

**Wieviel wissen Eltern über Säuglingspflege -
„Babyführerschein“ ja oder nein?**

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr.med.univ.)

vorgelegt von

Bettina Lehner

unter der Betreuung von

Univ-Prof. Dr. Reinhold Kerbl

ausgeführt an der

Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz
der Medizinischen Universität Graz

Graz, Dezember 2008

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Univ. Prof. Dr. Reinhold Kerbl, der mir, diesem sensiblen Thema sehr aufgeschlossen, ermöglichte, der Frage nach einem „Babyführerschein“ nachzugehen.

So unterstützte er mich bei sämtlichen Fragestellungen und bei der Erreichung der Probanden, und nahm sich stets Zeit, wann immer ich seiner Hilfe und Unterstützung bedurfte.

Weiters danke ich Frau Dr. Sonja Otto, die mir die Befragung der KlientInnen in ihrer Praxis ermöglichte und mir stets bei Fragen der Säuglingspflege, ob sie nun meinen Sohn, oder aber die Dissertation betrafen, mit Rat und Tat zur Seite stand.

Besonders bedanke ich mich bei meiner Familie und Freunden, die mich während der ganzen Zeit meines Studiums unterstützten, nie an mir zweifelten und mich stets motiviert haben, trotz einiger schwieriger Phasen, mein Studium und meine Dissertation zu Ende zu bringen.

Am meisten danke ich meinem Sohn Simeon, der aufgrund meines Studiums und der Erstellung der Dissertation öfter auf mich verzichten musste als ihm lieb war, jedoch, was mich am meisten erstaunte, (trotz seines Alters) Verständnis dafür zeigte.

Zum Schluss danke ich noch Herrn DI Martin Bachler, der mir bei der Statistik, vor allem bei der Erstellung der Graphiken und Signifikanztests, unterstützend unter die Arme griff.

Meinem Sohn Simeon

Vorwort

Da ich mit 23 Jahren meinen Sohn bekam, beschäftigte ich mich schon sehr früh mit der Thematik Säuglingspflege.

So stellte ich mir und anderen unzählige Fragen über Pflege, Impfungen, Kinderkrankheiten etc., welche sich teils durch Bücher und Broschüren, teils über das Internet beantworten ließen.

Im Besonderen fand ich die Gespräche mit meiner damaligen Kinderärztin Dr. Sonja Otto hilfreich, welche sich stets Zeit für meine Probleme und Fragestellungen nahm. Erst im Zuge meiner Famulatur in ihrer Lehrpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde stellte ich immer öfter zu meinem Bedauern fest, dass sich nicht alle Eltern so intensiv mit diesem Thema befassten.

So war ich doch das eine oder andere Mal erschrocken über das Nichtwissen der Eltern. Es wurden Säuglingen Kuhmilch statt Säuglingsnahrung und Fieberzäpfchen gegen Blähungen verabreicht, sodass ich erstmals das Bedürfnis verspürte, das Wissen der Eltern über Säuglingspflege zu evaluieren und der Frage nachzugehen, ob es eines „Babyführerscheins“ bedarf bzw. in wie weit ein solcher von den Eltern erwünscht oder abgelehnt wird.

Außerdem beschäftigte mich auch die Rechtslage zu diesem Thema. Welche Rechte haben Kinder, welche Rechte haben Eltern und in wie weit greift der Staat bei einer Gefährdung des Kindes ein bzw. hat überhaupt die Möglichkeit dazu?

Bettina Lehner

Graz, Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

<u>I. Einleitung</u>	7
1. Die Rechte des Kindes	7
1.1. UN-Konvention über die Rechte des Kindes	7
1.2. Nationaler Aktionsplan für die Rechte von Kindern und Jugendlichen	8
2. Wahrung der Rechte des Kindes	9
2.1. Jugendwohlfahrt	9
2.2. Anzeigepflicht im Ärztegesetz 1998.....	10
3. Der Mutter-Kind-Pass	11
4. Möglichkeiten der Informationseinholung über Säuglingspflege	12
4.1. Der Mutter-Kind-Pass	12
4.2. Beratungsstellen	12
4.2.1. Eltern-Kind-Zentren	13
4.2.2. Hebammen und Geburtshäuser	13
4.2.3. Stillberatung	13
4.2.4. Geburtsvorbereitung	14
4.2.5. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend	14
4.3. Elternschulen	15
4.4. Elternbildungsveranstaltungen	15
4.5. Elektronische Medien	16
5. Überlegungen zu einem „Babyführerschein“ in Österreich und in anderen Ländern	16
5.1. TNS-Emnid Studie im Auftrag der Laienzeitschrift „Lisa“: Brauchen Eltern einen Elternführerschein“	17
5.2. Forsastudie im Auftrag der Laienzeitschrift „Bild der Frau“: „Was muss jetzt passieren, damit unsere Kinder besser geschützt sind?“	17
5.3. Studie des Magazins Geo Wissen: „Kindergeld nur mit Elternführerschein“	17
5.4. Umfrage des Internetportals „n-tv.de“: „Brauchen wir einen Elternführerschein?“	18
5.5. PolitikerInnen fordern zunehmend den „Elternführerschein“	18
<u>II. Ziel der Arbeit</u>	21

<u>III. Probanden und Methoden</u>	22
1. Vorstellung von Klinik und Praxis	22
1.1. Kinderfachärztliche Praxis Dr. Sonja Otto	22
1.2. Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde LKH Graz	22
2. Probanden	22
3. Kinderärzte und Kinderärztinnen	23
4. Methoden	23
5. Erhebungsbogen für Eltern	24
6. Erhebungsbogen für Kinderärzte und Kinderärztinnen	30
<u>IV. Auswertungen der Erhebungsbögen</u>	33
1. Erhebungsbogen für Eltern	33
1.1. Ergebnisse der Elternbefragung an der kinderfachärztliche Praxis Dr. Sonja Otto	33
1.2. Ergebnisse der Elternbefragung an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugend- heilkunde LKH Graz	33
2. Erhebungsbogen für Kinderärzte und Kinderärztinnen	66
<u>V. Ergebnisse</u>	76
<u>VI. Diskussion</u>	79
1. Überblick über das Wissen der Eltern bezüglich Säuglingspflege	79
1.1. Stillen/Ernährung	79
1.2. Pflege	79
1.3. Schlafen	80
1.4. Impfungen	80
1.5. Kinderkrankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten	81
1.6. Wissen über Säuglingspflege	81
2. Ergebnisse und Vergleich mit anderen Studien	82
2.1. Elternbildung in Österreich	82
2.2. Studie zum Wissensstand von Müttern bezüglich Säuglingspflege an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz	86

3. Beurteilung des Wissens der Eltern durch Kinderärzte und Kinderärztinnen	87
4. Unterschiede zwischen Klinik und Praxis	89
5. Unterschiede zwischen InländerInnen und MigrantInnen	90
6. Auswirkung von Schulbildung, Alter und Familienstand	92
6.1. Kurzevaluation von Programmen zu frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsystemen in den Bundesländern	94
6.2. Gibt es eine schichtenspezifische Bildungswilligkeit?	97
7. Wunsch nach einem “Babyführerschein“?	99
 <u>VII. Zusammenfassung</u>	 100
 <u>VIII. Abstract</u>	 102
 <u>IX. Literaturverzeichnis</u>	 104

I. Einleitung:

1. Die Rechte des Kindes¹:

Kinderrechte sind Menschenrechte, die auf der ganzen Welt für alle Menschen bis 18 Jahre gelten.

So haben Kinder ein Recht darauf, angemessen versorgt, gefördert und geschützt zu werden und sich am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen.

Kinder sind kompetente Persönlichkeiten und eigenständige Träger von Rechten, die sie auch selbst vertreten können.

Für diese Grundrechte der Kinder gibt es seit 1989 mit der UN-Konvention über die Rechte des Kindes ein weltweites Grundgesetz.

1.1. UN-Konvention über die Rechte des Kindes:

UNICEF (United Nations Children´s Fund), das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, setzt sich seit 1946 für Kinder ein, sodass diese eine Chance auf ein menschenwürdiges Leben bekommen.

UNICEF ist als Sonderorganisation der Vereinten Nationen dem Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen (ECOSOC) unterstellt und setzt sich in dessen Auftrag für die Belange der Kinder ein.

Maßgeblich ist dabei die „*Konvention über die Rechte des Kindes*“², welche 1989 in Kraft trat.

Die „*Konvention über die Rechte des Kindes*“ definiert in 54 Artikeln die weltweit gültigen Maßstäbe für eine kindgerechte Gesellschaft sowie die Aufgabe von Staat und Gesellschaft zur Durchsetzung dieser Rechte.

Artikel 24 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes besagt:

„1. Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung und Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“

2. Die Vertragstaaten treffen Maßnahmen, um

„e) sicherzustellen, dass allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens, die Hygiene und Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung vermittelt werden, dass sie Zugang zu der entsprechenden Schulung haben und daß sie bei der Anwendung dieser Grundkenntnisse Unterstützung erhalten;

¹ http://www.unicef.de/download/i_0084_kinderrechte.pdf

² http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/downloads/kinderrechtskonvention/un-konvention_ueber_die_rechte_des_kindес_deutsche_fassung.pdf

f) die Gesundheitsvorsorge, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen“

Artikel 27 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes besagt:

„1. Die Vertragsstaaten erkennen das Recht jedes Kindes auf einen der körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard an.“

Seit 1989 haben 193 Staaten (mit Ausnahme von Somalia und den Vereinigten Staaten, Stand 6. Dezember 2006) die UN-Kinderrechtskonvention ratifiziert, in Österreich ist sie seit 5.9.1992 rechtskräftig.

Im Dezember 1997 wurde das Netzwerk Kinderrechte Österreich³ zur Förderung der Umsetzung der UNO-Kinderrechtskonvention in Österreich gegründet, um parallel zum Staatenbericht der Bundesregierung im Zuge des Monitoringprozesses vor dem UNO-Kinderrechtsausschuss den „Schattenbericht“ zu erstellen.

Mittlerweile umfasst das Netzwerk 27 Mitgliedsorganisationen (z.B. Kinder- und Jugendanwaltschaften der Länder, SOS-Kinderdorf, Bundesjugendvertretung, Kinder- und Jugendfachärzte u.v.m.)

Das Inkrafttreten der Konvention hat dem internationalen Engagement für Kinder neuen Schwung gegeben. So standen die Kinderrechte im Mittelpunkt des Weltgipfels für Kinder 1990 und beim Kopenhagener Weltsozialgipfel 1995.

Bei der Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zum Thema Kinder 2002 (Weltkindergipfel 2002) haben sich die Staaten verpflichtet, zur Umsetzung der Kinderrechte im Sinne der Kinderrechtskonvention nationale Aktionspläne auszuarbeiten. 117 Staaten haben in den letzten Jahren einen nationalen Aktionsplan für Kinder verabschiedet.

1.2. Nationaler Aktionsplan für die Rechte von Kindern und Jugendlichen⁴:

Er wurde von der Republik Österreich gemäß dem Beschluss der UN-Sondergeneralversammlung Weltkindergipfel 2002 erstellt und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im November 2004 koordiniert. In Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsförderung und –vorsorge wurden unter anderem folgende Punkte festgelegt:

*„6. Recht auf Gesundheit und Gesundheitsförderung:
Gesundheit ist ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1946).“*

„Dieses für Kinder und Erwachsene gleichermaßen geltende Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung (Ottawa Charta der WHO, 1986) – ist der Leitgedanke unserer Gesundheitspolitik.“

³ <http://www.kinderhabenrechte.at/>

⁴ http://www.yap.at/upload/yap_content/NAP041122_GUID1C18E5FDFD3B444EAAB22D551D170392.pdf

"Das Gesundheitssystem zeichnet sich in Österreich durch eine flächendeckende Versorgung mit entsprechenden Diensten, angefangen von den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammen über die schulärztliche Versorgung hin zur kostenlosen Mitversicherung von Kindern/Jugendlichen und Zugang zu wichtigen medizinischen Dienstleistungen aus. Prävention, Gesundheitserziehung und -informationen über zahlreiche Medien (Schule, Internet, Beratungsstellen, außerschulische Jugenderziehung) bilden einen wichtigen Baustein in der Gesundheitsförderung."

„Ein nationaler Kinder- und Jugendgesundheitsplan wird ausgearbeitet.“

„6.1 Gesundheitsförderung und –vorsorge

Der Gesundheitsförderung und präventiven Maßnahmen kommt zentrale Bedeutung für ein gesundes Leben und eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu. Derartige Maßnahmen zielen sowohl auf den individuellen Lebensstil als auch auf gesundheitsfördernde bzw. -erhaltende Maßnahmen in den unterschiedlichen Lebensbereichen ab. Dazu gehören Partizipation von Kindern und Jugendlichen sowie die Stärkung ihrer personalen und sozialen Ressourcen. Wie die Erfahrungen und Erfolge des Mutter-Kind-Pass-Programmes zeigen, muss Gesundheitsförderung bzw. -vorsorge möglichst früh ansetzen.“

2. Wahrung der Rechte des Kindes:

2.1. Jugendwohlfahrt:

Die Jugendwohlfahrt umfasst alle Maßnahmen der Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge, die dem Wohle des Kindes dienen. Diese liegen primär im präventiven Bereich, in Form von Angeboten sozialer Dienste, die den Eltern Beratung, Unterstützung, Hilfe und Begleitung sowie Elternbildung ermöglichen.

Insbesondere steht die *„Stärkung der Erziehungskraft der Familie als unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“*⁵ im Vordergrund.

Die öffentliche Jugendwohlfahrt darf in familiäre Beziehungen eingreifen, wenn die Erziehungsberechtigten das Kindeswohl objektiv gefährden, sei es durch körperliche oder seelische Gewaltausübung.

Mit der Jugendwohlfahrtsgesetz-Novelle 2008⁶ wurde das Jugendwohlfahrtsgesetz 1989, BGBl. Nr. 161, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 41/2007, unter anderem wie folgt geändert:

Ausweitung des Angebots an Sozialen Diensten

So lautet § 12 Absatz 1 mit Überschrift:

⁵ <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/artikel.pdf?channel=CH0947&doc=CMS1055942556584>

⁶ http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/ME/ME_00122/fname_086357.pdf

„Soziale Dienste

§ 12. (1) Als soziale Dienste sollen besonders angeboten werden:

1. Bildung für werdende Eltern, Eltern und Erziehungsberechtigte zur Stärkung der Fähigkeit zur Pflege und Erziehung sowie zur Vorbeugung von Entwicklungsstörungen und Erziehungsschwierigkeiten sowie von physischer, psychischer und sexueller Gewalt, etwa Elternschulen

2. allgemeine und besondere Beratungsdienste für werdende Eltern, Eltern, Erziehungsberechtigte und Minderjährige, besonders zur Förderung der gewaltlosen Erziehung und zum Schutz Minderjähriger, etwa Mutter- bzw. Elternberatung, Erziehungs- und Familienberatung, Kinderschutzzentren

3. präventive und kurative Hilfen für Eltern, Erziehungsberechtigte und Minderjährige

4. Hilfen für die Betreuung Minderjähriger, etwa durch Mutter-Kind-Wohnungen und Tagesbetreuung (§ 21a)

5. Betreuung Minderjähriger durch niederschwellige Dienste, etwa Streetwork, betreute Notschlafstellen“

Sowie Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe im Falle der Gefährdung des Kindeswohls (§ 7a)

Diese und andere Änderungen traten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2007 mit 1. März 2008 in Kraft.

2.2. Anzeigepflicht im Ärztegesetz 1998:

Die Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht sind im Ärztegesetz 1998 i.d.F. (BGBl. I Nr. 91/2002) § 54 geregelt.

§ 54 Abs 4 Ärztegesetz 1998 i.d.F. besagt:

„Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass

1. durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten.

2. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist. „

§ 54 Abs 5 Ärztegesetz 1998 i.d.F. besagt:

„ Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten.

Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt. „

Weiters § 54 Abs 5 Ärztegesetz 1998 i.d.F:

„In den Fällen einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung hat der Arzt auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. In den Fällen des Abs. 5 hat er überdies unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten. „

3. Der Mutter-Kind-Pass⁷:

Der Mutter-Kind-Pass dient seit 1974 der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder. Die im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms vorgesehenen Untersuchungen stellen eine Gelegenheit zur Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung von Krankheiten sowie zur Kontrolle des Entwicklungsstandes des Kindes dar. Alle Schwangeren und Eltern von Kleinkindern sollten daher die Gelegenheit zur bestmöglichen Vorsorge für Mutter und Kind nützen und diese Untersuchungen durchführen lassen.

Das Programm beinhaltet für die Schwangere folgende Untersuchungen:

- 1 gynäkologische Untersuchung bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche (SSW) einschließlich einer Laboruntersuchung
- 1 gynäkologische Untersuchung in der 17.–20. SSW einschließlich einer internen Untersuchung
- 1 gynäkologische Untersuchung in der 25.–28. SSW einschließlich einer Laboruntersuchung
- 1 gynäkologische Untersuchung in der 30.–34. SSW
- 1 gynäkologische Untersuchung in der 35.–38. SSW

Die Durchführung dieser Untersuchungen in der Schwangerschaft stellt eine Voraussetzung für die **Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes** ab dem 21. Lebensmonat dar.

Weiters ist jeweils eine Ultraschalluntersuchung in der 18.–22. SSW und in der 30.–34. SSW durchzuführen.

Die Untersuchungen werden von Allgemeinmedizinerinnen bzw. den jeweiligen Fachärztinnen durchgeführt.

Untersuchungen des Mutter-Kind-Pass-Programms für Kinder:

⁷ <http://www.help.gv.at/Content.Node/8/Seite.082200.html>

http://www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemedizin/Mutter-Kind-Pass/Mutter_Kind_Pass_Leitfaden.pdf

- 1 Untersuchung des Kindes in der 1. Lebenswoche (wird meist im Spital durchgeführt)
- 1 Untersuchung des Kindes in der 4.–7. Lebenswoche einschließlich einer orthopädischen Untersuchung
- 1 Untersuchung des Kindes im 3.–5. Lebensmonat
- 1 Untersuchung des Kindes im 7.–9. Lebensmonat einschließlich einer HNO-Untersuchung
- 1 Untersuchung des Kindes im 10.–14. Lebensmonat einschließlich einer Augenuntersuchung

Zusammen mit den vorgesehenen Schwangerenuntersuchungen bildet die Durchführung der Kindesuntersuchung bis zum 14. Lebensmonat eine Voraussetzung für die **Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes** nach dem 21. Lebensmonat.

- 1 Untersuchung des Kindes im 22.–26. Lebensmonat einschließlich einer augenfachärztlichen Untersuchung
- 1 Untersuchung des Kindes im 34.–38. Lebensmonat
- 1 Untersuchung des Kindes im 46.–50. Lebensmonat
- 1 Untersuchung des Kindes im 58.–62. Lebensmonat

Weiters ist jeweils eine Hüftultraschalluntersuchung des Kindes in der 1. und in der 6.–8. Lebenswoche vorgesehen.

Die Untersuchungen werden von Allgemeinärzten bzw. den jeweiligen Fachärzten durchgeführt.

4. Möglichkeiten der Informationseinholung über Säuglingspflege:

Zahlreiche Medien wie Rundfunk, Fernsehen, Internet, Zeitschriften, Magazine und Bücher ermöglichen den Zugang zu Informationen und Ratschlägen rund um Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege.

4.1. Der Mutter-Kind-Pass:

Die Mutter-Kind-Pass Begleitbroschüre bietet neben Erläuterungen von rechtlichen Fragen, Kontaktmöglichkeiten zur Lösung von Problemstellungen und Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege.

4.2. Beratungsstellen:

Zahlreiche Beratungsstellen bieten Möglichkeiten der Informationseinholung in Bezug auf Säuglingspflege.

4.2.1. Eltern-Kind-Zentren:

sind Treffpunkte für werdende Eltern, Kinder und ihre erwachsenen BegleiterInnen, gegründet und getragen von Eltern und Fachleuten; meist sind es gemeinnützige Vereine, manche werden von Institutionen getragen.

