüfte Typ 1 keine Intervention erfordert, während eine subluxierte oder luxierte Hüfte des Typs 2 oder 3, hervorgerufen durch eine Reifungsstörung des Gelenkpfannendaches, meist durch konventionelle Therapie behandelt werden kann. Eine Luxation der Hüfte des Typs 4 kann meist nur mehr operativ reponiert werden. Dies kann dank Frühdiagnose einer Gelenksfehlstellung von Typ 2 oder 3 jedoch meist durch vorzeitige konventionelle Therapie verhindert werden. [6]

1.2.3 6. Untersuchung (vom 22. bis zum 26. Lebensmonat)

Anamnese:

Verhaltensauffälligkeiten: Zu Anfang der Untersuchung befragt die Ärztin oder der Arzt die Eltern im Zuge der Unterhaltung, ob ihnen Sorgen in Bezug auf ihr Kind oder jegliche Art von Verhaltensauffälligkeiten zu schaffen machen. Die Eltern werden dazu angeregt die Situation zu Hause und die Entwicklung des Kindes zu beschreiben, um z.B. Auffälligkeiten des Schlafverhaltens, des Aggressionspotentials, des Appetits und des psychosozialen Verhaltens ausfindig machen zu können. Gleichzeitig soll auf medizinisch relevante Ereignisse, wie vergangene Erkrankungen, Operationen oder Dauermedikationen geachtet werden. [5]

Sprachentwicklung des Kindes: Schon durch eine kurze Kontaktaufnahme der Ärztin oder des Arztes mit dem Kind, kann der Fortschritt der Sprachentwicklung eingeschätzt werden. In diesem Alter sollte es den Kindern bereits möglich sein zwei Wörter zu kombinieren, mehr als 20 Wörter zu sprechen und zwei oder mehrere Aufforderungen zu verstehen und

zu befolgen. In diesem Alter kann kindliches Kauderwelsch als altersgerecht eingestuft werden. Bei auffälliger Sprachunterentwicklung des Kindes ist es die Pflicht der Kinderfachärztin oder des Kinderfacharztes, zur Unterstützung der Entwicklung eine Logopädin, einen Logopäden, eine HNO-Fachärztin oder einen HNO-Facharzt hinzuzuziehen, um durch Frühförderung den vermuteten Rückstand auszugleichen. [5]

Psychische Entwicklung: Hier soll durch Befragung und Beobachtung das psychosoziale Verhalten, wie die Kommunikationsfreudigkeit des Kindes und die Interaktion zwischen Mutter und Kind beurteilt werden. Durch Fragen zum Verhalten des Kindes bei Unterhaltungen, Spielen oder dem Vorlesen einer Geschichte, kann von der Ärztin oder dem Arzt ungefähr eingeschätzt werden, ob es dem Kind möglich ist, sich über einen altersgemäßen Zeitraum von 15 Minuten zu konzentrieren und zu fokussieren. [5]

Soziale Entwicklung: Diese wird beurteilt, indem sich die Ärztin oder der Arzt erkundigt, wie sich das Kind im gewohnten Umfeld verhält und ob das Kind bereits angefangen hat, verschiedene Tätigkeiten wie z.B. Händetrocknen oder Händewaschen nachzuahmen. [5]

Untersuchung:

Allgemeinuntersuchung: Zuerst erfolgen wie bei allen Untersuchungen die Messungen von Körpergröße, Gewicht und Kopfumfang sowie die Begutachtungen des Pflegezustandes und des Ernährungszustandes des Kindes. Gleichzeitig soll von der Ärztin oder dem Arzt auf Hinweise der Vernachlässigung und Misshandlung geachtet werden, welche im zweiten Kapitel der Arbeit genauer beschrieben werden. [5]

Motorische Entwicklung: Um beurteilen zu können, ob Defizite in der motorischen Entwicklung des Kindes vorliegen und möglicherweise Unterstützung von Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten nötig wäre, soll die Grobmotorik und Feinmotorik getestet werden. Dazu beobachtet die Ärztin oder der Arzt das zu untersuchende Kind bei verschiedenen Tätigkeiten, wie Treppensteigen, Gehen, Stehen, der selbstständigen Nahrungsaufnahme, dem Öffnen eines Behälters, sowie dem Bauen eines Turmes. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf Seitenungleichheiten und Gleichgewichtsproblemen. Ein gesundes Kind im Alter von zwei Jahren sollte die oben genannten Aufgaben erfüllen können. [5]

Sinnesorgane: Gleichzeitig ist es wichtig bei jeder ärztlichen Untersuchung die Funktion der Sinnesorgane zu überprüfen. So wird bei Befunden des Hörvermögens, der Orientierungsreflexe und des Sehvermögens auf auffällige Pathologien geachtet, welche bei Diagnosen zu einer sofortigen Überweisung zu einer zuständigen Fachärztin oder einem zuständigen Facharzt führen sollten. [5]

Augenuntersuchung: Von den österreichischen Leitlinien des Mutter-Kind-Passes wird empfohlen in diesem Alter eine Augenuntersuchung, welche ebenfalls nicht mit dem Kinderbetreuungsgeld verknüpft ist, inklusive einer Skiaskopie von einer Augenfachärztin oder einem Augenfacharzt durchführen zu lassen. So wie ein Jahr zuvor wird auch in diesem Alter das mögliche Schielen, die Augenbewegungen, der Augenhintergrund sowie die Refraktion begutachtet. [5]

Sonstige Organbefunde: Zum Abschluss soll die Kinderfachärztin oder der Kinderfacharzt bei jeder Patientin oder jedem Patienten eine vollständige Statusuntersuchung durchführen. Dabei soll eine Inspektion von Haut, Gesicht, Schädel, Gebiss, Zähnen, Hals, Wirbelsäule und Thorax erfolgen. Der Status von Herz, Lunge und Abdomen wird überblicksmäßig mittels einer herkömmlichen Untersuchung, welche Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation beinhaltet, beurteilt. Falls die Extremitäten noch nicht bei der Begutachtung der motorischen Entwicklung auf Kraft und Seitengleichheit getestet wurden, sollte diese Untersuchung jetzt nachgeholt werden. [5] Auch die Begutachtung der Genitale bildet einen wichtigen Bestandteil in der sorgfältigen körperlichen Untersuchung eines Kindes, egal welcher Altersklasse. Dies ist auch schon im frühen Alter wichtig, da vor allem bei Mädchen, aufgrund der fehlenden Hormone die Abwehrfunktion, sowie die Selbstreinigungsfunktion des Geschlechtsorgans vermindert sind und dadurch ein höheres Risiko für Infektionen durch Pilze oder Bakterien besteht. [7]

Prophylaxemaßnahmen: Auch die empfohlene Einhaltung des Impfplanes, die Unfallvorsorge und die Sauberkeitserziehung des Kindes sollten besprochen werden. [5]

1.2.4 7. Untersuchung: (vom 34. bis zum 38. Lebensmonat)

Anamnese:

Allgemeinanamnese: Wie bei der zuvor genauer beschriebenen Anamnese, sind ebenso bei der Untersuchung um den 3. Geburtstag des Kindes von der Ärztin oder dem Arzt alle medizinisch relevanten Vorkommnisse sowie Verhaltensauffälligkeiten zu erfragen.

Sprachentwicklung des Kindes: Auch bei dieser Untersuchung soll wie ein Jahr zuvor festgestellt werden, ob Unterstützung zur Förderung der Sprachentwicklung des Kindes nötig ist. Laut den österreichischen Leitlinien für die Untersuchungen im Zuge des Mutter-Kind-Passes sollte das Kind in diesem Alter im Stande sein, ein Bild zu benennen und Sätze mit mehr als drei Wörtern zu bilden unter einer sinngemäßen Verwendung der Wörter: „ich“ und „warum?“.

Psychische und soziale Entwicklung: Es ist zu erfragen, ob das Kind, wie es in diesem Alter üblich wäre, bereits mit Altersgenossen spielt und dabei auch seine Fantasie einsetzt. Laut den Leitlinien wäre es für das Kind an der Zeit, seinen Bezugspersonen gerne zu helfen und Tag und Nacht trocken zu sein, wobei Bettnässen in diesem Alter nicht überbewertet werden soll. [5]

Untersuchungen:

Allgemeinuntersuchung: Dabei erfolgt eine Begutachtung der körperlichen Entwicklung des Kindes, mit Augenmerk auf sein körperliches Wohl.

Motorische Entwicklung: Die Aufgabe der Kinderfachärztin oder des Kindesacharztes ist es erneut, die grobmotorische und feinmotorische Entwicklung des Kindes zu begutachten. Laut den österreichischen Leitlinien sollte das Kind im Alter von 3 Jahren bei gesunder motorischer Entwicklung in der Lage sein, mit abwechselnden Beinen Treppen zu steigen, mit beiden Beinen gleichzeitig zu hüpfen und kurz auf einem Bein zu balancieren, sowie mit einer Schere zu schneiden, Kreise und Kreuze zu zeichnen, Türme und Brücken nach vorgegebenen Mustern zu bauen und sich selbstständig ausziehen.

Sinnesorgane und sonstige Organe: Diese sollen von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt, sowie bereits zuvor beschrieben, inspiziert und auf Pathologien oder Entwicklungsrückstände untersucht werden.

Prophylaxemaßnahmen: Wie am Ende jeder Kindesuntersuchung ist es sinnvoll, mit den Eltern den Impfstatus und die Unfallvorsorge zu besprechen, um Impflücken zu schließen und die Gesundheit des Kindes gewährleisten zu können. [5]

1.2.5 8. Untersuchung (vom 46. bis zum 50. Lebensmonat):

Anamnese:

Allgemeinanamnese: Auch bei der Untersuchung um den 4. Geburtstag des Kindes werden wieder alle medizinisch relevanten Vorkommnisse abgefragt und die Entwicklung des Kindes besprochen.

Psychische und soziale Entwicklung: Die Kinderärztin oder der Kinderarzt erkundigt sich in einem Gespräch mit den Eltern wie sich das Kind verhält, ob es Probleme in der Erziehung gibt und ob das Kind bereits Freundschaften geschlossen hat.

Sprachentwicklung des Kindes: Weiters wird wiederholt die sprachliche Entwicklung eingeschätzt. Das Kind sollte nun bereits in der Lage sein, alle Buchstaben auszusprechen und grammatikalisch richtige, vollständige Sätze zu bilden. Anschließend wird ähnlich den vorherigen Untersuchungen der Stand der psychischen sowie der sozialen Entwicklung erfragt. [5]

Untersuchung:

Allgemeinuntersuchung: Das Körpergewicht und die Größe des Kindes werden gemessen. Die Ärztin oder der Arzt soll hier, wie auch bei den vorherigen Untersuchungen feststellen, ob die Notwendigkeit besteht, weitere spezifische medizinische Abklärungen des Kindes durchzuführen. Im Falle einer familiären Belastung, beziehungsweise eines auftretenden Symptoms sollen selbstverständlich weiterführende Untersuchungen von Cholesterin, Blut oder Harn stattfinden. [5]

Motorische Entwicklung: Neben der erneuten allgemeinen Untersuchung stehen hier vor allem die motorischen Fähigkeiten sowie die entwicklungsneurologischen Fortschritte im Vordergrund der Untersuchung. Deshalb sollten mehrere Bewegungsabläufe, Sprung-, Dehnungs-, und Kraftübungen vom Kind vorgezeigt werden, damit die Ärztin oder der Arzt die Funktion des Bewegungsapparates des Kindes beurteilen kann. Ein gesundes

zeitgemäß entwickeltes Kind sollte laut den Leitlinien im Stande sein, z.B. freihändig Treppen zu steigen oder auf einem Dreirad zu fahren.

Sinnesorgane und sonstige Organe: Anschließend findet auch bei dieser Untersuchung erneut eine vollständige Erhebung des Organstatus statt. Dabei hat auch die Messung des Blutdrucks sowie der Hör- und Sehkraft zu erfolgen, da sich vor allem in frühen Jahren eine Störung der Funktion von Augen oder Ohren zu einer Lernschwäche entwickeln kann.
[8]

1.2.6 9. Untersuchung (vom 58. bis zum 62. Lebensmonat):

Anamnese:

Allgemeinanamnese: Bei der letzten Untersuchung des Mutter-Kind-Passes wird erneut über die medizinisch relevanten Vorkommnisse der Vergangenheit gesprochen. Die Ärztin oder der Arzt soll hier auf die Erwartungshaltung der Eltern eingehen und einen Eindruck von der Erziehung, den Essgewohnheiten und dem Tagesablauf des Kindes bekommen.

Sprachentwicklung des Kindes: Bei der letzten Untersuchung des Mutter-Kind-Passes werden von der Kinderfachärztin oder dem Kinderfacharzt anhand eines Gesprächs mit Mutter und Kind die kognitiven Fähigkeiten des Kindes, sowie dessen Sprachfortschritte begutachtet. Laut den österreichischen Leitlinien wird hier auf die Satzbildung, die Aussprache und auf möglicherweise vorhandenes Stammeln oder Stottern geachtet.

Psychische und soziale Entwicklung: Es ist die Aufgabe der Ärztin oder des Arztes die familiäre Lebenssituation des Kindes, dessen Betreuungssituation, auftretende Verhaltensstörungen, sowie gegenwärtige und sich anbahnende Erziehungsprobleme einzuschätzen. Die psychosoziale Entwicklung kann über Erzählungen der Eltern und durch Kontaktaufnahme mit dem Kind erhoben werden.

Untersuchung:

Allgemeinuntersuchung: Wie bei den oben genauer beschriebenen Untersuchungen werden auch diesmal der Allgemeinzustand und der Ernährungszustand begutachtet. Mit Übungen in Vorschulheften und Kommunikation mit dem Kind kann die Ärztin oder der Arzt die kognitive Entwicklung des Kindes abschätzen.[5]

Motorische Entwicklung: Wie bei den vorherigen Untersuchungen sollte erneut die motorische Entwicklung überprüft werden, um festzustellen, ob die motorischen Fähigkeiten des Kindes der altersgemäße Entwicklung entsprechen. Für das Kind sollte es in diesem Lebensalter kein Problem mehr darstellen ein größeres Spielzeug während des Laufens zu halten, freihändig Treppen zu steigen, eine Schuhschleife zu binden, in einem Bilderbuch zu blättern oder Fahrrad zu fahren. [5]

Sinnesorgane und sonstige Organe: Um bei den möglichen Erkrankungen der Organe rechtzeitig intervenieren zu können, wird erneut eine vollständige Abklärung aller Organfunktionen inklusive des Hör- und Sehvermögens von den österreichischen Leitlinien empfohlen. [5]

Prophylaxemaßnahmen: Für Schulanfänger sind verschiedene Auffrischungsimpfungen laut dem empfohlenen Impfplan vorgesehen, welche im dritten Kapitel der Arbeit genauer beschrieben werden und von der Ärztin oder dem Arzt mit den Eltern besprochen werden sollten. Auch über die Wichtigkeit von Zahnpflege und den Kontrollen bei dem zuständigen Zahnarzt müsste unbedingt gesprochen werden. [5]

1.3 Prävention durch ärztliche Beratung

Im Gespräch mit den Eltern kann durch altersspezifische Ratschläge in Bezug auf die Erziehung des Kindes von Seiten der Ärztin oder des Arztes zur Prävention verschiedenster Entwicklungsstörungen beigetragen werden. Nach den oben beschriebenen Leitlinien ist es auch die Aufgabe der Ärztin oder des Arztes, die Lebenssituation des Kindes zu hinterfragen, um bestimmen zu können, ob möglicherweise eine Frühförderung der kognitiven oder motorischen Fähigkeiten zu empfehlen ist. [5]

Bei Abfrage der Verhaltensmuster des Kindes sollte, wie in den folgenden Kapiteln beschrieben, darauf geachtet werden, mit fundiertem Wissen die Erziehung des Kindes in vorteilhafte Bahnen zu lenken.

1.3.1 Körperliche Aktivität anstatt sitzender Tätigkeiten

Wird in einer Verhaltensanamnese festgestellt, dass dem Kind in seinem normalen Tagesablauf zu wenig Zeit für Bewegungserfahrungen eingeräumt wird und es stattdessen

hauptsächlich im Kinderwagen oder vor dem Fernseher sitzt sollte sich die Ärztin oder der Arzt dazu angehalten fühlen, die Eltern darüber aufzuklären, dass das Kind durch Krabbeln, Balancieren und Fortbewegung auf verschiedenen Untergründen neben den motorischen auch die kognitiven Fähigkeiten schult. [9]

1.3.2 Früher Fernsehkonsum schon für Kleinkinder

Vom Zentralinstitut für Jugend und Bildungsfernsehen wurden in Deutschland im Zuge einer Studie 729 Mütter über den Fernsehkonsum ihrer Kinder befragt. Es zeigte sich, dass bereits in 13% der Haushalte der Fernseher zur Unterhaltung der Kinder im ersten Lebensjahr genutzt wird. Bis zum zweiten Geburtstag dürfen schon 20% der deutschen Kinder fernsehen, während der Anteil der fernsehenden Kinder unter vier Jahren bereits bei 89% liegt. Laut dem deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beläuft sich die durchschnittliche tägliche Dauer des Fernsehkonsums von 3 – 13-jährigen Kindern in Deutschland auf ca. 90 min. Dies scheint im Vergleich mit dem Fernsehkonsum amerikanischer 2 - 3 Jahre alter Kinder, welcher sich im Schnitt auf 2,5 h täglich beläuft, noch gering. [10] Es ist jedoch zu bedenken, dass sich zwar die durchschnittliche Dauer des Konsums digitaler Medien auf 90 min beläuft, die maximale Dauer sowohl in Deutschland, als auch in Österreich bei manchen Familien sicherlich ein Vielfaches davon beträgt.

Diese Zahlen liegen oberhalb der vom deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend empfohlenen Dauer des maximalen täglichen Medienkonsums. Hier empfiehlt man im Falle kleinerer Kinder während den Arbeitstagen eine maximale Medienkonsumzeit von 60 min nicht zu überschreiten, wobei hier die Summe der Zeit vor dem Fernseher wie auch die Benutzungsdauer von Computer, Spielkonsolen und Handys zusammengerechnet werden soll.[10] Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit rät dazu, Kinder, welche täglich mehr als 2 h vor dem Bildschirm sitzen, in dieser Zeit stattdessen zu sportlichen Aktivitäten zu animieren. [11]

1.3.3 Risiken von zu wenig Bewegung

Zu wenig Bewegung kann ebenso wie falsche Ernährung zur Entstehung von kindlichem Übergewicht beitragen.

Im österreichischen Ernährungsbericht, welcher im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verfasst wurde, wird der BMI von Vorschulkindern im Alter von 3 - 6 Jahren erhoben. Das Ergebnis der Untersuchung von 227 Mädchen und 214 Jungen zeigt, dass das Gewicht von 10% der Kinder und so jedes 10. Kind in diesem Bericht als übergewichtig einzustufen ist. Weiters ist bei 3% der Mädchen und 6% der Jungen ein BMI, welcher für kindlichen Adipositas spricht, zu verzeichnen. [12]

Die gesundheitsschädliche Wirkung von Fettleibigkeit ist dabei nicht nur auf das kindliche Alter beschränkt. In einer zehn Jahre andauernden Studie wurde der Zusammenhang zwischen kindlicher Fettleibigkeit und Adipositas im Erwachsenenalter untersucht. Bei der Untersuchung von 2631 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer konnte gezeigt werden, dass von den Kindern, deren BMI im 9 - 18 Lebensjahr im oberen Quantil der gesamten Gewichtsverteilung eingestuft werden konnte, ca. 49 - 75% bei Untersuchungen um deren 23., 28. und 33. Geburtstag weiterhin in dem oberen Quantil der BMI Verteilung einzuordnen waren. [13]

Auch eine im „New England Journal of Medicine“ veröffentlichte Studie kommt zu demselben Ergebnis und prognostiziert weiters ein definitiv erhöhtes Risiko von fettleibigen Erwachsenen, welche bereits in der Kindheit adipös waren, an Typ 2 Diabetes, Hyperlipidämie, Hypertonie und atherosklerotische Veränderungen zu erkranken. Hier wird auch beschrieben, dass etabliertes Übergewicht eines Erwachsenen und dessen Risiken auf oben genannte Pathologien nur mehr schwer zu reduzieren sind. Wenn noch vor dem Erwachsenenalter ein Normalgewicht erreicht und gehalten werden kann und somit allein in der Kindheit ein gewisser Grad an Adipositas zu verzeichnen ist, reduziert sich das Risiko oben genannter Pathologien auf das niedrigere Durchschnittsrisiko der normalgewichtigen Bevölkerung. [14]

Dies sollte den Ärztinnen oder Ärzten genug Motivation sein, um bei Anzeichen kindlichen Bewegungsmangels und kindlichem Übergewichts zu reagieren und den Eltern zu einer Verhaltensumstellung bei der Betreuung ihres Kindes, welche unter anderem auch vermehrte körperliche Aktivität inkludiert, zu raten.

1.3.4 Vorbildfunktionen in Bezug auf körperliche Aktivität

Es wurde erhoben, dass die Bereitschaft des Kindes körperlich aktiv zu sein unter anderem von der Einstellung der Eltern zu Sport und Bewegung beeinflusst wird. In einer Studie des

International Journal of Pediatrics wird die vorteilhafte Position der Eltern in Bezug auf Beeinflussung der Kinder zu sportlicher Betätigung beschrieben. Einerseits können sie direkten Einfluss auf den Fernsehkonsum der Kinder nehmen, welcher sich auch laut dieser Studie negativ auf die sportliche Betätigung der Kinder auswirkt und andererseits können die Förderung der sportlichen Aktivität von Seiten der Eltern, sowie deren eigene Sportlichkeit und deren Wertschätzung gegenüber sportlicher Betätigung als direkte Einflussfaktoren zur Steigerung von körperlicher Aktivität der Kinder gesehen werden. [15]

1.3.5 Körperliche Betätigung bringt kognitive Vorteile

Die körperliche Betätigung trägt vor allem bei Kindern nicht allein zu einer längerfristigen gesünderen körperlichen Konstitution bei, sondern ist wie bereits erwähnt neben der motorischen auch für die kognitive Entwicklung des Kindes ausschlaggebend. [16] In einer Studie von Voeckler-Rehage, welche 2005 in der deutschen Zeitschrift für Sportmedizin veröffentlicht wurde, konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen den motorischen Fähigkeiten und den optischen Differenzierungsleistungen, bei 84 Kindern im Alter von 4 - 6 Jahren festgehalten werden. Dies wurde anhand einer Fehlerbildsuche, welche den Stand der kognitiven Entwicklung widerspiegelt, untersucht. [17]

1.3.6 Beratung zu „Nicht ernährungsbedingtem Saugen“

Die Ärztin oder der Arzt sollte bei ihren oder seinen Gesprächen mit den Erziehungsberechtigten und den Kindern auch auf die Risiken zu langer Verwendung eines Schnullers oder von persistierendem Daumenlutschen hinweisen. Beides ist durch den Saugreflex bedingt und wird unter dem Begriff „nicht ernährungsbedingtes Saugen“ zusammengefasst. Im ersten Lebensjahr gibt es verschiedene Phasen in welchen bei 13% aller Säuglinge bis hin zu fast 100% aller Säuglinge regelmäßig nicht ernährungsbedingtes Saugen an einem Schnuller oder dem eigenen Daumen beobachtet werden kann. [18]

Bis hin zum 2 - 3 Lebensjahr gilt eine solche Angewohnheit auch als physiologisch zu werten, da sich der Großteil der Kinder bis zum 4. Lebensjahr von dieser Angewohnheit gelöst haben. [18]

1.3.7 Folgen von persistierendem Daumenlutschen und Gebrauch des Schnullers

Ein persistierendes Daumenlutschen oder das Verwenden eines Schnullers über diese genannte Zeitspanne hinaus, sollte im Gespräch mit den Eltern von der Ärztin oder dem Arzt erfragt werden, um die Eltern auf die damit einhergehende Problematik zu sensibilisieren.

So sind sich jene Studien, die sich mit diesem Thema befassen größtenteils einig, dass eine regelmäßige Verwendung eines Schnullers zu einer Fehlstellung der Zähne führen kann und einen negativen Einfluss auf das Kieferwachstum sowie auf die Kaumuskulatur hat. [19]

Es muss natürlich auch die Ursache für eine solche persistierende Anwendung von Schnuller oder Daumenlutschen hinterfragt werden. Wird zum Beispiel der Schnuller weiterhin regelmäßig verwendet, könnte dies unter Umständen darauf hindeuten, dass die Erziehungsberechtigten mit dem Kind überfordert sind oder sich dieses vermehrt unwohl fühlt und versucht sich durch weinen oder schreien zu äußern, bis es mit einem Schnuller beruhigt wird. In diesem Fall sollte die Ärztin oder der Arzt der primären Ursache auf dem Grund gehen und durch Beratung oder Empfehlungen dem Problem entgegenwirken. [5]

Gleichzeitig ist das persistierende Daumenlutschen eines älteren Kindes teilweise ein Ausdruck von Unsicherheit und emotionaler Instabilität, daher sollte es die Aufgabe der Ärztin oder des Arztes sein, in einem solchem Falle zu versuchen, einen möglicherweise psychologischen Grund für das Daumenlutschen auszuschließen oder bei Vorliegen eines solchen, diesen zu therapieren. [18]

Eine rechtzeitige Prävention ist hier von hoher Priorität, da nach einer Studie von Maciel Ct et al. gezeigt werden konnte, dass andauerndes Daumenlutschen oder das Verwenden eines Schnullers nicht nur zu Zahnfehlstellungen, sondern darüber hinaus auch zu Fehlpositionierung der Zunge beim Schlucken, sowie Störungen der Mundmotorik führen kann. Es ergibt sich daraus ein langwieriger logopädischer Prozess, um die Position der Zunge zu richten und die zur korrekten Aussprache notwendige Mundmotorik zu trainieren, um anschließend in teils langwierigen kieferorthopädischen Behandlungen Kiefer- und Zahnfehlstellungen korrigieren zu können. [20]

Es ist also leicht vorstellbar, dass hier durch eine aufmerksame Anamnese und einer guten Gesprächsbasis zwischen der Ärztin oder dem Arzt und den Eltern solche langwierigen Therapien vermeidbar wären. Natürlich ist hier wichtig, dass die Eltern sich verstanden fühlen und die Ratschläge als einleuchtend und verständlich empfinden, sodass eine gute Compliance sichergestellt werden kann.

1.4 Rechtliche Grundlage des Mutter-Kind-Passes in Österreich

In der Schwangerschaft und während den ersten 14 Lebensmonaten des Kindes werden in Österreich seit 1974 die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen in dem vorgesehenen Pass verzeichnet. Das einmalige Fernbleiben von einer der fünf gynäkologischen Schwangerschaftsuntersuchungen oder der fünf ärztlichen Untersuchungen des Kindes zieht eine Kürzung des Kinderbetreuungsgeldes nach sich. Wobei die empfohlene Ultraschalluntersuchung des Kindes in den ersten Wochen nicht maßgeblich für die Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes ist. [3]

1.4.1 Varianten der Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes

Es bestehen zurzeit grundsätzlich zwei unterschiedliche Auszahlungsvarianten des Kinderbetreuungsgeldes. Zum einen existiert der pauschalierte Zuschuss, bei welchem ein Tagesgeld abhängig von einer festgelegte Zeit ausbezahlt wird. Hier liegt es in der Hand der Antragstellerinnen oder des Antragstellers, für welche Zeitspanne das Kinderbetreuungsgeld ausgezahlt werden soll.

Tab. 2: Variante des pauschalierten Kinderbetreuungsgeldes

max. Bezugsdauer eines Elternteils	max. zusätzlich Bezugsdauer bei Inanspruchnahme des zweiten Elternteils	Höhe des monatlichen Kindergeldes
30 Monate	6 Monate	436€
20 Monate	4 Monate	624€
15 Monate	3 Monate	800€
12 Monate	2 Monate	1000€

Es darf bei der Inanspruchnahme beider Elternteile nicht öfter als zweimal zum Wechsel der beiden Empfänger des Kinderbetreuungsgeldes kommen. Bei Mehrlingsgeburten steigt die Höhe der Sozialleistung um je 50% der jeweils gewählten Bezugsform für jedes zusätzliche Kind. Gleichzeitig ist bei dieser Pauschalvariante der zusätzliche Bezug einer Sozialhilfe von 6,06 € täglich möglich, sollten gewisse Voraussetzungen zutreffen, wie zum Beispiel bei alleinerziehenden Elternteilen. [21]

Laut Beschluss des Ministerrats wird diese zur Zeit gültige Variante im März 2017 durch ein einheitliches Kindergeldkonto ersetzt, wobei hier unabhängig der Bezugsdauer eine Gesamtsumme von 16.449 € als Kinderbetreuungsgeld zur Verfügung gestellt wird, welches in einem Zeitraum von 12 - 28 Monate für Alleinerzieher und innerhalb von 15 - 25 Monate im Falle des Antrages beider Eltern bezogen werden kann. Gleichzeitig wird es den Vätern ab März 2017 ermöglicht, sich innerhalb der ersten 3 Lebensmonate des Kindes für 4 Wochen freustellen zu lassen und dabei einen Zuschuss von 700€ zu erhalten. [22]

Zum anderen existiert derzeit eine erwerbsabhängige Variante, bei welcher 80% des zuvor verdienten Wochengeldes für das erste Lebensjahr des Kindes ausgezahlt wird. Die Bezugsdauer kann auf 14 Monate, durch einen Wechsel der Inanspruchnahme mit dem zweiten Elternteil verlängert werden, wobei dieser mindestens 2 Monate als Antragssteller aufscheinen muss. Die Höchstgrenze des Zuschusses liegt bei maximal 66 € pro Tag also bei ca. 2000 € pro Monat. [21]

1.4.2 Kürzungen des Kinderbetreuungsgeldes bei nicht durchgeführten relevanten Untersuchungen

Die Kürzungen der Betreuungsgelder bei nicht durchgeführten Untersuchungen sind bei den pauschalierten und einkommensabhängigen Varianten unterschiedlich. Wie bereits erwähnt tritt die Kürzung ein, falls eine der fünf Untersuchungen der Schwangeren Frau oder eine der fünf Kindesuntersuchungen im ersten Lebensjahr nicht vollzogen wurden und die Toleranzfristen ignoriert worden sind.

Tab. 3: Kürzungen der Varianten des Kinderbetreuungsgeldes bei fehlenden erforderlichen Untersuchungen

Dauer der Inanspruchnahme des Kinderbetreuungsgeldes	Tägliche Kürzung des Tagesgeldes	max. Einbußen aufgrund eines nicht ausreichenden Mutter-Kind-Passes
Pauschal: 30 + 6 Monate	Ab: 25. Monat: 7,26 €	3.746 €
Pauschal: 20 + 4 Monate	Ab: 17. Monat: 10,4 €	2.537 €
Pauschal: 15 + 3 Monate	Ab: 13. Monat: 13,3 €	2.433 €
Pauschal: 12 + 2 Monate	Ab: 10. Monat: 16,5 €	2.516 €
Erwerbsabhängig: 12 + 2 Monate	Ab:10. Monat: 16,5 €	2.516 €

[21]

Ab dem 14. Lebensmonat des Kindes wird bei den darauffolgenden vier Vorsorgeuntersuchungen bis zum fünften Lebensjahr, welche ebenfalls im Mutter-Kind-Pass eingetragen werden, weder Kenntnis von der Abwesenheit des Kindes genommen oder eine weitere Maßnahme des Bundes ergriffen, um die medizinische Gesundheit des Kindes trotzdem zu überprüfen. [3]

1.4.3 Maßnahmen der Bundesländer zur Förderung von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Das Problem, dass die Teilnahme an den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nach dem 14 Lebensmonat im Gegensatz zu den Untersuchungen im ersten Lebensjahr des Kindes stark abnimmt, wurde auch schon von einigen Landtagen in Österreich aufgegriffen. Auch in Salzburg wurde verzeichnet, dass im ersten Lebensjahr ca. 99% der Eltern und Kinder an den Untersuchungen teilnehmen, jedoch der Anteil der untersuchten Kinder nach einem Jahr oder spätestens nach 30 Monaten stark einbricht. In Salzburg wurde ein Pilotprojekt gestartet und mittels eines Callsystems versucht, durch jährliche Erinnerungsschreiben die Teilnahme an den Untersuchungen um den 2., 3., 4. und 5. Geburtstag zu fördern. [23]

Laut Antrag des Landtages Salzburg werden weitere Möglichkeiten zur Förderung der Untersuchung nicht ausgeschlossen. Der Landtag hielt fest, dass man sich der Wichtigkeit

von Früherkennung gewisser Entwicklungsrückständen und der Entlastung des Gesundheitssystems durch Frühförderung bewusst ist. [24]

In Niederösterreich wird für die Steigerung der Motivation zur Teilnahme an den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen für jede Teilnahme zwischen dem 1. und 4. Lebensjahr ein gratis T-Shirt für das Kind von der Initiative „Tut gut!“ zur Verfügung gestellt. [25]

Das Land Oberösterreich stellt einen weiteren finanziellen Zuschuss neben der vollen Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes zur Verfügung, um den Eltern einen Anreiz für die restlichen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bis zum 6. Geburtstag des Kindes und für die Durchführung der empfohlenen Impfungen zu schaffen. Es handelt sich hierbei um eine zweimalige Förderung der Eltern, jeweils in der Höhe von 185€, welche bei Vollendung des zweiten und des fünften Lebensjahres des Kindes beantragt werden kann, wobei ein Nachweis der vollzogenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie der empfohlenen Impfungen zu erfolgen hat. [26]

1.5 Rechtliche Regelungen von Kinderuntersuchungen in Deutschland

In Deutschland existiert ebenfalls ein Programm für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen von Kindern. [27] Hier wird jedoch in manchen Bundesländern, unter anderem in Nordrhein-Westfalen, verstärkt auf die Teilnahme an den Untersuchungen U5 - U9 geachtet, welche zwischen dem 6. und 66. Lebensmonat des Kindes durchgeführt werden sollten. [4]

Der gravierendste Unterschied zu den österreichischen Regelungen besteht in der Verpflichtung der Kinderärztinnen und Kinderärzte persönliche Daten der Kinder, welche bei ihnen einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen worden sind, weiterzugeben. Es werden zwar nicht die Ergebnisse der Untersuchungen, dafür aber Name, Geburtsdatum und Meldeadresse des untersuchten Kindes an die zuständige Landeszentrale für Gesundheit und Arbeit weiter vermittelt. Die zentrale Stelle vergleicht anschließend die eingegangenen Daten mit den Daten des Einwohnermeldeamtes, um die noch nicht untersuchten Kindern zu eruieren. Zehn Tage nach Ende der zeitlichen Frist der Untersuchung werden die Erziehungsberechtigten des zu untersuchenden Kindes mittels Einladung an die zu erledigende Untersuchung erinnert. Sollten drei Wochen nach der Einladung verstreichen,

ohne dass eine Untersuchungsbestätigung der Kinderärztin oder des Kinderarztes vorliegt, übergibt das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit die Daten der betroffenen Kinder an die öffentliche Jugendhilfe. Die Jugendhilfe prüft dann in eigener Zuständigkeit, in welchem Umfeld sich das Kind befindet, um zu entscheiden, ob die betroffenen Erziehungsberechtigten Unterstützung benötigen. [4]

1.6 Diskussion zu strengeren Kontrollen des Mutter-Kind-Passes

1.6.1 Rechtfertigung des Mutter-Kind-Passes

Der Mutter-Kind-Pass war in den letzten 60 Jahren auf keinen Fall alleine verantwortlich für die Senkung der Säuglingssterblichkeit von 23,5 auf 2,9 Todesfälle pro 1000 Lebendgeborenen. [28] Es kann aber angenommen werden, dass er zu der Reihe der medizinischen Entwicklungen, welche zu der heutigen niedrigen Säuglingssterblichkeit geführt haben, einen wichtigen Teil beiträgt und 1974 als Meilenstein für medizinische Vorsorge von Mutter und Kind diente.

Das Ziel der ärztlichen Untersuchungen der Kinder ist, frühzeitig bei Entwicklungsstörungen intervenieren und rechtzeitig mit dem Kind bei Spezialistinnen und Spezialisten vorstellig werden zu können, um Entwicklungsrückstände aufzuholen und auf sich entwickelnde Lernschwächen so frühzeitig als möglich reagieren zu können.

Gleichzeitig kann wie erwähnt mit den Eltern über Prävention von Zahnfehlstellungen und Karies, wie auch über verschiedene auf deren Fragen zur Erziehung gesprochen werden. Dies sind Themen, worüber die Eltern sich zwar teilweise informieren möchten, jedoch nur zur Klärung dieser Fragen nicht bei ihrer Ärztin oder ihrem Arzt vorstellig werden.

Durch die in diesem Kapitel beschriebenen Fakten, sollte der aus den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen resultierende Vorteil für die Entwicklung der Kinder unumstritten sein.

1.6.2 Einschränkung der Rechte der Eltern durch verschiedene Regelungen

Natürlich würden zwingende Vorsorgeuntersuchungen, sowie zum Beispiel eine verpflichtende Datenweitergabe der Kinderärztinnen und Kinderärzte nach dem deutschen

Vorbild, das Recht auf Datenschutz der Eltern einschränken, da es hier zu Datenaustausch zwischen verschiedenen Ämtern bzw. verschiedenen Organisationen kommt.

Eine weitere Möglichkeit zur Forcierung der Untersuchungen wäre es, die Teilnahme an den Untersuchungen für den Besuch eines staatlichen Kindergartens vorauszusetzen. Auch heute muss schon in manchen Bildungseinrichtungen ein ärztliches Attest, welches die körperliche und geistige Gesundheit des Kindes bestätigt, zu Beginn des Kindergartenjahres vorgelegt werden. Es existiert jedoch keine Regelung wie die Ärztinnen und Ärzte diese Untersuchung durchzuführen haben.

Muster für Untersuchungen vor Aufnahme des Kindes in den Kindergarten werden zumindest von der oberösterreichischen Ärztekammer zur Verfügung gestellt. Das Muster der einfachen Durchuntersuchung beinhaltet nicht den Punkt der motorischen und kognitiven Entwicklung und das Muster für die ausführliche Untersuchung erlaubt lediglich einen Vermerk mittels Kreuz, um ein Defizit der motorischen oder der kognitiven Entwicklung festzuhalten, [25] wodurch sich der Eindruck vermittelt, dass hier die genaue Untersuchung der Entwicklung, wie es in den Leitlinien des Mutter-Kind-Passes empfohlen wird, nicht entsprechend wertgeschätzt werden.

Es könnte natürlich auch die Kürzung von Sozialzuschüssen, ähnlich den derzeitigen Sanktionen bei den Untersuchungen in den ersten 14 Lebensmonaten des Kindes, diskutiert werden. Weiters wäre auch eine österreichweite Förderung, ähnlich dem oberösterreichischem Vorbild nach dem ersten Lebensjahr vorstellbar. Man muss jedoch auch beachten, dass eine Geldstrafe oder eine Förderung als Diskriminierung der unteren sozioökonomischen Schicht verstanden werden könnte, da hier die zusätzliche oder abgezogene Geldsumme einen weitaus höheren Wert darstellt, als in der sozioökonomischen Oberschicht. Somit würde das Recht der Autonomie für die Einen finanziell erschwinglich bleiben, während die Anderen sich aufgrund ihrer finanziellen Lage den Vorschlägen des Gesetzgebers beugen müssten.

Eine solche Maßnahme könnte aus der Perspektive der sozialen Gerechtigkeit ethisch nicht vertretbar erscheinen. Egal durch welche der denkbaren Möglichkeiten die Teilnahme an den Untersuchungen gefördert werden soll, wird immer das Recht auf Autonomie der österreichischen Bürgerinnen und Bürger zu Gunsten verbesserter medizinischer Fürsorge von Kindern und Jugendlichen eingeschränkt.

Diese Einschränkung der Autonomie, sei es durch eine Geldstrafe, eine verpflichtende Dokumentation, oder durch die Kürzung von Förderungen, würde immer alle Eltern im vorgesehenen Zeitraum der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen betreffen. Dabei würde wahrscheinlich den meisten Eltern die Gesundheit ihres Kindes zertifiziert werden, während nur wenigen Kinder durch Feststellung einer Entwicklungsstörung frühzeitig geholfen werden könnte. Deshalb muss die Wertigkeit der geringen Einschränkung vieler Menschen gegen den großen Vorteil weniger Kinder abgewogen werden. Um die Frage beantworten zu können, ob die Autonomie zu Gunsten der kindlichen Gesundheit eingeschränkt werden darf, wird im letzten Kapitel der Arbeit diese Diskussion aus verschiedenen Perspektiven der Ethik nochmals beleuchtet.

1.6.3 Limitation der verpflichtenden Untersuchungen

Derart verpflichtende Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen würden zwar zur Steigerung der Gesundheit der Kinder durch Frühdetektion von Entwicklungsstörungen beitragen, während jene Kinder, deren Gesundheit vorsätzlich durch deren Eltern bedroht wird nur begrenzt einen Vorteil aus dieser Regelung ziehen würden.

Sollte ein Kind von dessen Erziehungsberechtigten misshandelt werden, stellt sich meist sowohl die Anamnese, als auch die Untersuchung des Kindes schwieriger dar, da hier die Eltern höchstwahrscheinlich nicht zur Klärung des Verletzungsherganges beitragen werden. So kann durch eine einzige Untersuchung oft nur ein Verdacht auf Kindesmisshandlung geschöpft werden, weshalb hier fortlaufende Beobachtung des Kindes nötig wäre, um notwendige Schritte zur Sicherung des gesundheitlichen Wohlergehens einleiten zu können.

2 Könnte strengere Überwachung von Untersuchungen zur Prävention von Kindesmisshandlungen dienen?

2.1 Einführung: Detektion von Kindesmisshandlung

„Jedes Kind hat das Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, die Zufügung seelischen Leides, sexueller Missbrauch und andere Misshandlungen sind verboten. Jedes Kind hat das Recht auf Schutz vor wirtschaftlicher und sexueller Ausbeutung.“ [32] Dieses Kapitel beschäftigt sich vor allem mit der Einforderung dieses Rechts, welches den Kindern durch die Gesetze des Staates Österreich gesichert sein sollte.

Weshalb verpflichtende Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen allein nicht die Lösung der jetzigen Probleme der österreichischen Kinder darstellen, möchte ich mit einem Zitat von Dr. Wolfgang Hartmann, dem Präsidenten des deutschen Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte in der Diskussion des ARD mit dem Titel „Kinderschutz durch Pflichtbesuch beim Arzt“ begründen: „Wir kennen beispielsweise Eltern, die ihren Kindern absichtlich Brandverletzungen zufügen. Sie wechseln immer wieder den Kinder- und Jugendarzt, und so fällt die Häufung der Fälle nicht auf“. [29]

Das Wechseln der Ärztinnen und Ärzte wird den Bürgerinnen und Bürgern in Österreich [30] sowie auch in Deutschland [31] durch die freie Arztwahl ermöglicht. Sollte dieses Gesetz, welches dafür zuständig ist, dass man weder durch Wohnort oder sonstige Bestimmungen dazu verpflichtet ist einen gewisse Ärztin oder einen gewissen Arzt aufzusuchen, unangetastet bleiben, müsste eine weitere gesetzliche Vorschrift in Kraft treten, sodass ein ständiger Wechsel zwischen Kinderärztinnen und Kinderärzten nicht zu einem Informationsverlust führen würde. Dazu könnte möglicherweise eine Modifikation der im diesem Kapitel vorgestellten elektronische Gesundheitsakte beitragen.

Die Vorsorgeuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes können sehr wohl dazu dienen, nicht nur frühen Entwicklungsstörungen entgegenzuwirken, sondern gleichzeitig auch den verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung vorzubeugen, diese zu detektieren und mitzuhelfen sie zu unterbinden.

Im Falle eines von den Eltern misshandelten oder vernachlässigten Kindes, ist die Misshandlung für die Ärztin oder den Arzt nicht immer offensichtlich. Die Beschreibung

der Ereignisse, welche zu den Schäden des Kindes führten, werden höchstwahrscheinlich von den Eltern verzerrt und verfälscht beschrieben, sodass der Untersucherin oder dem Untersucher zwar Hinweise aber keine Beweise für einen stattgefundenen Kindesmissbrauch vorliegen. Es stellt sich daher die Frage, wie eine verbesserte Detektion und Prävention von Kindesmisshandlungen möglich wären.

Lehr- oder Betreuungspersonen, welche viele Stunden mit dem Kind verbringen, haben eine gute Beobachtungsposition, um Rückstände in der Entwicklung des Kindes, im Vergleich zu den anderen gleichaltrigen Kindern, zu vermuten. Doch in Bezug auf Misshandlungsverdacht ist es ebenso für diese Bezugspersonen offensichtlich schwierig, Vorwürfe gegen die Eltern in Bezug auf Kindesmisshandlung vorzubringen. In einer australischen Studie konnte gezeigt werden, dass Lehrerinnen und Lehrer eher dazu neigen, zu selten als zu oft bei Verdacht auf Kindesmisshandlung Meldung zu erstatten. Es wurde ebenfalls klar, dass eine bessere Ausbildung der Lehrerinnen und Lehrer in Bezug auf das Erkennen und den richtigen Umgang mit Kindesmissbrauch nötig wäre, um Kinder bestmöglich vor dieser Bedrohung schützen zu können. [33]

Für die Erfüllung des Lehrauftrages, wie gleichfalls für die Detektion von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung ist es förderlich, wenn die Lehrerinnen und Lehrer es bewerkstelligen können, mit den Eltern der betroffenen Kinder eine gemeinsame Problemansicht zu schaffen. Eine Unterstellung einer Kindesmisshandlung kann möglicherweise zur Abschottung der Erziehungsberechtigten führen, sodass dadurch der Lehrauftrag wie auch die gemeinsame Problembewältigung nicht mehr mit gleicher Qualität wahrgenommen werden können. [34]

Diesen Vorteil der kontinuierlichen externen Beobachtung, kann bisher neben dem Kindergarten- und Lehrpersonal meist keine weitere Person für sich beanspruchen. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte können im Gegensatz dazu im Gespräch mit den Eltern nur einen geringen Einblick in das Leben der Kinder erlangen. Dafür ist es ihnen möglich sich auf die Gesundheit des Kindes zu konzentrieren und im Zuge der körperlichen Statusanamnese das Kind eingehend zu untersuchen.

Es wird klar, dass die fortlaufenden Kontrollen des Kindes bei der gleichen Ärztin oder dem gleichen Arzt unerlässlich sind, um die beiden Vorteile der Berufsgruppen in Bezug auf die Detektion von Kindesmisshandlung zu vereinen. So ist es den Ärztinnen und

Ärzten verbessert möglich die Situation der Familie zu erahnen und positiv zu beeinflussen.

In diesem Kapitel wird eine vorstellbare Methode beschrieben, wie die Befunde der vorherigen Untersuchungen auch bei Erstvorstellung für die erstmalig aufgesuchte Ärztin oder den erstmalig aufgesuchten Arzt zugänglich gemacht und nachvollziehbar präsentiert werden könnten.

Es stellt sich auch die Frage welche Fachspezialisierung die Ärztin oder der Arzt aufweisen sollte, um ein Kind bei Verdacht auf Misshandlung zu untersuchen, bevor die mögliche Verletzung der Fürsorgepflicht der Eltern zur Anzeige gebracht wird.

Da erkannt wurde, dass vorschnelles Anzeigen von unzureichenden Hinweisen auf Kindesmisshandlung oft eher zu einer Verschlimmerung der familiären Situation führen kann, wurde 1991 in Graz die erste interdisziplinären Kinderschutzgruppe Österreichs gegründet, welche bis heute die Aufgabe hat, die vorliegende Situation aus verschiedenen Perspektiven zu analysieren, um durch gemeinsame Diskussion und Beratung beurteilen zu können, welches Vorgehen am besten geeignet wäre, um dem vermutlich misshandeltem Kind bestmöglich helfen zu können. Schon kurze Zeit darauf kam es auch in anderen Zentren Österreichs zur Bildung ähnlicher Kinderschutzgruppen. [35]

Diese interdisziplinäre Kinderschutzgruppen sind auf jeden Fall ein wichtiger Schritt der unternommen wurde, um die Sicherheit und das Wohl der Kinder als höchstes Gut zu schützen. Doch man sollte hier unbedingt noch weiter gehen und überlegen wie die Situation der Kinder in Österreich weiterhin verbessert werden kann. So könnte versucht werden, die Kinderärztinnen und Kinderärzte durch Schulungen und durch Gesetze, wie zum Beispiel einer verpflichtenden Gesundheitsakte für Kinder, zu unterstützen, sodass die Sensitivität sowie die Spezifität der Detektion auf Kindesmisshandlungen gesteigert werden kann.

2.2 Häufigkeit und Formen der Kindesmisshandlung

Der Begriff der Kindesmisshandlung ist ein Überbegriff über verschiedene Misshandlungsformen, wie den körperlichen Missbrauch, den sexuellen Missbrauch, die psychische Misshandlung genauso wie die Vernachlässigung von Kindern.

In einer Studie aus Deutschland wurden Hausärztinnen und Hausärzte mit Kinderfachärztinnen und Kinderfachärzten in Bezug auf das Erkennen von Kindesmisshandlungen verglichen. 102 der 132 befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte, sowie 34 der 64 befragten Hausärztinnen und Hausärzten in Berlin berichten in der anonymisierten Befragung von beobachteten Hinweisen auf Kindesmisshandlungen im Jahr 2003. In Zahlen wurden 1666 Fälle von den Kinderärztinnen und Kinderärzten und 123 Fälle von den Hausärztinnen und Hausärzten von teils sicherer und teils vermuteter Kindesmisshandlungen beschrieben. [36]

Das bedeutet, dass die befragten Kinderärztinnen und Kinderärzten durchschnittlich mit 16,3 Misshandlungsfällen pro Jahr zu rechnen haben. Bei 46 % der 1666 Meldungen der Kinderärztinnen und Kinderärzte handelte es sich um emotionale Gewalt gegen die Kinder, 31,6 % davon zählten zu den körperlichen Misshandlungen, 12,9 % bezogen sich auf Vernachlässigung der Kinder und 8,9 % der 1666 Fälle stellten sich als Misshandlungen in der Form von sexuellem Missbrauch dar. Diese Zahlen sollen die Häufigkeit der Ärztinnen oder Ärzten, welche in Kontakt mit Kindesmisshandlung oder mit Verdacht auf Kindesmisshandlung kommen verdeutlichen. [36]

Die Kinderärztinnen und Kinderärzte, welche offensichtlich regelmäßig mit Hinweisen auf Kindesmisshandlung konfrontiert wurden und sich eher mit Kindern im Alter bis zu sechs Jahren beschäftigen, schöpfen ihren Verdacht auf Kindesmisshandlung vor allem aus den Gesprächen mit den Eltern, sowie der Untersuchung der Kinder, während Hausärztinnen und Hausärzte, die vor allem mit Jugendlichen im Alter von 15 - 18 arbeiten, ihre Informationen, welche auf Kindesmisshandlung deuten, auch aus Hausbesuchen und vor allem aus dem direkten Gespräch mit den betroffenen Jugendlichen ziehen, da hier, im Gegensatz zu den Untersuchungen der Kleinkinder, keine elterliche Begleitung anwesend ist. Es wird in dieser Studie deutlich, dass für die Detektion von Kindesmisshandlung bei Kleinkindern, die Untersuchung der Ärztinnen und Ärzte von hoher Bedeutung ist. Ein weiterer Grund warum diese stärker gefördert werden sollte. [36]

Die folgenden Zahlen zu den jährlichen Fällen von Kindesmissbrauch in Österreich wurden in der österreichischen Ärztezeitung 2004 veröffentlicht. Durch Stichproben und Befragung von Ärztinnen und Ärzten in einzelnen definierten Einzugsgebieten konnte, die ungefähre Zahl von ungemeldeten Kindesmisshandlungen hochgerechnet werden. Es muss von ca. 100.000 Fällen von Gewalt gegen Kinder in Österreich pro Jahr ausgegangen werden, wobei 77 % der Misshandlungen von Angehörigen der Kinder begangen werden. Gleichzeitig wird in der Vergangenheit von 2 – 5 % aller Mädchen im Alter unter 13 Jahren ein sexueller Missbrauch vermutet, was einer Anzahl von 10.000 - 25.000 Fällen von sexuellen Übergriffen an Kindern pro Jahr in Österreich entspricht. 2011 wurde eine Befragung von 16 – 25-Jährigen durchgeführt, wobei 37 % der Frauen und 25 % der Männer antworteten, dass sie während ihrer Jugend psychischer Gewalt ausgesetzt waren und diese als bedrohlich empfanden. Wie die verschiedenen Misshandlungsformen von medizinischer Seite erkannt werden können, um beizutragen diese zu verhindern, wird im nächsten Kapitel erläutert. [35]

2.3 Erkennen von verschiedenen Formen der Kindesmisshandlungen in der Praxis

Aufgrund der hohen Fallzahlen ist es die moralische Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten, die Zeichen von physischem und sexuellem Missbrauch von Kindern erkennen und deuten zu können.

2.3.1 Körperliche Gewalt gegen Kinder

Laut der österreichischen Ärztezeitung sind für das zuverlässige Erkennen von Zeichen einer Kindesmisshandlung sowohl Schulungen, als auch Erfahrung von einer Kinderfachärztin oder einem Kinderfacharzt in diesem Bereich notwendig, um Folgen der an den Kindern ausgeübten Gewalt richtig erkennen und deuten zu können.