Anliegen der Eltern-Kind-Zentren sind:

- Die Situation der Familien verbessern, der Isolation von Kleinfamilien entgegenwirken
- Plätze für Kommunikation und Freiräume für Kinder schaffen
- Eigeninitiativen junger Eltern unterstützen
- Einen respektvollen Umgang mit den Kindern fördern
- Die Situation von Schwangeren und Kindern in Krankenhäusern und Entbindungsstationen verbessern
- Interessen von Frauen wahrnehmen
- Berufstätigen Müttern beistehen
- Familien in Not unbürokratisch helfen

4.2.2. Hebammen und Geburtshäuser:

Hebammen⁸ arbeiten mit oder auch ohne Hebammenordination, in einem sog. Hebammenzentrum oder einer Hebammenpraxis (auch Gemeinschaftspraxen) und/oder in einem Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung, im Geburtshaus, im Entbindungsheim oder als Familienhebamme und in Mutter-Eltern-Beratungsstellen.

Hebammen begleiten Frauen durch die Schwangerschaft, die Geburt und in den Tagen danach.

Folgender Auszug aus dem Hebammengesetz 1994 § 2 Abs.1 lautet:

„ Der Hebammenberuf umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.“

4.2.3. Stillberatung:

- LLL (La Leche Liga)-Beraterinnen⁹: Internationale Selbsthilfeorganisation von stillenden Müttern.
- IBLCE (International Board Certified Lactation Consultants Examiners)¹⁰: Geprüfte Still- und Laktationsberaterinnen.

⁸ <http://www.hebammen.at/>

⁹ <http://www.lalecheliga.at/>

¹⁰ <http://www.iblce.org/>

Die LLL und IBLCE-Beraterinnen möchten:

- Fachlich kompetente, einfühlsame Beratung anbieten, die den Bedürfnissen von Mutter und Kind gerecht wird.
- In Ergänzung zu bestehenden Einrichtungen und Dienstleistungen eine Anlaufstelle für die in Zusammenhang mit dem Stillen und der Laktation sich ergebenden Probleme und Fragen sein.
- Teilnehmen an den Bemühungen, das Stillen in unserer Gesellschaft zu fördern und zu unterstützen.
- Beraterinnen arbeiten im Spital, in der Mutterberatung, bei den Müttern zu Hause – falls ein Hausbesuch erwünscht ist, auf dem Gebiet der Weiterbildung und am Aufbau einer umfassenden Dokumentation auf dem Gebiet der Laktation und des Stillens.

4.2.4. Geburtsvorbereitung:

ist eine umfassende Begleitung beim Prozess des Elternwerdens. Sie bezieht sich auf die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt, des Lebens mit Neugeborenen und Kindern. Dabei umfasst sie die körperlichen, seelischen und geistigen Vorgänge und Veränderungen von werdenden Eltern und Kindern und bietet Unterstützung im Prozess der Neuorientierung.

Geburtsvorbereitungskurse werden österreichweit in folgenden Institutionen angeboten:

- in geburtshilflichen Abteilungen
- in Schwerpunktspitälern bzw. Landeskrankenhäusern
- in Entbindungskliniken
- in den Stützpunkten der **Familienhebammen**
- in einigen **Volkshochschulen**
- bei privaten Vereinigungen wie z.B. bei der „NANAYA“ Beratungsstelle für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern in Wien"

4.2.5. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend¹¹:

Das Familienservice ist eine Informationsstelle des Ministeriums und bietet via Email (familienservice@bmsg.gv.at) und in Kooperation mit dem ORF seit 1. April 2008 das ORF Elterntelefon unter der Telefon Nummer: 01/7147147 unter anderem Beratung und Auskunft zu den Themenbereichen:

- Mutter-Kind-Pass
- Schwangerschaft, **Geburt und Baby**
- **Elternbildung**

Die Websites www.eltern-bildung.at, www.babyguide.at und www.elternmagazin.at sind Informationsplattformen des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend und bieten Tipps und Wissenswertes zum Thema Elternbildung Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege.

¹¹ <http://www.bmgfj.gv.at/>

4.3. Elternschulen:

Ass. Prof. Dr. Werner Stangl vom Institut für Pädagogik und Psychologie der Johannes Kepler Universität Linz publizierte „Elternschulen in Österreich. Eine Bestandsaufnahme und versuchte Standortbestimmung“ in *Erwachsenenbildung in Österreich* 4 (1990) 5-12.

Demnach sind Elternschulen „regelmäßige kurs- bzw. lehrgangartige Veranstaltungen für kleinere Gruppen von Eltern, die aus mehreren organisatorisch miteinander verbundenen Unterrichtseinheiten bestehen, die in einem relativ kurzen Zeitraum (etwa während eines Semesters) abgehalten werden, sich explizit an beide Elternteile wenden und eine prophylaktische Wissensvermittlung anstreben. Wesentliches Element dieser Kurse ist die Befassung mit allen Fragen der familialen Erziehung (Kinder von der Geburt bis 18/19 Jahre). Die Zielgruppe sind dabei im wesentlichen Eltern und andere familiale Erzieher, die nicht innerhalb einer anderen Institution als der Familie erziehend tätig sind.

Sie umfassen etwa 5 bis 6 eineinhalb bis zweistündige Veranstaltungen. Der Streubereich liegt zwischen 3 bis maximal 8 Einheiten.“

Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme an Elternschulen rekrutieren sich die Eltern im wesentlichen aus solchen, die zum ersten Mal ein Kind haben bzw. ihr erstes Kind erwarten. Obwohl gerade im Sinne des Erfahrungsaustausches auch "routinierte" Eltern willkommen sind, bleiben solche eher die Ausnahme.“

Weitaus am häufigsten sind solche Elternschulen, die sich auf die Zeit vor und nach der Geburt bzw. das erste Lebensjahr konzentrieren. Charakteristische Themen von Unterrichtseinheiten sind etwa:

- Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Geburt, Wochenbett
- Praktische Übungen: Wickeln, Ankleiden, Baden des Kindes
- Pflege und Ernährung und Entwicklung des Säuglings
- Vorbereitung auf die Elternrolle - wie verändert das Kind die Partnerschaft
- Rechtsberatung, Familienrecht, arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Fragen

Diese Kurse können als Weiterentwicklung der traditionellen Geburtsvorbereitungskurse verstanden werden und wenden sich vorwiegend an Mütter und Ersteltern.

4.4. Elternbildungsveranstaltungen¹²:

Durch die zunehmende Veränderung der traditionellen Familienform, der Kernfamilie, zu alternativen Familienformen, seien es nun allein erziehende Familien, Patchworkfamilien, Pflege- und Adoptivfamilien oder die Living Apart Partnerschaften mit Kindern etc., aber auch durch den Wandel der Rollenbilder, der zunehmenden Berufstätigkeit von Müttern und Mehrfachbelastungen von Eltern kommt es zunehmend zu einem steigenden Informationsbedarf und Vernetzungswunsch der Eltern.

¹² Klepp D./ Buchebner-Ferstl S./ Cizek B./ Kaindl M.: „Elternbildung in Österreich. Evaluierung der Elternbildungsveranstaltungen“ 2006 (Universität Wien: Working Paper Nr.70/2008)

So lässt sich nach Caplan (1964)¹³ Elternbildung im Bereich der Primärprävention einordnen, eine Sensibilisierung im Sinne der Förderung der psychischen und physischen Gesundheit für bestimmte Themengebiete der Elternbildung.

So kommt es bei der Elternbildung bereits im Vorfeld zur Hilfestellung, noch bevor irgend eine Form von Schädigung aufgetreten ist.

Elternbildungsveranstaltungen können in Österreich in verschiedenen Veranstaltungsformen besucht werden, sei es in Form von Seminaren/Kursen, Eltern-Kind-Gruppen, Vorträgen, Gesprächsrunden oder Workshops etc.

Die Themenkreise umfassen Rechtliches und Soziales, Geburtsvorbereitung für Frauen und Paare, Wochenenden für Paare mit Babys, Erste Hilfe und Unfallverhütung bei Kleinkindern, Ernährungsberatung, psychologische Einzel- und Paarberatung uvm.

Gemeinsam ist allen Veranstaltungsformen:

„Bezüglich Entwicklungs-, Beziehungs- und Erziehungsproblemen hilft Elternbildung, diese frühzeitig zu erkennen, förderliche Strategien zu entwickeln und motiviert, diverse Hilfsangebote anzunehmen. Elternbildung stärkt Eltern in ihrem erzieherischen Handeln, die Verantwortung dafür bleibt aber weiterhin bei den Eltern.“

4.5. Elektronische Medien:

Eine Vielzahl von Websites im Internet ermöglichen Aufklärung bezüglich Säuglingspflege, Kinderkrankheiten, Unfallverhütung.

Die empfohlenen Websites der Arbeiterkammer nach Testung 13¹⁴ seriös wirkender Gesundheitsportale sind:

www.netdoctor.at
www.surfmed.at
www.medwell24.at.

5. Überlegungen zu einem „Babyführerschein“ in Österreich und in anderen Ländern:

Die Überlegungen zu einem „Babyführerschein“ wurden in den letzten Jahren in Österreich, aber auch in Deutschland zunehmend konkreter und dringlicher.

So evaluierten zum einen Laienzeitschriften in Deutschland (z.B. „Lisa“ und „Bild der Frau“) sowie Internetportale (z.B. n-tv.de) den Wunsch nach einem „Babyführerschein“, zum anderen äußerten PolitikerInnen zunehmend das Bedürfnis nach Unterstützung und Kontrolle für Eltern und werdende Eltern.

5.1. TNS-Emnid Studie im Auftrag der Laienzeitschrift „Lisa“: „Brauchen Eltern einen Elternführerschein“¹⁵:

¹³ Caplan, G.: „Principles Of Preventive Psychiatry.“ N.Y. 1964

¹⁴ <http://www.arbeiterkammer.at/www-579-IP-4920.html>

¹⁵ www.openpr.de

In der Umfrage der Frauenzeitschrift „Lisa“ wurden im Jahr 2007 über 500 Männer und Frauen befragt, ob Eltern einen „Führerschein“ benötigen würden, oder nicht.

In dieser Studie befürworteten 64 Prozent der Befragten einen solchen Kurs, allerdings nur 26 Prozent meinen, der Kurs sollte für alle Eltern verpflichtend sein.

13 Prozent der Befürworter halten einen solchen Kurs nur für Eltern aus bestimmten Schichten oder Wohngebieten für nötig.

34 Prozent der UmfrageteilnehmerInnen sprechen sich gegen einen „Führerschein“ aus, 9 Prozent davon meinen, dass die Einführung eines Pflicht – „Elternführerscheins“ die Eltern entmündigen würde.

8 Prozent der Gegner finden, dass Eltern einen solchen Kurs nicht brauchen würden.

5.2. Forsastudie im Auftrag der Laienzeitschrift „Bild der Frau“¹⁶: „Was muss jetzt passieren, damit unsere Kinder besser geschützt sind?“:

Im Rahmen dieser Studie, durchgeführt durch die Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen, wurden 1003 Personen ab 18 Jahren im Januar 2008 zu diesem Thema befragt.

So fordern 66 Prozent der Befragten, dass Eltern strenger kontrolliert werden sollen – zum Beispiel vom Jugendamt. 61 Prozent befürworten die Aufnahme der Rechte von Kindern ins Grundgesetz.

27 Prozent sind der Ansicht, dass es regelmässige Erziehungstests für Eltern geben sollte.

Nur 8 Prozent meinen, dass keine strengeren Maßnahmen als bisher nötig sind. Auffallend ist, dass bei allen vier Maßnahmen Frauen häufiger deren Umsetzung fordern.

5.3. Studie des Magazins „Geo Wissen“: „Kindergeld nur mit Elternführerschein“¹⁷:

Diese Studie wurde im Januar 2006 vom Institut für Demoskopie Allensbach mit 1988 Befragten für die Ausgabe des Magazins „Geo Wissen“ zum Thema „Kindheit und Erziehung“ durchgeführt.

Die repräsentative Umfrage ergibt, dass 46 Prozent meinen, dass Paare, die ein Kind erwarten, dazu verpflichtet werden sollten, an einem Erziehungskurs teilzunehmen. Nur 34 Prozent entscheiden sich gegen einen „Elternführerschein“.

Auffallend ist wiederum, dass Frauen häufiger einem „Elternführerschein“ zustimmen als Männer.

Auch ergibt die Umfrage, dass 63 Prozent der deutschen Bevölkerung Kinder heute für schlechter erzogen halten als vor zwanzig Jahren, vor allem zurückzuführen auf jene Eltern

¹⁶ www.bildderfrau.de

¹⁷ www.presseportal.de

(nach Meinung der Befragten), welche sich zu wenig um ihre Kinder kümmern (88 Prozent), ihrer Erziehungsaufgabe nicht gewachsen sind (79 Prozent) oder ihre Kinder zu sehr verwöhnen (77 Prozent).

Sowohl im Magazin „Geo Wissen“ als auch in der Zeitschrift „Bild der Frau“ nimmt Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler an der Universität Bieleman Stellung zum „Babyführerschein“. So spricht er sich für eine Auszahlung des Kindergeldes, gekoppelt an den Besuch von Elternkursen aus.

Diese sollen im Anschluß an ärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder die Anmeldung des Kindes im Kindergarten oder in der Schule stattfinden, mit Psychologen oder Sozialarbeitern. Wichtig ist dabei für ihn der finanzielle Anreiz.

„Es gibt eine Vielzahl regelrecht verwahrloster Familien. Deren Probleme kriegen wir nicht mehr durch Freiwilligkeit in den Griff...

Nehmen die Eltern nicht teil, wird es gekürzt. Das klingt rigide, aber der Staat überweist den Familien Geld aus Steuermitteln und darf schon fragen, ob es gezieht zum Wohle der Kinder eingesetzt wird.¹⁸“

5.4. Umfrage des Internetportals „n-tv.de“: „Brauchen wir einen Elternführerschein?“¹⁹:

„Arm, vernachlässigt, gewaltbereit – Kinder in Not, Jugendliche ohne Zukunft?“ war das Thema bei busch@n-tv.

Im Zuge der Umfrage befürworteten 55 Prozent der 9418 „n-tv.de“-Nutzer den Elternführerschein, 45 Prozent lehnen ihn ab.

5.5. PolitikerInnen fordern zunehmend den „Elternführerschein“:

Auf der Internetplattform noe.orf.at verlangte am 23.09.2008 die ehemalige Gesundheitslandesrätin und jetzige Bundesministerin für Frauen, Medien und Regionalpolitik Gabriele Heinisch-Hoschek²⁰, anlässlich der stark gestiegenen Zahl der Anzeigen bei der Jugendwohlfahrt wegen Gewalt in der Familie, einen verpflichtenden „Elternführerschein“.

So sollen werdende Eltern in mehreren Kursen von Experten geschult werden, im Zuge der Mutter–Kind–Beratung oder des Mutter–Kind–Passes. Die Kontrolle könnte die Jugendwohlfahrt übernehmen und auch allenfalls über Konsequenzen entscheiden. Der „Elternführerschein“ könnte vom Bund ausgestellt werden.

Wie aber die Umsetzung in der Praxis aussieht, müssten die Länder regeln, so Heinisch-Hoschek.

Auch der Bürgermeister der Stadt Graz, Siegfried Nagl, spricht sich in der Zeitung „Der Grazer“²¹ vom 5.10.2008 für einen „Führerschein für Eltern“ aus.

Allerdings möchte er diesen nicht als Prüfung, sondern vielmehr als unterstützende Maßnahme verstanden wissen.

¹⁸ http://www.geo.de/_components/GEO/info/presse/files/2006/geo_wissen_200604_allensbach.pdf

¹⁹ <http://www.n-tv.de/886054.html>

²⁰ <http://noe.orf.at/stories/309475/>

²¹ <http://www.grazer.at/gz/zeitung-und-mehr/topstories/599/>

„Die Familienpolitik soll nicht immer nur anhand von Beihilfen diskutiert werden. Wir müssen da schon konkrete Maßnahmen setzen.

Der Zusammenhalt der Familie ist nicht mehr so gegeben. Für viele Kinder geht's vom Kreißsaal direkt in die Kinderkrippe und dann in den Hort. Ihre Eltern bekommen sie aber nur selten zu Gesicht. Nur: Wo sollen denn die Kinder lernen, was wir von ihnen erwarten, außer bei den Eltern?“ sagt Nagl.

So wünscht sich Sigfried Nagl über eine Kooperation mit den Schulen eine Zusammenarbeit von Eltern-Trainern mit den Eltern der Schüler. Den Eltern soll über Gespräche, Interventionsprogramme und Einzelberatungen individuell abgestimmte Hilfe gegeben werden.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland wurden Rufe nach einer öffentlichen Unterstützung für Eltern laut:

Der 12. Kinder- und Jugendbericht²² von 2005, welcher von einer siebenköpfigen Kommission unter Leitung von Prof. Dr. Thomas Rauschenbach, Direktor des Deutschen Jugendinstituts, in zweijähriger Arbeit erstellt wurde, unterstreicht:

Es bedarf öffentlicher Unterstützung für Eltern, um ihren Kindern gute und gesunde Bedingungen des Aufwachsens zu ermöglichen.

So will die Bundesregierung Deutschland Eltern-Kind-Zentren als Bestandteil der Ganztagesangebote in Kindergarteneinrichtungen wie in Schulen ausbauen, da solche Angebote insbesondere Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund und Kindern aus bildungsfernen Schichten zu Gute kommt.

„In unserem kinderentwöhnten Land dürfen und wollen wir es uns nicht leisten, auch nur ein Kind zurück zu lassen. Wir brauchen ein breites Netz von niedrigschwelligen Einrichtungen, die frühe Förderung von Kindern mit der Beratung von Eltern kombinieren. Dabei geht es um Sprachförderung, Erziehungs- und Gesundheitsberatung bis hin zu Haushalts- und Kochkursen. Wichtig dabei ist, dass das Angebot qualitativ guter Eltern-Kind-Zentren auch flächendeckend ist“, erklärt Renate Schmidt, ehemalige Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend der Bundesrepublik Deutschland.

Der Leiter des Kriminologischen Forschungsinstituts in Niedersachsen Christian Pfeiffer hat mit dem Bundesfamilienministerium ein vorgeburtliches Kursprogramm entworfen, um schwangere Frauen aus schwierigen sozialen Lebenslagen und ihre Familien zu unterstützen und die gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu fördern.

Die „Pro Kind“ Projekte²³ sind Modellprojekte, die im Zeitraum November 2006 und September 2007 in Niedersachsen, Bremen und Sachsen gestartet wurden.

Anhand einer Kosten-Nutzen-Analyse soll die Effizienz des Frühförderungsprogramms ermittelt werden. Um mögliche Effekte des Programms eindeutig auf die durchgeführte Intervention zurückführen zu können, bedarf es eines Kontrollgruppendesigns mit streng randomisierter Zuweisung der Teilnehmerinnen zur Begleit- und Kontrollgruppe.

Die Hälfte der angehenden Mütter vom vierten Schwangerschaftsmonat bis zum zweiten Geburtstag des Kindes werden von Hebammen und/oder FamilienhelferInnen begleitet.

²²<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Presse/Pressemitteilungen,did=44464.html>

²³<http://www.stiftung-pro-kind.de/index.php?id=287>

Zielgruppe sind Empfängerinnen von Hartz IV mit mindestens einem weiteren sorgenbereiten Merkmal: minderjährig, ohne Ausbildung, drogenabhängig oder sozial isoliert.

Dies ermöglicht nicht nur, die Weichen früh zu stellen, sondern erhöht auch die Erreichbarkeit. „*Je früher, desto besser*“, sagt Pfeiffer²⁴.

II. Ziel der Arbeit:

²⁴ <http://www.bundestag.de/cgi-bin/druck.pl?N=parlament>

Das Ziel meiner Arbeit ist es, einen Überblick über das Wissen der Eltern bezüglich Säuglingspflege durch Befragung von 94 Elternteilen sowie von 88 Kinderärzten und Kinderärztinnen zu verschaffen.

Meine Arbeit umfasst folgende Fragestellungen:

- Gibt es relevante Unterschiede im Wissen der Eltern bezüglich Säuglingspflege?
- Ist dieser im Klientel von Klinik und Praxis ersichtlich?
- Wo bestehen signifikante Defizite?
- Was könnten mögliche Ursachen dafür sein ?
- Bestehen Differenzen zwischen Inländern und Migranten?
- Inwieweit spielen Alter, Nationalität und Schulbildung eine Rolle?

Und schlussendlich

- Gibt es einen Wunsch bzw. den Bedarf nach einem „Babyführerschein“?