Einen wichtigen Teil stellt dabei die genaue Unfallanamnese dar. In 50% der Fälle von Kindesmisshandlung handelt es sich bei den Opfern um Kinder im Alter von unter vier Jahren. Deshalb muss beim Gespräch mit den Eltern von der Ärztin oder dem Arzt auf möglicherweise wechselnde Schilderungen des vermeintlichen Unfallherganges sowie auf

häufigen Wechsel der Ärztin oder des Arztes oder auf verspätetes Aufsuchen ärztlicher Hilfe geachtet werden. [35]

Auch die darauffolgende Familienanamnese ist von großer Bedeutung, da Gewalt gegen Kinder gehäuft bei Familien in Krisensituationen oder Stresssituationen auftritt. Auch in Familien mit chronisch schreienden, kranken oder behinderten Kindern, welche den Eltern viel Kraft abverlangen und die Erziehungsberechtigten an die Grenze ihrer Belastbarkeit bringen, steigt die Wahrscheinlichkeit zur Gewaltanwendung gegen ihre Kinder. [35] Auch selbst in der Kindheit misshandelten Elternteilen und Alleinerziehenden wird ein höheres Risiko zugeschrieben, Gewalt gegen ihre Nachkommen anzuwenden. [37]

Im Fall eines Kindes mit Schütteltrauma, ist es meist die Überforderung der Erziehungsberechtigten, welche dazu führte, dass ein Elternteil sein Kleinkind fest am Thorax packt und durch mehrfaches kräftiges Schütteln nach vorne und hinten schwere Hirnschäden oder den Tod des Kindes herbeiführt. Eine Subduralblutung oder eine Subarachnoidalblutung des Kindes in Kombination mit einer Retinablutung gilt als Beweis für einen solchen vorliegenden Fall von Kindesmisshandlung. [35]

Bei der Untersuchung des Kindes, soll bei Hämatomen und Verbrühungen auf deren Begrenzungen und deren Lokalisation geachtet werden. Handschuhartig oder sockenartig begrenzte Verbrühungen, 10 mm große Verbrennungen, welche durch das Ausdämpfen einer Zigarette entstehen, können auf absichtlich zugefügte Verletzungen hindeuten. Tritte des Täters oder der Täterin führen meist zu Verletzungen in der medianen Bauchgegend, sodass sich das Kind aufgrund von Verletzungen des Pankreas, des Magens oder des Mesenteriums mit Übelkeit und Erbrechen präsentieren kann. Bei Säuglingen kommt es durch Kindesmisshandlungen in 50 % der Fälle zu Verletzungen an den Meta- und Epiphysen des distalen Femur, der proximalen und der distalen Tibia. [35]

Auch untypische Rippen- und Sternumfrakturen, Skapulafrakturen sowie isolierte Brüche der Dornfortsätze der Wirbelsäule ohne damit einhergehende gravierende Traumata deuten auf gewaltsame Misshandlung des Kindes hin. Auch beidseitig gespiegelte Frakturen, komplizierte Schädelbrüche sowie Brüche von Fingern oder der lateralen Clavicula sind im frühen Kindesalter selten und sollten als Hinweise auf Gewaltanwendung gegen das Kind wahrgenommen werden. Eine verdächtige und unschlüssige Anamnese bei solchen Verletzungsmustern sollte die Ärztin oder den Arzt hellhörig machen und neben der

Behandlung zu weiteren Untersuchungen führen, um herauszufinden, ob sich das Kind in einer bedrohlichen Familiensituation befindet. [35]

Bei Bissspuren soll darauf geachtet werden, dass von anderen Kindern zugefügte Bissverletzungen meist Abdrücke von dem Molaren der einen Seite bis zum Molaren der anderen Seite verursachen, während bei Verletzungen durch Bisse eines Erwachsenen meist nur die Abdrücke von einem Eckzahn bis zum kontralateralen Eckzahn der Zahnreihe sichtbar sind. So sollen bei sich präsentierenden Bissverletzungen oder Hämatomen in Form von Handabdrücken, genaue Abmessungen und Fotodokumentationen der Verletzungen erfolgen. Im Falle der Bisswunden ist es ratsam, einen Abstrich für die DNA-Analyse anzuordnen. Bei allen Formen von Hinweisen auf Kindesmisshandlung, ist empfohlen, ebenfalls eine zusätzliche genaue Untersuchung der Geschwister anzuordnen. [35]

2.3.2 Sexuelle Gewalt gegen Kinder

Das Auffinden von Beweisen und Hinweisen auf sexuelle Misshandlung ist dagegen um ein vielfaches schwerer, da nur bei 15 % der sexuellen Übergriffe erkenntliche Verletzungen entstehen, welche, im Gegensatz zu den Frakturen und Verletzungen der gewaltsamen Kindesmisshandlung, rascher verheilen. Aufgrund von Einschüchterungen, aus Scham oder wegen der Angst, dass sie die Zerstörung der Familie herbeiführen könnten, sind die Opfer oft nicht bereit, sich jemanden anzuvertrauen. Es ist für die Detektion hier entscheidend, dass das misshandelte Kind sich öffnet und einer Person die Wahrheit anvertraut. Im Zuge einer ambulanten Behandlungen das Vertrauen eines Kindes zu gewinnen, stellt sich aufgrund der kurzen sich bietenden Zeitspanne als sehr schwierig dar, weshalb es meist nur bei stationärem Aufenthalt gelingt, dass das Kind selbst eine Vertrauensperson wählt, welcher es den Vorfall der Misshandlung berichtet. [35]

Einer der Gründe, welche zu Freisprüchen in den gerichtlichen Verhandlungen von Kindesmisshandlungen führen ist, dass die anvertrauten Erzählungen der geschädigten Kinder später vor Gericht aus oben genannten Gründen oft widerrufen werden und so die Anklage gegen die Täterin oder den Täter niedergelegt werden muss. Aus diesem Grund sollte statt des vorschnellen Anzeigens des Verdachts, das weitere Vorgehen zum Beispiel in den Kinderschutzgruppen gut überlegt und besprochen werden. [35]

Die Gründlichkeit bei der körperlichen Untersuchung ist hier ausschlaggebend, da hier auch Hämatome im Genital- und Gesäßbereich erkannt werden müssen. Bei oral vergewaltigten Kindern können Schleimhauthämatome, Asthmaanfälle und Schluckbeschwerden auffallen. Der Widerwillen des Kindes gegenüber der Inspektion dieser Körperbereiche soll einerseits als möglicher Hinweis für Verletzungen gedeutet werden, sowie zu einer noch einfühlsameren Herangehensweise der Ärztin oder des Arztes führen. [35]

Nur bei kurz zuvor stattgefundenen sexuellen Übergriffen sind Ärztinnen und Ärzte im Stande DNA und Spermaspuren sicher zu stellen. Bei vorliegendem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch sollten neben einer Untersuchung der äußeren Genitale auch eine Vaginaskopie, Zystoskopie, wie Rektoskopie erfolgen, welche aufgrund der physischen wie psychischen Belastung des Kindes unter Narkose durchgeführt werden sollten. Dabei ist auf eine lückenlose Dokumentation zu achten, um Beweise bei späteren Anklagen und Gerichtsverhandlungen einwandfrei vorlegen zu können. [35]

Genitale Beschwerden allein, ohne Bericht des Opfers von der Tat selbst, sind nur schwer einer Vergewaltigung zuzuordnen, da vaginaler Ausfluss, perigenitale Rötung oder Schmerzen ebenfalls durch mangelnde Hygiene, Harnwegsinfekte oder Fadenwürmer entstehen können. Erst nach Beseitigung dieser möglichen Auslöser und dem Weiterbestehen der Beschwerden, sollte auf sexuellen Missbrauch geschlossen werden. [35]

2.3.3 Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung der Kinder

Neben dem physischen und sexuellen Missbrauch existiert noch der Begriff der „emotionalen Kindesmisshandlung“. Diese Art der Misshandlung ist vielfältig und kann zu einer Reihe von Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten des Kindes führen. Dies ist die häufigste Form der Kindesmisshandlung und umfasst den Entzug von Liebe, Belästigung, Drohungen, Spott, ständige Kritik und verbale sowie nonverbale Ablehnung von Seiten der Eltern. [38]

Auch die Vernachlässigung des Kindes umfasst ein weites Spektrum von möglichen Szenarien und kann zu verschiedensten Folgen führen. Unter Vernachlässigung kann einerseits die Unterlassung der körperlichen Pflege verstanden werden, andererseits fällt

unter Vernachlässigung auch die unterbliebene kognitive Stimulation des Kindes von Seiten der Eltern bzw. der primären Obsorgeträgerinnen oder Obsorgeträger. [38]

2.3.4 Folgen von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung in den verschiedenen Altersklassen

Säuglinge, welche von ihren Eltern Vernachlässigung erfahren müssen und nicht ausreichend umsorgt werden, können je nach Mangel der Versorgung unterschiedlich auffällig werden. Normalerweise sollten sie regelmäßig gefüttert und in einer warmen, trockenen und sauberen Umgebung von den Eltern gepflegt werden. Sollte dies jedoch nicht der Fall sein, präsentieren sich diese Kinder häufig mit einer Gedeihstörung und liegen mit ihrem Gewicht sowie ihrer Körpergröße in der unteren Perzentile. Durch mangelnde Hygiene kann es zu ungewöhnlich stark ausgeprägten Form einer Windeldermatitis und zur häufigen stationären Aufnahme aufgrund von persistierenden Infektionen kommen. [38]

Psychische Auswirkungen kann das Kind vor allem durch die emotionale Misshandlung davontragen, welche Angststörungen, verschiedenste Verhaltensauffälligkeiten und fehlende soziale Interaktion induzieren kann. Normalerweise genießen Säuglinge die Interaktion mit anderen Kindern und Erwachsenen, wurden sie jedoch emotionaler Misshandlung ausgesetzt fehlt ihnen die Motivation für solche Kommunikation. Gleichzeitig kann es vorkommen, dass das Kind andere Fähigkeiten wie Sitzen, Krabbeln, Sprechen erst verzögert entwickelt, da der Drang die Umwelt zu erforschen aufgrund der Misshandlung möglicherweise eingedämmt ist. Ein weiteres Zeichen, welches bei solchen Säuglingen manchmal beobachtet werden kann, ist selbststimulierendes Verhalten, wie ein persistierendes Wackeln oder Schütteln des Kopfes. Eine weitere Folge kann ein fehlendes Sicherheitsgefühl des Kindes sein, welches dazu führen kann, dass Ärztinnen und Ärzte auch in Anwesenheit der Eltern ein ängstliches und verunsichertes Kind vorfinden. [38]

Auch bei Kleinkindern im Vorschulalter können durch ständige Vernachlässigung entstandene physische Entwicklungsstörungen beobachtet werden, wobei diese nicht nur eine Reduktion von Größe und Gewicht bedeuten, sondern auch oft ein ungewöhnlich kleiner Kopfumfang auffällig werden kann. Wie auch im Säuglingsalter hat möglicherweise die fehlende Motivation, mit der Umwelt in Kontakt zu treten, hier verschiedene Auswirkungen.

Das Kind kann eine Verzögerung in Bezug der Sprachentwicklung aufweisen, hat möglicherweise eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und ein ungewöhnliches soziales Verhalten. Durch deren sozioemotionale Unterentwicklung fallen diese Kinder häufiger durch überschießende Aggressivität oder eine impulsive unnatürliche Bindung zu Fremden auf. Beschrieben wird im „British Journal of Medicine“, dass solche Kinder übertrieben schnell die Nähe und Zuneigung von ihnen fremden Personen suchen und in wenigen Minuten nach der Begegnung auf deren Schoß zu finden sind. [38]

Später in der Schule werden vernachlässigte und emotional misshandelte Kinder wieder durch vermindertes Wachstum sowie durch Verhaltensschwierigkeiten und emotionale Probleme auffällig. Während der Schulzeit wird durch die Leistungsabfrage und Benotung der Kinder auch deutlich, dass emotional misshandelte Kinder oft mit einer Lernschwäche leben müssen. Wie bereits erwähnt, inkludiert der Begriff der emotionalen Misshandlung auch die fehlende kognitive Stimulation des Kindes. Dies führt über längere Zeit dazu, dass diese Kinder Schwierigkeiten haben, Lernaufgaben zu bewältigen. [38]

In einer dänischen Studie konnte durch Befragung und Untersuchung von 2940 jungen Erwachsenen eine signifikante Häufung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms, kurz ADHS, bei misshandelten Kindern nachgewiesen werden. Kinder mit diesem Syndrom haben oft mit Konzentrations- und Lernschwierigkeiten zu kämpfen. [39]

Durch die mangelnde Hygiene der Kinder und deren sozioemotionalen Unreife sind die Kinder oft nicht in der Lage, sich an die Gesellschaft anzupassen und Beziehungen zu Altersgenossen aufzubauen. Ebenso kann bei misshandelten Kindern spontanes Harnlassen oder spontane Defäkation beobachtet werden. [38]

Durch diese Schwierigkeiten mit der Eingliederung in die Gesellschaft und durch die andauernden Zurückweisung und Distanzierung der Eltern, kann es zu Entwicklung eines sehr niedrigen Selbstwertgefühls oder einem selbstverletzendem Verhalten des Kindes kommen. Diese Kinder werden auffällig, indem sie sich übermäßig schuldig fühlen, auch für Geschehnisse, welche nicht kausal mit den Kindern in Verbindung gebracht werden können. [38]

2.4 Münchhausen-by-Proxy-Syndrom

Nach der Beschreibung der verschiedenen Präsentationsmöglichkeiten von Kindesmisshandlung, wird anschließend noch eine weitere Form der Kindesmisshandlung betrachtet. Diese zu diagnostizieren oder zu detektieren stellt für die Ärztinnen und Ärzte oft eine noch größere Herausforderung dar, da hier eine umfassendere Bandbreite an Symptomen auftreten kann. Bei dieser Form der Kindesmisshandlung handelt es sich um das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom.

2.4.1 Definition

Das namensgebende Syndrom, das Münchhausensyndrom, beschreibt das Verhalten von Personen, welche sich selbst Schaden zufügen, nicht aufgetretene Symptome beschreiben oder aktiv zu einer falschen Diagnosestellung der Ärztin oder des Arztes beitragen, um Aufmerksamkeit oder Behandlung von medizinischem Fachpersonal zu erhalten. Bei dem Münchhausen-by-Proxy-Syndrom wird dagegen diese Aufmerksamkeit nicht für die unter dieser Störung leidende Person, sondern für das zu schützende Kind beansprucht. [40]

2.4.2 Klinische Präsentation

Nach der Definition von Meadow 2002 ist bei Vorkommen verschiedenster Verhaltensweisen vom Münchhausen-by-Proxy-Syndrom die Rede. Dazu zählt das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen von physischen wie psychischen Symptomen bei einem Kind. Die Täterin oder der Täter führt diese Symptome herbei, um im Krankenhaus durch das „krank gemachte“ Kind Aufmerksamkeit zu erhalten. [40]

Aus pädiatrischer Sicht wird dieses Münchhausen-by-Proxy-Syndrom definiert, als ein Beschwerdebild des Kindes, welches von den Obsorge tragenden Personen vorgetäuscht oder absichtlich herbeigeführt wurde. Das Kind wird dabei meist von den Eltern den Ärztinnen und Ärzten mit diesem Beschwerdebild vorgestellt, um länger andauernde medizinische Diagnose- und Behandlungsschritte zu provozieren. Eine Trennung der Erziehungsberechtigten vom Kind führt anschließend zu einer Besserung der Akutbeschwerden und der Symptome des Kindes. [41]

Es können verschiedene klinische Bilder auf das Vorhandensein des Münchhausen-by-Proxy-Syndroms hindeuten, wobei diese durch ihr weites Spektrum an möglichen

Beschwerdebildern oft nur schwer erkennbar sein können. So kann sich das Syndrom durch eine persistierende atypische Symptomatik präsentieren, welche sich auch nach gründlicher Durchuntersuchung nicht klären lässt und auch von erfahrenen Klinikerinnen und Klinikern nicht zugeordnet werden kann. Die Verdachtsdiagnose bleibt meist längere Zeit deskriptiv oder weist auf extrem seltene untypische Erkrankungen hin. Während der Therapie kommt es zu einer Häufung von Komplikationen, gleichzeitig verhalten sich die Symptome bei der Behandlung nicht erfahrungsgerecht. Auch eine stärkere Abweichung zwischen den einzelnen Messungen der Laborwerte, unplausible Werte von Blut oder Harn sowie eine Diskrepanz zwischen den einzelnen Messergebnissen und den anamnestischen Erhebungen können auf das mögliche Vorliegen des Münchhausen-by-Proxy-Syndroms hindeuten. [41]

2.4.3 Epidemiologie

Laut einer Studie von 1992 - 1994, welche in England und Irland durchgeführt wurde, kann bei den unter 16-Jährigen kann von einem Anteil an Münchhausen-by-Proxy-Syndrom von mindesten 0,5 / 100.000 Fällen ausgegangen werden, während von einer Inzidenz bei Säuglingen mit mindesten 2,8 / 100.000 Fällen ausgegangen werden muss. [42] Nach Jacobi et al. kann in Deutschland damit gerechnet werden, dass die zutreffende Diagnose des Münchhausen-by-Proxy-Syndroms zu selten gestellt wird und oft auch ebenso wie andere Formen von Kindesmisshandlung als SIDS verkannt wird. [43] Es ist naheliegend, dass diese Schätzung wahrscheinlich auch für die Diagnostik in Österreich als zutreffend angenommen werden kann.

Nach Identifikation und Analyse von 200 gemeldeten Fällen innerhalb dieser Studie wurden 128 Fälle, welche als nicht anzweifelbar befunden wurden, ausgewählt. Es konnte gezeigt werden, dass das mittlere Alter der betroffenen Kinder bei 20 Monaten liegt und in 85 % der Fälle die Mutter für den kindlichen Schaden verantwortlich war. [42]

In 23 Fällen konnten falsche Angaben zu Symptomen ohne Verfälschen von Testergebnissen oder Zufügen von Schaden nachgewiesen werden. 21 Fälle beschäftigten sich mit falschen Angaben über den Krankheitsverlauf und verfälschten Diagnostikschritten, wie dem künstlichen Aufheizen des Thermometers, sodass fälschlicherweise von vorhandenem Fieber ausgegangen wurde. Auch das Beimengen von

Blut zur Urinprobe, um eine Hämaturie vorzutäuschen, wurde innerhalb dieser 21 untersuchten Verläufe beschrieben. [42]

In 53 Fällen wurde dem Kind zusätzlich zu dem beschriebenen Täuschen der Medizinerinnen und Medizinern, Schaden zugefügt. In 26 dieser 53 Fälle wurde das Kind durch Substanzgabe vergiftet und in 14 Fällen kam es durch die Täterin oder den Täter zu einer Atemnot des Kindes, um dadurch Krampfanfälle zu provozieren. Weiters wurden jeweils 15 Fälle von vorsätzlicher Vergiftung und Erstickung der Kinder ohne irreführende Angaben der Täterin oder des Täters verzeichnet. [42]

Innerhalb von Familien mit mehreren Kindern wird in der Studie angenommen, dass in 43 % der Fälle Geschwister in der Vergangenheit unter dieser Form der Kindesmisshandlung zu leiden hatten. Von den 128 untersuchten Kindern, wurde bei 82 Familien das Vorhandensein weiterer Geschwister dokumentiert wobei 15 dieser Geschwister in der Vergangenheit verstarben, wobei diese Todesfälle mit Diagnose von SIDS klassifiziert wurden. [42]

2.4.4 Detektion

Um den Verdacht bestätigen zu können, dass das vorgestellte Kind ein Opfer des Münchausen-by-Proxy-Syndroms ist, reicht die Anamnese allein oft nicht. Für dieses Krankheitsbild ist es meist typisch, dass die Mutter schon fast symbiotisch mit dem Kind existiert. Da meist Säuglinge Opfer dieser Form der Kindesmisshandlung werden, kann in diesem Fall keine alleinige Befragung des Kindes zur Krankheitsursache stattfinden. Solange die Schädigung des Kindes oder die Manipulation der Untersuchungen von Seiten des Elternteils nicht bewiesen werden kann und dieser weiterhin als Obsorgeträger fungiert, bleibt die Entscheidung freigestellt, ob das Kind im Familienverband behalten werden möchte. [41]

Als Detektionsmöglichkeit könnte hier möglicherweise versteckte Videoüberwachung zum Einsatz kommen. Durch eine nicht abgesprochene Videoüberwachung könnte die Manipulation der Gesundheit oder der Untersuchungen des Kindes bestätigt oder widerlegt werden. Gleichzeitig könnte solches Videomaterial auch bei nicht vorhandenem Münchausen-by-Proxy-Syndroms zu einer verbesserten Diagnostik mitwirken, da es durch die Aufzeichnung zu einer umfassenderen Beurteilung des Verhaltens des Kindes kommen könnte. So konnte in Atlanta gezeigt werden, dass bei Anwendung von versteckter

Videoüberwachung in 23 Verdachtsfällen von Münchausen-by-Proxy-Syndroms in 13 der klinischen Aufenthalte die Videoüberwachung den Beweis für das Vorliegen dieses Syndroms liefern konnte. [41]

Auch hier steht erneut die Autonomie der Patientinnen, Patienten und der Eltern gegen das Wohl der Kinder, da hier Kritikerinnen und Kritiker des Systems argumentieren, dass diese Überwachung eine erhebliche Einschränkung der Privatsphäre der im Zimmer befindlichen Personen darstellt.

Befürworterinnen und Befürworter der Videoüberwachung in Verdachtsfällen halten hier mit dem Argument entgegen, dass Privatsphäre in Krankenhäusern kein vorrangiges Gut darstellt, da auch durch Monitorisierung, unverschlossene Türen und unbekannte Zimmergenossinnen und Zimmergenossen diese von Vorherein nur beschränkt zur Verfügung steht und somit dem medizinischen Wohl der Patientinnen und Patienten in Krankenanstalten weichen muss. [41]

2.5 Kinderschutzgruppen in Österreich

Im §8 des österreichischen Krankenanstalten und Kuranstaltengesetzes ist die Einrichtung von Kinderschutzgruppen in den Kliniken vorgesehen. Sollte die geringe Größe eines Krankenhauses gegen eine eigene Kinderschutzgruppe sprechen, kann auch gemeinsam mit anderen Krankenhäusern eine Kinderschutzgruppe gebildet und genutzt werden. [44]

Es soll durch interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich sein, Kindesmisshandlung in jeglicher Form frühzeitig zu erkennen und durch Beratung dieser Fälle innerhalb dieser Gruppe, eine sachliche und professionelle Bearbeitung des Falles zu ermöglichen. Die Kinderschutzgruppe ist als beratendes Gremium anzusehen und erarbeitet ihre Fälle ähnlich einem Konsilliardienst, nachdem die Fälle der Kinderschutzgruppe von der stationsführenden Ärztin oder dem stationsführenden Arzt vorgelegt wurden. [45]

Es sollte innerhalb des Teams der Kinderschutzgruppe möglich sein, bei regelmäßigen Treffen, Fälle zu bearbeiten und abzuschließen. [45]

Die Kinderschutzgruppe müsste wie bereits erwähnt aus einem interdisziplinärem Team zusammengesetzt sein, darunter sollten sich unbedingt Fachärztinnen oder Fachärzte für

Pädiatrie und/oder Kinderchirurgie und je nach Möglichkeit und Beschaffenheit der Fälle weitere Fachärztinnen und Fachärzte der Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Unfallchirurgie, Gynäkologie, Radiologie, Dermatologie, Ophtalmologie und Gerichtsmedizin befinden. Weiters sollten dieser Gruppe Schwestern oder Pfleger, Psychologinnen oder Psychologen, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter angehören. [45]

Die Aufgabe dieses Gremiums ist es, zum fachlichem Austausch zwischen den interdisziplinären Gruppen beizutragen und durch standardisierte Vorgehensweise und strukturierte Dokumentation die Gefahr für das jeweilige Kind, wie für die möglicherweise ebenfalls gefährdeten Geschwister abzuschätzen und in Zusammenarbeit mit dem Stationspersonal, dem Kind, dessen Erziehungsberechtigten, dem Jugendwohlfahrtsträger und falls notwendig auch dem Staatsanwaltschaft, die Lebenssituation des Kindes zu verbessern. Zusätzlich soll dieses Konsilliar zur Entlastung der Stationsärztin oder des Stationsarztes, durch Abbau von Unsicherheiten beitragen und durch standardisierte Dokumentation der Fälle eine verbesserte Prozesstauglichkeit der Misshandlungsfälle gewährleisten. [45]

2.5.1 Allgemeine Vorgehensweise bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Wird ein möglicher Fall von Kindesmisshandlung vermutet, sollte auf eine rücksichtsvolle Erstuntersuchung des Kindes durch eine erfahrene Ärztin oder einen erfahrenen Arzt geachtet werden, um eine weitere Traumatisierung des Kindes auf jeden Fall zu verhindern. Darum wäre es angebracht, dass jedem durchgeführten Schritt eine altersgerechte Erklärung für das Kind vorausgeht. Die Erstuntersuchung sollte eine vollständige Anamnese, eine körperliche Untersuchung und die Fotodokumentation und Spurensicherung bei möglichen Hinweisen auf Misshandlung beinhalten. Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch erscheint es wichtig, dass die Untersuchung von einer gleichgeschlechtlichen Ärztin oder einem gleichgeschlechtlichen Arzt durchgeführt wird. Der Ausschluss einer Misshandlung aufgrund nicht vorhandener Verletzungen ist unzulässig. Es müsste immer versucht werden, auch den Verletzungshergang vergangener Verletzungen zu klären und auf Auffälligkeiten der Anamnese zu achten. Dabei sollte das Augenmerk der Untersucherin und des Untersuchers auch auf die Interaktion zwischen der Bezugsperson und dem Kind gelegt werden. [45]

Anschließend ist die Frage zu klären, ob eine stationäre Aufnahme des Kindes, um diesem einerseits möglicherweise den nötigen Schutz zu bieten und andererseits mehr Zeit für die ausreichende Untersuchung eines Misshandlungsverdachts zu gewinnen, von Vorteil wäre. [45]

Die unterschiedlichen Untersuchungen stellen sowohl eine physische Beanspruchung, zum Beispiel im Fall einer Strahlenbelastung, sowie auch eine psychische Stresssituation dar. Deshalb sollte prinzipiell jede Untersuchung durch einen vorhergehenden Verdacht indiziert sein. Eine radiologische Untersuchung wäre daher bei Verdacht auf Frakturen, Weichteilgewebstraumata, einen Pneumothorax oder weitere Verletzungen, welche durch bildgebende Verfahren diagnostiziert werden können, durchzuführen. [45]

Anschließend wird eine serologische Untersuchung zum Nachweis möglicher Geschlechtskrankheiten, medikamentöser Überdosierung oder möglicher Wundinfektionen, welche durch Vernachlässigung entstanden sein könnten, empfohlen. [45]

2.5.2 Weitere fachärztliche Untersuchungen

Als nächster Schritt werden fachärztliche Untersuchungen verschiedener Bereiche durchgeführt. Dabei begutachtet die HNO-Fachärztin oder der HNO-Facharzt, ob Würgespuren, Trommelfellverletzungen oder sonstige Hörschäden vorhanden sind. Eine Gynäkologin sollte bei Verdacht auf sexuelle Misshandlung eines Mädchens zu Rate gezogen werden, um die Vagina, wie auch das Hymen zu untersuchen. Eine Kinderchirurgin oder ein Kinderchirurg, sollte die Möglichkeit von Weichteiltraumen, Gewaltanwendung und Verbrennungen untersuchen, und auch auf Verletzungen, welche durch Analverkehr bei sexuellem Missbrauch eines Jungen entstanden sein könnten, achten. Weiters soll eine Dermatologin oder ein Dermatologe, zur Beurteilung der Haut in Bezug auf Verbrennungen und Infektionen hinzugezogen werden. Es wäre angebracht eine Fachärztin oder ein Facharzt der Neuropädiatrie bei Vorhandensein von Bewusstseinsstörungen oder Sensibilitätsstörungen zu konsultieren. Die Beurteilung des Augenhintergrundes bei Verdacht auf Gewalteinwirkung wie zum Beispiel einem Schütteltrauma soll durch eine Augenfachärztin oder einen Augenfacharzt erfolgen. Abschließend kann ein Gutachten der psychischen Verfassung des Kindes durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Psychologin, einen

Psychologen, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten, welche Erfahrungen in diesem Bereich vorweisen können, erfolgen. [45]

Eine weiterführende forensische Untersuchung des Kindes wird erst nach Anzeigeerstattung durch das Gericht angeordnet. Das Bundesministerium weist hier im veröffentlichten Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen erneut darauf hin, dass für die mögliche Gerichtsverhandlung eine einwandfreie Dokumentation der möglichen Spuren von höchster Priorität ist. Es sollte deshalb auch für die Aufbewahrung von der beim Unfall getragenen Kleidung des Kindes gesorgt werden sowie auf die sorgfältige Spurensicherung und Dokumentation von Hinweisen im Laufe der Erstaufnahme geachtet werden, um die forensischen Untersuchungen zu unterstützen. [45]

2.5.3 Der weitere Umgang mit einem misshandeltem Kind

Die Aufgabe von Krankenschwestern und Pflegern ist es vor allem auf die Kommunikation des Kindes zu achten, wobei der feinfühlig und professionelle Umgang mit Eltern und Kind unerlässlich ist. Auch hier ist jegliche Form der Information zum Unfallhergang, auch bei großer Widersprüchlichkeit zu dokumentieren. Aus diesem Grund ist es unter anderem auch die Aufgabe des gesamten Personals dem Kind Schutz und Geborgenheit zu vermitteln, damit dieses die Möglichkeit hat sich zu öffnen. Dafür sollten Ausdrucksmöglichkeiten für das Kind geschaffen und das Verhalten von Kind und Bezugspersonen beobachtet werden. Das Pflegepersonal ist in solchen Situationen angehalten neutral aufzutreten, dem Kind zuzuhören, das Gesagte nicht in Frage zu stellen und durch informatives empathisches Nachfragen die Kommunikation mit dem Kind auszubauen. [45]

Derzeit ist ein Verdacht des medizinischen Personals im Krankenhaus spätestens nach Bestätigung durch die Kinderschutzgruppe an die jeweils zuständige Jugendwohlfahrt, abhängig vom Wohnort des Kindes, zu melden. Nach einem vorläufigen Telefonat soll anschließend das Formular „Gefahrenmeldung an die Jugendwohlfahrt“ ausgefüllt und der zuständigen Behörde übermittelt werden. [45]

Bei Gefahr im Verzug ist der Jugendwohlfahrtsträger eigenmächtig im Stande, ohne gerichtlichen Beschluss und gegen die Zustimmung der Eltern zu intervenieren. Gleichzeitig besteht hier jedoch die Pflicht innerhalb 8 Tagen eine gerichtliche Bestimmung über die Obsorge zu beantragen. [45]

Nachdem die Kinderschutzgruppe von einer Stationsärztin oder einem Stationsarzt konsolidiert wurde, sollte anschließend zu bereits erwähnten diagnostischen Schritten auch eine soziale Anamnese erfolgen. Diese dient als Arbeitsgrundlage für die zu fassenden Entscheidungen. [45]

Jegliche Missstände in Bezug auf die Situation des Wohnens, der elterlichen Arbeit, des Kindergartens, der Schule, der finanziellen Situation, der sozialrechtlichen Absicherung, sowie weitere Einflussfaktoren wie Freizeit, Freunde, kulturelle Hintergründe, krankheitsbedingte Aspekte und die Persönlichkeit der beteiligten Familienmitglieder können mögliche Auslöser für Kindesmisshandlung darstellen. Es ist also unverzichtbar, Probleme solcher Art zu erkennen und auf deren Lösung hinzuarbeiten, um eine langfristig sichere Umgebung für das Kind gewährleisten zu können. [45]

Damit dies bewerkstelligt werden kann, muss die Kinderschutzgruppe im Rahmen einer Helferkonferenz durch Vernetzung mit der Familie, der Sozialarbeiterin oder des Sozialarbeiters des Jugendamtes sowie weiteren möglicherweise involvierten psychosozialen Institutionen, einen Therapieplan erstellen. So kann die Kinderschutzgruppe zu einer Empfehlung für die weiterführende Betreuung oder für eine Fremdenunterbringung des Kindes gelangen. Die endgültige Entscheidung über das weitere Vorgehen trägt jedoch weiterhin die Obsorgeträgerin oder der Obsorgeträger. [45]

2.6 Übersicht über die derzeit startende ELGA- elektronische Gesundheitsakte

Wie am Ende des ersten Kapitels bereits erwähnt, sind verpflichtende Untersuchungen von Kindern allein nicht ausreichend, um die bestmögliche medizinische Betreuung für ein Kind gewährleisten zu können. Denn ein Wechsel der Kinderärztin oder des Kinderarztes, aus den verschiedensten Gründen, kann zu Informationsverlust und somit zu verminderter Qualität der Untersuchung führen. Eine Verbesserung dieser Problematik kann auch die erst vor kurzem eingeführte elektronische Gesundheitsakte bringen.

Diese Gesundheitsakte stellt eine Vernetzung von Krankenhäusern, Apotheken, Pflegeeinrichtungen sowie niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den Patientinnen und Patienten dar, welche Ende Dezember 2015 schrittweise gestartet wurde.

Zuerst begannen Spitäler in der Steiermark und in Wien das System zu nutzen, um anfangs elektronische Befunde hochzuladen und diese so für die Patientinnen und Patienten selbst, wie auch deren Ärztinnen und Ärzte mit stehendem Behandlungsvertrag einsehbar zu machen. Im Jahr 2016 wurde begonnen nach und nach weitere Krankenanstalten in Österreich in das System einzugliedern. Das Ziel der Umstellung ist schlussendlich sowohl Befunde, Entlassungsbriefe und Medikamentenlisten der verschriebenen Medikamente, der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten in diese elektronische Gesundheitsakte zu integrieren und diese nicht nur für die Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten selbst, sondern auch für niedergelassenen Ordinationen und Apotheken zugänglich zu machen. [46]

Man kann anschließend mit Hilfe des Internets von jedem beliebigen Ort zu jeder Zeit seine eigene elektronische Gesundheitsakte einsehen, am Computer speichern oder Befunde und Medikamentenlisten ausdrucken. Gleichzeitg kann man mithilfe seiner eigenen digitalen Signatur jederzeit die Befunde oder Listen sperren lassen, sodass sie nicht mehr für die ELGA nutzenden Gesundheitseinrichtungen einsehbar sind.

Die Daten sind speziell gesichert, werden nur verschlüsselt übermittelt und können nur von medizinischem Personal mit einem stehenden Verhandlungsbetrag in den medizinischen etablierten Netzwerken eingesehen werden. Um die Autonomie der österreichischen Bürgerinnen und Bürger zu schützen, wird es ihnen freigestellt sich mittels einer unterschriebenen Willenserklahrung von dem ELGA-System abzumelden. [46]

2.7 Mögliche Vor- und Nachteile der ELGA

Ein klarer Vorteil besteht darin, dass eine Auflistung der aktuellen Medikamente, welche die Patientinnen und Patienten oft nicht mit ins Krankenhaus nehmen, überflüssig wird. Älteren Patientinnen und Patienten sind meist nicht im Stande, ihre verschiedenen Medikamente mit deren Dosierung auswendig wiederzugeben. Es ist auch für Rettungskräfte im Notfall oft nicht möglich, bei alleinstehenden Personen eine Liste der verschriebenen Medikamente ausfindig zu machen. Genauso verhält es sich mit wichtigen Befunden, sollte die Patientin oder der Patient auf Grund eines Notfalles in ein Spital eingeliefert werden, in welchem er noch nicht aktenkundig war. Bisher musste in einem solchen Fall zuerst das zuletzt aufgesuchte Spital ausfindig gemacht werden, um anschließend die Befunde von dort anfordern zu können. Ein klarer Vorteil der ELGA ist,

dass keine Zeit mehr vergeudet werden muss, um auf Daten der Patientin oder des Patienten aus der Vergangenheit zugreifen zu können.

Trotz den Sicherungen des Systems, wirkt es anscheinend nicht völlig vertrauenserweckend auf alle Bürgerinnen und Bürger, da es bereits im Voraus im Juli 2014 laut der Zeitschrift Kurier 165.000 aktive Aussteigerinnen und Aussteiger aus dem ELGA-System gab. [47]

Es ist natürlich auch zu bedenken, dass ein solches System Nachteile mit sich bringen könnte, da es den Patientinnen und Patienten frei gestellt ist deren Daten jederzeit zu sperren und somit ihre Krankengeschichte unvollständig darzustellen. Dies könnte möglicherweise in Zukunft zu qualitativen Einbußen führen, sollte sich die Ärztin oder der Arzt zu sehr auf die im System gespeicherten unvollständigen Daten der Vergangenheit stützen. Es könnte zum Beispiel vorkommen, dass psychische Krankheiten oder ähnlich sensible Daten, die in der Krankenakte anfangs zwar verzeichnet wurden, von der Patientin oder dem Patienten aus persönlichen Gründen gelöscht werden. Durch zu starkes Vertrauen in eine solche Akte könnte dies zu Fehleinschätzungen oder falschem Umgang mit der Patientin oder dem Patienten führen. Es ist dabei jedoch zu bedenken, dass Befunde und Diagnosen der Vergangenheit weiterhin in den derzeit verwendeten Systemen der Krankenanstalten oder Hausarztpraxen zur Verfügung stehen.

Durch eine Modifikation könnte dafür ein großer Vorteil der Elga genutzt werden. Eine solche elektronische Krankenakte könnte ein praktisches Mittel für die Kinderärztinnen und Kinderärzte sein, um suspekte Verletzungen zu verzeichnen, sodass auch bei mehrfachem Wechsel der Kinderärztin oder des Kinderarztes bei der nächsten Untersuchung ein wiederholtes Auftreten solcher Verletzungen auffallen würde. So wird es den Kinderärztinnen und Kinderärzten ermöglicht, einen Blick in die Vergangenheit des Kindes zu werfen, um nicht von einer einzigen Untersuchung auf die biopsychosoziale Situation des Kindes schließen zu müssen.

Jedoch ist die elektronische Gesundheitsakte, so wie diese in Österreich flächendeckend eingeführt wird, in der Hinsicht auf die Verbesserung der Detektion von Kindesmisshandlung nur im geringen Maß nützlich, da es jeder Bürgerin und jedem Bürger möglich sein muss, die Anlage der eigenen Gesundheitsakte zu verweigern oder Eintragungen und Befunde in der eigenen sowie in der Akte des eigenen Kindes zu

sperren. Es wäre höchst unwahrscheinlich, dass ein Befund in dem eine suspekte Verletzung mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung verzeichnet wurde, nicht von den Erziehungsberechtigten gelöscht werden würde. Somit ist die elektronische Gesundheitsakte in ihrer jetzigen Form zum Einsatz in diesem Bereich nur begrenzt sinnvoll.

Auch die erneute Begutachtung von älteren in der ELGA gespeicherten Untersuchungsergebnissen durch unterschiedliche Ärztinnen oder Ärzte bringt Vorteile mit sich. Durch eine Mehrfachbetrachtung der Befunde durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte kann es dadurch zu einer Steigerung der Untersuchungsqualität kommen, da die Kinderärztinnen und Kinderärzte mit verschiedenen Erfahrungen und unterschiedlichen Spezialgebieten die Befunde aus verschiedenen Perspektiven betrachten können und es ihnen so möglich sein könnte, sich gegenseitig zu ergänzen. Vor allem in den niedergelassenen Praxen ist das Befunden der Untersuchungsergebnisse meist die Arbeit von einer einzelnen Ärztin oder einem einzelnen Arzt, während im Krankenhaus immer mehr die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten zur Qualitätssicherung gefördert wird, da die gemeinsame Herangehensweise einer interdisziplinären Gruppe an ein Problem, als essentieller Bestandteil der Qualitätssicherung im Krankenhaus angesehen wird. [48]

Durch die elektronische Gesundheitsakte könnte es also sowohl für Kinder, als auch für ältere Patientinnen und Patienten zu einer Qualitätssteigerung der Untersuchung kommen, da Befunde und Untersuchungsergebnisse einerseits eben mehrfach begutachtet werden können und es andererseits vorstellbar wäre, dass das Wissen möglicherweise von einer Kollegin oder einem Kollegen kontrolliert bzw. korrigiert zu werden, die Ärztinnen und die Ärzte, zu einer gewissenhafteren und sorgfältigeren Arbeitsweise motivieren könnte.

Bei einer verpflichtenden Dokumentation der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, wie es mit einer modifizierten Form der ELGA möglich wäre, würde kein zusätzlicher Zeitaufwand der Eltern gefordert werden. Gleichzeitig kann es bei eigenständigem Wechsel der Kinderärztin oder des Kinderarztes aus medizinischer Sicht zu keiner Qualitätseinbuße kommen, da dank der elektronischen Gesundheitsakte der Untersucherin oder dem Untersucher ähnliche Befunde vorliegen, unabhängig davon, ob das Kind nach einem Wechsel oder seit Geburt bei dieser Kinderärztin oder diesem Kinderarzt vorstellig ist.

2.8 Unsicherheiten von Ärztinnen und Ärzten bei Kontakt mit Kindesmisshandlung

Bei der oben erwähnten anonymisierten Befragung von 102 Kinderärztinnen und Kinderärzten, sowie von 34 Hausärztinnen und Hausärzten in Berlin zeigte sich, dass ca. 65 % der befragten Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte und 81 % der befragten Hausärztinnen bzw. Hausärzte sich unsicher über vorgeschriebene Vorgehensweisen bei Detektion suspekter Spuren auf Kindesmisshandlungen sind und ihr Wissen um die rechtlichen Rahmenbedingungen als lückenhaft bezeichnen. Wenn auch gleichzeitig nur 55 % der Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie 13 % der befragten Hausärztinnen und Hausärzte angeben, sich in der Vergangenheit für Fortbildungen zum Thema Kindesmisshandlung interessiert zu haben. [36]

In einer amerikanischen Studie konnte gezeigt werden, dass sich Kinderärztinnen und Kinderärzte mit mehr Zugang zu essentiellen Fortbildungen, welche sich mit dem Thema der Kindesmisshandlung beschäftigen, zehn Mal häufiger der Zusammenarbeit mit den Kinderschutzorganisationen bedienen. [49]

Daraus wird deutlich, dass Kinderfachärztinnen und Kinderfachärzte allein durch deren Spezialisierung im Fach Pädiatrie nicht automatisch als Spezialistinnen und Spezialisten im Umgang mit misshandelten Kindern gelten. Es wird von den Befragten innerhalb der Studie der Wunsch beschrieben, dass medizinisches Personal mit Zusatzausbildungen im Bereich der Kindesmisshandlungen als Unterstützung herangezogen werden könnte, um suspekta Fälle zu überarbeiten und die jungen Patientinnen und Patienten nochmals zu untersuchen, sodass dann entschieden werden könnte, ob die Behörden informiert werden oder eine Kinderschutzorganisation zu Rate gezogen werden soll, um das häusliche Umfeld des Kindes zu prüfen.[49]

2.9 Diskussion über den Umfang der Überwachung der Kinder, um deren psychisches und physisches Wohl zu wahren

Die Folgen von Misshandlungen können sich für die betroffenen Kinder gravierend und langfristig auswirken. 74 % aller Jugendlichen, die in ihrer Kindheit Misshandlungen erleiden mussten, haben später Schwierigkeiten bei der Anpassung an die Gesellschaft

sowie Probleme mit unbeherrschten Gefühlen der Aggression, der Angst und der Depression. Auch Zusammenstöße mit der Polizei, das Weglaufen von zu Hause, Prostitution und Frühschwangerschaften, beziehungsweise Frühvaterschaften finden ebenfalls im Zusammenhang mit einer erlittenen Misshandlung häufiger statt. [50]

Durch eine verpflichtende überwachende elektronische Gesundheitsakte für Kinder, könnte sowohl eine Häufung von suspekten Verletzungen sowie ein pathologischer Verlauf der sozialen, psychischen oder der motorischen Entwicklung, auch bei häufigeren Wechsel von Kinderfachärztinnen und Kinderfachärzten, auffällig werden. Daraufhin würde sich die Wahrscheinlichkeit erhöhen, frühzeitig mit Förderungsmaßnahmen beginnen zu können.

Da das Gesetz der freien Arztwahl durchaus sinnvoll erscheint und beibehalten werden soll und im Mutter-Kind-Pass vor allem die Ergebnisse der vorangegangenen Untersuchung verzeichnet werden, wäre es vorteilhaft wenn die Kinderfachärztinnen und Kinderfachärzten in der verpflichtenden ELGA auch erkennen könnten, wie die vorherige Untersucherin oder der vorherige Untersucher die Begutachtung des Kindes und die Feststellung dessen Entwicklungsstandes durchgeführt hatte. So könnte möglicherweise bei der folgenden Mutter-Kind-Pass Untersuchung eine höhere Priorität auf bestimmte Abklärungen gelegt werden, welche in den Augen der Ärztin oder des Arztes mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden müsste.

Ohne die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht der volljährigen Patientinnen und Patienten einzuschränken, sollte über die Einführung der verpflichtenden elektronische Krankenakte bei Kindern und Jugendlichen diskutiert werden, wobei bei einer solchen Variante der ELGA das Sperren von Befunden nicht möglich sein dürfte. Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr könnte anschließend jede und jeder Erwachsene nach seiner eigenen Überzeugung handeln dürfen. Dann könnte man die verpflichtende und vor Änderungen geschützte ELGA durch die Variante der ELGA, welche zurzeit in Verwendung ist, ersetzen. Den medizinethischen Pflichten der Fürsorge und auch des Schadenvermeidens nach Beauchamp und Childress könnte also verstärkt nachgekommen werden, wenn auch das Recht auf Selbstbestimmung durch das System der ELGA, eingeschränkt werden müsste, da es nicht mehr dem freien Willen der Eltern überlassen wird, welche Befunde des Kindes für die für Ärztinnen und Ärzte einsehbar sind.

3 Sollte die Einhaltung des empfohlenen Impfplanes gefördert werden?

3.1 Einführung zu verpflichtenden Impfungen

Spezialistinnen und Spezialisten der Kinderschutzorganisation UNICEF vertreten die Meinung, dass mit Hilfe von flächendeckende Impfungen, verschiedene Krankheiten, die bis heute noch immer Todesopfer fordern, wie Polio oder Masern, ähnlich wie die Pocken, bereits ausgerottet sein könnten. [51] Es stellt sich daher die Frage, warum dies noch nicht möglich war und welche Maßnahmen adäquat wären, um dieses Ziel zu erreichen.

Im heutigen Informationszeitalter bietet das Internet den Impfgegnerinnen und Impfgegnern eine ausgezeichnete Möglichkeit nicht fundierte Informationen rhetorisch eindrucksvoll zu präsentieren. Bei einer Erhebung zeigte sich, dass Suchmaschinen, welche von interessierte Personen zur Informationssuche verwendet werden des Öfteren Informationen von überzeugten Impfgegnerinnen und Impfgegnern präsentieren. So beschäftigen sich die ersten zehn vorgeschlagenen Seiten verschiedener Suchmaschinen bei Suche nach dem Wort „vaccination“, was in die deutsche Sprache mit dem Wort „Impfung“ zu übersetzen ist, zu 43 % mit eindeutig impfkritischem Inhalt und veröffentlichen wissenschaftlich nicht belegte Gegenargumente, welche von zur Zeit empfohlenen Impfungen abraten. [52]

In vielen Ländern der Welt stellt weiterhin der Kostenfaktor den Grund dar, weshalb kein flächendeckender Impfschutz erreicht werden kann, so wird der HPV Wirkstoff nur in 17 Ländern aufgrund seiner hohen Kosten angewandt. In den Industrieländern ist es andererseits meist das Wissen und die Weltanschauung der Eltern, die sich in diesem Fall gegen die Impfung des Kindes entscheiden. Zu dieser impfkritischen Einstellung können mehrere Faktoren beitragen, wie zum Beispiel die Unterschätzung der Gefahr von manchen Krankheiten oder die Angst vor der vermeintlichen Schädlichkeit der Impfungen. [53]

Andere europäische Staaten haben sich nicht gescheut eine Immunisierungspflicht gegen verschiedene Krankheiten einzuführen. Wie groß ist der Nutzen dieser Impfungen? Über die Antwort dieser Frage im Speziellen müsste sich der österreichische Gesetzgeber Gedanken machen, um seine Handlung oder eben auch das Ausbleiben einer Handlung

rechtfertigen zu können. Spricht die Nutzen-Risiko-Relation der Immunisierungen für die Einführung einer Impfpflicht, muss der Nutzen des flächendeckenden Impfschutzes gegen die jeweilige Krankheit die Einschränkung der Autonomie der Eltern sowie mögliche Nebenwirkungen der Immunisierung rechtfertigen.

Solange in diesem Fall die Förderung der kindlichen Gesundheit von Seiten des Staates ausbleibt und es weiterhin in den Händen der Eltern liegt, ob eine Immunisierung des Kindes gegen eine der verschiedenen Krankheiten erfolgt, muss auch jeder Elternteil, der in Erwägung zieht die empfohlenen Impfungen bei seinen Kindern nicht durchführen zu lassen, sei es aus Gründen der Minderwertschätzung des Nutzens oder aus Angst vor Nebenwirkungen, sich über die empfohlenen Impfungen informieren.

In diesem Kapitel werden zuerst der in Österreich empfohlene Impfplan und die einzelnen Immunisierungen besprochen, um die Komplikationen der einzelnen Krankheiten und den Nutzen der dagegen wirkenden Impfungen zu verdeutlichen. Anschließend werden tabellarisch die in Österreich zugelassenen Impfstoffe der im Impfplan empfohlenen Immunisierungen vorgestellt.

Das Ziel der diskutierten gesetzlichen Interventionen sollte es sein, Maßnahmen setzen zu können, um eine Herdenimmunität gegen verschiedenste Krankheiten in Österreich zu erlangen. Daher werden in diesem Kapitel die von der WHO detektierten Hindernisse der weitreichenden Impfabdeckung in Österreich präsentiert. Weiters werden zu diesen Problemen passende Lösungsstrategien der WHO beschrieben. Auch die aktuellen rechtlichen Regelungen in Bezug auf empfohlene Impfungen in Österreich sowie in Ländern wie Australien oder Frankreich werden verglichen. Es soll dabei gezeigt werden, dass die Einschränkung der Autonomie zur Sicherung des kindlichen Wohlergehens des Kindes auch in diesem Bereich in anderen Ländern schon stattgefunden hat und dass gesetzliche Vorlagen zu einer Änderung der österreichischen Regelung bereits existieren würden.

Vor der Diskussion über die aufgezählten Vorteile und Probleme der Impfungen in Österreich wird noch die Stellungnahme der Ethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramtes in Bezug auf eine mögliche Impfpflicht der allgemeinen Bevölkerung, wie einer Impfpflicht für medizinisches Personal zusammengefasst.

3.2 Tabellarische Übersicht des empfohlenen Impfkalenders 2016 [20]

Tab. 4: Laut österreichischem Impfplan empfohlene, frei zur Verfügung stehende Impfungen bis zum 2. Lebensjahr

	Empfohlener Altersbereich um die Impfungen zu beziehen						
Impfungen	7. Lebenswoche	3. Lebensmonat	5. Lebensmonat	6. Lebensmonat	11. Lebensmonat	12. Lebensmonat	2. Lebensjahr
Rotavirus	Abhängig vom Impfstoff: 2 oder 3 Teilimpfungen mit einem Mindestabstand von 4 Wochen						
Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, HiB, Hepatitis B		1. Sechsfachimpfung	2. Sechsfachimpfung			3. Sechsfachimpfung	
Pneumokokken		1. Teilimpfung	2. Teilimpfung			3. Teilimpfung,	
Mumps, Masern, Röteln					2 Mumps-Masern-Röteln-Impfung im Abstand von mindestens 4 Wochen		

[54]

Tab. 5: Laut österreichischem Impfplan empfohlene, frei zur Verfügung stehende Impfungen vom 7. bis zum 15. Lebensjahr

	Empfohlener Altersbereich um die Impfungen zu beziehen								
Impfungen	7. Lebensjahr	8. Lebensjahr	9. Lebensjahr	10. Lebensjahr	11. Lebensjahr	12. Lebensjahr	13. Lebensjahr	14. Lebensjahr	15. Lebensjahr
Diphtherie Tetanus Pertussis Poliomyelitis	Vierfach-impfung	mögliches Lebensalter, um die verpasste Impfung nachzuholen							
Hepatitis B	Grundimmunisierung (3 Impfungen: im 0/1/6 Monat) oder Auffrischungsimpfung								
Mumps Masern Röteln	mögliches Lebensalter um verpasste Mumps-Masern-Röteln-Impfung nachzuholen								
Menigokokken					Menigokokken-C-Impfung				
Humane Papillomviren				2 HPV-Impfungen mit 6 Monaten Abstand				beide HPV-Impfungen nachholbar (mit günstigem Selbstbehalt)	

[54]

3.3 Überblick über die zu immunisierenden Krankheiten

3.3.1 Rotavirus:

Seit August 2007 zählt die Rotavirusimpfung zu den in Österreich frei zugänglichen Impfungen und wird auch im Mutter-Kind-Pass vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen. Da in manchen Fällen der Impfungen trotz oraler Einnahme der genetisch veränderten Viren keine Immunisierung erfolgt und die Kinder wenig später erkranken, wird von einer Ansprechrate von ca. 90 % auf die Immunisierung ausgegangen. Man nimmt an, dass unmittelbares Stillen nach der oralen Einnahme des Wirkstoffs, durch die in der Muttermilch enthaltenen IgA-Antikörper, die Impfung neutralisieren kann, bevor das Immunsystem Gelegenheit hat auf die Antigene zu reagieren. [55]

2013 wurde in einer österreichischen Studie, in welcher die Wirkung des verwendeten Wirkstoffes der Rotavirusimpfung nachgewiesen werden sollte, gezeigt, dass bei Immunisierung von 1026 Kindern, dank des Impfstoffes eine Senkung der Inzidenz der Erkrankungen durch den Rotavirus um 73,9 % möglich war, wobei die beste Ansprechrate in der Altersklasse der am häufigsten betroffenen Säuglinge zu finden war. Durch die Impfung war es möglich, die Zahl der von Rotaviren ausgelösten Gastroenteritiden der 360 untersuchten Säuglinge, im Gegensatz der zuvor gemessenen Morbidität von nicht immunisierten Säuglingen um 87,8 % zu senken. [56]

3.3.2 HPV

Die Humanen Papillomviren 16 und 18, gegen welche bei den entsprechenden Impfungen eine aktive Immunisierung stattfindet, sind für 70 % aller Cervixkarzinome verantwortlich. Die Viren sind nicht nur für die malignen Cervixkarzinome, sondern auch für die prämaligen Vorstufen den zervikalen Neoplasien verantwortlich. [55] Sie gehören damit zu den high risk Virustypen, wogegen man sich mittels einer bivalenten Immunisierung oder mit einer quadrivalenten Immunisierung in Verbindung mit den low risk Virustypen HPV 9 und HPV 11, welche vor allem für die Entstehung von Genitalwarzen verantwortlich sind, schützen kann. [57]

Nachdem 2007 in Australien für alle Mädchen ab der 7. Klasse die HPV-Impfung frei angeboten wurde, konnte 2011 erstmals ein Rückgang dieser erwähnten prämaligen Läsionen verzeichnet werden. Während vor Einführung der Impfung von 2003 - 2007 bei

0,80% der unter 18-jährigen Mädchen eine cervikale Läsion des Klassifikationsgrades 2 oder höher im Zuge gynäkologischer Untersuchungen diagnostiziert wurde, verringerte sich der Anteil der betroffenen Mädchen im Zeitraum von 2007 - 2009 auf 0,42 % der Probandinnen, was laut der Studie einer signifikante Reduktion gegenüber der bislang annähernd gleich bleibenden Anzahl von jährlich diagnostizierten prämaligen Cervixläsionen entspricht. [58]

3.3.3 Diphtherie:

Diese Erkrankung wird von einem Bakterium der Gattung *Corynebacterium diphtheriae* ausgelöst und kann entweder eine Lokalinfektion des Nasen- und Rachenraumes bewirken oder sich Anfangs oder am Ende der Lokalinfektion als Allgemeininfektion manifestieren und so mehrere Organe, darunter auch das Herz maßgeblich schädigen, sodass heute noch statistisch gesehen jede vierte systemische Infektion tödlich endet. Laut Statistik Austria gab es in den letzten Jahren keine Fälle der durch Tröpfcheninfektion übertragenen Krankheit, welche in Österreich als meldepflichtig gilt. Die Gefahr, die von dieser Krankheit ausgehen kann, konnte in den Zeiten vor der Impfung, beobachtet werden. Diese Krankheit bringt bei zu geringen Durchimpfungsraten weiterhin das Potential Epidemien auszulösen mit sich. So wurden in den Nachkriegsjahren bis zu 13.000 Fälle von Diphtherie jährlich in Österreich und dadurch ausgelöste ca. 400 Todesfälle verzeichnet. [59]

3.3.4 Tetanus:

Der Verursacher des Wundstarrkrampfes ist das Bakterium *Clostridium tetani*, welches überall auf der Welt im Erdreich vorkommen kann und deshalb nicht eradiziert werden kann. Es erkranken ausschließlich ungeimpfte oder unzureichend immunisierte Patientinnen oder Patienten. Dabei reicht der Eintritt nur weniger Sporen des Erregers durch eine kleine Wunde bereits aus, um eine Infektion auszulösen. Trotz der medizinischen Möglichkeiten der heutigen Zeit muss immer noch damit gerechnet werden, dass 20 – 30% der an Tetanus erkrankten Personen versterben. [55]

3.3.5 Pertussis:

Von dieser hochansteckenden Krankheit sind vor allem Säuglinge betroffen. Den Grund vermutet man darin, dass das Fehlen der Antikörper in der Muttermilch für die Vulnerabilität des Säuglings verantwortlich ist. Es kann bei Keuchhusten ca. zu 30 - 40

schweren Hustenanfällen pro Stunde kommen. Ein dadurch ausgelöster Sauerstoffmangel kann unter Umständen zu bleibenden Schäden im Gehirn und im schlimmsten Fall zum Tod des Kindes führen. Der Anteil an immunisierten Personen muss bei über 90 % liegen, um einen Ausbruch der Krankheit zu vermeiden, wobei diese Impfabdeckung in Österreich noch nicht erreicht werden konnte. [55]

3.3.6 Poliomyelitis:

Der Krankheitsverlauf kann an die Symptomatik eines grippalen Infekts erinnern. Sollte die Krankheit jedoch das zentrale Nervensystem befallen, kann dies zur dauerhaften schlaffen Lähmung von Extremitäten und Zwerchfell führen, wodurch eigenständiges Atmen nicht mehr möglich sein kann. Während die Poliomyelitis in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch weit verbreitet war, gilt die Krankheit laut WHO in Europa dank flächendeckendem Impfschutz bereits als ausgerottet. Doch von der Absetzung der Impfung wird unbedingt abgeraten, da die mögliche Einschleppung von Polioviren aus Ländern wie Indien, Pakistan, Afghanistan und Nigeria, weiterhin eine Gefahr darstellen kann. [55]

3.3.7 Masern:

Eine Infektion durch Masernviren kann zu Fieber, Schnupfen, Bindehautentzündung und im schlimmsten Fall auch zu Enzephalitis führen. Dies ist auch der Grund, warum durchschnittlich 1 - 2 von 1000 an Masern erkrankten Patienten im Laufe der Krankheit versterben. Da der Virus weltweit verbreitet ist, liegt die Zahl der Todesopfer der Erkrankung heute noch bei bis zu 115.000 Personen, die weltweit jedes Jahr an Masern versterben, wobei Kinder den zahlenmäßig größten Anteil der Opfer darstellen. 1980 vor dem weltweiten Impfangebot gegen Masern lag diese Zahl noch weitaus höher und es verstarben noch 2,9 Mio. Personen jährlich an einer Maserninfektion.