Anhand eines Erhebungsbogens, in welchem Eltern selbst ihr Wissen einschätzen, sowie mit Hilfe eines Erhebungsbogens für Kinderärzte und Kinderärztinnen, in welchem das Wissen der Eltern eingeschätzt wird, versuche ich, den Wissensstand der Eltern bezüglich Säuglingspflege zu ermitteln und mögliche Ursachen des unterschiedlichen Wissensstandes aufzudecken.

Die von mir erarbeiteten Fragen in den Erhebungsbögen beziehen sich jedoch nicht nur auf Säuglingspflege, sondern eruieren auch das Wissen der befragten Eltern bezüglich Ernährung, Schlafgewohnheiten, Medikamenten, Kinderkrankheiten und Impfungen.

Weiters möchte ich auch der Frage nachgehen, in wie weit ein „Babyführerschein“ in Form eines verpflichteten Säuglingsvorbereitungskurses gewünscht, für notwendig befunden, oder abgelehnt wird.

III. Probanden und Methoden:

1. Vorstellung von Klinik und Praxis:

1.1. Kinderfachärztliche Praxis Dr. Sonja Otto:

In der Lehrpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde von Dr. Sonja Otto wurden im Zeitraum vom 1. Oktober 2005 bis 31. März 2006 4419 Kinder und Jugendliche behandelt. Unter diese Behandlungen fielen 465 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bis zum 22.-26. Lebensmonat.

Im Zuge meiner Datenerhebung richtete ich meine Befragungen vorwiegend an Eltern mit Kindern, welche anlässlich dieser Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen kamen. Teilweise befragte ich auch Eltern mit Kindern unter zwei Jahren außerhalb dieser Untersuchungen.

Da ich die Befragung selbst durchführte, war es mir möglich, unter den 50 von mir befragten Eltern auch Eltern mit schlechten Deutschkenntnissen zu erreichen.

Migrantinnen waren des öfteren kaum der deutschen Sprache mächtig, sodass ich die begleitenden Väter der Kinder ersuchte, die Fragen den Müttern zu übersetzen.

1.2. Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde LKH Graz:

In der Ambulanzstelle der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde bat ich, mit Unterstützung von Prof. Dr. Reinhold Kerbl, im Zeitraum vom 1. April 2006 bis 30. September 2006 die dort zuständigen Krankenschwestern den von mir erarbeiteten Erhebungsbogen aufzulegen bzw. die Eltern mit Kindern bis zu zwei Jahren zur Beantwortung meiner Fragen während der Wartezeit zu ermutigen.

Da ich aus zeitlichen Gründen (eine Befragung dauerte im Schnitt 30 Minuten) die Befragung bis auf wenige Ausnahmen nicht selbst durchführen konnte, wurden vorwiegend Eltern aus Österreich und Deutschland erreicht.

So waren lediglich 4 der von mir befragten 44 Eltern MigrantInnen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Erhebungsbogen nur in deutscher Sprache auflag und teilweise sehr spezifisches Vokabular beinhaltete.

2. Probanden:

Als Zielgruppe meiner Befragung wählte ich Eltern mit Kindern bis zu zwei Jahren, da ich es nicht als sinnvoll erachtete, Eltern mit Kindern eines höheren Lebensalters zu Themen der Säuglingspflege zu befragen.

Durch die teilweise längere Wartezeit, sowohl in der kinderärztlichen Praxis Dr. Sonja Otto, als auch in der Ambulanzstelle der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde LKH Graz, waren viele Eltern bereit, die Fragen des von mir erarbeiteten Erhebungsbogens zu beantworten.

3. Kinderärzte und Kinderärztinnen:

Während der Fortbildungsveranstaltung „Pädiatrischer Frühling 2006“ in Seggau konnte ich im Mai 2006 mit Hilfe von Prof. Dr. Reinhold Kerbl den von mir erarbeiteten Erhebungsbogen für Kinderärzte und Kinderärztinnen ausgeben, welcher bereitwillig von 88 Kinderärzten und Kinderärztinnen beantwortet wurde.

50 der befragten Kinderärzte und Kinderärztinnen praktizieren in einer fachärztlichen Praxis, 30 praktizieren in einem Krankenhaus und 5 arbeiten sowohl in fachärztlicher Praxis als auch im Krankenhaus.

4. Methoden:

Sofern es aufgrund meiner Fragestellung möglich war, wurden die Daten in Form von Mittelwert und Standardabweichung angegeben.

Für ordinalskalierte Daten berechneten wir den Median und die Spannweite, allerdings auch Mittelwert und Standardabweichung, da diese Darstellung die in der Literatur üblichere Form ist.

Die Signifikanztests, mit denen die von mir erarbeiteten Kontrollgruppen Klinik vs. Praxis, InländerInnen vs. MigrantInnen und höhere Bildung vs. niedrige Bildung verglichen wurden, berechneten wir mit Hilfe der Software SPSS mittels Mann-Whitney-U-Test (MWU) und dem CHI^2 -Test.

4. Erhebungsbogen für Eltern:



Dissertation Bettina Lehner
Betreuer Prof. Kerbl, Kinderklinik Graz

Wieviel wissen Eltern über Säuglingspflege?

Anonymer Fragebogen für Eltern:

Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Wie alt sind Sie? Jahre

Geschlecht: männlich, weiblich

Woher kommen Sie? (Nationalität)

Welche Ausbildungsstätte haben Sie besucht? Volksschule, Hauptschule, Lehre, Gymnasium, Akademiker und Akademikerin

Familienstand? verheiratet, Lebensgemeinschaft, allein erziehend, verwitwet

Beruf der Mutter (außerhalb der Karenz):

Beruf des Vaters (außerhalb der Karenz):

Anzahl der Kinder:

Entbindungsort:

Stillen:

Stillen Sie ihr Kind bzw. haben Sie Ihr Kind gestillt? ja, nein, mit Zufütterung

Wenn ja, warum? (Mehrfachantworten möglich)

In welchem Stundenabstand stillen Sie durchschnittlich? 1h,2h,3h,4h,5h,<5h

Warum in diesem Intervall? (Mehrfachantworten möglich)

Spielt es eine Rolle für die Gesundheit Ihres Kindes, in welchem zeitlichen Intervall Sie Stillen? ja, nein

Müssen Sie während des Stillens etwas bei Ihrer Ernährung/Lebensgewohnheiten beachten? (Mehrfachantworten möglich)

Wieviel soll ein Säugling im Durchschnitt pro Woche zunehmen? g

Ernähren Sie sich vegetarisch/vegan während des Stillens?

Welche Vor- und Nachteile könnte dies für Ihr Baby haben?

Flaschennahrung:

(bitte beantworten Sie diese Fragen nur, wenn Ihr Kind Flaschennahrung erhält)





Mit welcher Stufe sollte die Ernährung nach der Geburt begonnen werden?

Pre, 1, 2, 3, weiss ich nicht

Verwenden Sie HA-Nahrung? ja, nein

Wenn ja, warum?

Achten Sie auf Inhaltsstoffe in der Flaschennahrung? (Mehrfachantworten möglich)?

Wie viele Fläschchen erhält ihr Kind? Laut Packung, mehr, weniger

Spielt es eine Rolle ob die Messlöffel gestrichen oder gehäuft sind? ja, nein

Wenn ja, welche?

Wärmen Sie Fläschchen mehrmals auf? Ja, nein

Wie lange erhält ihr Kind Fläschchen (Folgemilch)? <6 Mon., <12 Mon., <18 Mon., <24 Mon., >24 Mon.

Zufüttern/ Umstellen auf normale Nahrung:

Ab welchem Monat beginnen Sie zuzufüttern?Monat

Kann Honig Ihrem Kind im 1. LJ schaden? ja, nein

Wenn ja, warum?



Müssen Sie bei der Zubereitung der Nahrung auf etwas achten? ja, nein

Wenn ja, worauf (Mehrfachantworten möglich)?

Ernähren Sie Ihr Kind vegetarisch/vegan? Vegetarisch, vegan, keines von beiden

Kann Ihr Kind dabei einen Mangelzustand erleiden? ja, nein

Wenn ja, welchen?

Wärmen Sie Gläschennahrung mehrmals auf? ja, nein

Wissen Sie was Glutenunverträglichkeit/Zöliakie ist? ja, nein

Ab welchem Monat geben Sie glutenhaltige Nahrung?Monat

Trinken:

Was bekommt Ihr Kind zum Trinken? Wasser, verdünnten Saft, Saft, Tee, Kakao, sonstiges

...

Bekommt Ihr Kind gezuckerten oder ungezuckerten Tee? gezuckert, ungezuckert, keinen

Welche negativen Effekte könnte Zucker haben?

Welche negativen Effekte könnte Dauernuckeln am Fläschchen haben?



Sauger:

Spielt es eine Rolle ob Sie Latex- oder Silikonsauger verwenden? ja, nein
Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

Außer dem Material - was ist an einem Trinksauger sonst noch zu beachten?

Pflege:

Wie oft baden Sie Ihr Kind pro Woche?

Kann tägliches Baden schädigende Auswirkungen auf die Haut haben? ja, nein

Wickeln:

Wie oft wickeln Sie Ihr Kind pro Tag?

Ab welchem Alter ist ein Kind in der Lage aufs Töpfchen zu gehen (Monate)



Schlafen:

Wo schläft Ihr Kind nach der Geburt? Gitterbett, Stubenwagen, Elternbett, sonstiges

In welche Position legen Sie Ihr Kind zum Schlafen, solange es sich noch nicht umdrehen kann? Bauchlage, Rückenlage, Seitlage

Kann Bauchlage Ihres Kindes beim Schlafen gesundheitliche Auswirkungen haben? ja, nein

Wenn ja, welche?



Hat Ihr Kind Stofftiere im Bett? ja, nein

Können Stofftiere im Bett eine Gefahr darstellen? ja, nein

Benützt Ihr Kind Decke oder Schlafsack? Decke, Schlafsack, beides

Können mit Halter befestigte Decken eine Gefahr für Ihr Kind darstellen? ja, nein,

Was ist die optimale Raumtemperatur (Grad Celsius) zum Schlafen Ihres Kindes?°C

Spielen zeitliche Regelmäßigkeit und Einschlafrituale eine Rolle für Ihr Kind? ja, nein

Zähneputzen

Ab welchem Alter (Monate)putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? 1.Zahn, sonstiges

Wie oft pro Tag putzen Sie die Zähne Ihres Kindes? Nie, 1x, 2x, >2x

Kleidung:

Wonach richten Sie die Auswahl des Gewandes? Nach Ihrem Empfinden, Raumtemperatur, Jahreszeit, Nacken, sonstiges

Haben Sie Schwierigkeiten die angemessene Dicke des Gewandes zu wählen? oft, manchmal, nie

Schnuller:

Bekommt Ihr Kind einen Schnuller? ja, nein

Wenn nicht, warum? Befürchtete Zahnfehlstellung, befürchtete Schwierigkeiten beim Abgewöhnen, Kind will keinen, generelle Ablehnung von Schnullern Ihrerseits, sonstiges



Wenn ja, warum? Vermehrtes Saugbedürfnis, Vermeiden von Daumenlutschen, Beruhigung, sonstiges



Wann bekommt Ihr Kind einen Schnuller? Immer, Schlafen, Unruhe, Kranksein, sonstiges

Ab welchem Alter (Monate) entwöhnen Sie Ihr Kind vom Schnuller? Monat

Zuwendung:

Benötigt Ihr Kind unbedingt körperliche Nähe und Zuwendung für seine Entwicklung? Ja, nein

Bekommt Ihr Kind Ihre Zuwendung nur wenn es sie verdient hat? ja, manchmal, nein, sonstiges...

Trösten Sie Ihr Kind wenn es weint? ja, manchmal, nein, sonstiges

Halten Sie körperliche Bestrafung oder Liebesentzug für die Erziehung notwendig? ja, manchmal, nein, sonstiges ...

Medikamente nach der Geburt:

Geben Sie Ihrem Kind Vitamin D - Tropfen? ja, nein

Wie oft pro Tag?

Wie lange (Monate)?

Wofür?

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja, nein

Wofür?

Wofür bekommt jedes Kind nach der Geburt zweimal Vitamin K verabreicht?

Impfungen:

Lassen Sie Ihr Kind impfen? ja, nein

Wenn nicht, warum? Impfschaden, Aufwand, keine Notwendigkeit, sonstiges

Wogegen schützt die Sechsfachimpfung?

Wogegen schützt die MMR-Impfung?

Bekommt Ihr Kind sonst noch Impfungen? ja, nein

Wenn ja, welche, und wogegen schützen diese?

Kinderkrankheiten:

Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Blähungen Ihres Kindes?

(Mehrfachantworten möglich)



Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Verstopfung Ihres Kindes?
(Mehrfachantworten möglich)

Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Durchfall Ihres Kindes?
(Mehrfachantworten möglich)

Wieviele Stunden am Tag muss ein Baby schreien, damit man von einem Schreibaby spricht? Stunden



Wie reagieren Sie wenn Ihr Kind schreit? (Mehrfachantworten möglich)

Welche Risikofaktoren kennen Sie für plötzlichen Kindstod (SIDS)? (Mehrfachantworten möglich)

In welchen Lebensmonaten tritt SIDS vorwiegend auf?

Wie messen Sie das Fieber Ihres Kindes? Hand auflegen, rektal, axillär, Ohr/Schläfe, sonstiges

Ab welcher Temperatur sprechen Sie von Fieber?°C

Ab welcher Temperatur senken Sie Fieber?°C

Ab welcher Temperatur suchen Sie den Kinderarzt auf?°C



In welchem Alter (Monate) erwarten Sie den ersten Zahn Ihres Kindes?

Wie bemerken Sie das Zahnen Ihres Kindes? (Mehrfachantworten möglich)

Wie lindern Sie die Schmerzen Ihres Kindes beim Zahnen? (Mehrfachantworten möglich)

Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Schnupfen Ihres Kindes?
(Mehrfachantworten möglich)

Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Husten Ihres Kindes?
(Mehrfachantworten möglich)

Wissen Sie zu welchem Zweck ein Hüftultraschall gemacht wird?

Aus welchen Gründen suchen Sie den Kinderarzt auf? (Mehrfachantworten möglich)



Wie haben Sie sich über Säuglingspflege informiert? (Mehrfachantworten möglich)

Haben Sie das Gefühl ausreichend über Säuglingspflege informiert zu sein?
sehr gut, gut, mittelmäßig, ausreichend, unzureichend

Hätten Sie sich einen verpflichtenden Vorbereitungskurs gewünscht? ja, nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Bettina Lehner



5. Erhebungsbogen für Kinderärzte und Kinderärztinnen:

***Wie viel wissen Eltern über Säuglingspflege?
Babyführerschein ja oder nein?***

Fragebogen für Kinderärzte und Kinderärztinnen:

1. Arbeiten Sie in freier Praxis oder im KH?

Freie Praxis
Krankenhaus

2. Haben Sie den Eindruck, dass Bildung/Alter der Eltern einen Einfluss auf ihr Wissen über Säuglingspflege hat?

Sehr
Eher mehr
Eher weniger
Keinen

3. Wenn ja, welchen?

4. Bemerken Sie einen Unterschied des Wissens zwischen Inländern und Migranten?

Ja
Nein
Durch sprachliche Schwierigkeiten nicht zu beurteilen

5. Wenn ja, welchen?

6. Wie beurteilen Sie das durchschnittliche Wissen der Eltern bezüglich:

6.1. Stillen/Stillfrequenz:

Sehr gut
Gut
Mittelmäßig
Ausreichend
Unzureichend

6.2. Ernährung des Kindes:

Sehr gut

Gut
Mittelmäßig
Ausreichend
Unzureichend

6.3. Pflege (Wickeln, Baden, Bekleidung, Zähne) des Kindes:

Sehr gut
Gut
Mittelmäßig
Ausreichend
Unzureichend

6.4. Schlafen (Regelmäßigkeit, SIDS):

Sehr gut
Gut
Mittelmäßig
Ausreichend
Unzureichend

6.5. Impfungen (warum, wogegen)?

Sehr gut
Gut
Mittelmäßig
Ausreichend
Unzureichend

6.6. Kinderkrankheiten und Behandlungsmöglichkeiten?

Sehr gut
Gut
Mittelmäßig
Ausreichend
Unzureichend

7. Haben Sie das Gefühl, dass Eltern Sie rechtzeitig aufsuchen und die Lage ihres Kindes richtig einschätzen?

Immer
Meistens
Manchmal
Selten
Nie

8. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Kinder von Eltern falsch behandelt werden?

Sehr oft

Oft
Manchmal
Selten
Nie

9. Wo sehen Sie die größten Defizite?

10. Würden Sie sich einen verpflichtenden Säuglingspflegevorbereitungskurs/
Babyführerschein wünschen?

Ja
Nein

11. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

IV. Auswertung der Erhebungsbögen:

1. Erhebungsbogen für Eltern:

1.1. Ergebnisse der Elternbefragung an der kinderfachärztlichen Praxis Dr. Sonja Otto	1.2. Ergebnisse der Elternbefragung an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde LKH Graz
<p>1. Wie alt sind Sie? (V002_Alter)</p> <p><u>Praxis Dr. Otto Sonja</u> (in Folge als P bezeichnet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 30,0 • Median: 30,0 • Minimum: 19, Maximum: 57 • Standardabweichung: 7,7 <p>Die befragten Eltern (P) sind im Durchschnitt 30 Jahre alt.</p>	<p><u>Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde LKH Graz</u> (in Folge als K bezeichnet):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 30,2 • Median: 30 • Minimum: 20, Maximum: 44 • Standardabweichung: 5,5 <p>Die befragten Eltern (K) sind im Durchschnitt 30,2 Jahre alt.</p>
<p>2. Geschlecht:</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 82 % Weiblich • 18 % Männlich <p>Es konnten 9 Väter und 41 Mütter befragt werden.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 88,6 % Weiblich • 11,4 % Männlich <p>Es konnten 5 Väter und 39 Mütter befragt werden.</p>
<p>3. Woher kommen Sie? (Nationalität)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 46 % Österreich • 10 % Türkei • 8 % Bosnien • 6 % Ägypten • 6 % Kroatien • 4 % Ghana • 2 % Albanien • 2 % Deutschland • 2 % Finnland • 2 % Kambotscha <ul style="list-style-type: none"> • 2 % Kongo • 2 % Nigeria • 2 % Serbien 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90,9 % Österreich • 2,3 % Bosnien • 2,3 % Deutschland • 2,3 % Nigeria • 2,3 % Serbien

<ul style="list-style-type: none"> • 2 % Tschetschenien <p>23 der 50 befragten Eltern (P) stammen aus Österreich, 27 Eltern sind Migranten.</p>	<p>40 der 44 befragten Eltern (K) stammen aus Österreich, 4 Eltern sind Migranten.</p>
<p>4. Welche Ausbildungsstätte haben Sie besucht?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28 % Lehre • 26 % Hauptschule • 14 % Gymnasium • 14 % Akademiker und Akademikerin • 12 % HAK, HBLA, HTL • 2 % College • 2 % Pflegeschule • 2 % Sonderschule 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 38,6 % Lehre • 25 % Akademiker und Akademikerin • 13,7 % Hauptschule • 4,5 % Gymnasium • 9,1 % HAK, HBLA, BAKIP • 9,1 % Pflegeschule
<p>5. Familienstand? (V006_Familienstand)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 % Verheiratet • 28 % Lebensgemeinschaft • 8 % Allein erziehend 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 59,1 % Verheiratet • 29,5 % Lebensgemeinschaft • 11,4 % Allein erziehend
<p>6. Beruf der Mutter (außerhalb der Karenz):</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 % Hausfrau • 12 % Angestellte • 10 % Verkäuferin • 6 % Schneiderin • 6 % Studentin • 4 % Friseurin • 4 % Kellnerin • 4 % Lagerarbeiterin • 4 % Raumpflegerin • 4 % RTA • 4 % Schülerin • 2 % Architektin <ul style="list-style-type: none"> • 2 % Blumenbinderin • 2 % Bundesheer • 2 % Diätassistentin 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11,1 % Lehrerin • 11,4 % Verkäuferin • 9,1 % Krankenschwester • 6,8 % Hausfrau • 6,8 % Kellnerin • 4,5 % Angestellte • 4,5 % Köchin • 4,5 % Landwirtin • 2,3 % Apothekerin • 2,3 % Beamtin • 2,3 % Buchhalterin • 2,3 % Dipl. Behindertenpädagogin <ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Datenbankdesignerin • 2,3 % Erwachsenenbildnerin • 2,3 % Friseurin

<ul style="list-style-type: none"> • 2 % Kinderkrankenschwester • 2 % Konditorin • 2 % Pharmazietechnikerin • 2 % Psychologin • 2 % Sekretärin • 2 % Sozialarbeiterin • 2 % Textiltechnikerin <p>Der größte Teil der befragten Mütter mit 20 Prozent sind Hausfrauen, gefolgt von 12 Prozent Angestellten und 10 Prozent Verkäuferinnen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Hilfsarbeiterin • 2,3 % Hotelfachfrau • 2,3 % Kindergärtnerin • 2,3 % Med. Fußpflegerin • 2,3 % Mediatorin • 2,3 % Pädagogin • 2,3 % Personalverrechnerin • 2,3 % Raumpflegerin • 2,3 % Rechtsanwaltsgehilfin • 2,3 % Sekretärin • 2,3 % Studentin <p>Der größte Teil der befragten Mütter mit je 11 % sind Lehrerinnen und Verkäuferinnen, gefolgt von 9 % Verkäuferinnen und 7 % Hausfrauen.</p>
<p>7. Beruf des Vaters (außerhalb der Karenz):</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 % Hilfsarbeiter • 10 % Diplomierte Techniker • 8 % Mechaniker • 6 % Arbeitslos • 6 % Koch/Kellner • 6 % Student • 4 % Busfahrer • 4 % Maurer • 2 % AHS-Lehrer • 2 % Angestellter • 2 % Architekt • 2 % Buchhalter • 2 % Bundesheer • 2 % Dipl. Behindertenbetreuer • 2 % Diplomökonom • 2 % Elektriker • 2 % Geschäftsführer • 2 % Journalist • 2 % Lackierer • 2 % Landesbediensteter • 2 % Monteur • 2 % Musiker • 2 % Pensionist <ul style="list-style-type: none"> • 2 % Polier • 2 % Raumpfleger • 2 % Selbstständig (Gastronomie) 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11,4 % Arbeitslos • 9,1 % Techniker • 6,8 % Angestellter • 6,8 % Bauingenieur • 6,8 % Elektriker • 6,8 % Lehrer • 4,5 % Controlleur • 4,5 % Hilfsarbeiter • 2,3 % Arzt • 2,3 % Bundesheer • 2,3 % Busfahrer • 2,3 % Chemiker • 2,3 % Eisenbinder • 2,3 % Facharbeiter • 2,3 % Fahrzeugfertiger • 2,3 % Fassadenstukkateur • 2,3 % Feuerwehr • 2,3 % Großhandelskaufmann • 2,3 % Installateur • 2,3 % Kanaldichtprüfer • 2,3 % Landesbediensteter • 2,3 % Materialbereitsteller • 2,3 % Schweißer <ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Softwareentwickler • 2,3 % Steuerberater • 2,3 % Werkzeugmacher

<ul style="list-style-type: none"> • 2 % Staplerfahrer • 2 % Studienassistent • 2 % Tischler <p>Mit 14 Prozent stellen die Hilfsarbeiter den größten Anteil, gefolgt von 10 Prozent diplomierten Technikern und 8 Prozent Mechanikern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Zimmerer <p>Mit 11 % stellen die Arbeitslosen den größten Anteil, gefolgt von 9 % Technikern und 7 % Angestellten.</p>
<p>8. Anzahl der Kinder: (V009_AnzahlKinder)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 1,9 • Median: 2 • Minimum: 1, Maximum: 5 • Standardabweichung: 0,953 <p>Die Eltern (P) haben zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 1,9 Kinder.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 1,7 • Median: 1 • Minimum: 1, Maximum: 8 • Standardabweichung: 1,3 <p>Die Eltern (K) haben zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 1,7 Kinder.</p>
<p>9. Entbindungsort:</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 72 % LKH Graz • 14 % LKH Feldbach • 8 % Sanatorium St. Leonhard • 4 % Zuhause • 2 % Krankenhaus in Finnland 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 47,7 % LKH Graz • 11,4 % LKH Feldbach • 9,1 % Sanatorium St. Leonhard • 6,8 % LKH Hartberg • 6,8 % LKH Voitsberg • 4,5 % LKH Deutschlandsberg • 4,5 % LKH Wagna • 4,5 % Privatklinik Ragnitz • 2,3 % Wien
<p>10. Stillen Sie ihr Kind bzw.haben Sie Ihr Kind gestillt? (V011_Stillen01)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 88 % Ja • 12 % Nein <p>44 der 50 befragten Eltern (P) geben an, dass ihr Kind gestillt wird.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 % Ja • 25 % Nein <p>33 der 44 befragten Eltern (K) geben an, dass ihr Kind gestillt wird.</p>
<p><i>Die folgenden Fragen 11 bis 15 sowie die Fragen 17 und 18 beziehen sich auf das Thema Stillen und werden daher nur von den</i></p>	<p><i>Die folgenden Fragen 11 bis 15 sowie die Fragen 17 und 18 beziehen sich auf das Thema Stillen und werden daher nur von den</i></p>

44 betroffenen Eltern (P) beantwortet.	33 betroffenen Eltern (K) beantwortet.
<p>11. Wenn ja, warum (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81,8 % Nährstoffe in der richtigen Zusammensetzung • 29,5 % Bedürfnis nach Nähe • 25 % Kostengründe, Bequemlichkeit • 11,4 % Immunstoffe • 4,5 % Allergievermeidung 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81,8 % Nährstoffe in der richtigen Zusammensetzung • 33,3 % Bedürfnis nach Nähe • 24,2 % Allergievermeidung • 6,1 % Kostengründe, Bequemlichkeit • 3 % Vitamine
<p>12. In welchem Stundenabstand stillen Sie durchschnittlich? (V013_Stillen03)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 3,1 • Median: 3 • Standardabweichung: 1,1 • Minimum: 1h, Maximum: 6 <p>Im Durchschnitt werden die Kinder (P) in einem Stundenabstand von 3,1 Stunden gestillt.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 2,9 • Median: 3 • Standardabweichung: 0,9 • Minimum: 1h, Maximum: 5 <p>Im Durchschnitt werden die Kinder (K) in einem Stundenabstand von 2,9 Stunden gestillt.</p>
<p>13. Warum in diesem Intervall (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 95,5 % Hunger des Kindes • 22,7 % Saugbedürfnis • 20,5 % Weinen des Kindes • 9,1 % Bedürfnis nach Nähe 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93,9 % Hunger des Kindes • 9,1 % Weinen des Kindes • 6,1 % Saugbedürfnis
<p>14. Spielt es eine Rolle für die Gesundheit Ihres Kindes, in welchem zeitlichen Intervall Sie Stillen?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 43,2 % Ja • 38,6 % Nein • 18,2 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54,5 % Ja • 42,4 % Nein • 3 % Weiss ich nicht

<p>15. Müssen Sie während des Stillens etwas bei Ihrer Ernährung/Lebensgewohnheiten beachten (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 38,6 % Alkohol • 38,6 % Blähendes Gemüse • 20,5 % Koffein • 18,2 % Nikotin • 11,4 % Zitrusfrüchte • 6,8 % Ausreichend Flüssigkeit • 4,5 % Fett • 4,5 % Gesunde Ernährung • 4,5 % Medikamente • 2,3 % Drogen • 2,3 % Innereien • 2,3 % Krankheiten • 2,3 % Scharfes Essen • 2,3 % Salat • 2,3 % Zucker • 2,3 % Zwiebel 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45,5 % Blähendes Gemüse • 42,4 % Alkohol • 33,3 % Nikotin • 15,2 % Koffein • 12,1 % Ausgewogene Ernährung • 12,1 % Ausreichend Flüssigkeit • 12,1 % Gesunde Ernährung • 12,1 % Weiss ich nicht • 6,1 % Drogen • 6,1 % Zitrusfrüchte • 3 % Keine Diäten • 3 % Scharfes Essen • 3 % Stilltee • 3 % Zwiebel
<p>16. Wieviel soll ein Säugling im Durchschnitt pro Woche zunehmen? (V017_Stillen07)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 238,5 • Median: 200 • Standardabweichung: 405,1 • Minimum: 35, Maximum: 3000 <p>Im Durchschnitt soll ein Säugling (P) 238,5 Gramm Gewicht pro Woche zunehmen.</p>	<p>Die Frage wird nur von 35 der 44 befragten Personen (K) beantwortet, da sich 9 Personen nicht im Stande fühlen, die erforderliche Gewichtszunahme pro Woche zu schätzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 182,4 • Median: 165 • Standardabweichung: 73,3 • Minimum: 50, Maximum: 360 <p>Im Durchschnitt soll ein Säugling (K) 182,4 Gramm Gewicht pro Woche zunehmen.</p>
<p>17. Ernähren Sie sich vegetarisch/vegan während des Stillens?</p>	

<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 95,5 % Nein • 4,5 % Vegetarisch 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 97 % Nein • 3 % Vegetarisch
<p>18. Welche Vor- und Nachteile könnte dies für Ihr Baby haben?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 59,1 % Keine • 13,6 % Mangelerscheinungen • 6,8 % Eisenmangel • 4,5 % Vitaminausgleich notwendig • 4,5 % Vorteil • 2,3 % Eiweißmangel • 2,3 % Eiweiß/Eisenmangel • 2,3 % Nährstoffmangel • 2,3 % Verdauungsprobleme • 2,3 % Zu einseitig 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54,5 % Keine • 15,2 % Vitaminmangel • 12,1 % Eisenmangel • 12,1 % Eiweißmangel • 9,1 % Unausgewogenheit • 3 % Mangelerscheinung • 3 % Nährstoffmangel • 3 % Spurenelemente
<p><i>Die folgenden Fragen 19 bis 27 befassen sich mit dem Thema Flaschennahrung und werden nur von den 31 Eltern (P) beantwortet, deren Kinder Flaschennahrung erhalten bzw. erhalten haben.</i></p>	<p><i>Die folgenden Fragen 19 bis 27 befassen sich mit dem Thema Flaschennahrung und werden nur von den 28 Eltern (K) beantwortet, deren Kinder Flaschennahrung erhalten bzw. erhalten haben.</i></p>
<p>19. Mit welcher Stufe sollte die Ernährung nach der Geburt begonnen werden?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 67,7 % Pre • 22,6 % Stufe 1 • 6,5 % Stufe 2 • 3,2 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 78,6 % Pre • 17,9 % Stufe 1 • 3,6 % Pregomin
<p>20. Verwenden Sie HA-Nahrung? (V021_FlaschNahr02)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 41,9 % Ja • 58,1 % Nein <p>13 der 31 Kinder (P) mit Flaschennahrung erhalten HA-Nahrung.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 32,1 % Ja • 67,9 % Nein <p>9 der 28 Kinder (K) mit Flaschennahrung erhalten HA-Nahrung.</p>

<p>21. Wenn ja, warum?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 13 Eltern (P), welche Ha-Nahrung verwenden, beantwortet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 61,5 % Allergievermeidung • 15,4 % Keine Angaben • 7,7 % Altersentsprechend • 7,7 % Sättigender • 7,7 % Verdauungserleichternd 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 9 Eltern (K), welche Ha-Nahrung verwenden, beantwortet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 55,5 % Allergievermeidung • 33,3 % Keine Angaben • 11,1 % Neurodermitis • 11,1 % Verdauungserleichternd
<p>22. Achten Sie auf Inhaltsstoffe in der Flaschennahrung (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 83,9 % Nein • 12,9 % Zucker • 3,2 % Abwehrstoffe • 3,2 % Gluten 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 82,1 % Nein • 10,7 % Zucker • 3,6 % Eiweiß • 3,6 % Gluten • 3,6 % Muttermilchähnlich • 3,6 % Probiotisch
<p>23. Wie viele Fläschchen erhält Ihr Kind? (V026_FlaschNahr07)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45,2 % Laut Packung • 29 % Weniger • 12,9 % Nach Bedarf • 12,9 % Mehr 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 78,6 % Laut Packung • 10,7 % Weniger • 7,1 % Mehr • 3,6 % Nach Bedarf
<p>24. Spielt es eine Rolle ob die Messlöffel gestrichen oder gehäuft sind?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 83,9 % Ja • 9,7 % Nein • 6,5 % Weiss ich nicht <p>26 der 31 befragten Eltern (P) denken, dass die Art der Befüllung der Messlöffel eine</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 92,9 % Ja • 7,1 % Weiss ich nicht <p>26 der 28 befragten Eltern (K) denken, dass die Art der Befüllung der Messlöffel eine</p>

Rolle spielt.	Rolle spielt.
<p>25. Wenn ja, welche?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 26 Eltern (P) beantwortet, welche Frage 24 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 48,1 % Weiss ich nicht • 14,8 % Obstipation • 11,1 % Adipositas • 3,7 % Ausschlag • 3,7 % Bauchweh • 3,7 % Blähungen • 3,7 % Erbrechen • 3,7 % Flüssigkeitsmangel • 3,7 % Nährstoffgehalt • 3,7 % Unverträglichkeit • 3,7 % Verdauungsstörung 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 26 Eltern (K) beantwortet, welche Frage 24 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 30,8 % Weiss ich nicht • 23,1 % Sättigung inkorrekt • 23,1 % Adipositas • 11,3 % Obstipation • 3,8 % Ausschlag • 3,8 % Erbrechen • 3,8 % Gehäuft ergiebiger • 3,8 % Verdauungsstörung
<p>26. Wärmen Sie Fläschchen mehrmals auf? (V029_FlaschNahr10)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 77,4 % Nein • 22,6 % Ja 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 89,3 % Nein • 10,7 % Ja
<p>27. Wie lange erhält ihr Kind Fläschchen (Folgemilch)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9,7 % 0-6 Monate • 35,5 % 0-12 Monate • 9,7 % 0-18 Monate • 29 % 0-24 Monate • 16,1 % Länger als 24 Monate 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14,3 % 0-6 Monate • 25 % 0-12 Monate • 10,7 % 0-18 Monate • 17,9 % 0-24 Monate • 21,4 % Länger als 24 Monate • 10,7 % Weiss ich nicht
<p>28. Ab welchem Monat beginnen Sie zuzufüttern?</p>	

<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 5,0 • Median: 5 • Standardabweichung: 1,2 • Minimum: 3, Maximum: 8 <p>Die Eltern (P) beginnen im Durchschnitt im 5. Lebensmonat zuzufüttern.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 5,5 • Median: 5,5 • Standardabweichung: 1,2 • Minimum: 4, Maximum: 9 <p>Die Eltern (K) beginnen im Durchschnitt im 5,5. Lebensmonat zuzufüttern.</p>
<p>29. Kann Honig Ihrem Kind im 1. LJ schaden?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54 % Ja • 20 % Nein • 26 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68,2 % Ja • 15,9 % Nein • 15,9 % Weiss ich nicht
<p>30. Wenn ja, warum?</p> <p><i>Die Frage wird nur von jenen 27 Eltern (P) beantwortet, welche Frage 29 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 33,3 % Weiss ich nicht • 19 % Zucker • 14,3 % Bakterien • 9,5 % Botulismus • 4,8 % Ausschlag • 4,8 % Erbrechen • 4,8 % Keime • 4,8 % Obstipation • 4,8 % Verdauung 	<p><i>Die Frage wird nur von jenen 30 Eltern (K) beantwortet, welche Frage 29 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 26,7 % Allergie • 13,3 % Weiss ich nicht • 13,3 % Zucker • 10 % Bakterien • 10 % Karies • 10 % Rohprodukt • 3,3 % Atmungsschwierigkeiten • 3,3 % Botulismus • 3,3 % Pollenblüten • 3,3 % SIDS • 3,3 % Verdauung • 3,3 % Verschmutzung • 3,3 % Zucker
<p>31. Müssen Sie bei der Zubereitung der Nahrung auf etwas achten?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 % Ja • 18 % Nein • 2 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 % Ja • 18,2 % Nein • 6,8 % Weiss ich nicht

<p>32. Wenn ja, auf was (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 40 Eltern (P) beantwortet, welche Frage 31 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 92,5 % Gesunde Zutaten/Zubereitung • 12,5 % Fett • 12,5 % Zucker • 5 % Biologische Zutaten • 2,5 % Abkochen • 2,5 % Dünsten • 2,5 % Zwiebel vermeiden 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 33 Eltern (K) beantwortet, welche Frage 31 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 24,2 % Hygiene • 21,2 % Biologische Zutaten • 18,2 % Temperatur • 15,2 % Gewürze • 12,1 % Abkochen • 12,1 % Frische Zutaten • 6,1 % Fett • 6,1 % Zucker • 4,6 % Gluten • 2,3 % Abwechslung • 2,3 % Einführung stufenweise • 2,3 % Garen • 2,3 % Leicht verdaulich • 2,3 % Menge
<p>33. Ernähren Sie Ihr Kind vegetarisch/vegan?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 % Ja, vegetarisch • 96 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4,5 % Ja, vegetarisch • 95,5 % Nein
<p>34. Kann Ihr Kind dabei einen Mangelzustand erleiden?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 % Ja • 34 % Nein • 2 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 47,2 % Ja • 20,5 % Nein • 31,8 % Weiss ich nicht
<p>35. Wenn ja, welchen(Mehrfachantworten möglich)?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 32 Eltern (P) beantwortet, welche die Frage 34 mit Ja beantwortet haben.</i></p>	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 21 Eltern (K) beantwortet, welche die Frage 34 mit Ja beantwortet haben.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • 37,5 % Eisenmangel • 28,1 % Weiss ich nicht • 18,8 % Vitaminmangel • 6,3 % Kalziummangel • 6,3 % Wachstums- Entwicklungsstörung • 3,1 % Eiweißmangel • 3,1 % Fettmangel • 3,1 % Nährstoffmangel 	<ul style="list-style-type: none"> • 37,6 % Eisenmangel • 28,6 % Eiweißmangel • 23,8 % Vitaminmangel • 9,5 % Kalziummangel • 4,8 % Unterernährung
<p>36. Wärmen Sie Gläschennahrung mehrmals auf ?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 % Ja • 78 % Nein • 4 % Keine Gläschennahrung 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4,5 % Ja • 75 % Nein • 18,2 % Weiss ich nicht • 2,3 % Keine Gläschennahrung
<p>37. Wissen Sie was Glutenunverträglichkeit/ Zöliakie ist? (V024_FlaschNahr05)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 % Ja • 78 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45,5 % Ja • 54,5 % Nein
<p>38. Ab welchem Monat geben Sie glutenhaltige Nahrung? (V025_FlaschNahr06)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 7,1 • Median: 6 • Standardabweichung: 2,8 • Minimum: 3, Maximum: 14 <p>Die Kinder (P) erhalten im Durchschnitt im 7,1. Lebensmonat erstmals glutenhaltige Nahrung.</p>	<p>Die Frage wird nur von 31 der 44 befragten Personen (K) beantwortet, da sich 13 Personen nicht im Stande fühlen, die erstmalige Gabe von Gluten an ihr Kind anzugeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 8,2 • Median: 7 • Standardabweichung: 3,6 • Minimum: 2, Maximum: 20 <p>Die Kinder der 31 Eltern (K) erhalten im Durchschnitt im 8,2. Lebensmonat erstmals glutenhaltige Nahrung.</p>

<p>39. Was bekommt Ihr Kind zum Trinken(Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 62 % Tee • 36 % Wasser • 22 % Verdünnten Saft • 16 % Unverdünnten Saft • 10 % Nichts • 2 % Kakao 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 65,9 % Tee • 50 % Wasser • 27,3 % Verdünnten Saft • 11,4 % Nichts • 4,5 % Kakao • 2,3 % Unverdünnten Saft
<p>40. Bekommt Ihr Kind gezuckerten oder ungezuckerten Tee?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 42 % Ungezuckert • 36 % Gezuckert • 22 % Keinen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 47,7 % Ungezuckert • 34,1 % Keinen • 18,2 % Gezuckert
<p>41. Welche negativen Effekte könnte Zucker haben (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 58 % Karies • 28 % Weiss ich nicht • 4 % Adipositas • 4 % Diabetes • 4 % Sensibilisierung • 4 % Verdauungsstörung • 2 % Augenprobleme • 2 % Sucht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 72,7 % Karies • 25 % Weiss ich nicht • 18,2 % Adipositas • 6,8 % Sensibilisierung • 6,8 % Heißhungerattacken • 6,8 % Kein Appetit
<p>42. Welche negativen Effekte könnte Dauernuckeln am Fläschchen haben (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68 % Karies • 22 % Weiss ich nicht • 4 % Schwierige Abgewöhnung • 4 % Zahnstellung • 2 % Permanentberuhigung • 2 % Verdauungsprobleme 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68,2 % Karies • 22,7 % Zahnfehlstellung • 15,9 % Weiss ich nicht • 2,3 % Heißhungerattacken • 2,3 % Schwierige Abgewöhnung