Die WHO hat sich nun zum Ziel gesetzt, den Masernvirus auszurotten, wofür zumindest das Erreichen der sogenannten Herdenimmunität nötig wäre. Im Fall von Masern ist dies gleichbedeutend mit einer Durchimpfungsrate von mehr als 95 % der Einwohner, um so den Herdenschutz zu erreichen. [60]

In Österreich wurden währenddessen vom 16.12.2014 bis zum 01.08.2015 304 Fälle an Masernerkrankungen gemeldet. In einer Erhebung der Abteilung für

Infektionsepidemiologie der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit wurde verzeichnet, dass nur sechs der Erkrankten in der Vergangenheit beide empfohlenen Impfdosen erhalten haben. Es kann mehrere Gründe für eine fehlende Immunisierung nach erfolgter Impfung geben. So könnte eine fehlende Immunantwort der Immunisierten oder ein Fehler bei Herstellung, Lagerung oder Verabreichung des Wirkstoffes vorliegen. [61]

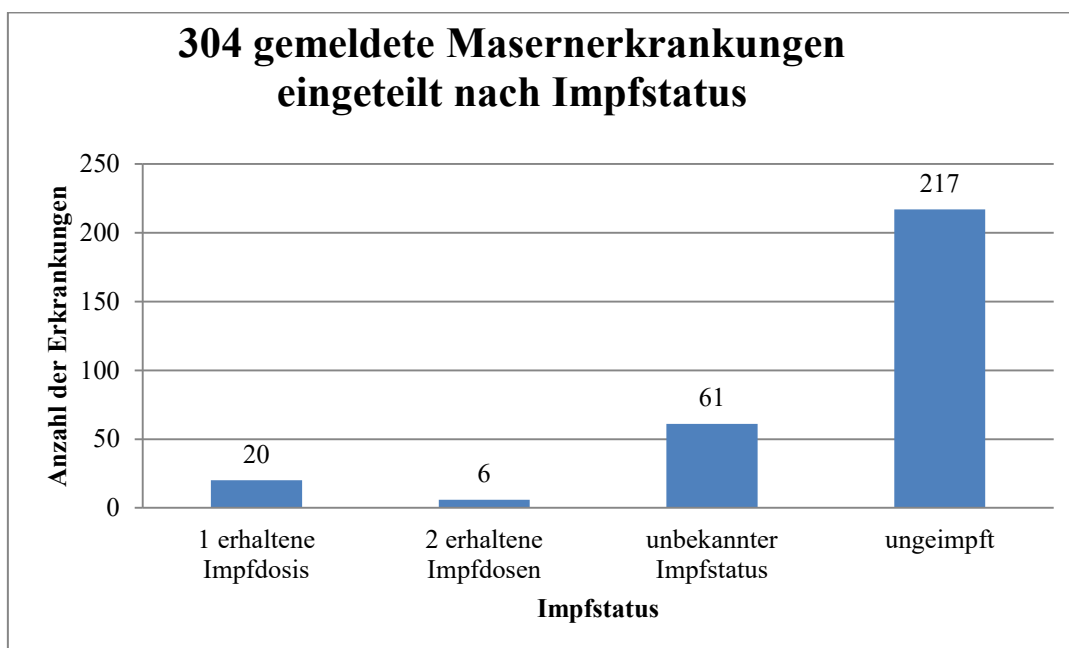


Abb. 1: Analyse der 304 Masernfälle in Österreich von Dezember 2014 bis August 2015 [61]

3.3.8 Mumps:

Auch wenn der Mumpsvirus eine geringere Kontagiosität als der Masernvirus aufweist, tritt er weltweit verbreitet auf. Das Durchschnittsalter der Erkrankung hat sich in den letzten Jahren von den Kindern jünger als 15 Jahre in die Altersklasse der Pubertät und des Erwachsenenalters verschoben. Die Krankheit tritt jeweils nur einmalig auf und bringt lebenslange Immunität mit sich. Eine hohe Zahl an ungeimpften Personen erleidet im Laufe des Lebens eine Mumpserkrankung, wobei Fieber, Kopfschmerzen, Entzündungen und Schwellungen der Speicheldrüsen und manchmal der Bauchspeicheldrüsen vorkommen können. Bei besonders schwerwiegendem Verlauf der Krankheit tritt bei jedem zehnten Krankheitsfall eine Entzündung der Gehirnhäute auf, wobei es unter anderem zu nachfolgender Taubheit kommen kann. Bei Männern, die im Jugendalter an

Mumps erkranken, kann eine Schwellung der Hoden unter Umständen zu bleibender Infertilität führen. [55]

Auch wenn trotz Impfung teilweise noch abgeschwächte Formen von Mumps auftreten können, werden laut einer niederländischen Studie 70 % der Orchitisfälle dank vorangegangener Impfung vermieden. [62]

3.3.9 Röteln:

Es kommt zwar bei einer Infektion mit diesem Virus nur bei 50 % der Infektionen zur Ausbildung von Krankheitszeichen, jedoch kann der Rötelvirus in den seltensten Fällen zu einer Enzephalitis führen. Die dramatischste Verlaufsform kann die Krankheit bei einer werdenden Mutter im 1. – 4. Schwangerschaftsmonat annehmen, da es in diesem Zeitraum leicht zu einer Übertragung der Viren auf die Plazenta und das ungeborene Kind kommen kann. Dadurch kann es zu Aborten oder Frühgeburten, sowie zu Fehlbildungen von Herz, Augen oder Innenohr des Embryos kommen. Es werden aufgrund der Infektion mit dem Rötelvirus und deren Folgen Abtreibungen vorgenommen werden, die durch flächendeckende Impfungen verhindert werden könnten. [63]

Falls in Gesellschaften nur ein geringer Prozentsatz der Personen durch Impfungen immunisiert wurde, treten 80 – 90% der viralen Rötelerkrankung bei Kindern auf. Die Infektion durch den Rötelvirus bringt ebenfalls eine lebenslange Immunität mit sich. Da der Zeitintervall der Ansteckungsgefahr von einer Woche vor dem typischen Exanthem bis 10 Tage danach anhält und die Ansteckung über Tröpfcheninfektion erfolgt, ist der Rötelvirus eine hochansteckende Krankheit mit hoher epidemiologischer Potenz. [55]

3.3.10 Hämophilus influenza B:

Der für die Erkrankung verantwortliche Erreger wird ebenfalls durch Tröpfcheninfektion übertragen und besiedelt den Nasen- und Rachenraum von 2 – 5 % der Bevölkerung, ohne dabei jegliche Symptome auszulösen. Auch diese gesunden Träger des Bakteriums können jedoch als Überträger des Erregers fungieren. Bis zum 3. Lebensmonat ist das Kind noch gegen den Erreger durch die Antikörper der Mutter geschützt und ab dem 6. Lebensjahr haben 95 % der Kinder ein ausreichendes Immunsystem, um die Infektion durch das entsprechende Bakterium selbstständig abzuwehren. In diesem dazwischen liegenden Zeitraum sind die Kinder besonders gefährdet eine schwere Verlaufsform der Krankheit zu

entwickeln, welche unter Umständen durch eine systemische Infektion zur Meningitis führen könnte. Auch heutzutage führen trotz antibiotischer Behandlung noch 5 – 10% der Fälle von Meningitis zum Tod der Patientinnen oder der Patienten. Bei ausbleibender oder nicht ausreichend adäquater Behandlung kann die Mortalität auf bis zu 80 % ansteigen. In den Zeiten vor der entsprechenden Impfung war der Erreger *Hämophilus influenzae B* noch der häufigste Auslöser der Meningitis. Die Infektion kann durch ihre rasche Entwicklung mit hohem Fieber zu Epiglottitis, zu schwerer Atemnot und ohne ärztliche Hilfe innerhalb von kurzer Zeit zum Tod führen. [55]

3.3.11 Hepatitis B:

Die Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus erfolgt durch Kontakt mit infizierten Körperflüssigkeiten wie Blut, Sperma, Vaginalsekret oder Speichel. So ist die Wahrscheinlichkeit auch dementsprechend hoch, dass bei der Geburt die infizierte Mutter den Virus auf das Neugeborene überträgt. Weltweit gibt es geschätzte 300 - 420 Millionen Virusträger, wobei sich die Krankheit sehr unterschiedlich entwickeln kann und die Symptome von Müdigkeit und Leistungsschwäche bis hin zu Leberschäden bei chronischen Infektionen, wie Leberzirrhose oder einem hepatozellulärem Karzinom, reichen können. [64] Je früher eine Infektion mit dem Virus erfolgt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich Hepatitis B chronisch manifestieren kann. Laut dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit liegt die Wahrscheinlichkeit für Säuglinge, die im Zuge der Geburt mit dem Virus infiziert wurden, bei 90 % eine chronische Hepatitis B zu entwickeln und bei 25 %, im weiteren Verlauf der Infektion zu versterben. Die Dauer der Immunität, welche durch die Impfung erworben werden kann, ist als lebenslang anzunehmen. [55]

3.3.12 Pneumokokken:

Die verschiedenen gefährlichen Stämme der Pneumokokken können neben Nasen- und Rachenraumzündungen auch Lungenentzündung, Meningitis oder eine Sepsis auslösen. Die meisten tödlich verlaufenden Lungenentzündungen betreffen ältere Patienten oder Kleinkinder unter 5 Jahren. [55]

3.3.13 Meningokokken:

Die Infektion durch Meningokokken erfolgt mittels einer Tröpfcheninfektion und kann zu Meningitis, Meningoencephalitis, Meningoencephalomyelitis, wie auch zur Entwicklung einer Sepsis führen. Der durch Meningokokken entstehende Hautausschlag, lässt sich von anderen Hautausschlägen und Exanthenen dadurch unterscheiden, dass er zum Beispiel mittels eines Glasspatels nicht wegdrückbar ist [65]. Eine einmalige Infektion führt nicht zu einer andauernden Immunität. Das verantwortliche Bakterium tritt weltweit auf und ist vor allem in Afrika vertreten, wo es im sogenannten „Meningitisgürtel“ immer wieder zum Ausbruch von Epidemien kommen kann. Bei der in Österreich empfohlenen MEC-4-Impfung wird gegen die in unseren Breiten am häufigsten vorkommenden Serotypen A, C, W135 und Y immunisiert.

Aus Untersuchungen ist hervorgegangen, dass Meningokokken bei ca. 25 % der Jugendlichen im Alter von 17 - 19 Jahren im Nasen- und Rachenraum vorhanden sind, ohne dass sie daran erkranken, während die Träger jedoch trotzdem eine mögliche Infektionsquelle für Andere darstellen können. Der erste Erkrankungsgipfel liegt bei Kindern unter 5 Jahren, wobei es hier erneut die Kinder im ersten Lebensjahr sind, die durch die Erkrankung am meisten gefährdet sind, während sich der zweite Erkrankungsgipfel im Jugendalter von 14 - 18 Jahren darstellt. Meningokokken sind im Stande in einem extrem kurzen Zeitraum von bis zu 24 Stunden von einem klinisch unauffälligen Stadium in ein fortgeschrittenes Stadium mit schwerem Krankheitsverlauf überzugehen. Dadurch stellt sich die rechtzeitige Behandlung der Krankheit als schwierig dar. Bei ausbleibender Behandlung kann der Krankheitsverlauf von Meningitis bei der Hälfte aller Fälle tödlich enden. [55]

3.4 Verschiedenen Arten der Immunisierung

3.4.1 Passive Immunisierung:

Passive Immunisierungen werden nicht in einem Impfplan verzeichnet, da es sich dabei um eine Injektion von Antikörpern handelt, welche in der Lage sind, ähnlich dem Immunsystem ein Pathogen schnell zu eliminieren. Der Schutz dieser Impfung beginnt sofort mit dem Zeitpunkt der Injektion, endet aber auch rasch nach einigen Wochen,

aufgrund des Abbaus der injizierten Antikörper. Dabei findet keine Sensibilisierung des Immunsystems gegen jegliche Antigene statt [66]

Eingesetzt wird diese Form der Immunisierung beispielsweise nach einer möglichen Tetanusinfektion oder bei einem Neugeborenen einer HBV positiven Mutter unmittelbar nach der Geburt. Bei einer solchen Geburt findet nicht nur eine passive Immunisierung, sondern eine Simultanimpfung statt, wobei zusätzlich eine aktive Immunisierung angestrebt wird. [64]

3.4.2 Aktive Immunisierung:

Bei Impfungen, welche eine aktive Immunisierung des Körpers gegen einen gewissen Erreger bzw. ein gewisses Antigen herbeiführen, werden Antigene injiziert. Der Körper bildet daraufhin eine passende Immunantwort, bestehend aus einer angeborenen, unspezifischen Reaktion des Immunsystems und einer darauf folgenden erworbenen oder spezifischen Immunantwort. Zur spezifischen Immunreaktion zählt die Produktion von Antikörpern den Immunglobulinen (Ig) durch die B-Lymphozyten, welche dabei von den T-Helferzellen unterstützt werden. Diese Immunglobuline haben die Aufgabe das Komplementsystem zu aktivieren, die eindringenden Antigene zu opsonieren und unschädlich zu machen. [67]

Das Immunglobulin G (IgG) ist ein langfristig gebildeter Antikörper, welcher ca. 4 Wochen nach der Infektion oder Immunisierung gebildet wird und bei erneuter Infektion durch denselben Erreger durch rasche Anschwemmung dazu beiträgt, die eindringenden Antigene rasch zu eliminieren. Dieser IgG Antikörpertiter kann durch eine zweiteilige Impfung mit Lebendimpfstoffen oder durch regelmäßige Auffrischung mittels Totimpfstoffe auf einem wirkungsvollen Niveau gehalten werden. Während es sich bei Lebendimpfstoffen in der Regel um eine orale oder subkutane Verabreichung schwach potenter Krankheitserreger handelt, werden bei Totimpfstoffen inaktivierte oder synthetisierte Bestandteile des Erregers ohne Replikationsfähigkeit meist intramuskulär verabreicht. [68]

3.5 In Österreich zugelassene Impfstoffe

Tab. 6: In Österreich zugelassene Impfstoffe für die frei angebotenen Impfungen

Zu immunisierende Erkrankungen	Impfstoff
Rotavirus	Rotarix
	Rotateq
Diphtherie Tetanus Pertussis Poliomyelitis	DTaP-IPV-Vakzine SSI
	Tetravac
	Infanrix IPV + HiB (inkl. HiB)
	Infanrix Hexa ,Hexacima, (inkl. HiB und Hep B.)
	Tetanol pur (nur Tetanus)
	Td – pur (nur Di /Te)
	Repevax (Auffrischung)
	Revaxis (Auffrischung: Di/ Te/ Polio)
	Boostrix, Triaxis (Auffrischung: Di/ Per/ Te)
	Polio Salk "Merieux" (nur Polio)
Tetanus-Adsorbat "Merieux" (nur Te)	
Haemophilus influenza B	Act-HIB (inkl. oben erwähnte Mehrfachimpfstoffe)
Hepatitis B	HBVax-Pro
	Engerix B
	Fendrix
	Ambirix (Hep A, Hep B)
	Twinrix (Hep A, Hep B)
	oben erwähnte Mehrfachimpfstoffe
Pneumokokken	Synflorix (10-valent)
	Prevenar (7/13-valent)
	Pneumovax 23 (23-valent)
Mumps	MMR-Vax Pro

Masern	Priorix
Röteln	Priorix Tetra, ProQuad (inkl. Varicellen)
Menigokokken	Mencevax ACWY , Menveo
	Bexsero (Serotyp B)
	Meningitec, Menjugate (Serotyp C)
Humane Papillomviren	Gardasil (4/9-valent)
	Silgard (4-valent)

[69]

3.6 Aussagen der WHO zur flächendeckenden Immunisierung

3.6.1 Faktoren, die gegen das Erzielen eines Herdenschutzes wirken

Wissen: Das fehlende Wissen mancher Eltern zeigte sich zum Beispiel in einer amerikanischen Umfrage 1993, bei welcher Eltern von Kindern unter 5 Jahren befragt wurden. Es stellte sich heraus, dass 47 % der Eltern Polio als nicht ansteckend einstufen, 36 % der Eltern die potentielle Gefahr einer Masernerkrankung unterschätzen und 44 % sich nicht bewusst waren, dass eine Infektion mit dem Bakterium *Hämophilus influenza* vom Typ B zu einer lebensbedrohlichen Meningitis führen kann.

Logistische Probleme: Hier sind vor allem Länder betroffen, in welchen ein unzureichendes Straßensystem oder ein minderentwickeltes Gesundheitsministerium verhindern, dass die Einwohnerinnen und Einwohner einen ausreichenden Impfschutz erhalten können.

Sozioökonomischer Status: Dieser kann von Nachteil sein, sollte die Familie aufgrund ihrer finanziellen und beruflichen Lage nicht im Stande sein, zeitlich einen Termin mit der Ärztin oder dem Arzt zu arrangieren. Doch auch eine sprachliche Diskrepanz kann ein Problem darstellen, so kann man beobachten, dass die südasiatisch abstammende Bevölkerung in England eine niedrigere Impfrate als die restliche englisch sprechende Bevölkerung aufweist, was durch eingeschränkte Sprachkenntnis und den damit einhergehenden Mangel an Information, erklärt werden kann.

Familienzusammenstellung: Laut der WHO kann vor allem bei größeren Familien eine Tendenz beobachtet werden, nach welcher vor allem die jüngeren Kinder nicht mehr dem empfohlenen Impfplan entsprechend immunisiert werden. Ebenso bei alleinerziehenden Eltern ist durchschnittlich eine niedrigere Impfrate der Kinder nachweisbar.

Mobilität: Damit ist ein Faktor gemeint, der vor allem bei Familien bemerkbar ist, welche öfters den Wohnort wechseln oder in knappem Zeitabstand zur Geburt in eine andere Gemeinde umsiedeln und durch das mehrfache Wechseln von Kinderärztin, Kinderarzt oder Schule durch geplante lokale Impfprogramme fallen.

Soziale und politische Instabilität: In Gebieten, welche hohe Raten an Kriminalität und Gewalt aufweisen, sowie in Krisen- und Bürgerkriegsgebieten mit politischer Instabilität und spontanen Regimewechseln kann eine niedrigere Impfrate beobachtet werden.

Überzeugung des zuständigen Gesundheitspersonals: Wobei hier nicht einzig und allein die korrekte Informationsweitergabe von medizinischem Personal zu den Patientinnen und Patientin eine Rolle spielt, sondern auch der Art der Informationsweitergabe eine hohe Priorität zugeschrieben wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich bemühen, die richtigen Informationen für den Bildungsstand der betroffenen Person passend zu formulieren, um dann auch auf sozialer Ebene zu der Patientin oder dem Patienten durchzudringen. Stress und hastige Erklärungen können bewirken, dass bei der Informationsweitergabe der essentielle Sinn der Impfung nicht vermittelt wird, wobei dafür nicht allein der jeweiligen medizinischen Mitarbeiterin oder dem jeweiligen Mitarbeiter die Schuld gegeben werden kann, sondern dies auch das Resultat eines unterbesetzten oder falsch organisierten Gesundheitssystems sein kann.

Finanzielle Schwierigkeiten: Dies ist nach Angaben der WHO der weltweit häufigste Faktor, da ein Gesundheitssystem, welches auf die Dringlichkeit von Immunisierungen aufmerksam macht und flächendeckende Immunisierungen in Form von Impfstoffen und medizinischem Personal bereitstellen soll, selbstverständlich erhebliche finanzielle Mittel benötigt. [70]

Bei der Durchführung von Impfprogrammen muss auf die beeinflussbaren Faktoren der jeweiligen Region geachtet werden. Freie Bereitstellung der empfohlenen Wirkstoffe, wie es in Österreich der Fall ist, stellt wahrscheinlich einen der wichtigsten Punkte dar, um für eine umfassende Impfabdeckung sorgen zu können. Die teilweise vorherrschende

impfkritische Haltung in Österreich ist wahrscheinlich auf die falschen Informationen der Bevölkerung und teilweise auf die Einstellung des medizinischen Personals zurückzuführen, wogegen mit Bildungsprogrammen und Schulungen vorgegangen werden könnte.

3.6.2 Kommunikation zur Steigerung der Impfrate

In Umfragen der WHO konnte gezeigt werden, dass Aufklärung mit Hilfe von Massenmedien, aber auch im Kreise von Bekanntschaften und Familien sehr gute Wirkung zeigen kann, weshalb dringend empfohlen wird, die wissenschaftlich belegten Vorteile von Impfungen für das Verständnis der breiten Masse zugänglich zu machen. [70]

Es wurde verzeichnet, dass 46 % der befragten bereits geimpften Personen die Immunisierung auf Grund der Angst vor der Krankheit vollzogen hatten. An diesem Punkt müsste laut der Empfehlung auch angesetzt werden. Die Menschen sollten über die Wahrscheinlichkeit informiert werden, dass die fälschlicherweise als harmlos oder ausgerottet deklarierten Krankheiten sehr wohl das Potential besitzen, erneut auszubrechen, sollte der Anteil der immunisierten Personen noch weiter sinken. [70]

Die Krankheitsprävention durch die verschiedenen Impfprogramme wird als eine der effektivsten Arten der Vorsorge gesehen. Deshalb sollte der Immunisierungsstatus des Kindes vom medizinischen Personal bei jeder möglichen Gelegenheit überprüft werden. Hier sollte sich laut WHO jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter des medizinischen Sektors, welcher mit der Immunisierung von Kindern oder Eltern in Verbindung steht, seiner eigenen Verantwortung bewusst sein. So können durch Informationsmangel entstehende Unsicherheiten dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ebenso wie deren Unschlüssigkeit zur Wirkung der jeweiligen Impfung einen Grund für die Patientinnen und Patienten darstellen, sich selbst oder die eigenen Kinder nicht immunisieren zu lassen. [70]

3.6.3 Effektivität der verschiedenen Impfungen

Die WHO beruft sich auf eine Statistik von Finn & Plotkin (1991), um zu zeigen weshalb flächendeckende Impfungen unbedingt notwendig wären. In dieser Statistik wird gezeigt, welche Zahl an Todesfällen von durch Impfung vermeidbare Krankheiten in den Vereinigten Staaten von Amerika verursacht wurde. Dabei stellte man die höchste je gemessene Letalität der jeweiligen Erkrankung gegen die Letalität dieser Erkrankung im

Jahre 1986, einer Zeit in welcher die Impfungen gegen diese Krankheiten flächendeckend verfügbar waren. [70]

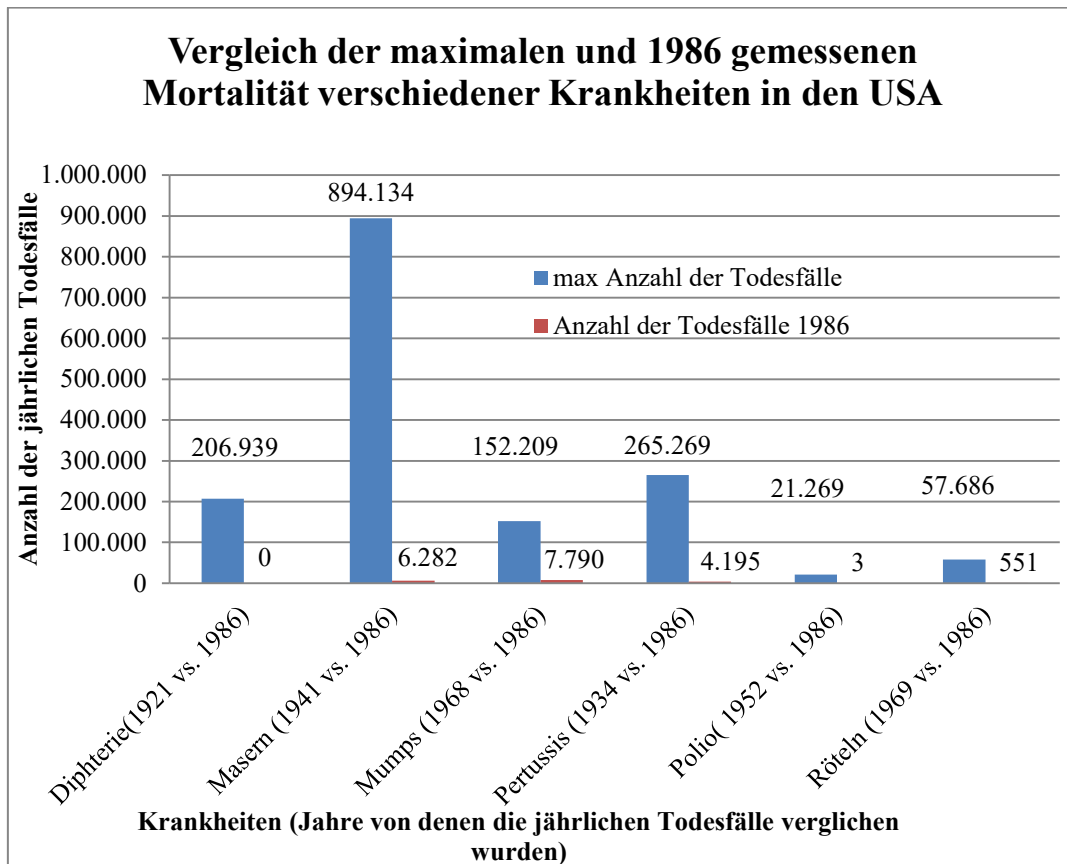


Abb. 2: Vergleich der höchsten dokumentierten Anzahl mit der 1986 dokumentierten Anzahl der durch verschiedene Krankheiten ausgelösten Todesfälle [70]

3.7 Die empfohlenen Impfungen in den verschiedenen Ländern

3.7.1 Gesetzliche Regelung zur Einhaltung des Impfplanes in Österreich

Zurzeit herrscht weder in Österreich noch in Deutschland jegliche Art von Zwang für die Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf Immunisierungen.

Die letzten Ausläufer der im Land Österreich gültigen Impfpflicht wurden 1980 abgeschafft. Dabei handelte es sich um die verpflichtende Pockenschutzimpfung, welche 1939 in Österreich eingeführt wurde. Abgeschafft wurde diese Impfpflicht, nachdem von der WHO diese tödliche und unheilbare Krankheit als ausgerottet erklärt werden konnte. [71]

In Oberösterreich wird, wie bereits in Kapitel „1.4.3. Maßnahmen der Bundesländer zur Förderung von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen“ erwähnt wurde, eine Förderung bei Nachweis aller Mutter-Kind-Pass Untersuchungen und Impfnachweis aller empfohlenen Immunisierungen ausbezahlt. Auf ein ähnliches Förderprogramm oder eine mögliche Forcierung der Einhaltung des Impfplanes wird auf Bundesebene derzeit verzichtet. [26]

3.7.2 Gesetzliche Regelung zur Einhaltung des Impfplanes in anderen Ländern

In mehreren Nachbarländern Österreichs bestehen Impfpflichten für verschiedene bei uns empfohlene Impfungen. Als verdeutlichendes Beispiel steht in Frankreich eine Strafe von bis zu 3700 € und 6 Monaten Haft auf die Missachtung der Impfpflicht, was die strengste europäische Regelung in diesem Zusammenhang darstellt. [72]

Auch außerhalb Europas hat zum Beispiel die australische Regierung eine gesetzliche Forcierung der Impfungen für nötig befunden und hat deshalb verpflichtende aktive Immunisierungen seit dem 01.01.2016 eingeführt. In Australien wurde beobachtet, dass in den letzten 10 Jahren die Zahl der Kinder im Alter unter 7 Jahren, welche keinerlei Impfung erhielten von 24.000 auf 39.000 anstieg. [73]

Die Tendenz gab der australischen Regierung den Anlass dieser Entwicklung entgegenzuwirken und zwar mit der Verabschiedung von Gesetzen ähnlich den österreichischen Mutter-Kind-Pass Regelungen. Lässt man sein Kind nun nicht impfen, wird man nicht etwa angezeigt oder angeklagt, verliert aber das Recht auf die sozialen Familienunterstützungen, sowie den Steuervorteil, welcher durch die Kinder gegeben ist. [73] Dies kann eine Einbuße von bis zu 11.000 US-Dollar pro Jahr für die betroffenen Familien bedeuten. [74]

3.7.3 Impfbereitschaft in Österreich

Nachdem die Effektivität der empfohlenen Impfungen klar dargestellt werden konnte, sollte geklärt werden, ob in Österreich ebenfalls die Notwendigkeit besteht, verpflichtende Impfungen einzuführen, um durch Herdenschutz die nicht immunisierbaren Mitglieder unserer Gesellschaft zu schützen. So wie bei der Pockenimpfung könnten durch konsequente flächendeckende Impfungen verschiedene Krankheiten ausgerottet werden.

Danach könnten die Immunisierungen gegen die jeweiligen Krankheiten abgeschafft werden, da wie bei den Pocken die Notwendigkeit nicht mehr gegeben wäre.

Zur Darstellung der österreichischen Impfbereitschaft werden hier die Daten der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) zur Visualisierung in einem Diagramm dargestellt. Die OECD ist ein Zusammenschluss von 34 Mitgliedsstaaten weltweit, mit dem Hauptsitz in Frankreich. Die Organisation hat einen breitgefächerten Wirkungsbereich und gliedert sich grundsätzlich in sieben Hauptkategorien, wozu Wirtschaft, Gesellschaft, Innovation, Finanzen, Staatsführungen, Nachhaltigkeit sowie Entwicklung zählen. [75]

3.7.4 Darstellung der Statistiken der Impfraten mittels Diagrammen

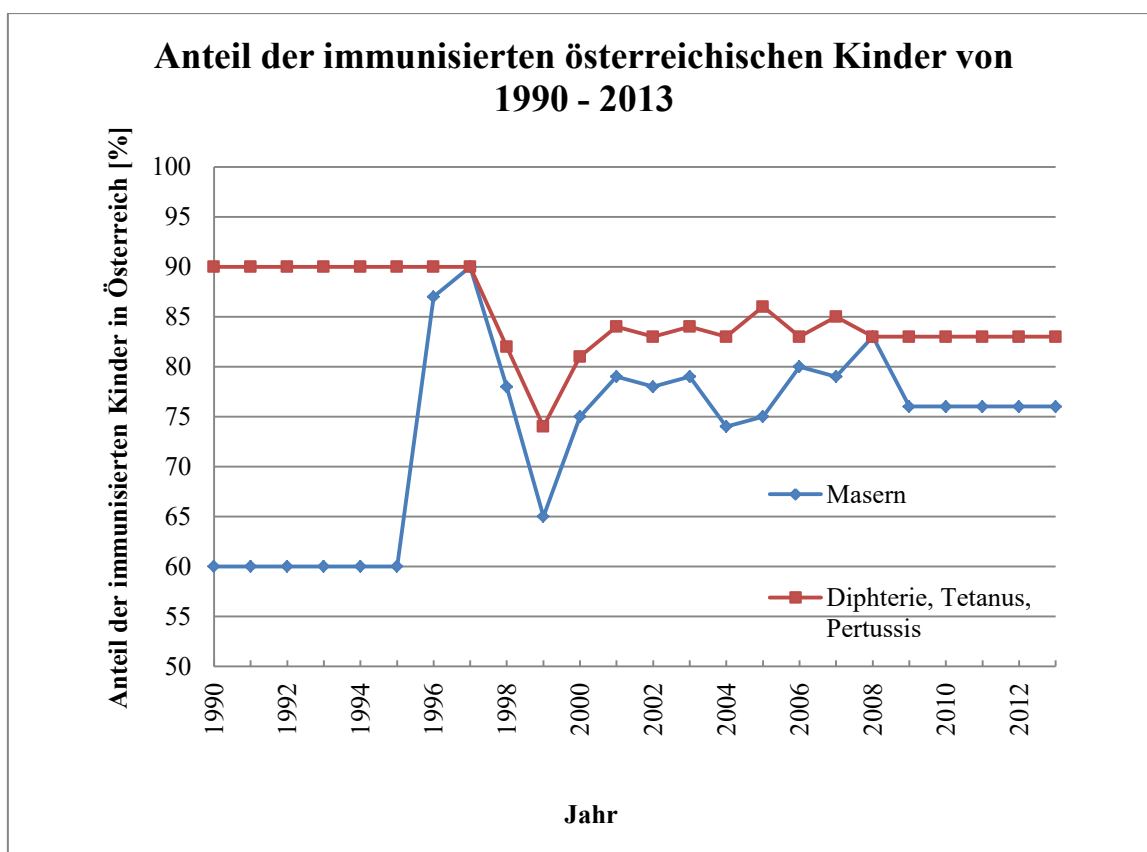


Abb. 3: Anteil an Masern und DPT immunisierten Kindern in Österreich von 1990 – 2013 [75]

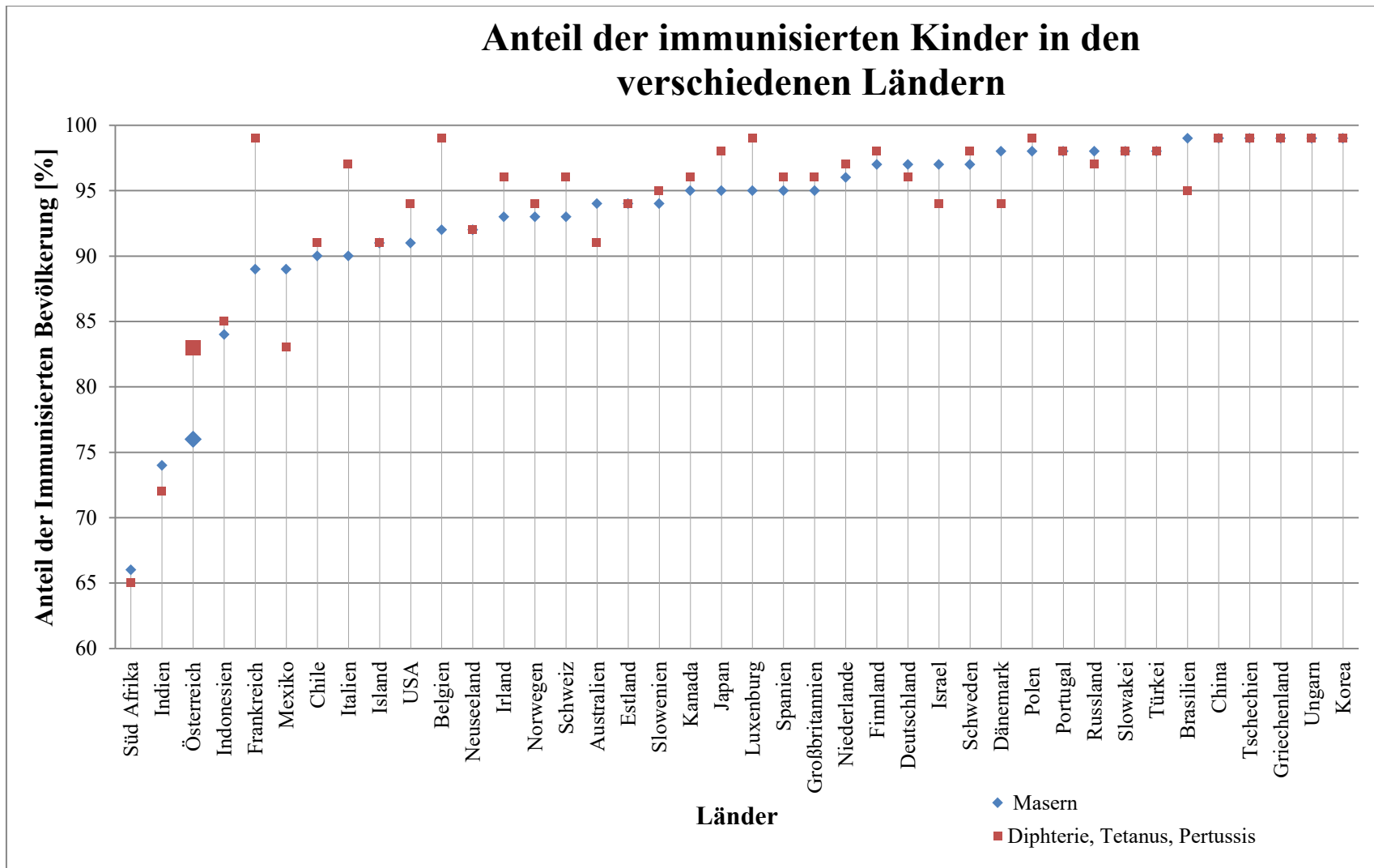


Abb. 4: Vergleich der Anteile an immunisierten Kindern in den verschiedenen Ländern

[75]

3.7.5 Beschreibung der Statistiken der Impfraten

Das erste Diagramm stellt den Verlauf der Impfquote gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und gegen Masern von österreichischen Kindern über die Zeit von 1990 - 2013 dar. Auf dem zweiten Diagramm wird die Durchimpfungsrate der vier Immunisierungen der österreichischen Kinder im Vergleich zu anderen Ländern gezeigt.

Mit dem Diagramm des österreichischen Verlaufs der Impfrate kann man um 1995 den Aufschwung der Impfteilnahme darstellen, was zu einer Immunisierungsrate von bis zu 90% sowohl für Masern, wie auch Diphtherie, Pertussis und Tetanus unter österreichischen Kindern führte. Diese Quote sank jedoch in den folgenden 5 Jahren erneut stark ab, um sich von 2002 bis 2013 in einem Bereich von 75 – 85 % einzupendeln.

An dem Diagramm, welches den Ländervergleich der Impfraten darstellt, ist im Vergleich zu 39 anderen Ländern deutlich zu sehen, dass die Durchimpfungsrate Österreichs an drittletzter Stelle zu reihen ist. Der Anteil der gegen Masern immunisierten Kinder von diesen 40 Staaten ist nur in Indien und Süd Afrika geringer als in Österreich. Bei der Reihung der Durchimpfungsrate gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis teilt Österreich sich hier laut OECD den drittletzten Platz gemeinsam mit Mexiko, ebenfalls nur noch untertroffen von Indien und Süd Afrika.

3.8 Empfehlung der Bioethikkommission des Bundeskanzlers

In Österreich existiert zur Beratung des Bundeskanzlers eine Ethikkommission, deren Aufgaben gesetzlich geregelt sind.

„Aufgabe der Bioethikkommission ist die Beratung des Bundeskanzlers in allen gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen aus ethischer Sicht, die sich im Zusammenhang mit der Entwicklung der Wissenschaften auf dem Gebiet der Humanmedizin und -biologie ergeben.“ [76]

Die Kommission besteht aus 15 - 25 Mitgliedern, welchen ein gleichwertiges Stimmrecht zugesprochen wird. Die Bioethikkommission wird für einen Zeitraum von 3 Jahren vom Bundeskanzler bestellt und besteht in ausgeglichenem Geschlechterverhältnis aus einem interdisziplinären Team. Die Entscheidungen werden unter Ausschluss der Öffentlichkeit,

durch ein Mehrheitsvotum getroffen, wobei die Möglichkeit der Stimmenthaltung unzulässig ist und bei Stimmengleichstand die oder der Vorsitzende entscheidet. Die Arbeit im Rahmen der Bioethikkommission wird von den Mitgliedern unentgeltlich ausgeführt. [77]

3.8.1 Zusammenfassung der Empfehlung der Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes bezüglich einer allgemeinen Impfpflicht

Impfungen werden deshalb so eine hohe Bedeutung zugeschrieben, da sie sowohl zum gesundheitlichen Schutz des Einzelnen beitragen als auch das medizinische Wohl der Gesellschaft steigern. [77]

Die Bioethikkommission beriet am 01.07.2015 über die ethische Pflicht der Gesellschaft, die bereits beschriebene Herdenimmunität zu erlangen, welche zum Beispiel im Fall von Masern eine Durchimpfungsrate von 95 % verlangt. Ein Erreichen dieser Herdenimmunität würde anschließend einen Schutz für das Gesamtkollektiv vor der jeweiligen Infektion bedeuten. [77]

Für die ethisch fundierte Diskussion über die Impfpflicht ist auch festzuhalten, dass Impfgegner, welche durch aktive Entscheidungen gegen das Erreichen der Herdenimmunität wirken, bei Erreichen dieses Ziels, dank genug aktiven Gesellschaftsmitgliedern, denselben resultierenden Vorteil dieses Schutzes für sich nützen könnten. Die Bioethikkommission weist darauf hin, dass konsequente Gegner des Impfens aus verschiedenen Gründen, wie der Beeinflussung durch soziale Kontakte, Medien oder Missachtung wissenschaftlicher Kenntnisse immer innerhalb der Gesellschaft existieren werden. [77]

Die Bioethikkommission beschreibt verschiedene persönliche Einstellungen, welche zu einer solchen ablehnenden Haltung gegenüber den Immunisierungen führen. So zeigt sich bei Umfragen, dass die Auswirkungen einer durchlebten Kinderkrankheit fälschlicherweise durchwegs als positiv eingeschätzt und Impfkrankheiten praktisch als nicht mehr existent eingestuft werden. [77]

Doch in der Diskussion über eine mögliche Einführung der Impfpflicht muss auch das Grundrecht auf Achtung des Privatlebens jeder Einzelnen und jedes Einzelnen, welches im Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention festgehalten wurde, geachtet

werden. [78] Dieses und weitere Gesetze räumen den Eltern einen gewissen Entscheidungsfreiraum ein, selbst zu bestimmen, wie das Wohl des Kindes nach ihrer Einschätzung am besten gefördert werden kann. Dagegen hält unter anderem der Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention, welcher das Recht der Kinder auf ein Höchstmaß an Gesundheit sichern soll. [79] In diesem Zusammenhang weist die Kommission darauf hin, dass in Österreich empfohlene und zugelassene Impfstoffe eine belegte Nutzen-Risiko-Relation schon bei Zulassung aufweisen müssen. Es wird also durch wissenschaftliche Studien belegt, dass die in Österreich empfohlenen Immunisierungen mittels dieser Impfstoffe die Gesundheit und das Wohl der Kinder in Summe verbessern. [77]

Die Bioethikkommission argumentiert auch aus der Sicht der Sozialethik, welche sich ein Menschenbild zum Ziel setzt, nach welchem eine Person sein Leben innerhalb einer Gesellschaft nach grundlegenden Prinzipien der Solidarität und Gerechtigkeit, welche zur Steigerung des Gemeinwohls beitragen, leben sollte. Damit wird auch eine teilweise Pflicht der Einzelnen oder des Einzelnen beschrieben, Leiden in der Gesellschaft, soweit dazu die Möglichkeit besteht, zu mindern. [77]

Wie der Staat nun die Bevölkerung zur Erfüllung dieser Pflicht bewegen soll, ist die Fragestellung, mit welcher sich die Public Health Ethik beschäftigt. Aus dieser Perspektive wird die Durchführung einer Impfung an sich selbst sowie an den eigenen Kindern von der Kommission als Bringschuld verstanden, welche die Einzelne oder der Einzelne zur Stärkung der Gesundheit der Allgemeinheit beizutragen hat. Somit besteht im Sinn der Public Health Ethik sehr wohl das Recht, die Autonomie der Einzelnen oder des Einzelnen einzuschränken, um die Gesellschaft vor einer drohenden Epidemie zu schützen. [77]

Auch der rechtliche Aspekt wird in der Diskussion der Bioethikkommission nicht außer Acht gelassen. Es wurde darüber beratschlagt, welche Gesetze formuliert werden sollten, um einerseits die Freiheit der Bevölkerung zu wahren und andererseits gerade genug einzuschränken, um den Schutz der Mitmenschen und ein geordnetes Zusammenleben zu gewährleisten. [77]

Auch die gesetzlich festgelegte Pflicht der Ärztinnen und Ärzte vor jeweiligen Impfungen, eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten über wissenschaftlich belegten Risiken und Nutzen wird erneut hervorgehoben. Denn solange sich die Eltern guten Gewissens gegen die Impfung der Kinder entscheiden und es ihnen dabei möglich ist sich

auf seriöse Quellen zu berufen, können diese moralisch oder rechtlich nicht belangt werden. Kann diese Impfverweigerung jedoch zur Gefahr der Verbreitung dieser Krankheit beitragen und erfolgt von Seiten der Eltern ein absichtlich herbeigeführter Kontakt von gesunden und erkrankten Kindern, zum Beispiel im Rahmen einer „Masernparty“ könnte dies als Tathandlung ausgelegt werden, um eine entsprechende Strafbarkeit nachzuweisen. [77]

Die Kommission möchte deshalb aufzeigen, dass mehr Impfeempfehlungen seitens der Gesundheitsbehörden dazu führen würden, dass Impfverweigerung verstärkt als nicht sachlich gerechtfertigt angesehen wird und die Sorgfaltspflicht der Eltern in Frage gestellt werden kann. Deshalb empfiehlt die Bioethikkommission mit Hilfe von weiterer Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen in Bezug auf Impfvorteile, den allgemein anerkannten Sorgfaltsmaßstab der Eltern in Bezug auf Immunisierungen zu heben. [77]

Neben vermehrter Forschung und öffentlich zugänglichen Informationen zu den Risiken von Impfungen und den entsprechenden Krankheiten, empfiehlt die Kommission eine Vorzeigepflicht des Impfnachweises bei Aufnahme von Kindern in öffentliche Bildungseinrichtungen, um bei nicht ausreichendem Impfschutz eine entsprechende Beratung verpflichtend einzuführen. Auch Schulimpfprogramme sollten laut der Empfehlung weiter ausgebaut und in modifizierter Form auch auf Kindergärten ausgeweitet werden. [77]

Die Kommission verpflichtet aus Sicht der Bioethik das medizinische Personal zwecks der Schadensvermeidung einen ausreichenden Impfschutz vorweisen zu müssen.

Zum Schutz nicht impfbarer, immungeschwächter Personen, sollte unbedingt auf das Erreichen einer Herdenimmunität hingearbeitet werden. Es sind laut Bioethikkommission Maßnahmen zu treffen, die Schutzpflicht, gegenüber diesen Personen unbedingt wahrzunehmen. Diese Maßnahmen können laut Kommissionsbeschluss unter bestimmten Umständen im Einzelfall auch eine gesetzliche Impfpflicht miteinschließen. [77]

3.9 Diskussion von Möglichkeiten die Einhaltung des Impfplanes zu fördern

3.9.1 Notwendigkeit einer Impfpflicht

Solange die Zahl der immunisierten Personen ausreicht und sich die Inzidenz der vermeidbaren Krankheiten in Grenzen hält, kann eine fehlende Gesetzgebung zur Impfpflicht zum Schutz der Autonomie der einzelnen Person weiterhin gerechtfertigt werden. Sollte die Zahl der Impfverweigerinnen und Impfverweigerer jedoch weiter steigen und so die Wahrscheinlichkeit der Entstehung von Epidemien zunehmen, sollte ernsthaft über die Einführung einer Impfpflicht nachgedacht werden. Es stellt sich wie bei den vorherigen Kapiteln die Frage, ob die Autonomie mancher Eltern wichtiger als das Wohl der Kinder eingestuft werden darf. Bei Gefahr im Verzug, aufgrund einer zu niedrigen Impfquote, sollte es eigentlich die Pflicht des Staates sein, seine Bürgerinnen und Bürger und vor allem die Kinder mit einer gesetzlichen Impfpflicht zu schützen.

Um zu bestimmen, welche Impfungen als verpflichtend zu führen wären und welche medizinisch begründeten Ausnahmen zugelassen werden, sollte bestenfalls ein unabhängiges Gremium aus medizinischen Experten zusammengestellt werden. Selbstverständlich wären Kinder, welche einer Immunsuppression unterliegen, von solchen Impfungen auszuschließen. Es ist absehbar, dass eine solche Gesetzesänderung sowohl Geldmittel, als auch Zeit von interdisziplinären Gruppen in Anspruch nehmen würde, bis eine sinnvolle und durchführbare Regelung zu Stande kommt.

3.9.2 Ausmaß der Einschränkung der Autonomie

Dadurch würde die Autonomie der Erziehungsberechtigten, zum Vorteil der verbesserten medizinischen Fürsorge der Kinder in Mitleidenschaft gezogen, da es nicht mehr allein der freien Entscheidung unterliegt, welche Impfungen am eigenen Kind durchgeführt werden sollen.

Aus dem Gespräch mit einigen überzeugten Impfgegnerinnen und Impfgegnern präsentierte sich mir der Eindruck, dass diese Personen weniger von der angeblichen Schädlichkeit der Impfungen, sondern eher von der vermeintlichen Bedeutungslosigkeit der einzelnen Immunisierungen von den Impfungen abgehalten werden, da die verschiedenen Krankheiten von ihnen weitgehend als harmlos eingestuft werden, da ihnen

keine schwerwiegenden Folgen nicht geimpfter Kinder aus dem näheren Umfeld bekannt sind.

Für die Diskussion um die verpflichtenden Impfungen sollte statistisch der Anteil der wirklich überzeugten Impfgegnerinnen und Impfgegner erhoben werden. Dadurch kann klargestellt werden, bei welcher Anzahl der Eltern in Österreich nach den 4 Prinzipien von Beauchamp und Childress eine starke Einschränkung des Rechts auf Selbstbestimmung erfolgen würde, wenn man die Einstellung dieser Bürgerinnen und Bürger nicht ändern könne. Eine Befragung der Impfverweigerinnen und Impfverweigerer zu deren Überzeugungen oder deren Gründen die Immunisierung des Kindes nicht durchführen zu lassen, könnte dazu dienen einen effektiven Weiterbildungsansatz zu finden, um das Wissen dieser Eltern über Immunisierungen zu aktualisieren.

3.9.3 Weitere mögliche Gründe für die mangelnde Impfabdeckung

Neben dieser Gruppe von Eltern die überzeugt ist, dass eine Impfung ihren Kindern mehr Schaden als Nutzen bringen würde, existiert doch wahrscheinlich auch noch eine weitere Gruppe von Eltern, die selbst keine Argumente gegen die Impfungen vorbringt, jedoch das passive Verweilen der Grundimmunisierung oder der Auffrischungsimpfung vorzieht. Bei der Einführung einer Impfpflicht würde möglicherweise hierbei diese Gruppe von Eltern die Immunisierung des Kindes im Vergleich mit den Sanktionen vorziehen.

Man erkennt zum Beispiel anhand der Zahlen der Organspenderinnen und Organspender in Österreich und in Deutschland, dass es sich um ein menschliches Laster handelt, dem leichtesten und zeitsparendsten Weg zu folgen. Das energetisch vorteilhaftere passive Verweilen wird dem vernünftigeren, nachhaltigeren aktiven Handeln meist vorgezogen.

Bei den Organspenden der vergangen Jahre sieht man, dass die Rate an Organspenden pro Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in Österreich im Vergleich zu Deutschland mehr als doppelt so hoch war, obwohl der Bedarf für Spenderorgane in Deutschland ca. 15mal höher war. [80] Die Einwohnerinnen und Einwohner der beiden Länder stammen aus einem ähnlichen Kulturkreis und teilen eine ähnliche Wertvorstellung. Der Unterschied liegt allein darin, dass sich die inaktive Österreicherin oder der inaktive Österreicher zur Organspende bereiterklärt, während die passive Bürgerin oder der passive Bürger Deutschlands die Organspende verweigert.

Die Gruppe von Eltern, welche die Impfung wirklich nur aufgrund von Lappalien wie der Zeitersparnis verweigert, bräuchte lediglich eine zusätzliche Motivation. Durch moderate Sanktionen oder Förderungen würde dann die Immunisierung des Kindes den widerstandsärmeren beziehungsweise den lohnenderen Weg darstellen. Eine Kürzung von gewissen Sozialleistungen nach dem australischen Vorbild könnte einen starken Anstieg der Impfbeteiligung und gleichzeitig nur einen Zwang für wenige überzeugte Impfgegnerinnen und Impfgegner bedeuten, welche die Immunisierung aus Gründen der eigenen Weltanschauung für sich und ihre Kinder ablehnen.

3.9.4 Vorteile solcher verpflichtenden Immunisierung

Durch eine Einführung der Impfpflicht der derzeit empfohlenen Immunisierungen könnte den österreichischen Kindern also eine Reihe von Krankheiten erspart werden. Verschiedenste Verläufe von Krankheiten, welche das Potential besitzen, Meningitiden, septische Schockzuständen, Impotenz, oder Missbildungen wie auch Absterben von Föten auszulösen, könnten verhindert werden.

Die in Österreich zugelassenen Impfstoffe mussten in Studien beweisen können, dass sie eine positive Nutzen-Risiko-Relation aufweisen, sodass durch klinische Studien der gesundheitliche Vorteil durch Immunisierung der Kinder gesichert ist.

Neben dem direkten Effekt auf jedes einzelne immunisierte Kind, bringt ein flächendeckender Impfschutz bei Erreichen der Herdenimmunität ebenfalls einen gesundheitlichen Nutzen für alle nicht immunisierbaren Mitglieder der Gesellschaft mit sich, welche zum Beispiel aufgrund einer Immunschwäche die Vorteile einer Immunisierung selbst nicht nutzen können.

Gleichzeitig könnten durch ein Ausrotten der bestimmten Krankheiten durch eine globale Impfabdeckung, ähnlich damals vor ca. 36 Jahren im Fall der Pocken, die jeweiligen Immunisierungen für zukünftige Generationen überflüssig werden.

4 Ethik

4.1 Einführung zur Ethik

In diesem Kapitel werden die deontologische und die utilitaristische Sichtweisen der Ethik vorgestellt und in Verbindung mit dem Thema der gesetzlichen Kontrolle über das medizinische Wohl der Kinder gebracht. Anschließend wird der ethische Konflikt, den dieses Themas bildet, besprochen.