<p>43. Spielt es eine Rolle ob Sie Latex- oder Silikonsauger verwenden?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % Ja • 10 % Nein • 50 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34,1 % Ja • 54,5 % Nein • 11,4 % Weiss ich nicht
<p>44. Wenn ja, welche?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 20 Eltern (P) beantwortet, welche Frage 43 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 36,8 % Latex kann Allergie verursachen • 31,6 % Weiss ich nicht • 10,5 % Richte mich nach Bevorzugung des Kindes • 10,5 % Silikon ist hygienischer • 5,3 % Latex ist schlechter • 5,3 % Latex ist besser für die Zähne 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 15 Eltern (K) beantwortet, welche Frage 43 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 40,2 % Latex kann Allergie verursachen • 26,7 % Weiss ich nicht • 26,7 % Silikon ist aufbeißbar • 6,7 % Latex ist natürlicher • 6,7 % Latex ist zu weich
<p>45. Außer dem Material - was ist an einem Trinksauger sonst noch zu beachten (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 58 % Nichts • 14 % Form • 14 % Lochgröße • 8 % Grösse • 6 % Hygiene • 2 % Marke 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % Form • 33,3 % Lochgröße • 26,7 % Grösse • 20 % Hygiene • 20 % Nichts
<p>46. Wie oft Baden Sie Ihr Kind pro Woche? (V047_Baden01)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 3,0 • Median: 3 • Standardabweichung: 1,7 • Minimum: 1, Maximum: 7 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 2,8 • Median: 2 • Standardabweichung: 1,8 • Minimum: 1, Maximum: 7

<p>Die Kinder (P) werden durchschnittlich 3,0 mal pro Woche gebadet.</p>	<p>Die Kinder (K) werden durchschnittlich 2,8 mal pro Woche gebadet.</p>
<p>47. Kann tägliches Baden schädigende Auswirkungen auf die Haut haben?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 58 % Ja • 38 % Nein • 4 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 86,4 % Ja • 11,4 % Nein • 2,3 % Weiss ich nicht
<p>48. Wie oft wickeln Sie Ihr Kind pro Tag? (V049_Wickeln01)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 5,1 • Median: 5 • Standardabweichung: 1,4 • Minimum: 1, Maximum: 10 <p>Die Kinder (P) werden durchschnittlich 5,1 mal pro Tag gewickelt.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 5,8 • Median: 6 • Standardabweichung: 1,2 • Minimum: 4, Maximum: 10 <p>Die Kinder (K) werden durchschnittlich 5,8 mal pro Tag gewickelt.</p>
<p>49. Ab welchem Alter ist ein Kind in der Lage aufs Töpfchen zu gehen (Monate)? (V050_Wickeln02)</p> <p>P:</p> <p>100 % Angabe in Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 23,2 • Median: 24 • Standardabweichung: 5,9 • Minimum: 8, Maximum: 36 <p>Die Eltern (P) geben das Alter ihrer Kinder beim Reinwerden im Durchschnitt mit 23,2 Monaten an.</p>	<p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 9,1 % Weiss ich nicht 2. 90,9 % Angabe in Monaten: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 22,5 • Median: 24 • Standardabweichung: 6,3 • Minimum: 12, Maximum: 39 <p>40 der 44 befragten Eltern (K) geben das Alter ihrer Kinder beim Reinwerden im Durchschnitt mit 22,5 Monaten an.</p>
<p>50. Wo schläft Ihr Kind nach der Geburt (Mehrfachantworten möglich)?</p>	

<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 % Gitterbett • 26 % Elternbett (V051_1_Elternbett) • 12 % Stubenwagen • 10 % Wiege • 2 % Kinderwagen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 61,4 % Gitterbett • 45,5 % Elternbett (V051_1_Elternbett) • 31,8 % Stubenwagen • 4,5 % Wiege
<p>51. In welche Position legen Sie Ihr Kind zum Schlafen, solange es sich noch nicht umdrehen kann (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 % Seitlage • 56 % Rückenlage • 24 % Bauchlage (V052_1_Bauchlage) 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 63,6 % Rückenlage • 61,4 % Seitlage • 6,8 % Bauchlage (V052_1_Bauchlage)
<p>52. Kann Bauchlage Ihres Kindes beim Schlafen gesundheitliche Auswirkungen haben? (V053_Schlafen03)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 76 % Ja • 18 % Nein • 6 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 86,4 % Ja • 6,8 % Nein • 6,8 % Weiss ich nicht
<p>53. Wenn ja, welche (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 38 Eltern (P) beantwortet, welche die Frage 52 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 42,1 % Plötzlicher Kindstod • 26,3 % Ersticken • 15,8 % Erbrechen • 13,2 % Weiss ich nicht • 7,9 % Atembeschwerden • 2,6 % Druck auf Oberkörper • 2,6 % Herausfallen 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 38 Eltern (K) beantwortet, welche die Frage 52 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 73,7 % Plötzlicher Kindstod • 18,4 % Ersticken • 5,3 % Weiss ich nicht • 2,6 % Atembeschwerden • 2,6 % Erbrechen • 2,6 % Orthopädische Schäden • 2,6 % Wärmestau
<p>54. Hat Ihr Kind Stofftiere im Bett? (V055_Schlafen05)</p>	

<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % Ja • 60 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 84,1 % Ja • 15,9 % Nein
<p>55. Können Stofftiere im Bett eine Gefahr darstellen?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 78 % Ja • 22 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45,5 % Ja • 54,5 % Nein
<p>56. Benützt Ihr Kind Decke oder Schlafsack?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 58 % Decke • 36 % Schlafsack (V057_1_Schlafsack) • 6 % Beides 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 43,2 % Decke • 43,2 % Schlafsack (V057_1_Schlafsack) • 13,6 % Beides
<p>57. Können mit Halter befestigte Decken eine Gefahr für Ihr Kind darstellen? (V058_Schlafen08)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 38 % Ja • 18 % Nein • 44 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 63,6 % Ja • 18,2 % Nein • 18,2 % Weiss ich nicht
<p>58. Was ist die optimale Raumtemperatur (Grad Celsius) zum Schlafen Ihres Kindes? (V059_Schlafen09)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 20,2 • Median: 20 • Standardabweichung: 2,0 • Minimum: 17, Maximum: 25 <p>Die Kinder (P) schlafen im Durchschnitt bei einer Raumtemperatur von 20,2 °C.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 19,1 • Median: 19 • Standardabweichung: 1,9 • Minimum: 16,5, Maximum: 25 <p>Die Kinder (K) schlafen im Durchschnitt bei einer Raumtemperatur von 19,1 °C.</p>
<p>59. Spielen zeitliche Regelmäßigkeit und Einschlafrituale eine Rolle für Ihr Kind?</p>	

<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 96 % Ja • 4 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 95,5 % Ja • 2,3 % Nein • 2,3 % Weiss ich nicht
<p>60. Ab welchem Alter (Monate) putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? (V061_Zaehneputzen01)</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 60 % 1. Zahn 2. 40 % Angabe in Monaten: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 19,8 • Median: 16,5 • Standardabweichung: 10,7 • Minimum: 8, Maximum: 42 <p>30 der befragten Eltern (P) putzen ihren Kindern ab dem 1. Zahn die Zähne, 20 der befragten Eltern putzen ihren Kindern im Durchschnitt erstmals mit 19,8 Monaten die Zähne.</p>	<p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 72,7 % 1. Zahn 2. 9,1 % Weiss ich nicht 3. 2,3 % 4.Zahn 4. 2,3 % 6.Zahn 5. 15,9 % Angabe in Monaten: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 6,7 • Median: 6 • Standardabweichung: 4,7 • Minimum: 0, Maximum: 12 <p>32 der befragten Eltern (K) putzen ihren Kindern ab dem 1. Zahn die Zähne, 7 der befragten Eltern putzen ihren Kindern im Durchschnitt erstmals mit 6,7 Monaten die Zähne.</p>
<p>61. Wie oft pro Tag putzen Sie die Zähne Ihres Kindes? (V062_Zaehneputzen02)</p> <p>P:</p> <p>100 % Angabe in Anzahl des Zähneputzens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 1,8 • Median: 2 • Standardabweichung: 0,7 • Minimum: 1, Maximum: 3 <p>Die Eltern (P) putzen ihren Kindern durchschnittlich 1,8 mal pro Tag die Zähne.</p>	<p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 20,5 % Weiss ich nicht 2. 79,5 % Angabe in Anzahl des Zähneputzens: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 2 • Median: 2 • Standardabweichung: 0,7 • Minimum: 1, Maximum: 3 <p>Die Eltern (K) putzen ihren Kindern durchschnittlich 2 mal pro Tag die Zähne.</p>

<p>62. Wonach richten Sie die Auswahl des Gewandes (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 66 % Jahreszeit • 32 % Nach Ihrem Empfinden • 10 % Raumtemperatur • 2 % Gesundheit des Kindes • 2 % Wind 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 61,4 % Jahreszeit • 40,9 % Nach Ihrem Empfinden • 40,9 % Nacken • 25 % Raumtemperatur • 2,3 % Weiss ich nicht
<p>63. Haben Sie Schwierigkeiten die angemessene Dicke des Gewandes zu wählen?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 72 % Nie • 18 % Manchmal • 10 % Oft 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 59,1 % Manchmal • 38,6 % Nie • 2,3 % Oft
<p>64. Bekommt Ihr Kind einen Schnuller? (V065_Schnuller01)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 72 % Ja • 28 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 77,3 % Ja • 22,7 % Nein
<p>65. Wenn nicht, warum?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 14 Eltern (P) beantwortet, welche die Frage 64 mit Nein beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 85,7 % Kind will keinen Schnuller • 14,3 % Generelle Ablehnung von Schnullern Ihrerseits 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 10 Eltern (K) beantwortet, welche die Frage 64 mit Nein beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 % Kind will keinen Schnuller • 20 % Befüchtete Zahnfehlstellung • 10 % Generelle Ablehnung von Schnullern Ihrerseits
<p><i>Die folgenden Fragen 66 bis 68 werden nur von jenen 36 Eltern (P) beantwortet, welche die Frage 65 mit Ja beantwortet haben.</i></p>	<p><i>Die folgenden Fragen 66 bis 68 werden nur von jenen 34 Eltern (K) beantwortet, welche die Frage 65 mit Ja beantwortet haben.</i></p>
<p>66. Wenn ja, warum (Mehrfachantworten möglich)?</p>	

<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 94,4 % Beruhigung • 8,3 % Vermehrtes Saugbedürfnis • 2,8 % Andere Kinder haben auch einen Schnuller • 2,8 % Vermeiden von Daumenlutschen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 97,1 % Beruhigung • 26,5 % Vermehrtes Saugbedürfnis • 23,5 % Vermeiden von Daumenlutschen
<p>67. Wann bekommt Ihr Kind einen Schnuller (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55,6 % Schlafen • 50 % Unruhe • 13,9 % Immer • 2,8 % Kranksein • 2,8 % Auto 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64,7 % Unruhe • 52,9 % Schlafen • 20,6 % Kranksein • 11,8 % Immer
<p>68. Ab welchem Alter (Monate) entwöhnen Sie Ihr Kind vom Schnuller? (V069_Schnuller05)</p> <p>P:</p> <p>100 % Angabe in Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 23,3 • Median: 24 • Standardabweichung: 8,4 • Minimum: 3, Maximum: 36 <p>Die Kinder (P) werden im Durchschnitt mit 23,3 Monaten vom Schnuller entwöhnt.</p>	<p>K:</p> <p>1. 32,4 % Weiss ich nicht</p> <p>2. 67,6 % Angabe in Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 27,3 • Median: 24 • Standardabweichung: 12,4 • Minimum: 9, Maximum: 60 <p>Die Kinder (K) werden im Durchschnitt mit 27,3 Monaten vom Schnuller entwöhnt.</p>
<p>69. Benötigt Ihr Kind notwendiger Weise körperliche Nähe und Zuwendung für seine Entwicklung?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 94 % Ja • 4 % Nein • 2 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % Ja

<p>70. Bekommt Ihr Kind Ihre Zuwendung nur wenn es sie verdient hat?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 % Ja • 82 % Nein • 4 % Manchmal 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % Nein
<p>71. Trösten Sie Ihr Kind wenn es weint?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 86 % Ja • 10 % Manchmal • 4 % Meistens 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 97,9 % Ja • 2,3 % Manchmal
<p>72. Halten Sie körperliche Bestrafung oder Liebesentzug für die Erziehung notwendig?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 % Ja • 82 % Nein • 14 % Manchmal 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93,2 % Nein • 6,8 % Manchmal
<p>73. Geben Sie Ihrem Kind Vitamin D - Tropfen?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % Ja 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 97,7 % Ja • 2,3 % Nein
<p>74. Wie oft pro Tag?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 1,0 • Median: 1 • Standardabweichung: 0,2 • Minimum: 1, Maximum: 2 <p>Die Eltern (P) geben ihren Kindern im Durchschnitt 1 Mal pro Tag Vitamin D – Tropfen.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 1,0 • Median: 1 • Standardabweichung: 0 • Maximum: 1 <p>Die Eltern (K) geben ihren Kindern 1 Mal pro Tag Vitamin D – Tropfen.</p>
<p>75. Wie lange (Monate)?</p> <p>P:</p>	<p>K:</p>

<p>1. 8 % Weiss ich nicht</p> <p>2. 92 % Angabe in Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 12,6 • Median: 12 • Standardabweichung: 3,6 • Minimum: 5, Maximum: 30 <p>4 der befragten Eltern können die Dauer der Vitamin D Gabe ihrer Kinder nicht angeben, da sie es zum Zeitpunkt der Befragung nicht wissen. Die restlichen 46 Eltern verabreichen ihren Kindern die Vitamin D – Tropfen durchschnittlich 12,6 Monate.</p>	<p>1. 13,6 % Weiss ich nicht</p> <p>2. 86,4 % Angabe in Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 11,5 • Median: 12 • Standardabweichung: 1,7 • Minimum: 4, Maximum: 12 <p>6 der befragten Eltern können die Dauer der Vitamin D Gabe ihrer Kinder nicht angeben, da sie es zum Zeitpunkt der Befragung nicht wissen. Die restlichen 38 Eltern verabreichen ihren Kindern die Vitamin D – Tropfen durchschnittlich 11,5 Monate.</p>
<p>76. Wofür?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 % Knochen • 22 % Weiss ich nicht • 12 % Rachitis • 6 % Fontanelle • 6 % Sonne • 2 % Schilddrüse • 2 % Säurebildung 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54,5 % Knochen • 13,6 % Weiss ich nicht • 25 % Rachitis • 4,5 % Fontanelle • 2,3 % Sonne • 2,3 % Wachstum
<p>77. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? (V078_Fluorid01)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 % Ja • 50 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 38,6 % Ja • 61,4 % Nein
<p>78. Wofür?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 25 Eltern (P) beantwortet, welche die Frage 77 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 96 % Zähne • 4 % Gegen Zahnschmerzen 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 17 Eltern (K) beantwortet, welche die Frage 77 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 88,2 % Zähne • 11,8 % Weiss ich nicht

<p>79. Wofür bekommt jedes Kind nach der Geburt zweimal Vitamin K verabreicht?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 88 % Weiss ich nicht • 6 % Blutgerinnung • 2 % Augen, Stuhl • 2 % Blut • 2 % Knochen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 61,4 % Weiss ich nicht • 18,2 % Blutgerinnung • 6,8 % Blut • 4,5 % Augen • 4,5 % Knochen • 2,3 % Abwehr • 2,3 % Rachitis
<p>80. Lassen Sie Ihr Kind impfen?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % Ja 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 95,5 % Ja • 4,5 % Nein
<p>81. Wenn nicht, warum?</p>	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 2 Eltern (K) beantwortet, welche die Frage 80 mit Nein beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 % Impfschaden; keine Notwendigkeit • 50 % Unausgereiftes Nervensystem
<p>82. Wogegen schützt die Sechsfachimpfung?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52 % Weiss ich nicht (V083_1_Sechsfachimpfung) • 30 % Hepatitis A • 30 % Polio • 26 % Tetanus • 22 % Diphtherie • 12 % Hämophilus • 12 % Pertussis <p>26 der befragten Eltern (P) können keine der</p>	<p><i>Die folgenden Frage 82 bis 85 werden nur von jenen 42 Eltern (K) beantwortet, welche Frage 80 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 35,7 % Weiss ich nicht (V083_1_Sechsfachimpfung) • 52,4 % Diphtherie • 50 % Polio • 47,6 % Tetanus • 40,5 % Hepatitis A • 35,7 % Hämophilus • 33,3 % Pertussis <p>15 der befragten Eltern (K) können keine der</p>

<p>sechs Krankheiten nennen, gegen welche die Sechsfachimpfung schützt. Hepatitis A und Polio werden am häufigsten von 15 Eltern (P) genannt.</p>	<p>sechs Krankheiten nennen, gegen welche die Sechsfachimpfung schützt. Diphtherie und Polio werden am häufigsten von 22 bzw. 21 Eltern (K) genannt.</p>
<p>83. Wogegen schützt die MMR-Impfung?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 % Weiss ich nicht (V084_1_MMR) • 36 % Masern, Mumps, Röteln • 4 % Mumps • 2 % Röteln <p>30 der befragten Eltern (P) können keine der drei Krankheiten nennen, gegen welche die MMR – Impfung schützt. 18 der befragten Eltern (P) nennen alle drei Krankheiten.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 33,3 % Weiss ich nicht (V084_1_MMR) • 64,3 % Masern, Mumps, Röteln • 2,4% Masern, Mumps <p>14 der befragten Eltern (K) können keine der drei Krankheiten nennen, gegen welche die MMR – Impfung schützt. 27 der befragten Eltern (K) nennen alle drei Krankheiten.</p>
<p>84. Bekommt Ihr Kind sonst noch Impfungen?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54 % Ja • 46 % Nein 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68,2 % Ja • 31,8 % Nein
<p>85. Wenn ja, welche, und wogegen schützen diese (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p><i>Diese Frage wird nur von jenen 27 Eltern (P) beantwortet, welche die Frage 84 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 63 % FSME - Impfung gegen (82,3 % Gehirnhautentzündung, 11,8 % Weiss ich nicht, 5,9 % Fieber) • 51,9 % Pneumokokkenimpfung gegen (35,7 % Mittelohrentzündung, 28,6 % Weiss ich nicht, 21,4 % Lungenentzündung, 21,4 % Meningitis) • 7,4 % Hepatitis A gegen (100 % Leberentzündung) 	<p><i>Diese Frage wird nur von jenen 30 Eltern (K) beantwortet, welche die Frage 84 mit Ja beantwortet haben.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 70 % FSME - Impfung gegen (76,2 % Weiss ich nicht, 23,8 % Gehirnhautentzündung) • 50 % Pneumokokkenimpfung gegen (46,7 % Weiss ich nicht, 33,3 % Lungenentzündung, 33,3 % Meningitis, 6,7 % Mittelohrentzündung) • 6,7 % Rotavirenimpfung gegen (50 % Darm, 50 % Weiss ich nicht) • 3,3 % Hepatitis-A – Impfung gegen (100 % Darm)