Die Grundzüge der Ethik sind schon um vieles älter als die Begriffe der Deontologie und des Utilitarismus. Behandelt wurde dieses Thema schon lange vor den Begründern der heutigen Ethik, von Philosophen der Antike, wie Sokrates, Platon und Aristoteles, die anders als deren Vorgänger sich nicht allein mit Naturgesetzen und Mathematik, sondern mit dem Wesen und dem Handeln der Menschen befassten. Das Wort „Ethik“ stammt von dem griechischen Begriff „ethos“ ab, was so viel wie „Brauch“ oder „Gewohnheit“ bedeutet. Es beschreibt also eine Handlung, die nicht allein aufgrund der Naturgesetze, sondern aus dem Antrieb sich moralisch richtig verhalten zu wollen, stattfindet. [81]

Die Ethik ist die Wissenschaft der Betrachtung, Hinterfragung und Festlegung von Regeln, Werten und Normen. Eine wichtige Eigenschaft der Ethik ist es, moralisch unterschiedliche Handlungen zu betrachten und zu reflektieren, um die Grundlage für moralisch korrektes Verhalten innerhalb einer gewissen Gruppe oder einer Gesellschaft von Menschen zu ermöglichen. [82] Die Moral gebietet in dieser Gemeinschaft von Menschen allgemein akzeptierte Richtlinien, die für das Zusammenleben unerlässlich sind. Einerseits könnte man behaupten die Moral ist die praktische Umsetzung der Werte, welche in der Ethik als richtig angesehen werden, doch viel mehr ist die Ethik von den moralischen Handlungen abhängig, da in der ethischen Wissenschaft die moralischen Handlungen der verschiedenen Gesellschaften erneut hinterfragt, aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und reflektiert werden. Davon ist abzuleiten, dass die Ethik eigentlich die Reflexion der Moral darstellt. [83]

4.2 Deontologische Ethik

Geprägt wurde diese Perspektive der Ethik sehr stark durch Immanuel Kant, einem der wichtigsten Vorreiter der modernen Philosophie. Vor allem in seinem zweiten großen Werk „Kritik der praktischen Vernunft“ beschrieb Kant im Jahr 1787, dass es nicht die Handlung selbst oder deren Folgen sind, sondern allein die Absicht, in der sie von der Handelnden oder dem Handelnden ausgeführt wurde, welche über den ethischen Wert dieser Handlung bestimmt. So kann laut Kant eine Handlung, die aus der Pflicht entstanden ist und auch einen Wert für die Gesellschaft bringt, zwar legal sein, jedoch nicht ethisch wertvoll, da sie nicht dem freien Willen des Menschen entsprungen ist. [84]

Egal wie positiv sich die Handlung auf andere auswirkt, sollte der Antrieb der Handelnden oder des Handelnden nicht deren Gutmütigkeit oder Hilfsbereitschaft, sondern die Gehorsamkeit in Ausübung seiner Pflichten sein, ist die Handlung nicht als gute Handlung aus Sicht der deontologischen Ethik zu sehen. Solange es der eigene Vorteil in einer solchen Situation ist, welcher die Handelnde oder den Handelnden zu der Tat bewegt hätte, sei es aufgrund des Wunsches den eigenen Beruf pflichtbewusst auszuführen, aus Angst vor dem Gesetz oder aus Zuversicht, dass sich die Handlung in Zukunft für sie oder ihn bezahlt machen könnte, würde eine Handlung, wenn auch mit umwerfenden Resultaten, nicht von moralischem Wert sein. Dagegen würde eine Handlung, welche in bester sittlicher Absicht, aus Nächstenliebe, eigenem Willen und ohne Hinblick auf jeglichen Eigennutzen ausgeführt wird, immer als eine wertvolle Handlung aus der deontologischen Perspektive gesehen werden. [84]

Ob eine Absicht als gut oder schlecht eingestuft werden kann, sollte laut Kant und dessen kategorischem Imperativ, anhand der Durchführung von verschiedenen Gedankenexperimenten, für jeden Menschen selbst überprüfbar sein. Zuerst soll die Person sich dabei selbst fragen, ob von ihr oder ihm eine verallgemeinernde Maxime der jeweiligen Handlung widerspruchlos gewollt werden kann. Am Beispiel der Absicht, jemanden zu belügen, bedeutet dies, dass die Handelnde oder der Handelnde sich fragen müsste, ob sie oder er es wollen würde, sollte jedes Versprechen oder jede Information zu jeder Zeit gelogen sein. Sollte die Person den abstrakten Gedanken zu Ende führen, würde sie dabei zu dem Ergebnis kommen, dass durch ständiges und allgegenwertiges Lügen kein Mensch mehr einem Versprechen trauen würde und dies somit die geplante Lüge der Handelnden oder des Handelnden völlig sinnlos und wirkungslos machen würde. Also

kann von der handelnden Person eine verallgemeinernde Maxime der geplanten Lüge unmöglich gewollt sein. [84]

Weiters darf eine Absicht nie dazu führen, dass eine andere Person nur als Zweck verwendet, also instrumentalisiert wird, da die menschliche Würde nach Kant nie herabgesetzt werden darf und die inneren Werte eines jeden Menschen anerkannt werden müssen. Kant ist überdies der Meinung, dass sich der Mensch, wenn er sich dem Sittengesetz unterwirft von der Natur, welche nur den Naturgesetzen unterliegt, abhebt. Nur so ist es den Menschen laut Kant möglich, das wichtigste Ziel „die Autonomie“ zu erlangen, wobei sich hier der Begriff der Autonomie auf die Selbstgesetzlichkeit und weniger auf das Selbstbestimmungsrecht bezieht. [84]

Man kann mit Hilfe des Gedankenexperiments des kategorischen Imperativs verschieden gewichtete Pflichten festlegen, welche Kant in zwei Hauptkategorien unterteilt, die vollkommenen und die unvollkommenen Pflichten. Die Auswirkung der Maximen der vollkommenen Pflichten könnten unmöglich gewollt oder zu Ende gedacht werden, weshalb sie ethisch als absolut verwerflich gelten und als Verbote wirken sollten. Dagegen ist es unwahrscheinlich, dass sich jemand die Maximen der unvollkommenen Pflichten uneingeschränkt wünscht, jedoch muss der vernünftige Mensch nicht jederzeit diesen unvollkommenen Pflichten nachkommen. [84]

Im Gegenteil zu den vollkommenen Pflichten, deren Einhaltung nach Kant notfalls auch durch Zwang gesichert werden soll, obliegt es dem Ermessen des einzelnen Menschen, inwiefern er seinen unvollkommenen Pflichten nachkommen will. Zu den vollkommenen Pflichten werden unter anderem die Verbote von Lügen, Diebstahl, Mord und Selbstmord gezählt, während Kant es zum Beispiel als unvollkommene Pflicht des Menschen ansieht, die eigenen Talente zu fördern, denn es wäre zwar wohl kaum wünschenswert, würde kein einziger Mensch mehr seine Talente fördern, trotzdem sollte es nicht die Pflicht eines jeden Menschen sein, den ganzen Tag lang einzig und allein diese Talente zu trainieren. [84]

Das Verbot des Selbstmordes erklärt Kant so, dass er den Wunsch nach Autonomie, um das eigene Leben, welches eine Grundvoraussetzung für die Autonomie ist, zu beenden, als unlogisch ansieht. Gleichzeitig wird durch den Selbstmord das eigene Leben zum Besitz der Selbstmörderin oder des Selbstmörders, also zu einem Instrument, wobei der Wert des

eigenen Lebens nicht anerkannt wird, was wiederum erneut nach dem kategorischen Imperativ als verwerflich anzusehen ist. [84]

4.3 Utilitarismus:

Im Gegenteil zur deontologischen Sichtweise betrachtet die utilitaristische Perspektive der Ethik die Folgen der Handlungen, um den moralischen Wert dieser zu bestimmen. Geprägt wird der Utilitarismus von der Folgeorientierung, dem entstehenden Nutzen, der Summenkalkulation, dem Universalismus und der Empirie. Es bietet sich der Eindruck, dass trotz der schwer zu definierenden Wertigkeit von verschiedensten Folgen, diese Variante der Ethik versucht, Nutzen von Handlungen zu vermessen und zu berechnen. [84]

4.3.1 Die vier Grundbausteine des Utilitarismus

Bei der Folgeorientierung des Utilitarismus handelt es sich wie bereits erwähnt, nicht um die Absicht hinter der Handlung oder die Handlung selbst, sondern um die Bemessung der Folgen, welche aus der Handlung resultieren. Nur die Auswirkungen sind hier maßgeblich, ob eine Aktion, wie gleichermaßen die Unterlassung einer Aktion, als richtig oder falsch angesehen werden kann. Darin besteht der zweite Hauptpunkt des Utilitarismus, denn nur Folgen, welche einen Nutzen mit sich bringen, sind von Relevanz. Zu Anfang der Theorie wurde die Vermehrung des Glücks als größter Nutzen angesehen. Dies führte auch zu der bekannten Kurzformel des Utilitarismus, welche von dem Juristen Jeremy Bentham 1789 in seiner Schrift „Nutzen der Gerechtigkeit“ niedergeschrieben wurde, diese lautet: Das größte Glück, der größten Zahl. [84]

Das Anstreben dieses Zieles führt jedoch zu einem rein quantitativen Utilitarismus, bei welchem nur die Zahl der Freuden entscheidend ist, während die unterschiedliche Qualität der vorteilhaften Folgen unberücksichtigt bleibt. Erst später wurde die Theorie von dem australischen Philosophen und Ethiker Peter Singer, welcher den Präferenzutilitarismus beschrieb, erweitert. Hier wird anstelle des Erlangens von Glück, das Erreichen der individuellen Präferenzen gesetzt. Bei dieser moderneren Form des Utilitarismus wird die Handlung daran bemessen, ob sie den Interessen aller beteiligten, sich selbst bewusster Wesen entspricht. Dabei schließt Singer unter anderem auch bestimmte Tiere mit ein, sollten sie bei geistiger Gesundheit sein. [84]

Ein weiterer wichtiger Grundstein des Utilitarismus ist die Summenkalkulation, welche den Utilitarismus zu einer teils mathematischen Methode macht. Es wird versucht, durch die Summierung aller positiven und negativen Empfindungsmomente, welche durch die jeweilige Handlung ausgelöst wurden, zu ergründen, ob die Handlung von Nutzen war. Im Zentrum der Summenkalkulation steht das gesamte Wohlergehen, weshalb Bentham die Maxime aufstellte, dass getan werden soll, was förderlich ist, beziehungsweise dazu neigt, zur Gesamtsumme der Freuden beizutragen, sowie die Gesamtsumme der Leiden zu mindern.

Das bedeutet, dass die durch die Handlung ausgelösten Freuden und Leiden jedes betroffenen Menschen summiert werden. [84]

Dabei wird vorausgesetzt, dass Leid oder Freude jedes Menschen von gleicher Bedeutung sind, was zum vierten wichtigen Punkt des Utilitarismus, dem Universalismus führt, demzufolge alle Menschen, welche von der Handlung beeinflusst werden, von gleicher Wichtigkeit sind. Nur die subjektiv empfundenen Zustände und Zustandsänderungen der betroffenen Personen werden hier als moralisch relevant angesehen. [84]

Für die utilitaristische Herangehensweise an eine ethische Fragestellung ist als weiteres Merkmal die Empirie von Bedeutung, welche sich mit der Gegebenheit und Messbarkeit dieser subjektiven Empfindungen beschäftigt. [84]

Durch diese vier Grundprinzipien der Folgeorientierung, der Summenkalkulation, dem Universalismus und der Empirie wird der wesentliche Unterschied zur Pflichtethik von Kant klar, dass nach dieser Denkweise die ethische Wertigkeit der Handlung nicht an der Absicht und der Einstellung der Handelnden oder des Handelnden, sondern an den summierten subjektiven Empfindungen der von der Handlung betroffenen Personen gemessen wird. [84]

4.3.2 Die Weiterentwicklung des Utilitarismus

Der britische Ökonom und Philosoph John Stuart Mill war der Meinung, dass das höchste Ziel der Menschen das Glück sein muss. Laut ihm ist dies nur durch das Bedienen der eigenen höheren Fähigkeiten möglich. Dadurch kam es zu einer neuen Spate des Utilitarismus dem idealen Utilitarismus, welcher von George Edward Moore im Jahr 1903 in seiner „Principia Ethica“ beschrieben wurde.

So entwickelte sich der Utilitarismus weit über dessen Anfänge hinaus und Moore definierte außer der Freude noch weitere Ziele, wie zum Beispiel Selbstentwicklung und Liebe, die es zu erlangen gilt. Der moralische Wert einer Handlung wird also laut Moore an der Menge der aus dieser Handlung resultierenden oben genannten Ziele bestimmt. [84]

4.3.3 Limitation des Utilitarismus

Die deutlichste Schwachstelle des Utilitarismus ist der Konsequentialismus selbst, denn für den Menschenverstand ist es nahezu unmöglich alle Folgen einer Handlung, welche im Entferntesten mit ihr zusammenhängen, zu erfassen. Fraglich ist auch, ob für die moralische Bewertung einer Handlung die sofort daraus entstehenden Folgen oder auch die Folgen, welche erst in entfernter Zukunft eintreten werden, herangezogen werden sollten. Selbiges gilt für die Frage, ob nur die wirklich resultierenden Folgen oder auch die Risiken für möglich eintretenden Folgen für die Bewertung der Handlung herangezogen werden sollten. [84]

Wenn man also zum Beispiel zehn Menschenleben riskiert, um ein Leben zu retten und aus reinem Zufall im Stande ist, alle elf Leben zu erhalten, war dann die Tat aufgrund des geretteten Lebens aus ethischer Sicht eine gute Tat oder sollte die Aktion aufgrund der möglicherweise eintretenden Opferung der zehn Menschenleben als verwerflich angesehen werden.

Weiters führt die bereits erwähnte vereinfachte aber bekannte Kurzformel des anfänglichen Utilitarismus zu weiteren paradoxen Schlussfolgerungen. Würde das meiste Glück der größten Zahl als Bemessungsgrundlage einer Handlung dienen, so wäre ein Mord an einem Menschen ohne Verwandtschaft und Freunde weniger verwerflich, als ein Mord an einer Person, welche von vielen geliebt wird, da hier die Summe des subjektiven Leids höher ausfallen würde.[84]

4.4 Diskussion über die Schwachstellen der Deontologie und des Utilitarismus in Bezug auf medizinethische Probleme

Die zwei ethischen Herangehensweisen der Deontologie und des Utilitarismus an Probleme wurden näher beschrieben, da es meistens diese zwei Perspektiven sind, die in

den heutigen ethischen Diskussionen bei Entscheidungsfindungen Anwendung finden. Dabei wird das Ziel der Diskussion nie darin bestehen die gesuchte Antwort mit nur einer dieser Perspektiven zu finden, sondern eher ethische Konflikte mithilfe von beiden Varianten zu besprechen und zu diskutieren.

Das Problem ist, dass die Regeln der Pflichtethik und des Konsequentialismus nicht an die Komplexität vieler medizinethischer Fragestellungen heranreichen. Gleichzeitig steht für die Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten, deren Wohlergehen im Mittelpunkt. Das bedeutet, dass die meisten Therapieentscheidungen zum Wohl der Patientin oder des Patienten getroffen werden und weniger auf das zukünftige Patientenkliment geachtet wird. Auch die Absicht hinter den Handlungen einer Ärztin oder eines Arztes ist zwar hoffentlich ehrenhaft, für das Wohlergehen der Patientin oder des Patienten jedoch nur von geringer Priorität, solange die Ärztin oder der Arzt auf das Wohl und die Würde der Patientin oder des Patienten achtet.

Bei Anwendung im Krankenhaus bringt keine der beiden ethischen Varianten allein den bestmöglichen Umgang mit den kranken Patientinnen und Patienten. Sie können für Überlegungen herangezogen werden und dabei helfen einen möglichen Entscheidungskonflikt von verschiedenen ethischen Standpunkten zu betrachten, jedoch wird am Krankenbett meist die Heilung der Patientin oder des Patienten im Mittelpunkt stehen und nicht zum Beispiel die Summenkalkulation des Utilitarismus. Sonst müsste sich vor Behandlung einer onkologischen Patientin oder eines onkologischen Patienten jede Onkologin und jeder Onkologe bewusst sein, dass ein Lebensjahr einer durchschnittlichen onkologischen Patientin oder eines durchschnittlichen onkologischen Patienten 70.000 € kostet [85] und dies ca. das 19-fache eines durchschnittlichen stationären Krankenhausaufenthaltes in Österreich ausmacht [86] und deshalb zu Gunsten der Gemeinschaft überlegt werden sollte, ob unter Umständen sogar auf eine Therapie verzichtet werden sollte, um die Zukunft des Gesundheitssystems nicht zu gefährden.

Natürlich ist es die Aufgabe der Krankenkassen festzulegen, welche Medikamente zur Anwendung gebracht werden sollten, damit das Gesundheitssystem nicht durch ständige Anwendung der neuesten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten untragbar belastet wird. Die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte in deren klinischen Alltag ist es, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Therapien zu versuchen der einzelnen Patientin oder dem Patienten möglichst viel an lebenswerter Zeit zu verschaffen. Das genannte Praxisbeispiel zeigt

nochmals den oben beschriebenen Nachteil des Konsequentialismus. Müsste das medizinische Personal vor jeder Entscheidung den Nutzen der Handlung mit den damit im entferntesten zusammenhängenden Nachteilen, welche in der Zukunft möglicherweise eintreten könnten, vergleichen, würde dies die Arbeit zum Beispiel in einem Krankenhaus verlangsamen und die erzielten Erfolge reduzieren.

4.5 Prinzipienorientierte Medizinethik nach Beauchamp und Childress

Um moralisch hochwertiges Verhalten der Ärztinnen und Ärzte in deren Umgang mit den Patientinnen und Patienten in der täglichen Krankenhausroutine zu fördern, beschrieben Tom Lamar Beauchamp und James Franklin Childress 1977 in ihrem Werk „Principals of Biomecical Ethics“ 4 Prinzipen, nach denen sich das medizinische Personal auch heute noch richten sollte, um einen angemessenen respektvollen Umgang mit den Patientinnen und Patienten zu pflegen und ihren Beruf vorbildlich auszuführen.

Diese 4 Prinzipien, welche zu jeder Zeit wertgeschätzt werden sollten, beziehen sich auf die zu respektierende Autonomie der Patientinnen und Patienten, die Pflichten der Ärztinnen und Ärzte gerecht zu handeln, den Patientinnen und Patienten nicht zu schaden und sich um deren Wohl zu bemühen. Dieser Ansatz der Ethik bietet zwar ebenfalls keine allumfassenden Komplettlösungen für ethische Konflikte, kann aber zu einer raschen, argumentativ begründeten und nachvollziehbaren Entscheidung führen. [87]

4.5.1 Anwendung der 4 Prinzipien

Die Anwendung der 4 Prinzipien erlaubt der Ärztin oder dem Arzt in der Klinik eine ethisch fundierte Entscheidung zu treffen, ohne zuvor ungeklärte moralische Grundlagenprobleme klären zu müssen. Obwohl sich das Werk von Beauchamp und Childress größtenteils mit der Konkretisierung der Prinzipien beschäftigt, bieten die Autoren mit ihren Prinzipien erneut keinen allgemein anwendbaren Logarithmus zum Lösen verschiedener ethischer Dilemmata. Es werden zwar einige Themen wie zum Beispiel der Konflikt durch Schädigungen einer Patientin oder eines Patienten innerhalb einer gerechtfertigten notwendigen Operation, zu Gunsten der Operation geklärt. Gleichzeitig scheiden sich die Meinungen weiterhin bei der Frage, in wie weit der ärztliche Paternalismus die Autonomie der Patientin oder des Patienten, zu Gunsten des

medizinischen Wohlergehens, einschränken darf. Da zwischen den Prinzipien keine Wertigkeit oder Rangordnung festgelegt wurden, muss jeder Fall einzeln überdacht werden. [87]

Nach der fallbezogenen Interpretation der 4 Prinzipien kann anschließend ein möglicher Konflikt ausgemacht werden. Durch spezifische Gewichtung ist es möglich eine nachvollziehbare Entscheidung, welche mittels Argumenten begründet wird und somit nachvollziehbar ist, zu treffen. [87]

Natürlich ist auch zu bedenken, dass durch den, jedes Mal aufs Neue argumentierten Ansatz die Grundeinstellung der jeweiligen Ärztin oder des jeweiligen Arztes großen Einfluss auf die Entscheidungsfindung hat. So wird eine Ärztin oder ein Arztes mit der persönlichen Grundeinstellung, welche besagt, dass Leben unbedingt erhalten werden soll, öfter die Autonomie der Patientin oder des Patienten beschränken. Im Gegensatz dazu wird bei Kolleginnen oder Kollegen, welche der persönlichen Meinung sind, dass Selbstbestimmung das wichtigste Recht der freien Menschen ist, die Autonomie eher vor dem Wohl der Patientinnen und Patienten gereiht.

Aus diesem Grund ist eine Konsultation eines Gremiums oder einer Ethikkommission gegenüber der alleinigen Entscheidung, im Falle einer komplexen ethischen Fragestellung, vorzuziehen. Die Vielfalt der persönlichen Einstellungen führt zu einer Problemanalyse aus den verschiedensten Perspektiven. [87]

4.5.2 Prinzip der Autonomie (autonomy)

Die Autonomie wird in diesem Zusammenhang als das Selbstbestimmungsrecht der Patientin oder des Patienten gesehen, was bedeutet die Patientin oder der Patient darf zu nichts gezwungen werden und ist als mündige Patientin oder als mündiger Patient die letzte Instanz der Entscheidung, ob eine Behandlung an ihr oder ihm durchgeführt werden darf. [87]

Maßgeblich ist für eine autonome Entscheidung der sogenannte „informed consent“, welcher eine umfassende Aufklärung der Patientin oder des Patienten über Wirkung und Risiken einer Therapie oder der Unterlassung einer Therapie beinhaltet. Um den Patientinnen und Patienten eine autonome Entscheidung treffen lassen zu können, müssen diese auch über ausreichendes Wissen dazu verfügen. Deshalb müssen die Ärztinnen und

Ärzte bemüht sein, die für die Entscheidungsfindung notwendigen Informationen so zu vermitteln, dass die Patientin oder der Patient die Auswirkung seiner Entscheidung verstehen kann. [88] Das Prinzip ähnelt auch dem Instrumentalisierungsverbot von Kant, da die Würde des einzelnen im Mittelpunkt steht. [84]

4.5.3 Prinzip der Fürsorge (beneficience)

Im Gegensatz zu Kant, der für nicht medizinisch ausgebildete Personen die Hilfeleistung als unvollkommene Pflicht angesehen hat, ist es für die Ärztin oder den Arzt selbstverständlich die höchste Pflicht kranken oder verletzten Menschen zu helfen. [87] Diese Regelung ist auch im österreichischen Ärztegesetz verankert [89] und schon vor ca. 2400 Jahren wurde die Pflicht, das Wohl der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, für sie zu sorgen und ihnen nicht zu schaden, von Hippokrates in dessen Eid festgehalten, um durch dessen Schwur die Ärztinnen und Ärzte zur Hilfeleistung, Fürsorge und Schadensvermeidung zu verpflichten. [87]

Dieses Prinzip wird bei jeder gerechtfertigten Operation über das Prinzip der Schadensvermeidung gestellt, wie es auch in dem Werk „Principals of Biomecical Ethics“ vorgesehen wurde, da hier aktiv eine Schädigung der Patientin oder des Patienten vorgenommen wird, um für deren Wohl zu sorgen. [84]

4.5.4 Prinzip der Schadensvermeidung (nonmaleficience)

Dieses Prinzip könnte zur genaueren Differenzierung der Fürsorgepflicht genutzt werden. Also als Strategie zur Vermeidung einer Übertherapie bzw. einer übertriebenen Maßnahme, welche den Körper unnötig belastet. [87] So wäre bei einem verdächtigen Knoten in der Schilddrüse mit einer Totalexzision der Schilddrüse dem Prinzip der Fürsorge insofern Genüge getan, dass die Ärztin oder der Arzt der Patientin oder dem Patienten geholfen hätte, gegen den Malignitätsverdacht vorzugehen, sodass die Patientin oder der Patient nun kein mögliches Malignom fürchten müsste. Dabei würde jedoch gegen das Prinzip der Schadensvermeidung verstoßen werden, da in diesem Fall, ohne weiterführende Diagnose, ein mit hoher Wahrscheinlichkeit harmloser Knoten zum Verlust der Schilddrüse und zu lebenslanger Hormonersatztherapie geführt hätte.

4.5.5 Prinzip der Gerechtigkeit (justice)

Auch hier wird von Beauchamp und Childress erneut eine ethische Richtlinie aufgegriffen, die sowohl in der Pflichtethik, als auch im Utilitarismus verankert ist. Kant schreibt, wie bereits oben erwähnt, in dessen Selbstzweckformel, dass es als vollkommene Pflicht gilt, den inneren Wert eines jeden Menschen als Teil der Menschheit anzuerkennen. Im Utilitarismus ist der Universalismus ein Grundcharakteristikum, welches ebenfalls die Pflicht beschreibt, jeden Menschen als gleichwertig anzusehen. [84]

Die soziale Gerechtigkeit steht hier im Mittelpunkt, deshalb ist das Entstehen einer Zweiklassenmedizin als moralisch höchst verwerflich anzusehen, da es nicht zu unterschiedlichen Behandlungsbereitschaft, Behandlungsmethoden sowie Behandlungsqualitäten kommen dürfte. [87]

4.6 Ethisch fundierte Diskussion über die Notwendigkeit von strengeren Gesetzen zur Sicherung der kindlichen Gesundheit

Um zu überprüfen, ob die vorgestellten Methoden zur Verbesserung des medizinischen Wohlergehens der österreichischen Kinder aus moralischer Sicht in Österreich einführbar wären, müssen die möglicherweise daraus resultierenden Folgen gegeneinander abgewogen werden. Wie in den einzelnen Diskussionen der Kapitel aufgezeigt, steht hier meist das Selbstbestimmungsrecht der Eltern gegen das gesteigerte Gesamtwohl der österreichischen Kinder. Dieser Konflikt kann anhand der vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik, durch die Gegenüberstellung der Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge dargestellt werden. [87]

Das Wohl der Kinder zu erhalten, sollte laut dem kategorischen Imperativ nach Kant als unbedingte Pflicht verstanden werden. Denn eine verallgemeinernde Maxime des Gegenteils kann unmöglich gewollt werden. Weiters entwürdigend die verschiedensten Formen der Kindesmisshandlung das Kind, wodurch der Wert seines Lebens nicht anerkannt wird und derartige Handlungen gegen das Instrumentalisierungsverbot verstoßen.

Natürlich kann man die diskutierten Regelungen zur Steigerung des kindlichen Wohlergehens als Einschränkung vieler Bürgerinnen und Bürger verstehen, um wenigen Kindern zu helfen, was nach der Perspektive des Utilitarismus kritisch hinterfragt werden könnte. Bei Differenzierung zwischen den sehr geringen Einschränkungen, welche flächendeckend Eltern und Kinder betreffen würden und den teils überaus beträchtlichen Entwicklungsstörungen, vor welchen man die betroffenen Kindern schützen würde, wäre ebenfalls aus utilitaristischer Sichtweise der geringe Autonomieverlust vieler Bürgerinnen und Bürger vorzuziehen.

Die sich damit befassende Diskussion ist auch gleichzeitig ein Gegenüberstellen des achten Artikels der Menschenrechtskonvention, welcher das Recht des Einzelnen auf Privatleben sichert, [78] und des 24. Artikels der UN-Kinderrechtskonvention, welcher den Kindern ein Höchstmaß an Gesundheit zusichern soll. [79] Beiden Konventionen hat Österreich zugestimmt und hat sich nun mit einer Balance zwischen beiden gesetzlichen wie auch moralischen Regelungen zu befassen.

4.6.1 Verpflichtende Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Damit die Fragestellung des ersten Kapitels beantwortet werden kann, ob die Einführung von verpflichtenden Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in Österreich sinnvoll wäre, sollen die möglichen Resultate einer solchen Regelung betrachtet werden. Zuerst muss die Nützlichkeit von Früherkennung und Frühförderung, welche im ersten Kapitel der Arbeit beschrieben und auch bereits in einem Antrag des Salzburger Landtags anerkannt wurde, auch vom Bund verstanden werden. [24]

Diese Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sollten eine sehr genaue Abklärung der psychischen und motorischen Entwicklung des Kindes beinhalten. Durch verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen würde es zu einer verbesserten Abklärung des Entwicklungsstandes derjenigen österreichischen Kinder kommen, welche noch vermehrt von den Kinderuntersuchungen zwischen 14. Lebensmonat und 5. Lebensjahr fernbleiben. Diese verbesserte Aufklärungsrate könnte helfen, Entwicklungsrückstände frühzeitig zu erkennen und allen entwicklungsverzögerten Kindern die entsprechenden Fördermaßnahmen zukommen zu lassen.

Das Sicherstellen der altersgerechten Entwicklung stünde hier gegen den geringen Zeitaufwand der Eltern, welche nach dem 14. Lebensmonat des Kindes für die nächsten

vier Jahre ca. ein bis zwei Tage pro Jahr bei einer Kinderfachärztin oder einem Kinderfacharzt ihrer Wahl erscheinen müssten. Es wäre vorstellbar, dass eine Zeitaufwandsentschädigung, ähnlich Oberösterreichs Förderprogramm, die vermehrten Arztbesuche honorieren könnten. [26]

Bei früherer Feststellung einer Fehlbildung oder eines Entwicklungsrückstandes, zu welchen es bei einem gewissen Anteil der Kinder durch die regelmäßigen verpflichtenden Untersuchungen kommen würde, stünde die Gesundheit und die Lebensqualität der Kinder gegen den Zeitaufwand der Eltern, der für die Therapie von ihnen benötigt werden würde.

Da die Eltern für das Wohl ihrer Kinder Sorge zu tragen haben, kann der Zeitaufwand der benötigt wird, um Entwicklungsrückstände auszuschließen oder mit Therapie aufzuholen, ohne Zweifel von den Eltern gefordert werden. Ähnlich wie von den Erziehungsberechtigten von der Gesellschaft erwartet wird, die Zeit aufzubringen, um eine adäquate Ernährung des eigenen Kindes zu gewährleisten.

Eine Mangelernährung aufgrund von Zeitersparnis, würde in einer vernünftigen Gesellschaft richtigerweise als Kindesmisshandlung verurteilt werden. Ebenso gibt es andere Bereiche der Kindeserziehung, welche heute in Österreich selbstverständlich zum Teil in die Verantwortung von Spezialistinnen und Spezialisten gegeben werden. So ist es in unserer Gesellschaft üblich, die Bildung der Kinder zum Teil in die Hände von staatlichen Schulen zu legen. Die damit zusammenhängende Schulpflicht, welche auf neun Schuljahre gesetzlich festgelegt wurde, ist heute von den Bürgerinnen und Bürgern Österreichs widerspruchslos anerkannt, da allgemein Vertrauen in die Expertise der Lehrerinnen und Lehrer gelegt wird.

Simultan wäre es ebenfalls vorstellbar, dass verpflichtende medizinische Untersuchungen der Kinder von der Gesellschaft größtenteils akzeptiert werden könnten, sodass der Auftrag zur Überprüfung des gesundheitlichen Wohls der österreichischen Kinder ebenfalls zum Teil in die Hände des Sozialstaates gelegt wird.

4.6.2 Verstärkte staatliche verpflichtende Überwachung zur Prävention von Kindesmisshandlung

Auch dem im zweiten Kapitel beschriebenen Problem der Kindesmisshandlung müsste in unserem Staat Österreich alles Denkbare entgegengesetzt werden, um wehrlose Kinder

davor zu schützen. Es wäre riskant zu behaupten, dass gesetzliche Überwachung, ähnlich der vorgeschlagenen modifizierten Form der ELGA, eine Lösung für dieses Problem sein könnte. Es ist jedoch offensichtlich, dass aus Gründen, welche im zweiten Kapitel genauer beschrieben wurden, eine solche für Kinder verpflichtende elektronische Gesundheitsakte zur verbesserten Detektion und Prävention von Kindesmisshandlungen beitragen würde.

Unabhängig ob es einer verpflichtende ELGA oder einer ähnlichen Maßnahme bedarf, es müsste wahrscheinlich wiederum zu einer verstärkten Einschränkung der Autonomie in Form der Entscheidungsfreiheit aller österreichischen Eltern kommen, um die im zweiten Kapitel beschriebene Anzahl an Kindesmisshandlungen in Österreich senken zu können.

Es ist anzunehmen, dass der Großteil der österreichischen Bevölkerung während des Beobachtens einer Kindesmisshandlung, angetrieben von deren moralischen Kompass, aktiv werden würde, um zu versuchen eine solche Tat zu verhindern oder in Zukunft zu unterbinden. Es kann angenommen werden, dass in Österreich nur wenige die Umstände des Eingreifens scheuen würden, könnten sie ein fremdes Kind vor einer körperlichen oder sexuellen Misshandlung retten.

Die Zustimmung der österreichischen Bürgerinnen und Bürger zu einer verpflichteten Überwachung des medizinischen Wohlergehens der österreichischen Kinder, wäre wie das aktive Eingreifen zur Vereitelung einer Kindesmisshandlung von ähnlichem moralischem Wert. Da meist die Erziehungsberechtigten bzw. Familienmitglieder der Kinder die Verbrechen an ihren Schützlingen ausüben, ist es nachvollziehbar, dass es eine Instanz über den Täterinnen und Tätern sein muss, welche für die Bewahrung des Wohls der Kinder Sorge trägt.

4.6.3 Einführung einer Impfpflicht

Die ethische Rechtfertigung, eine österreichweite Impfpflicht einzuführen, kann durch ähnliche Argumente begründet werden. Hier zieht jedoch bereits jedes einzelne Kind aus einem solchen Gesetz einen Vorteil. Im Gegensatz zu dem Modell der verpflichtenden Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, bei welchem auch gesunde Kinder zur Bestätigung der Gesundheit bei den Kinderärztinnen oder Kinderärzten erscheinen müssen, bringt ein Gesetz zur Impfpflicht einen zusätzlichen Schutz für jedes einzelne Kind und trägt direkt zum zukünftigen Wohlergehen des Kindes bei.

Nicht nur die Kinder der jetzigen, sondern auch zukünftiger Generationen, würden einen Vorteil aus einer gesetzlichen Impfpflicht ziehen, da Österreich damit einen Teil dazu beitragen könnte, von der WHO bereits ins Visier genommene Krankheiten wie zum Beispiel Masern auszurotten.

Hier ist es nicht nur der Zeitanspruch, sondern viel mehr die impfkritische Weltanschauung einiger Eltern, welche mit einem solchen Gesetz in Konflikt stehen würde.

Wie auch schon von der Bioethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramtes empfohlen, muss hier durch vermehrte Forschung und durch Publikationen im Bereich der Wirksamkeit und der Nützlichkeit dieser empfohlenen Immunisierungen versucht werden das Bewusstsein von Krankheit und Prävention der breiten Bevölkerung zu ändern. Das Wissensdefizit mancher Eltern über von Studien belegte Daten und deren Misstrauen gegenüber der Schulmedizin darf nicht die Gesundheit der Kinder beeinträchtigen.

Es ist nachvollziehbar, dass die Injektion oder die Verabreichung von Antigenen von den Eltern kritischer gesehen wird, als ein Beratungsgespräch, eine Untersuchung des Kindes oder die Speicherung der Untersuchungsdaten. Deshalb müsste man versuchen, wie auch von der Bioethikkommission empfohlen, den Eltern die Angst vor Impfungen, welche oft durch Fehlinformationen entstanden ist, mit verständlichen Präsentationen über wissenschaftlich fundierten Daten zum Thema Immunisierung zu nehmen. Mit Seminaren oder mit Hilfe von Aufklärungsprogrammen könnte versucht werden, die Notwendigkeit der Immunisierung und die von den Krankheiten ausgehende Gefahren zu verdeutlichen.

Denn es ist schwer vorstellbar, dass Eltern ihrem Kind eine Gehirnhautentzündung mit teils schweren Folgen zumuten würden. Es liegt jedoch der Verdacht nahe, dass Eltern die Gefahren, welche von den verschiedenen Krankheitserregern ausgehen können unterschätzen, weshalb hier mit verschiedenen Aufklärungsansätzen dagegen vorgegangen werden sollte.

Es könnte auch versucht werden in der Schule durch dementsprechenden Unterricht ein flächendeckendes Bewusstsein über die grundlegenden Fakten von Immunisierung und Krankheitserregern zu schaffen. So könnte Pseudowissen, welches nachweisbaren Daten widerspricht, nicht derart leicht verbreitet werden und Anhänger finden. Auch die von dem Bundeskanzleramt vorgeschlagene Pflicht vor Eintritt in Kindergarten oder Schule den Impfpass vorzuweisen und bei Verweigerung der Impfung ein

verpflichtendes Beratungsgespräch wahrnehmen zu müssen, wäre ein durchaus umsetzbarer Lösungsvorschlag.

Die Pädagoginnen und Pädagogen müssen jederzeit versuchen, Gefahren von deren Schülerinnen und Schülern fernzuhalten. Bei Beobachtung verschiedener Krankheitszeichen werden die Kinder nach Hause entlassen, um die anderen Kinder der Klasse zu schützen. Doch wie bereits beschrieben, besteht die Infektiosität mancher Krankheiten schon vor erkenntlichen Symptomen. Die einzige Möglichkeit der Bildungseinrichtungen ihre Schutzbefohlenen vor diesen Krankheiten zu bewahren besteht also darin, dementsprechende Immunisierungen vor Besuch der Einrichtung zu einzufordern.

Sollten Bildungs- oder Förderungsversuche nicht zu einer gesteigerten Impfteilnahme führen, müsste man gesetzliche Regelungen nach dem beschriebenen Vorbild anderer Länder ernsthaft in Betracht ziehen, um Österreich in der Rangliste des Ländervergleichs der Impfabdeckungen nach vorne zu bringen, durch vermeidbare Krankheiten ausgelöste Todesfälle zu verhindern und verstärkt für den Schutz der gefährdetsten Kinder, welche krankheitsbedingt keine Immunisierung erhalten können, zu sorgen.

Welche der empfohlenen Impfungen im Zuge des Gesetzes als verpflichtend gelten würden, sollte von Expertinnen und Experten entschieden werden. Doch das Ausbleiben einer gesetzlichen Impfpflicht und der Verzicht auf den Vorteil der Immunisierungen, zum Leidwesen der Gesundheit der österreichischen Kinder, kann angesichts der belegten Wirkungen der Impfstoffe und möglichen Auswirkungen der Krankheiten nur mehr schwerlich gerechtfertigt werden.

5 Conclusio

Solange ohne weitere Regelung die derzeitigen gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder ausreichen, müssen den Österreicherinnen und Österreichern keine weiteren Gesetze auferlegt werden. Die Frage ist jedoch, ab wann der Punkt erreicht ist, dass Regelungen des Gesundheitssystems reformiert werden müssen, um einen verantwortungsvollen Umgang mit der Gesundheit der Kinder gewährleisten zu können.

Eine Möglichkeit wäre es, die Teilnahme an den Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes nach dem 14. Lebensmonat, welche von einzelnen Bundesländern bereits zusätzlich honoriert wird, ebenso staatlich zu fördern. Zum Beispiel könnten die durchgeführten Untersuchungen auch als Voraussetzung für den Bezug von Sozialleistung gelten, ganz nach dem Vorbild der Untersuchungen der Kinder im ersten Lebensjahr. Auch eine bußgeldfreie Regelung, ähnlich dem zurzeit in Nordrhein-Westfalen zum Einsatz kommenden Gesetzes, wäre durchaus vorstellbar, um für das Wohl der Kinder zu sorgen und den Einbruch der Anzahl an Untersuchungsteilnahmen nach dem 14. Lebensmonat abzufangen.

Untersuchungen und die Beratungsgespräche können ohne Zweifel einen Teil zu einer gesunden Entwicklung des Kindes beitragen, so kann es gelingen mittels Frühförderung spätere Entwicklungsstörungen rechtzeitig abzufangen. Jene Eltern, welche bei den freiwilligen Untersuchungen nicht mehr teilnehmen, sind sich dieser Vorteile offenbar nicht bewusst, weshalb ihnen die enorme Wichtigkeit der jährlichen Untersuchung ihrer Kinder durch Erinnerungssysteme, Meldesysteme, zusätzliche Förderungen oder auch möglichen Sanktionen vermittelt werden sollte.

Eine verpflichtende Krankenakte für Kinder wäre vorstellbar und könnte mit nur kleinen Modifikationen der bereits gestarteten elektronischen Gesundheitsakte eingeführt werden, um so den Schutz vieler Kinder vor überforderten und gewaltbereiten Erziehungsberechtigten weiter zu verbessern. Es wäre vorstellbar, dass aufgrund der in Österreich geltenden moralischen Werte eine verpflichtende ELGA für Kinder flächendeckende Zustimmung findet. Würde man hier medienwirksam an das Pflichtbewusstsein der Bürgerinnen und Bürger appellieren, diesem System zuzustimmen, um gemeinsam Kinder in Österreich vor Misshandlungen zu bewahren, könnte eine solche Modifikation der ELGA mit Einverständnis des Volkes stattfinden.

Sollte dieser Appell an das Verantwortungsbewusstsein der Österreicherinnen und Österreicher erfolglos bleiben, sollte der Staat weiterhin die Möglichkeit in Betracht ziehen, ähnlich den Jugendschutzgesetzen, das Selbstbestimmungsrecht der Eltern einzuschränken, um Misshandlungen und Vernachlässigungen an Kindern zu verhindern und deren physisches und psychisches Wohl unter staatlichen Schutz zu stellen.

Auch um eine verbesserte Impfabdeckung gewährleisten zu können und die Gesundheit eines jeden bisher nicht immunisierten Kindes zu schützen, müssten hier ähnliche Schritte unternommen werden. Zuerst sollte unbedingt durch Kampagnen und Wissensvermittlung in den Schulen sowie in den österreichischen Medien auf die Gefahren und Folgen von Infektionen, welche durch empfohlene Immunisierungen verhindert werden könnten, aufmerksam gemacht werden. Es müsste deutlich vermittelt werden, dass so wie bei der Frühförderung auch hier auf Prävention einer Pathologie, statt auf anschließende Therapie gesetzt werden sollte.

Falls dadurch die Impfquote nicht ansteigt oder in den nächsten Jahren sogar noch weiter sinkt, sollte der Staat Verantwortung übernehmen und die österreichischen Kinder mittels Impfpflicht vor möglichen Epidemien und deren Folgen schützen. Zum Beispiel könnte wie von der Ethikkommission des Bundeskanzleramtes empfohlen, das Vorzeigen des Impfpasses bei Eintritt in öffentliche Bildungseinrichtungen verlangt werden, um eine Impfberatung zu empfehlen. Sollten diese Beratungen keine Wirkung zeigen, könnten stattdessen die empfohlenen Immunisierungen als Voraussetzung für eine Ausbildung in einer staatlichen Einrichtung gelten. Auch die Kürzung der Sozialleistungen nach dem australischen Modell, könnte den Anteil an immunisierten Personen vergrößern und Herdenimmunität gegen verschiedene Krankheiten herstellen.

Mithilfe dieser Arbeit konnte hoffentlich klargestellt werden, dass keine große Neugestaltung der österreichischen Gesetze und keine moralisch undenkbaren Änderungen nötig wären, um eine beträchtliche Verbesserung für das Wohlergehen der Kinder unseres Landes herbeizuführen. Es ist in den moralischen Grundsätzen unserer Gesellschaft verankert, unsere Kinder zu schützen und zu fördern, weshalb die meisten unserer Bürgerinnen und Bürger sicher auch ohne strenge Sanktionen, sondern mit Bildung und Aufklärung den in dieser Arbeit empfohlenen Maßnahmen zustimmen würden, um eine gesunde Entwicklung der Kinder gewährleisten zu können.

6 Literaturverzeichnis

1. Öffentliches Gesundheitsamt Österreichs. Der Mutter-Kind-Pass [Internet]. März 2015 [zitiert am 11.02.2016]. URL: www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Der_Mutter_Kind_Pass_HK.html.
2. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit. Mutter-Kind-Pass [Internet]. [zitiert am 11.02.2016]. URL: www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass.
3. Rechtinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002, Fassung vom 11.02.2016. [zitiert am 11.02.2016]. URL: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001694.
4. Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen. Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen / U-Untersuchungen [Internet]. April 2016 [zitiert am 28.04.2016]. URL: www.recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000719.
5. Bernert G, Grill F, Haberfellner H, Hächl G et al. Leitfaden Mutter Kind Pass. extra Österreichische Ärztezeitung. September 2000;17a.
6. Müller D, Biomechanische Untersuchung am Osteosynthesemodell des Beckenknochens- primäre Stabilität von resorbierbarer Pin und K-Draht-Osteosynthese der Salter- Beckenosteotomie [Dissertation]. Margburg: Fachbereich der Humanmedizin in der Philipps- Universität Margburg; 2012.
7. Glombowski G, Anthuber D, Anthuber C. Vulvaerkrankungen im Kindesalter. Der Gynäkologe. Juni 1998; 31; S:558 - 565.
8. Romero AC, Funayama CA, Capellini SA, Frizzo AC. Auditory Middle Latency Response and Phonological Awareness in Students with Learning Disabilities. Int Arch Otorhinolaryngol. Oktober 2015 ;19; 325 - 330.
9. Janz K, Burns T, Levy S. Tracking of Activity and Sedentary Behaviors in Childhood. American Journal of Preventive Medicine. Oktober 2005; 29; S: 171–178.
10. Goetz M. Fernsehen von -0,5 bis 5. Television. 2007, 1; 20;12-17.
11. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Österreichische Empfehlung für gesundheitswirksame Bewegung [Internet]. 2012 [zitiert am 29.07.2016]. URL: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/prioritaeten/bewegung-und-ernaehrung> .
12. Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. Österreichischer Ernährungsbericht 2003 [Internet]. 1.Auflage. Oktober 2003 [zitiert am 29.07.2016]. URL: https://nutrition.univie.ac.at/uploads/media/oesterr_ernaehrungsbericht_2003.pdf .

13. Clarke W, Laurer R, Does childhood obesity track into adulthood? *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 1993; 33: 423 - 430.
14. Juonala M, Magnussen C, Berenson G, Venn A, et al. Childhood Adiposity, Adult Adiposity, and Cardiovascular Risk Factors. *The New England Journal of Medicine*. November 2011; 365:1876 - 1885
15. Zecevic C, Tremblay L, Lovsin T, Michel L. Parental Influence on Young Children's Physical Activity. *International Journal of Pediatrics*. 2010, Article ID: 468526.
16. Biddle S, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*. August 2011; 45: 886 - 895.
17. Voelcker-Rehage C. Der Zusammenhang zwischen motorischer und kognitiver Entwicklung im frühen Kindesalter. *DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR SPORTMEDIZIN*. 2005; 10: 258 – 263.
18. Shetty R, Shetty M, Shetty S, Deoghare A. Three-Alarm System: Revisited to treat Thumb-sucking Habit. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2015; 8: 82 – 86.
19. Silvestrini-Biavati A, Salamone S, Silvestrini-Biavati F, Agostino P et al. Anterior open-bite and sucking habits in Italian preschool children. *European Journal of Paediatric Dentistry*. März 2016;17: 43 - 46.
20. Maciel CT, Leite IC. Etiological aspects of anterior open bite and its implications to the oral functions. *Pro Fono*. 2005;17: 293 - 302.
21. Rechtinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramts. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Kinderbetreuungsgeldgesetz, Fassung vom 11.02.2016. [zitiert am 11.02.2016]. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001474>.
22. Bundesministerium für Familien und Jugend. Karmasin & Heinisch-Hosek: „Kindergeldkonto kommt ab 01.03.2017 [Internet]. 2016 [zitiert am 29.07.2016]. URL: <https://www.bmfj.gv.at/ministerin/Aktuelles/Themen/Kindergeld-Konto-Neu.html>.
23. Land Salzburg. Eltern werden per Brief an Vorsorgeuntersuchung erinnert [Internet]. 13.3.2006 [zitiert am 29.07.2016]. URL: http://service.salzburg.gv.at/lkorj/Index?cmd=detail_ind&nachrid=36202.
24. Salzburger Landtag. Antrag der Abg. Klubobfrau Mag.a Rogatsch und Mag.a Gutschi betreffend die wissenschaftliche Begleitung des Mutter-Kind-Passes [Internet]. 02.07.2014 [zitiert am 29.07.2016]. URL: <https://www.salzburg.gv.at/002011pi/15Gesetzgebungsperiode/2Session/745.pdf>.
25. Initiative „Tut gut!“. Mutter-Kind-Pass [Internet]. 2015 [zitiert am 29.07.2016]. URL: https://www.noetutgut.at/content/projekte/angebote/ausgelaufene_projekte/mutter_kind_pass.php.
26. Amt der Oö. Landesregierung. Mutter-Kind-Zuschuss [Internet]. [zitiert am 29.07.2016]. URL: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/36151.htm>.

27. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche [Internet]. Mai 2016 [zitiert am 01.08.2016]. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html> .
28. Statistik Austria. Säuglingssterblichkeit seit 1946 nach Lebensdauer [Internet]. Juni 2015 [zitiert am 12.02.2016]. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html .
29. ARD; Katrin H. Pro und Contra Mehr Kinderschutz durch Pflichtbesuch beim Arzt [Internet]. 04.04.2007 [zitiert am 15.02.1016]. URL: www.web.ard.de/themenwoche_2007/zukunft/kinder-sind-zukunft/kinder-in-not/kinderschutz-durch-arztbesuche/-/id=520624/nid=520624/did=550260/1defeyg/index.html .
30. Öffentliches Gesundheitsamt Österreichs. Die Suche nach dem Arzt [Internet]. 16.04.2013 [zitiert am 11.02.2016] URL: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Die_Arzt suche_HK.html .
31. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [Internet]. [zitiert am 29.07.2016]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_76.html.
32. Rechtinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Rechte von Kindern [Internet]. 2016 [zitiert am 25.02.2016] URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007136>.
33. Walsh K, Bridgstock R, Farrell A, Rassafiani M, et al. Case, teacher and school characteristics influencing teachers' detection and reporting of child physical abuse and neglect: results from an Australian survey. *Child Abuse & Neglect*. Okt. 2008; 32: S: 983 - 893.
34. Thomas Gödde. Das Elterngespräch- Schwieriges zur Sprache bringen. In: Bathke S, Drewes S, Gödde T, Knapp H, et al, Hrsg. Arbeitshilfe zur Umsetzung des Kinderschutzes in der Schule – Empfehlungen für Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte. 2. Auflage. Münster: Institut für soziale Arbeit e.V; 2009: 25 - 36.
35. Höllwarth E. Gewalt und Missbrauch von Kindern. *Österreichische Ärztezeitung*. 10.09.2004; 17.
36. Heintze C, Wirth L, Welke J, Braun V. Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2006; 82: 396 - 401.
37. Simone Reisdorf. Sexueller Missbrauch: Aus Opfern werden oft Täter. *Ärzte Zeitung online* [Internet] 07.01.2011 [zitiert am 20.02.2016] URL: <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/632313/sexueller-missbrauch-opfern-oft-taeter.html> .
38. Skuse D. Emotional abuse and neglect. *British Medical Journal*. 24. 06.1989; 298: 1692 – 1694.
39. Sanderud K, Murphy S, Elklit A. Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. *European Journal of Psychotraumatology*. Juni 2016; 7:S: 1 – 6.

40. Meadow, R.: Different interpretations of Munchausen Syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*. Mai 2006; 26: 501 – 508.
41. Flaherty E, MacMillan H, Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment. *Pediatrics*. August 2013.
42. McClure R J, Davis P M, Meadow S R, Sibert J R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*. Juli 1996; 75: 57 – 61.
43. Jacobi, G; Dettmeyer, R; Banaschak, S; Brosig, B; Herrmann, B. Child Abuse and Neglect- Diagnosis and Management. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2010; 107(13): 231 - 240.
44. Rechtinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes. Bundesrecht konsolidiert: Kinder- und Opferschutzgruppen [Internet]. 2016 [zitiert am 01.08.2016]. URL: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40129956>.
45. Österreichisches Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen [Internet] 2010 [zitiert am 01.08.2016]. URL: <https://www.bmfj.gv.at/dam/jcr:14e91412-5af3-45a0-956c-d77441a52ac4/Leitfaden-Kinderschutzgruppen-2011.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=at>.
46. Bundesministerium für Gesundheit. ELGA [Internet]. November 2015[zitiert am 11.02.2016]. URL: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/E_Health_Elga/ELGA_Die_Elektronische_Gesundheitsakte/.
47. Kurier, Birgit Seiser. Mehr als 165.000 ELGA-Aussteiger [Internet]. Juli 2014 [zitiert am 11.02.2016]. URL: <http://kurier.at/chronik/oesterreich/mehr-als-165-000-ELGA-aussteiger/72.873.576>.
48. Kevin J. O’Leary, Niraj L. Sehgal, Grace Terrell, Mark V. Williams. Interdisciplinary Teamwork in Hospitals: A Review and Practical Recommendations for Improvement. *Journal of Hospital Medicine*. Jänner 2012; 7: 48-54.
49. Flaherty E, Sege R, Binns H, et al. Health care providers’ experience reporting child abuse in the primary care setting. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine* 2000; 154: 489 – 493.
50. Norman R, Byambaa M, De R, Butchart A et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Public Library of Medicine*. November 2012; 9 (11); e1001349.
51. Unicef. Vaccines bring 7 diseases under control [Internet]. 1996 [zitiert am 29.02.2016]. URL: <http://www.unicef.org/pon96/hevaccin.htm> .
52. Davies P, Chapman S, Leask J. Antivaccination activists on the world wide web. *Archives of Diseases in Childhood*. 2002 Juli; 87(1): 22 - 25.

53. WHO Regionalbüro für Europa. Sieben Hauptgründe weshalb Impfungen in der Europäischen Region der WHO eine Priorität bleiben müssen [Internet]. April 2015 [zitiert am 29.02.2016] URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/141859/Seven_Key_ReasonsG.pdf?ua=1.
54. Bundesministerium für Gesundheit. Impfplan Österreich 2016; S: 6 - 8 [Internet]. Jänner 2016 [zitiert am 03.03.2016]. URL: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/8/1/CH1100/CMS1452867487477/impfplan.pdf>.
55. Bundesministerium für Gesundheit. Impfplan Österreich 2016. Jänner 2016 [zitiert am 03.03.2016] S: 9 - 50. URL: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/8/1/CH1100/CMS1452867487477/impfplan.pdf>.
56. Christoph A. Impfung gegen Rotaviren-Notwendigkeit oder Luxus?. *Padeiatricae*. 2008; 19: 30 - 32.
57. Halid B. Bivalente und quadrivalente Impfung gegen das humane Papillomavirus. *ARS Medici*. 2012; 2: S: 84 – 85.
58. Brotherton J, Fridman M, May C, Chappell G, Saville A M, Gertig D. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lancet*. Juni 2011; 377: 2085 – 2092.
59. Statistik Austria. Angezeigte laborbestätigte Fälle übertragbarer Krankheiten seit 1960 [Internet]. Oktober 2015 [zitiert am 12.02.2016]. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/uebertragbare_krankheiten/022357.html .
60. World Health Organisation. Measles [Internet]. November 2015 [zitiert am 12.02.2016]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>.
61. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Masern in Österreich (N=304) [Internet] August 2015 [zitiert am 01.08.2016] URL: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/3/4/CH1613/CMS1376468084082/masern_2015.pdf .
62. Hahné S, Whelan J, Binnendijk R, Swaan C et al. Mumps Vaccine Effectiveness Against Orchitis. *Emerging infectious diseases*. Jänner 2012; 18 (1): 181 - 183.
63. Dudgeon J. Maternal rubella and its effect on the foetus. *Archives of Diseases in Childhood*. 1967; 42: 110 - 125.
64. Yahyapour Y, Karimi M, Molaei H, Khoddami E et al. Active-passive Immunization Effectiveness Against Hepatitis B Virus in Children Born to HBsAg Positive Mothers in Amol, North of Iran. *Oman Medical Journal*. November 2011; 26(6): 399 – 403.
65. Österreichische Apothekerkammer. Meningokokken: Informationen zur Prophylaxe und Therapie [Internet]. [zitiert am 12.02.2016]. URL: <http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse.nsf/webPages/B6ACF3CB929CAC9DC1257272004B3B1C?OpenDocument> .

66. Infektionsprophylaxe. In Nicole Menche Hrsg. Biologie Anatomie Physiologie. 7. Auflage. München: Elsevier; 2012: 215 – 216.
67. Blut Immunsystem und lymphatische Organe. In Adolf Faller, Michael Schünke Hrsg. Der Körper des Menschen Einführung in Bau und Funktion. 16. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2012: 326 – 330.
68. Ursula Wiedermann-Schmidt. Grundlagen des Impfwesens. Brigitte Marian Hrsg. Krankheit, Krankheitsursachen und –bilder. 3. Auflage. Wien: Facultas; 2009: S: 162 – 165.
69. Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. Zugelassene Impfstoffe [Internet] Oktober 2015 [zitiert am 01.08.2016]. URL: <http://www.basg.gv.at/arzneimittel/impfstoffe/zugelassene-impfstoffe/>.
70. WHO. Behavioural Factors in Immunisation [Internet]. 2003 [zitiert am 01.08.2016]. URL: http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf.
71. Österreichische Apothekerkammer. Am 8. Mai 1980 wurde die Ausrottung der Pocken bestätigt[Internet]. [zitiert am 12.02.2016]. URL: <https://www.apotheker.or.at/internet/oeak/newspresse.nsf/e02b9cd11265691ec1256a7d005209ee/75de1d7b40523a3dc1256ffc002f16ca?OpenDocument>.
72. service-public.fr. Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP) [Internet]. Oktober 2014 [zitiert am 12.02.2016]. URL: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F704>.
73. Australian Government, Department of Health. UPDATE: No Jab No Pay . Immunisation Catch-Up Arrangements[Internet]. September 2015 [zitiert am 28.02.2016]. URL: [http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/clinical-updates-and-news/\\$File/Update-No-Jab-No-Pay-Immunisation-Catch-Up-Arrangements\(D15-1126865\).pdf](http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/clinical-updates-and-news/$File/Update-No-Jab-No-Pay-Immunisation-Catch-Up-Arrangements(D15-1126865).pdf).
74. BBC News. Australia to stop welfare cash of anti-vaccine parents [Internet]. April 2015 [zitiert am 12.02.2016]. URL: <http://www.bbc.com/news/world-australia-32274107>.
75. OECD. Child vaccination rates [Internet]. 2013 [zitiert am 12.02.2016]. URL: <https://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.html>.
76. Rechtinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Einsetzung einer Bioethikkommission [Internet]. Juli 2016 [zitiert am 01.07.2016]. URL: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001379.
77. Bioethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramtes. Impfen – ethische Aspekte Stellungnahme der Bioethikkommission [Internet]. Juni 2015 [zitiert am 09.07.2016]. URL: <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=59751>.
78. Rechtinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Europäische Menschenrechtskonvention [Internet]. Juli 2016 [zitiert am 02.07.2016]. URL:<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000308>.

79. UNICEF. UN-Konvention über die Rechte des Kindes [Internet]. 26.01.1990 [zitiert am 01.08.2016]. URL: <https://www.unicef.at/fileadmin/media/Kinderrechte/crcger.pdf>.
80. Schmitt-Sausen N. Organmangel: Ein Problem, keine Lösung. Österreichische Ärztezeitung. Oktober 2015; 15 - 16.
81. Andersen S. Einführung in die Ethik. 2. Auflage; Berlin: de Gruyter; 2005; 1 - 2.
82. Beckmann JP. (Hrsg.). Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik. 1. Auflage; Berlin: de Gruyter; 1995; S:5.
83. Lay R. Ethik in der Pflege: Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2. Auflage; Hannover: Schlütersche; 2012; 17.
84. Giovanni Maio. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. 1.Auflage; Stuttgart: Schattauer; 2011; S: 23 - 46.
85. Fisch S. Ökonomie in der Krebstherapie. Österreichische Ärztezeitung. 6.10.2009; 11.
86. Bundesministerium für Gesundheit. STATIONÄRE KOSTEN in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2005 - 2014 [Internet]. September 2015 [zitiert am 01.08.2015]. URL: http://www.kaz.bmgf.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/5_T_Kosten_statEK.pdf.
87. Georg Marckmann. Was ist eigentlich prinzipienorientierte Ethik. Ärzteblatt Baden-Württemberg. 2000; 12: 499 – 502.
88. Rechtsinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes. Landesrecht Oberösterreich: Gesamte Rechtsvorschrift für Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte [Internet]. Juli 2016 [zitiert am 02.07.2016]. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=20000124>.
89. Rechtsinformationssystem des österreichischen Bundeskanzleramtes. Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden [Internet]. Juli 2016 [zitiert am 02.07.2016] URL: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138&FassungVom=2015-08-12&Artikel=&Paragraf=49&Anlage=&Uebergangsrecht=>.
90. Hippokratischer Eid. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 255. Auflage. New York: de Gruyter; 1986: 695.