<ul style="list-style-type: none"> • 3,7 % Influenzaimpfung gegen (100 % Influenza) • 3,7 % Meningokokkenimpfung gegen (100 % Gehirnhautentzündung) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3,3 % Influenzaimpfung gegen (100 % Influenza)
<p>86. Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Blähungen Ihres Kindes (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 44 % Bauchmassage • 44 % Fencheltee • 32 % Antiflat-Tropfen • 24 % Kirschkernsackerl/Wärmflasche • 16 % Keine • 14 % Bäuchleinöl/Salbe • 10 % Fliegergriff • 8 % Besser aufstoßen lassen • 6 % Bauchlage • 4 % Globuli • 2 % Fieberthermometer • 2 % Kapseln • 2 % Stillintervall einhalten • 2 % Seitlage 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52,3 % Bauchmassage • 50 % Fencheltee • 31,8 % Antiflat-Tropfen • 25 % Kirschkernsackerl/Wärmflasche • 16 % Keine • 13,6 % Bäuchleinöl/Salbe • 13,6 % Fliegergriff • 11,4 % Globuli • 6,8 % Radfahren mit den Beinen • 2,3 % Bewegung • 2,3 % Tragetuch • 2,3 % Zäpfchen
<p>87. Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Verstopfung Ihres Kindes (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 % Keine • 22 % Trinken • 12 % Ernährung umstellen • 12 % Milchzucker • 8 % Fieberthermometer • 6 % Zäpfchen • 2 % Aloe vera • 2 % Beinübung • 2 % Kernseife • 2 % Massage • 2 % Orange • 2 % Stillen • 2 % Butter, Sahne <ul style="list-style-type: none"> • 2 % Joghurt 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31,8 % Keine • 27,3 % Trinken • 20,5 % Einlauf • 9,1 % Apfelsaft • 9,1 % Bauchmassage • 9,1 % Ernährung umstellen • 6,8 % Joghurt • 6,8 % Milchzucker • 4,5 % Fieberthermometer • 4,5 % Apfel • 4,5 % Obst • 2,3 % Birnenmus <ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Kirschkernsäckchen • 2,3 % Öl

	<ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Schüsslersalz • 2,3 % Zäpfchen
<p>88. Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Durchfall Ihres Kindes (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 46 % Keine (V093_1_Keine) • 28 % Ernährung umstellen • 10 % Normolyt/Elektrolytlösung • 12 % Trinken • 4 % Globuli • 4 % Stillen • 2 % Aloe Vera • 2 % Abgepumpte warme/kalte Milch nicht mischen • 2 % Kakao • 2 % Kochschokolade • 2 % Tropfen • 2 % Soletti • 2 % Spezialmilch 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 27,3 % Keine (V093_1_Keine) • 18,2 % Ernährung umstellen • 27,3 % Normolyt/Elektrolytlösung • 20,5 Tee • 15,9 % Trinken • 11,4 % Banane • 9,1 % Brauner Apfel • 4,5 % Karotte • 4,5 % Stillen • 2,3 % Antibiophilus • 2,3 % Bioflorin • 2,3 % Globuli • 2,3 % Heidelbeeren • 2,3 % Kochschokolade • 2,3 % Reisschleim • 2,3 % Schüsslersalz • 2,3 % Soletti • 2,3 % Zwieback
<p>89. Wie viele Stunden am Tag muss ein Baby schreien, dass man von einem Schreibaby spricht? (V094_Schreien01)</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4 % Weiss ich nicht 2. 96 % Angabe in Stunden: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 3,5 • Median: 3 • Standardabweichung: 3,5 • Minimum: 1, Maximum: 24 <p>2 der befragten Eltern (P) sind nicht im Stande die Frage zu beantworten. Die restlichen 48 Eltern (P) geben</p> <p>durchschnittlich 3,5 Stunden an.</p>	<p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 36,4 % Weiss ich nicht 2. 65,6 % Angabe in Stunden: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 5,5 • Median: 4 • Standardabweichung: 4,1 • Minimum: 1, Maximum: 18 <p>16 der befragten Eltern (K) sind nicht im Stande die Frage zu beantworten. Die restlichen 28 Eltern (K) geben</p> <p>durchschnittlich 5,5 Stunden an.</p>

<p>90. Wie reagieren Sie wenn Ihr Kind schreit (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % Trösten • 40 % Wiegen/Tragen • 8 % Stillen • 4 % Essen • 4 % Schnuller • 4 % Streicheln • 4 % Zureden • 2 % Bauchmassage • 2 % Einwickeln • 2 % Nackt • 2 % Vorsingen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81,8 % Trösten • 47,7 % Wiegen/Tragen • 6,8 % Stillen • 4,5 % Essen • 6,8 % Schnuller • 6,8 % Schreien lassen • 4,5 % Vorsingen • 2,3 % Fiebermessen • 2,3 % Tee
<p>91. Welche Risikofaktoren kennen Sie für plötzlichen Kindstod (SIDS) (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 56 % Bauchlage während des Schlafens (V096_1_Bauchlage) • 38 % Keine (V096_2_Keine) • 30 % Überhitzung während des Schlafens (V096_3_Ueberhitzung) • 22 % Stofftiere im Bett • 12 % Rauchen in Anwesenheit des Kindes (V096_4_Rauchen) • 2 % Alter der Mutter < 22 Jahre • 2 % Buben häufiger • 2 % Decke während des Schlafens • 2 % Mutter Polio • 2 % Ikterus (behandlungsbedürftig mit Phototherapie) • 2 % Ernährung • 2 % Frühchen < 33 SSW • 2 % Flache Atmung • 2 % Schlafen im Elternbett • 2 % Schnupfen • 2 % Schreien, Unruhe 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 65,9 % Bauchlage während des Schlafens (V096_1_Bauchlage) • 56,8 % Überhitzung während des Schlafens (V096_3_Ueberhitzung) • 31,8 % Rauchen in Anwesenheit des Kindes • 15,9 % Stofftiere im Bett • 13,6 % Keine (V096_2_Keine) • 11,4 % Rauchen während des Schwangerschaft (V096_4_Rauchen) • 9,1 % Schlafen im Elternbett • 9,1 % Stress • 2,3 % Ikterus (behandlungsbedürftig mit Phototherapie) • 4,5 % Atempausen • 4,5 % Frühchen < 33 SSW • 2,3 % Erbrochenes • 2,3 % Fell • 2,3 % Fieberkrampf • 2,3 % Kein Stillen • 2,3 % Schnuller • 2,3 % Sectio <ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Decke • 2,3 % Untere Schicht

	<ul style="list-style-type: none"> • 2,3 % Weiche Matratze
<p>92. In welchen Lebensmonaten tritt SIDS vorwiegend auf?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 32 % Weiss ich nicht • 24 % 0-12 Monat • 18 % 0-6 Monat • 4 % 0-4 Monat • 4 % 2. Monat • 4 % 4-6 Monat • 2 % 1. Monat • 2 % 0-2 Monat • 2 % 0-5 Monat • 2 % 0-24 Monat • 2 % 2-4 Monat • 2 % 6. Monat 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15,9 % Weiss ich nicht • 34,1 % 0-12 Monate • 6,8 % 0-3 Monate • 4,5 % 1-12 Monate • 2,3 % 0-5 Monate • 2,3 % 0-6 Monate • 4,5 % 0-6 und 20-24 Monate • 2,3 % 0-6 und 20-26 Monate • 2,3 % 0-7 Monate • 2,3 % 1-6 Monate • 2,3 % 1-8 Monate • 2,3 % 12 Monat • 2,3 % 2-4 Monate • 2,3 % 2-6 Monate • 2,3 % 3-4 Monate • 2,3 % 3-6 Monate • 2,3 % 3 Monat • 2,3 % 4-12 Monate • 2,3 % 4-7 Monate • 2,3 % 4 Monat
<p>93. Wie messen Sie das Fieber Ihres Kindes (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 48 % Rektal (V098_1_Rektal) • 38 % Ohr/Schläfe (V098_2_Ohr) • 14 % Axillär • 2 % Schnuller 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52,3 % Rektal (V098_1_Rektal) • 50 % Ohr/Schläfe (V098_2_Ohr) • 20,5 % Hand auflegen • 9,1 % Axillär • 2,3 % Schnuller
<p>94. Ab welcher Temperatur sprechen Sie von Fieber? (V099_Fieber02)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 37,8 • Median: 38 • Standardabweichung: 1,5 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 37,9 • Median: 38 • Standardabweichung: 0.6

<ul style="list-style-type: none"> • Minimum: 29, Maximum: 40 <p>Die befragten Eltern (P) sprechen durchschnittlich bei 37,8 °C von Fieber.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum: 37, Maximum: 39,5 <p>Die befragten Eltern (K) sprechen durchschnittlich bei 37,9 °C von Fieber.</p>
<p>95. Ab welcher Temperatur senken Sie Fieber? (V100_Fieber03)</p> <p>P:</p> <p>100 % Angabe in Grad Celsius:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 38,4 • Median: 38,5 • Standardabweichung: 0,5 • Minimum: 37,0, Maximum: 40,0 <p>Die befragten Eltern (P) senken im Durchschnitt bei einer Temperatur von 38,4 °C Fieber.</p>	<p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 15,9 % Weiss ich nicht 2. 84,1 % Angabe in Grad Celsius: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 37,9 • Median: 38 • Standardabweichung: 0,6 • Minimum: 37,0, Maximum: 39,5 <p>37 der befragten Eltern (K) senken im Durchschnitt bei einer Temperatur von 37,3 °C Fieber.</p>
<p>96. Ab welcher Temperatur suchen Sie den Kinderarzt auf? (V101_Fieber04)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 38,4 • Median: 38,4 • Standardabweichung: 0,7 • Minimum: 37, Maximum: 40 <p>Die Eltern (P) suchen durchschnittlich bei einer Temperatur von 38,4 °C den Kinderarzt auf.</p>	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 38,7 • Median: 38,5 • Standardabweichung: 0,8 • Minimum: 37, Maximum: 40 <p>Die Eltern (K) suchen durchschnittlich bei einer Temperatur von 38,7 °C den Kinderarzt auf.</p>
<p>97. In welchem Alter (Monate) erwarten Sie den ersten Zahn Ihres Kindes?</p> <p>P:</p> <p>100 % Angabe in Monaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 7,0 • Median: 6 • Standardabweichung: 2,3 	<p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4,5 % Weiss ich nicht 2. 95,5 % Angabe in Monaten: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert: 6,2 • Median: 6 • Standardabweichung: 1,9

<ul style="list-style-type: none"> • Minimum: 4, Maximum: 13 <p>Die befragten Eltern (P) erwarten im Durchschnitt mit 7 Monaten den ersten Zahn ihres Kindes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum: 3, Maximum: 12 <p>42 der befragten Eltern (K) erwarten im Durchschnitt mit 6,2 Monaten den ersten Zahn ihres Kindes.</p>
<p>98. Wie bemerken Sie das Zahnen Ihres Kindes(Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 44 % Hand im Mund • 38 % Schreien • 32 % Speicheln • 30 % Fieber • 28 % Unruhe • 14 % Durchfall • 6 % Gesehen • 6 % Rote Backen • 2 % Ausschlag • 2 % Beissen • 2 % Erhöhte Temperatur • 2 % Geschwollenes Zahnfleisch • 2 % Schnupfen • 2 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52,3 % Speicheln • 45,5 % Hand im Mund • 34,1 % Unruhe • 22,7 % Schreien • 20,5 % Fieber • 9,1 % Gesehen • 6,8 % Durchfall • 6,8 % Geschwollenes Zahnfleisch • 6,8 % Gerötetes Zahnfleisch • 4,5 % Rote Backen • 2,3 % Harter Gaumen
<p>99. Wie lindern Sie die Schmerzen Ihres Kindes beim Zahnen (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54 % Schmerzstillender Zahncreme • 26 % Beissringe/hartes Brot • 14 % Gar nicht • 10 % Globuli • 4 % Bernsteinkette • 4 % Fieberzäpfchen/Fiebersaft • 4 % Massage • 2 % Gurke • 2 % Tropfen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 59,1 % Schmerzstillender Zahncreme • 45,5 % Beissringe/hartes Brot • 54,5 % Globuli • 9,1 % Bernsteinkette • 9,1 % Gar nicht • 6,8 % Fieberzäpfchen/Fiebersaft • 4,5 % Kühlen • 2,3 % Stillen • 2,3 % Tee • 2,3 % Weiss ich nicht
<p>100. Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Schnupfen Ihres Kindes (Mehrfachantworten möglich)?</p>	

<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52 % NaCl 0,9 % • 40 % Verschriebene Nasentropfen • 10 % Keine • 8 % Absaugen • 8 % Luftbefeuchtung • 4 % Brustsalbe • 4 % Muttermilch • 4 % Trinken • 2 % Bachblüten • 2 % Früchte • 2 % Globuli • 2 % Inhalieren • 2 % Schüsselsalz • 2 % Warm anziehen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 43,2 % NaCl 0,9 % • 36,4 % Verschriebene Nasentropfen • 18,2 % Globuli • 13,6 % Brustsalbe • 11,4 % Keine • 11,4 % Muttermilch • 9,1 % Luftbefeuchtung • 6,8 % Tee • 2,3 % Absaugen • 2,3 % Inhalieren • 2,3 % Schüsslersalz • 2,3 % Zwiebelsäckchen
<p>101. Welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie bei Husten Ihres Kindes (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 66 % Verschriebene Hustensäfte • 24 % Keine • 6 % Brustsalbe • 6 % Selbstgemachte Hustensäfte • 2 % Globuli • 2 % Inhalieren • 2 % Luftbefeuchtung 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45,5 % Verschriebene Hustensäfte • 34,1 % Keine • 15,9 % Brustsalbe • 9,1 % Tee • 6,8 % Luftbefeuchtung • 6,8 % Inhalieren • 6,8 % Tropfen • 4,5 % Globuli • 4,5 % Wickel • 2,3 % Baden • 2,3 % Kirschkernsackerl • 2,3 % Schüsslersalz • 2,3 % Selbstgemachte Hustensäfte • 2,3 % Warm anziehen
<p>102. Wissen Sie zu welchem Zweck ein Hüftultraschall gemacht wird?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 42 % Weiss ich nicht (V107_Huefte) • 38 % Unreife Hüfte • 10 % Hüftdysplasie • 4 % Schiefe Hüfte 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18,2 % Fehlstellung • 18,2 % Weiss ich nicht (V107_Huefte) • 15,9 % Fehlbildung • 15,9 % Unreife Hüfte

<ul style="list-style-type: none"> • 2 % Fehlbildung • 2 % Luxation • 2 % X-Beine 	<ul style="list-style-type: none"> • 11,4 % Schiefe Hüfte • 9,1 % Hüftdysplasie • 4,5 % Gelenkslage • 4,5 % Luxation • 4,5 % Entwicklung
<p>103. Aus welchen Gründen suchen Sie den Kinderarzt auf (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 96 % Mutter-Kind-Pass • 74 % Sobald ich das Gefühl habe, dass mein Kind krank ist • 26 % Impfung • 8 % Husten • 6 % Fieber • 6 % Um Informationen zu erhalten • 2 % Anhaltendes Schreien • 2 % Ausschlag • 2 % Durchfall • 2 % Unfälle/Verletzungen 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 % Sobald ich das Gefühl habe, dass mein Kind krank ist • 72,7 % Mutter-Kind-Pass • 25 % Impfung • 20,5 % Fieber • 11,4 % Husten • 6,8 % Unfälle/Verletzungen • 4,5 % Um Informationen zu erhalten • 2,3 % Ausschlag • 2,3 % Durchfall • 2,3 % Kein Appetit • 2,3 % Trägheit
<p>104. Wie haben Sie sich über Säuglingspflege informiert (Mehrfachantworten möglich)?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 72 % Erfahrung von Familie, Freunden und Bekannten (V109_1_Bekannte) • 54 % Bücher/Broschüren (V109_2_Buecher) • 20 % Entbindungsklinik • 14 % Vorbereitungskurs • 12 % Ich verlasse mich auf meinen Instinkt • 8 % Beratungsstellen • 6 % Kinderarzt und Kinderärztinnen • 2 % Internet • 2 % Vorhergehende Kinder 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68,2 % Bücher/Broschüren (V109_2_Buecher) • 54,5 % Erfahrung von Familie, Freunden und Bekannten (V109_1_Bekannte) • 27,3 % Vorbereitungskurs • 9,1 % Ich verlasse mich auf meinen Instinkt • 6,8 % Beratungsstellen • 6,8 % Entbindungsklinik • 6,8 % Hebamme/ Säuglingsschwester • 4,5 % Ausbildung • 4,5 % Internet • 2,3 % Vorhergehende Kinder

<p>105. Haben Sie das Gefühl ausreichend über Säuglingspflege informiert zu sein?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 % Sehr gut • 50 % Gut • 14 % Mittelmässig • 14 % Ausreichend • 2 % Unzureichend 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29,5 % Sehr gut • 54,5 % Gut • 9,1 % Mittelmässig • 6,8 % Ausreichend
<p>106. Hätten Sie sich einen verpflichtenden Vorbereitungskurs gewünscht?</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34 % Ja • 62 % Nein • 4 % Weiss ich nicht 	<p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 38,6 % Ja • 61,4 % Nein

2. Erhebungsbogen für Kinderärzte und Kinderärztinnen:

88 Kinderärzte und Kinderärztinnen konnten in der Fortbildungsveranstaltung „Pädiatrischer Frühling“ in Seggau im Mai 2006 über ihren Eindruck bezüglich des Wissens von Eltern über Säuglingspflege befragt werden.

Fragebogen für Kinderärzte und Kinderärztinnen:

1. Arbeiten Sie in freier Praxis oder im KH?

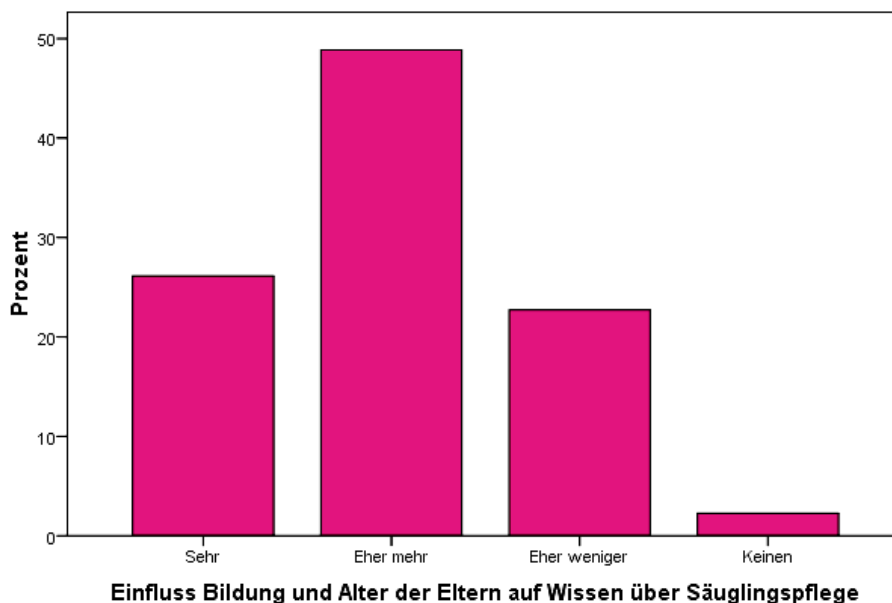
- 56,8 % Freie Praxis
- 37,5 % Krankenhaus
- 5,7 % Freie Praxis und Krankenhaus

50 der befragten Kinderärzte und -ärztinnen praktizieren in einer fachärztlichen Praxis, 30 praktizieren in einem Krankenhaus und 5 arbeiten sowohl in fachärztlicher Praxis als auch im Krankenhaus.

2. Haben Sie den Eindruck, dass Bildung/Alter der Eltern einen Einfluss auf ihr Wissen über Säuglingspflege hat?

- 26,1 % Sehr
- 48,9 % Eher mehr
- 22,7 % Eher weniger
- 2,3 % Keinen

Einfluss Bildung und Alter der Eltern auf Wissen über Säuglingspflege



3. Wenn ja, welchen?

44 der befragten 88 Personen beantworteten die Frage, in der Mehrfachnennungen möglich sind.

15,9 Prozent der Befragten sehen einen Zusammenhang zwischen Wissen und Alter, 18,2 Prozent sehen ihn zwischen Wissen und Bildung und 65,9 Prozent bringen Wissen mit sowohl Alter als auch Bildung in Zusammenhang.

1. Zusammenhang zwischen Wissen und Alter:

- 6,8 % Überbesorgnis Älterer
- 4,5 % Erfahrung steigt mit dem Alter
- 2,3 % Je jünger desto mehr Aufmerksamkeit und Hygiene
- 2,3 % Je jünger desto mehr Wissen und Kompetenz
- 2,3 % Überinformation Älterer

2. Zusammenhang zwischen Wissen und Bildung:

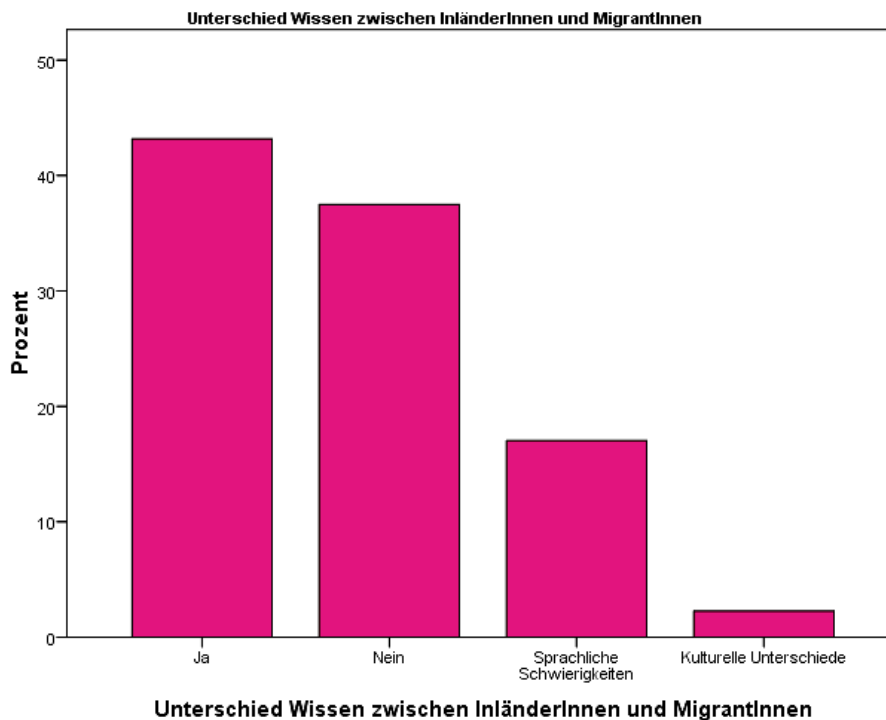
- 4,5 % Wissen ist angelesen
- 2,3 % Wissen, nicht Tradition ist entscheidend
- 2,3 % Mit der Allgemeinbildung steigt das logische Denken/ Hausverstand
- 2,3 % Weniger Information, weniger Sorge
- 2,3 % Mit steigender Bildung sinkt die praktische Kompetenz, Unsicherheit

3. Zusammenhang zwischen Wissen und Bildung + Alter:

- 18,2 % Besser informiert durch unterschiedliche Medien
- 9,1 % Mehr Informationsbedürfnis
- 4,5 % Kritischer Umgang mit Produkten
- 4,5 % Keine Übermittlung von Generationswissen mehr
- 4,5 % Mehr Info/Ressourcen durch eigene Kinder
- 4,5 % Pedanterie
- 2,3 % Ältere Eltern haben mehr Erfahrung, Bildung macht pedantisch
- 2,3 % Bei Wunschkindern mehr Vorwissen
- 2,3 % Belesen, motiviert
- 2,3 % Besseres Gesundheitsbewußtsein, weitsichtigere Vorbereitung
- 2,3 % Besseres Wahrnehmen der Bedürfnisse, adäquate Versorgung
- 2,3 % Junge Eltern haben weniger Hausverstand, Unsicherheit
- 2,3 % Mehr Ängste aber mehr Lösungskompetenz
- 2,3 % Mehr Interesse, Verantwortungsbewußtsein, mehr Druck es richtig zu machen
- 2,3 % Sehr junge/alte/ungebildete Eltern haben geringeres Wissen
- 2,3 % Unwissenheit Junger, Überbesorgnis Älterer
- 2,3 % Vernünftiger

4. Bemerken Sie einen Unterschied des Wissens zwischen InländerInnen und MigrantInnen?

- 43,2 % Ja
- 37,5 % Nein
- 17 % Durch sprachliche Schwierigkeiten nicht zu beurteilen
- 2,3 % Durch kulturelle Unterschiede nicht beurteilbar



5. Wenn ja, welchen?

35 der befragten 88 Kinderärzte und -ärztinnen beantworteten die Frage, in der Mehrfachantworten möglich sind.

42,9 Prozent der Befragten beziehen ihre Antwort auf MigrantInnen und 25,7 Prozent auf InländerInnen, während 37,1 Prozent in ihrer Antwort nicht zwischen InländerInnen und MigrantInnen differenzieren.

1. Wissen der MigrantInnen:

- 8,6 % Aufklärungsdefizit wegen Sprachbarriere
- 8,6 % Migrantenkinder sind weniger gepflegt
- 8,6 % Tendenz zur Überfütterung
- 8,6 % Weniger Wissen bezüglich Ernährung als InländerInnen
- 5,7 % Traditionsbewußter als InländerInnen
- 2,9 % Väter sind gut informiert

2. Wissen der Inländer:

- 11,4 % Besserer Wissensstand als MigrantInnen

- 5,7 % Informationsvermittlung ist aufgrund fehlender Kommunikationsprobleme besser möglich
- 2,9 % Eher Flaschennahrung bei InländerInnen
- 2,9 % Mehr Informationsbeschaffung von InländerInnen via Internet
- 2,9 % Weniger Wissen bezüglich Ernährung und banaler Infekte

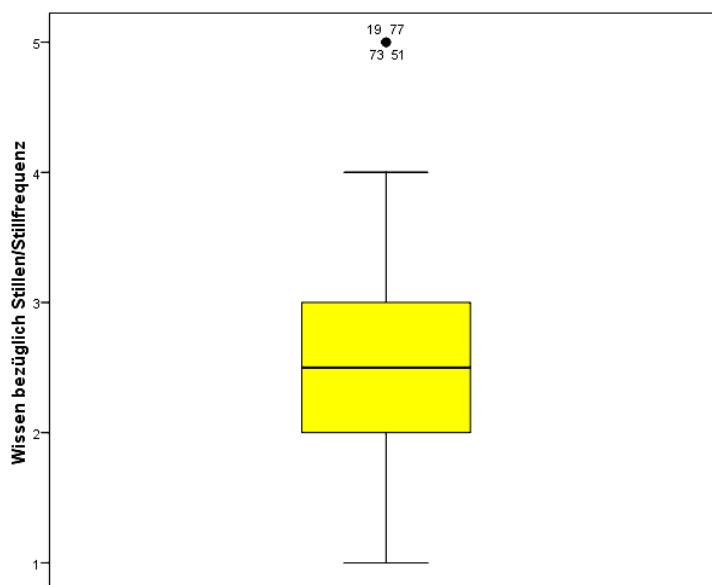
3. Unterschiede des Wissens ohne Differenzierung:

- 17,1 % Kulturelle Unterschiede
- 11,4 % Bezüglich Ernährung
- 2,9 % Aufgrund von Traditionseinflüssen
- 2,9 % Empfundene Unterschiede sind Vorurteile
- 2,9 % Unterschiede sind bildungsabhängig.

6. Wie beurteilen Sie das durchschnittliche Wissen der Eltern bezüglich:

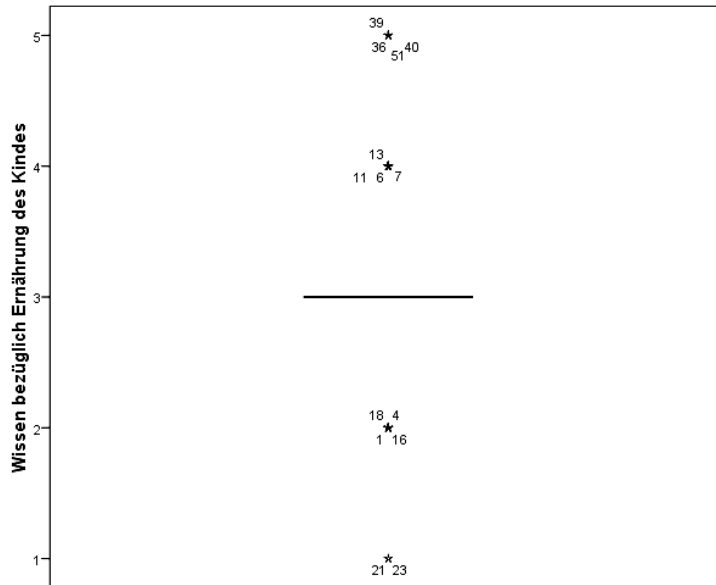
6.1. Stillen/Stillfrequenz:

- 8 % Sehr gut (1)
- 42 % Gut (2)
- 43,2 % Mittelmäßig (3)
- 2,3 % Ausreichend (4)
- 4,5 % Unzureichend (5)



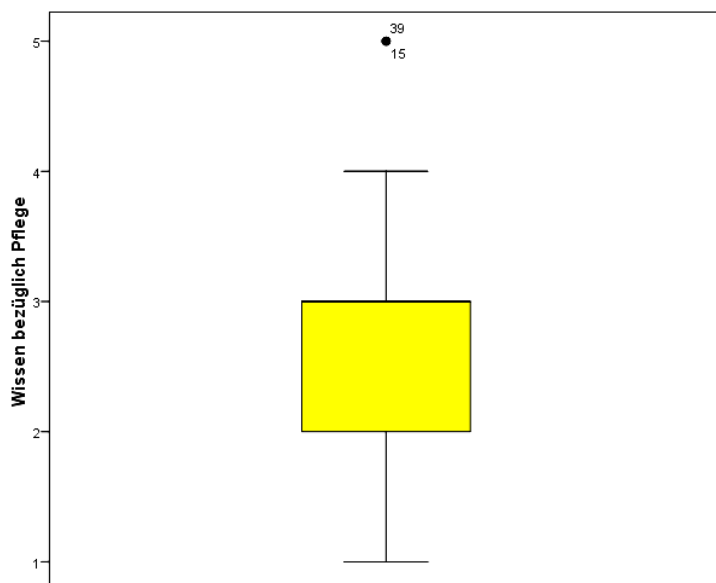
6.2. Ernährung des Kindes:

- 2,3 % Sehr gut (1)
- 17 % Gut (2)
- 58 % Mittelmäßig (3)
- 17 % Ausreichend (4)
- 5,7 % Unzureichend (5)



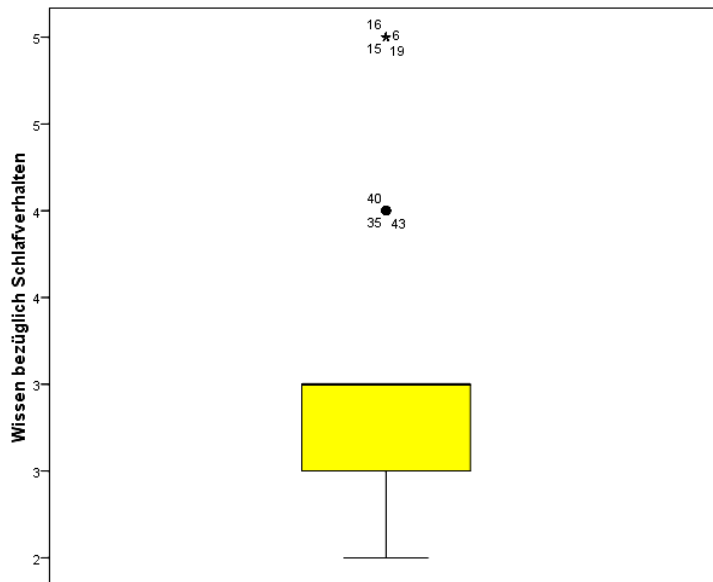
6.3. Pflege (Wickeln, Baden, Bekleidung, Zähne) des Kindes:

- 1,1 % Sehr gut (1)
- 42 % Gut (2)
- 50 % Mittelmäßig (3)
- 4,5 % Ausreichend (4)
- 2,3 % Unzureichend (5)



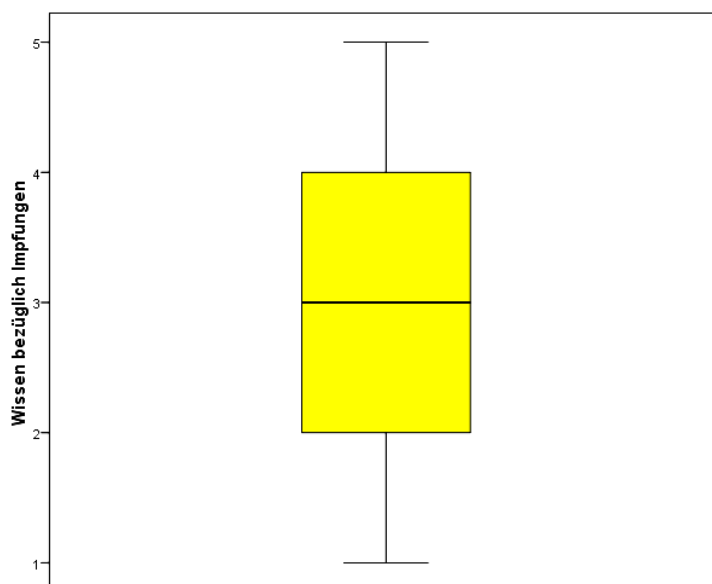
6.4. Schlafen (Regelmäßigkeit, SIDS):

- 0 % Sehr gut (1)
- 25 % Gut (2)
- 52,3 % Mittelmäßig (3)
- 10,2 % Ausreichend (4)
- 12,5 % Unzureichend (5)



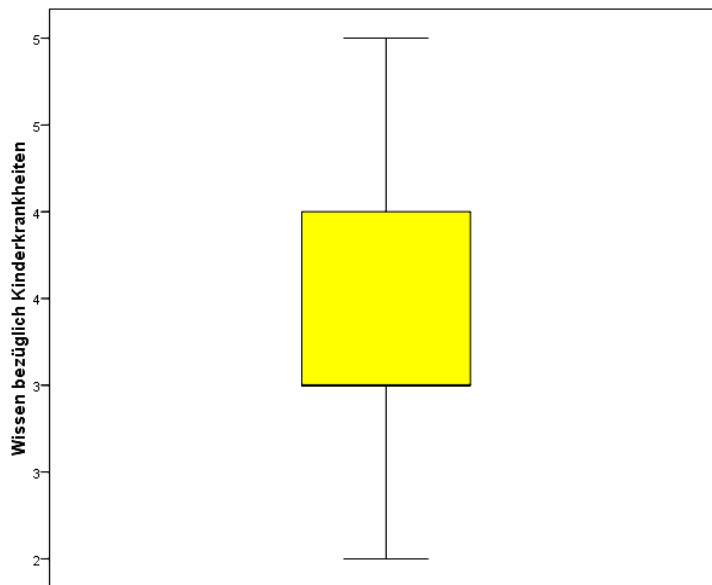
6.5. Impfungen (warum, wogegen)?

- 3,4 % Sehr gut (1)
- 26,1 % Gut (2)
- 38,6 % Mittelmäßig (3)
- 13,6 % Ausreichend (4)
- 18,2 % Unzureichend (5)



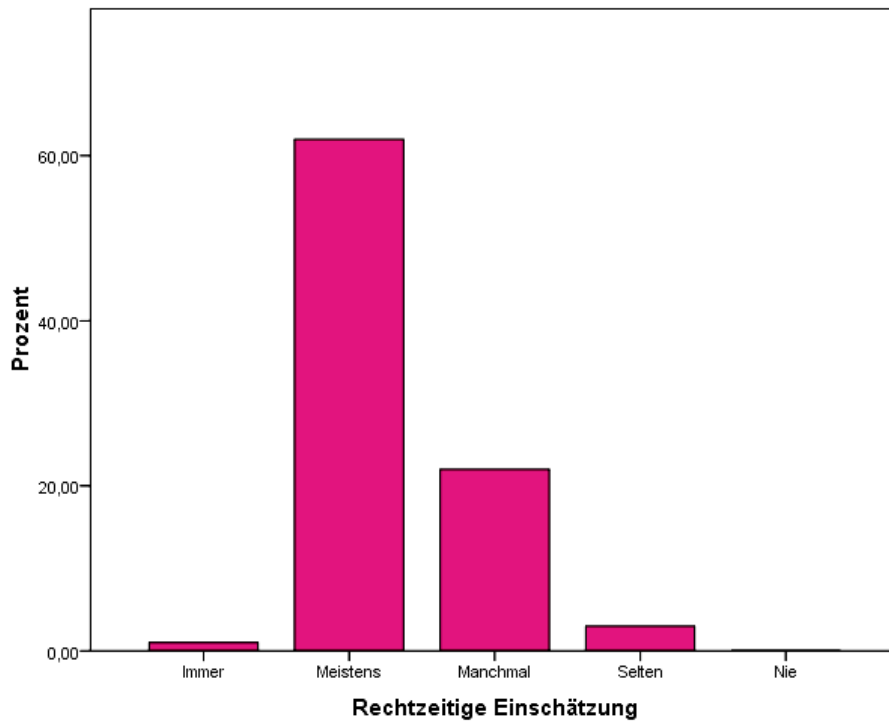
6.6. Kinderkrankheiten und Behandlungsmöglichkeiten?

- 0 % Sehr gut (1)
- 8 % Gut (2)
- 45,5 % Mittelmäßig (3)
- 22,7 % Ausreichend (4)
- 23,9 % Unzureichend (5)



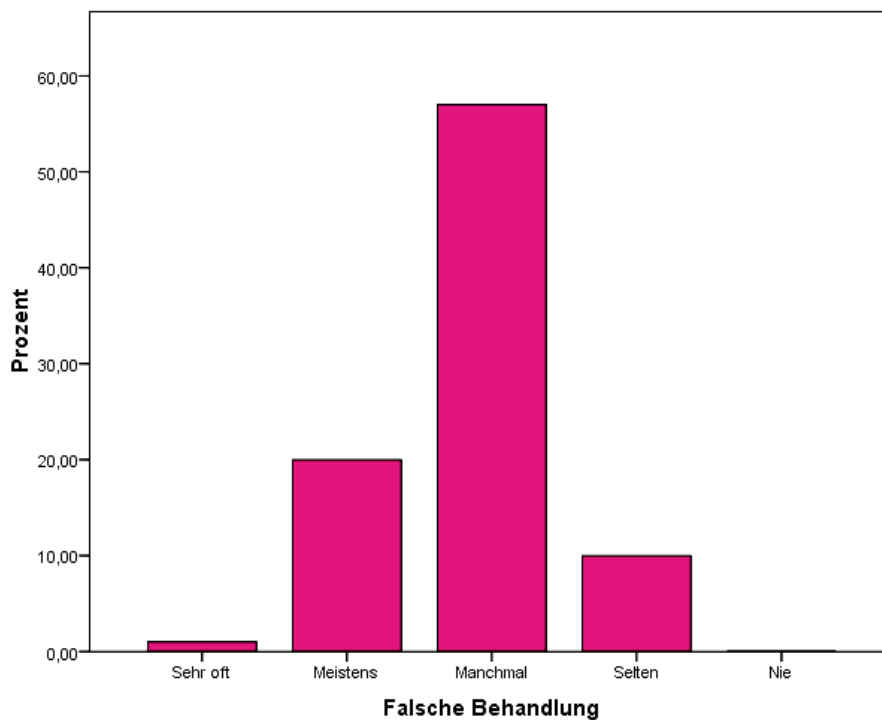
7. Haben Sie das Gefühl, dass Eltern Sie rechtzeitig aufsuchen und die Lage ihres Kindes richtig einschätzen?

- 1,1 % Immer
- 70,5 % Meistens
- 25 % Manchmal
- 3,4 % Selten
- 0 % Nie



8. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Kinder von Eltern falsch behandelt werden?

- 1,1 % Sehr oft
- 22,7 % Meistens
- 64,8 % Manchmal
- 11,4 % Selten
- 0 % Nie



9. Wo sehen Sie die größten Defizite?

Insgesamt beantworteten 62 der 88 Kinderärzte und Kinderärztinnen diese Frage, bei der Mehrfachantworten möglich waren.

- 22,6 % Falsch/Überinformation
- 11,3 % Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung
- 11,3 % Ernährung
- 11,3 % Fieber
- 11,3 % Impfung
- 9,7 % Fehlender Hausverstand
- 6,5 % Erziehung
- 4,8 % Unsicherheit
- 4,8 % Banale Infekte
- 4,8 % Hautpflege
- 3,2 % Gastroenteritis
- 3,2 % Instinkt
- 3,2 % Schreien
- 1,6 % Aufklärungs- /Informationsdefizit
- 1,6 % Antibiotika/Paracetamol für alles
- 1,6 % Cortison – Angst/Asthmatherapie inhalativ
- 1,6 % Ekzeme
- 1,6 % Emotionale Bedürfnisse
- 1,6 % Fehlender Elterntrainingskurs an MKP und Kinderbetreuungsgeld gekoppelt
- 1,6 % Fehlende Unterstützung zu Hause post partum
- 1,6 % Hausmittelwissen geht verloren
- 1,6 % Höherer Stellenwert von Hebammen/Laktationsberatern
- 1,6 % Infernalisches Wissen, pseudoalternatives Verhalten
- 1,6 % Krankheiten
- 1,6 % Ignoranz
- 1,6 % Keine Schmerzstillung
- 1,6 % Kinder wie Erwachsene zu behandeln
- 1,6 % Husten
- 1,6 % Pflege
- 1,6 % Schlaf
- 1,6 % Überbesorgnis
- 1,6 % Unbeholfenheit
- 1,6 % Unklarheit über Entwicklungsschritte
- 1,6 % Verteilung von Kompetenzen
- 1,6 % Zahnpflege
- 1,6 % Zeitmangel von Kinderärzten und -ärztinnen

Am häufigsten mit 22,6 Prozent wurde als Defizit die Falsch/ Überinformation durch verschiedene Medien, bevorzugt jedoch durch Internet, genannt.

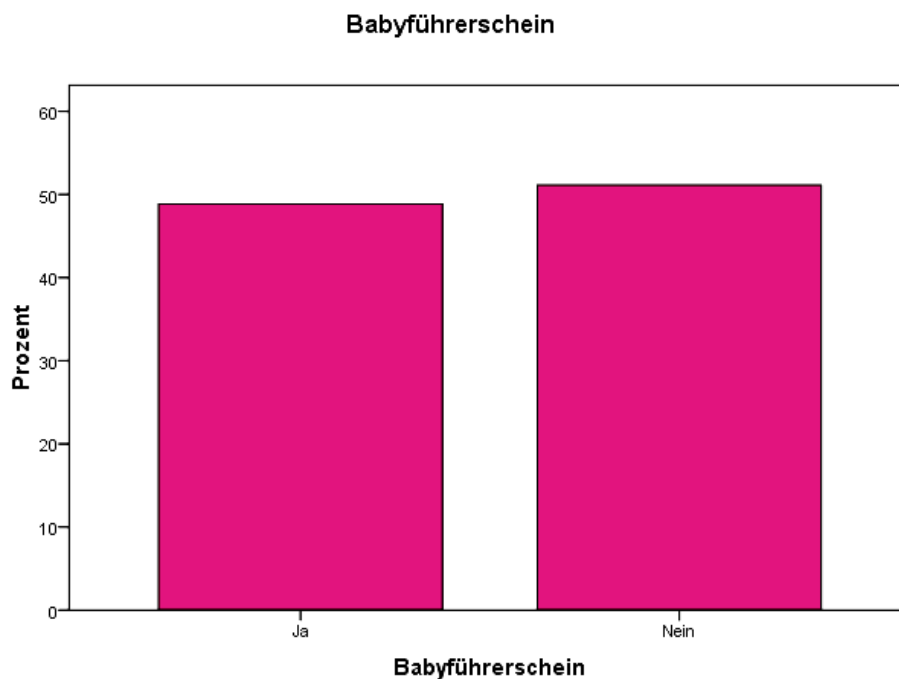
Daraus ergibt sich für die Kinderärzte und Kinderärztinnen das Problem, dass Eltern dadurch mitunter verunsichert, überbesorgt und teilweise unkooperativ gegenüber der Schulmedizin sind.

Danach folgen mit je 11,3 Prozent die Defizite Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung, Ernährung, Fieber und Impfung.

9,7 Prozent der Befragten geben fehlenden Hausverstand an und 6,5 Prozent der Befragten bezeichnen Erziehung und Unsicherheit als Defizite.

10. Würden Sie sich einen verpflichtenden Säuglingspflegevorbereitungskurs/ Babyführerschein wünschen?

- 48,9 % Ja
- davon 2,3 % Ja, Säuglingsvorbereitungskurs, gebunden an MKP und Kinderbetreuungsgeld
- 51,1 % Nein
- davon 8,8 % Nein, wünschen sich aber mehr Angebot
- davon 4,4 % Nein, Aufgabe wird von Kinderärzten und Kinderärztinnen ausreichend übernommen
- davon 2,2 % Nein, wünschen sich in allen Sprachen erhältliche Leitlinien



Von den 88 befragten Kinderärzten und Kinderärztinnen wünschen 48,9 Prozent einen verpflichteten Säuglingspflegevorbereitungskurs.

2,3 Prozent der BefürworterInnen wünschen ihn jedoch an Mutter-Kind-Pass -Untersuchungen und Kinderbetreuungsgeld gebunden.

51,1 Prozent der Befragten verneinen den Wunsch, jedoch wünschen sich 8,8 Prozent der Verneinenden mehr Angebot an Säuglingspflegevorbereitungskursen, 4,4 Prozent halten die Aufgabe durch Kinderärzte und Kinderärztinnen genügend abgedeckt und 2,2 Prozent wünschen sich statt dessen Leitlinien, welche in allen Sprachen erhältlich sind.

V. Ergebnisse:

Aufgrund der hohen Anzahl der von mir an die Eltern gestellten Fragen, wählten Herr Univ. Prof. Dr. Reinhold Kerbl und ich nur einen uns sinnvoll erscheinenden Teil aus, um diesen einem Signifikanztest zu unterziehen.

Wir untersuchten in den ausgewählten Fragen auf mögliche signifikante Unterschiede zwischen den von uns ausgewählten Vergleichsgruppen:

1. Eltern Klinik versus Eltern Praxis
2. InländerInnen versus MigrantInnen
3. Höhere Bildung (Gymnasium, HAK, HBLA, HTL, Pflegeschule, College und AkademikerInnen) versus niedrige Bildung (Sonderschule, Hauptschule, Lehre).

Die folgende Tabelle zeigt die von mir erarbeiteten Ergebnisse, welche im Kapitel VI. noch näher erläutert werden.

Die von mir verwendeten Variablen sind in Kapitel IV. in Klammer () den entsprechenden Fragen zugeordnet. Einige Signifikanztests (betreffend Frage 50, 51, 56, 82, 83, 88, 91, 93, 102 und 104) beziehen sich nur auf die von uns ausgewählten Antworten der Eltern, daher sind diese Variablen in Kapitel IV den entsprechenden Antworten der Eltern zugeordnet.

Die Frage 85, welche nur von jenen Eltern beantwortet wird, deren Kinder außer der Sechsfachimpfung und der MMR – Impfung noch zusätzliche Impfungen erhalten, sowie die Frage 105 erlauben keine klare Zuordnung der Variablen in Kapitel IV.

Daher werde ich entsprechende Variablen an dieser Stelle erläutern:

Frage 85: *Wenn ja, welche, und wogegen schützen diese (Mehrfachantworten möglich)?*

1. Variable V087_Pneumokokken: Gibt es signifikante Unterschiede in der Anzahl jener Eltern, welche ihr Kind gegen Pneumokokken impfen lassen?
2. Variable V087_Pneumokokken_Antwort: Gibt es signifikante Unterschiede in der Anzahl jener Eltern, welche ihr Kind Pneumokokken impfen lassen, und die Frage *Wogegen schützt diese?* mit „Weiss ich nicht“ beantworten?
3. Variable V089_FSME: Gibt es signifikante Unterschiede in der Anzahl jener Eltern, welche ihr Kind gegen FSME impfen lassen?
4. Variable V089_FSME_Antwort: Gibt es signifikante Unterschiede in der Anzahl jener Eltern, welche ihr Kind FSME impfen lassen, und die Frage *Wogegen schützt diese?* mit „Weiss ich nicht“ beantworten?

Frage 105: *Haben Sie das Gefühl ausreichend über Säuglingspflege informiert zu sein?*

5. Variable V111_Wissen03: Gibt es signifikante Unterschiede in der Anzahl jener Eltern, welche die Frage mit „Sehr gut“ und „Gut“ beantworten?

Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $> 0,05$ wurde, wie allgemein üblich, als nicht signifikant, Werte $\leq 0,05$ (grün markiert) als signifikant angesehen.

Signifikanzen:

■ $\leq 0,05$
 ■ $> 0,05 \leq 0,1$

Variable	Test	Klinik vs. Praxis	InländerInnen vs. MigrantInnen	Höhere Bildung vs. niedrige Bildung
V002_Alter	MWU	0,778	0,162	0,687
V006_Familienstand	CHI ²	0,793	0,007	0,151
V009_AnzahlKinder	MWU	0,073	0,002	0,122
V011_Stillen01	CHI ²	0,059	0,360	0,027
V013_Stillen03	MWU	0,294	0,818	0,229
V017_Stillen07	MWU	0,488	0,385	0,249
V021_FlaschNahr02	CHI ²	0,380	0,323	0,451
V024_FlaschNahr05	CHI ²	0,019	0,000	0,000
V025_FlaschNahr06	MWU	0,093	0,040	0,028
V026_FlaschNahr07	CHI ²	0,052	0,043	0,006
V029_FlaschNahr10	CHI ²	0,184	0,001	0,450
V047_Baden01	MWU	0,261	0,004	0,472
V049_Wickeln01	MWU	0,010	0,000	0,128
V050_Wickeln02	MWU	0,515	0,575	0,136
V051_1_Elternbett	CHI ²	0,057	0,685	0,566
V052_1_Bauchlage	CHI ²	0,021	0,000	0,065
V053_Schlafen03	CHI ²	0,366	0,060	0,399
V055_Schlafen05	CHI ²	0,515	0,932	0,128
V057_1_Schlafsack	CHI ²	0,269	0,123	0,464
V058_Schlafen08	CHI ²	0,014	0,000	0,781
V059_Schlafen09	MWU	0,000	0,000	0,076
V061_Zaehneputzen01	CHI ²	0,115	0,000	0,267
V062_Zaehneputzen02	MWU	0,065	0,964	0,564
V065_Schnuller01	CHI ²	0,520	0,585	0,327
V069_Schnuller05	MWU	0,498	0,037	0,488
V078_Fluorid01	CHI ²	0,231	0,612	0,858
V083_1_Sechsfachimpfung	CHI ²	0,066	0,000	0,034
V084_1_MMR	CHI ²	0,005	0,000	0,172
V087_Pneumokokken	CHI ²	0,395	0,043	0,529
V087_Pneumokokken_Antwort	CHI ²	0,496	1,000	0,586
V089_FSME	CHI ²	0,178	0,260	0,110
V089_FSME_Antwort	CHI ²	0,002	0,218	0,566

V093_1_Keine	CHI ²	0,078	0,084	0,359
V094_Schreien01	MWU	0,012	0,001	0,714
V096_1_Bauchlage	CHI ²	0,196	0,000	0,003
V096_2_Keine	CHI ²	0,003	0,000	0,017
V096_3_Ueberhitzung	CHI ²	0,006	0,000	0,035
V096_4_Rauchen	CHI ²	0,005	0,002	0,099
V098_1_Rektal	CHI ²	0,607	0,826	0,834
V098_2_Ohr	CHI ²	0,276	0,045	0,401
V099_Fieber02	MWU	0,907	0,626	0,171
V100_Fieber03	MWU	0,051	0,224	0,939
V101_Fieber04	MWU	0,136	1,000	0,701
V107_Huefte	CHI ²	0,010	0,002	0,988
V109_1_Bekannte	CHI ²	0,091	0,312	0,697
V109_2_Buecher	CHI ²	0,100	0,010	0,001
V110_Wissen02	CHI ²	0,109	0,701	0,295
V111_Wissen03	CHI ²	0,388	0,124	0,970

VI. Diskussion:

1. Überblick über das Wissen der Eltern bezüglich Säuglingspflege:

1.1. Stillen/Ernährung:

Die befragten 94 Eltern sind im Durchschnitt 30 Jahre alt, mehr als die Hälfte ist verheiratet, und haben zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt zwischen 1,7 (Klinik) und 1,9 (Praxis) Kinder.

42 Prozent der befragten Eltern (Praxis) besitzen einen höheren Ausbildungsabschluß, gegenüber 39 Prozent der befragten Eltern in der Kinderklinik.

Über drei Viertel der Kinder werden bzw. wurden gestillt, da die Eltern Muttermilch aufgrund der Nährstoffe in richtiger Zusammensetzung (82 Prozent), gefolgt vom Bedürfnis nach Nähe, Allergievermeidung und Kostengründen, bevorzugen.

Bei der Frage, ob die Mutter beim Stillen etwas bei ihren Lebens/Ernährungsgewohnheiten beachten müsse, werden am häufigsten Alkohol und blähendes Gemüse, gefolgt von Koffein und Nikotin genannt.

Während die befragten Eltern (Praxis) die durchschnittliche Gewichtszunahme eines Säuglings pro Woche auf 238,5 Gramm schätzen, geben die Eltern (Klinik) durchschnittlich 182,4 Gramm an.

Obwohl sich nur weniger als 5 Prozent der Mütter während des Stillens vegetarisch bzw. vegan ernähren, denken mehr als die Hälfte der befragten Eltern, dass diese Ernährungsweise keine Auswirkungen auf ihr Kind haben würde.

Mehr als zwei Drittel der Eltern verwendet nach der Geburt die Stufe „Pre“ der Folgemilch, jedoch weniger als die Hälfte HA-Nahrung. Bei der Auswahl der Folgenahrung achten über 80 Prozent der Eltern nicht auf die Inhaltsstoffe.

Der größte Teil der Kinder erhält über einen Zeitraum von ein bzw. zwei Jahren Folgemilch, jedoch 10 Prozent (Praxis) bzw. 14 Prozent (Klinik) der Kinder erhalten diese nur im ersten halben Lebensjahr. Die Eltern beginnen durchschnittlich zwischen dem 5. und 6. Lebensmonat des Kindes zuzufüttern. Bei den Eltern wird dabei vorwiegend auf gesunde Zutaten bzw. eine gesunde Zubereitung (Praxis) und auf Hygiene (Klinik) geachtet.

Nur 22 Prozent der Eltern (Praxis) und 45 Prozent der Eltern (Klinik) wissen mit dem Begriff Glutenunverträglichkeit bzw. Zöliakie etwas anzufangen.

1.2. Pflege:

Die Kinder werden durchschnittlich dreimal pro Woche gebadet und fünf (Praxis) bis sechs (Klinik) mal pro Tag gewickelt. Wohin gegen nur 58 Prozent der Eltern (Praxis) tägliches Baden für die Haut ihres Kindes negativ bewerten, lehnen 86 Prozent der Eltern (Klinik) tägliches Baden ab.

Während 60 Prozent (Praxis) bzw. 70 Prozent (Klinik) der Kinder bereits ab dem ersten Zahn die Zähne durchschnittlich zweimal am Tag geputzt werden, werden den restlichen Kindern

erst mit 20 Monaten (Praxis) bzw. ab dem 7. Lebensmonat (Klinik) die Zähne geputzt. Die ersten Zähne ihres Kindes erwarten die Eltern durchschnittlich zwischen dem 6. und 7. Lebensmonat.

Über 70 Prozent der Kinder erhalten einen Schnuller, zum überwiegenden Teil zur Beruhigung bei Unruhe und zum Schlafen, von welchem sie durchschnittlich mit 23 Monaten (Praxis) bzw. 27 Monaten (Klinik) entwöhnt werden. Nur 10 Prozent (Praxis) bzw. 14 Prozent (Klinik) der Eltern lehnen die Verwendung eines Schnullers generell ab.

Während alle Eltern bis auf eine Ausnahme ihren Kindern Vitamin D – Tropfen verabreichen, erhält nur die Hälfte (Praxis) bzw. ein Drittel (Klinik) der Kinder Fluoridtabletten. Nur 6 Prozent (Praxis) bzw. 18 Prozent (Klinik) der Eltern wissen, warum ihrem Kind nach der Geburt Vitamin K verabreicht wurde.

1.3. Schlafen:

Über 60 Prozent der Kinder schlafen nach der Geburt im Gitterbett, jedoch schlafen 46 Prozent (Klinik) bzw. 26 Prozent der Kinder (Praxis) auch im Elternbett. Während mehr als die Hälfte der Kinder entweder in Rücken- und/oder Seitlage schlafen, werden 24 Prozent (Praxis) gegenüber 7 Prozent (Klinik) der Kinder von den Eltern in Bauchlage gelegt. Obwohl mehr als drei Viertel der Eltern denken, dass Bauchlage beim Schlafen gesundheitliche Auswirkungen auf ihr Kind haben könnte.

Bei der Frage, um welche Auswirkungen es sich handeln könnte, antworten 74 Prozent (Klinik), jedoch nur 42 Prozent (Praxis) der Eltern mit „plötzlichem Kindstod“.

Als Risikofaktoren für den plötzlichen Kindstod werden in einer späteren Frage von mehr als der Hälfte der Eltern „Bauchlage“, gefolgt von „Überhitzung“, „Rauchen in Anwesenheit des Kindes“ und „Stofftiere im Bett“ genannt.

Allerdings können 38 Prozent (Praxis) bzw. 14 Prozent (Klinik) der Eltern keinen einzigen Risikofaktor angeben. Auch können 32 Prozent (Praxis) bzw. 16 Prozent (Klinik) der Eltern die Frage nach dem Zeitraum, in welchem SIDS vorwiegend auftritt, nicht beantworten.

Während drei Viertel der Eltern (Praxis) Stofftiere im Bett ihres Kindes für gefährlich halten und dennoch 40 Prozent ihrer Kinder mit Stofftieren im Bett schlafen, meinen nur 45 Prozent (Klinik) der Eltern, dass Stofftiere im Bett ihres Kindes eine Gefahr darstellen und gestatten es 84 Prozent ihrer Kinder.

1.4. Impfungen:

Alle Kinder bis auf zwei (Klinik) erhalten die vorgesehenen Impfungen (Sechsfachimpfung und MMR – Impfung).

Allerdings wissen 52 Prozent (Praxis) und 36 Prozent (Klinik) der Eltern nicht, wogegen die Sechsfachimpfung schützt. Auch können 60 Prozent (Praxis) und 33 Prozent (Klinik) der Eltern keine der drei Krankheiten nennen, wogegen die MMR-Impfung schützt.

Trotz des schlechten Wissenstandes erhalten mehr als die Hälfte der Kinder noch zusätzliche Impfungen. Allen voran die FSME-Impfung, von welcher 76 Prozent (Klinik) gegenüber 12

Prozent (Praxis) der Eltern nicht wissen, wogegen sie schützt. Gefolgt von der Pneumokokkenimpfung, wobei 47 Prozent (Klinik) bzw. 29 Prozent (Praxis) der Eltern keine Krankheit nennen können, gegen die sie schützt.

1.5. Kinderkrankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten:

Während alle Eltern Behandlungsmöglichkeiten gegen Blähungen (Bauchmassage, Fencheltee, Antiflat-Tropfen etc.) und gegen Schmerzen beim Zahnen (schmerzstillende Zahncreme, Beissringe, Globuli etc) ihrer Kinder nennen, können 24 bzw. 46 Prozent (Praxis) sowie 32 bzw. 27 Prozent (Klinik) der Eltern keine Behandlungsmöglichkeiten gegen Verstopfung bzw. Durchfall nennen.

Auch wurden von 10 bzw. 24 Prozent (Praxis) sowie von 11 bzw. 34 Prozent (Klinik) der Eltern keine Möglichkeiten zur Behandlung von Schnupfen bzw. Husten genannt.

Annähernd die Hälfte aller Eltern messen das Fieber ihrer Kinder rektal, wobei auch 38 (Praxis) bzw. 50 Prozent (Klinik) der Eltern ebenfalls im Ohr oder an der Schläfe messen. Ab 37,8° C (Praxis) bzw. 37,9°C (Klinik) sprechen die befragten Eltern von Fieber und senken dieses ab 38,4°C (Praxis) bzw. 37,9°C (Klinik).

Zu über 70 Prozent suchen Eltern den Kinderarzt bzw. die Kinderärztin zur Mutter-Kind-Pass-Untersuchung auf, außerdem, sobald sie das Gefühl haben, dass ihr Kind krank ist. Nur etwa fünf Prozent der Eltern kontaktieren ihre/n Kinderarzt bzw. Kinderärztin, um Informationen zu erhalten.

1.6. Wissen über Säuglingspflege:

Mehr als die Hälfte der Eltern informiert sich über Bücher und Broschüren über Säuglingspflege, bzw. tauschen Erfahrungen mit Familie, Freunden und Bekannten aus. Nur 14 (Praxis) und 27 Prozent (Klinik) der Eltern haben einen Vorbereitungskurs besucht. Und nur zwischen 2 und 5 Prozent nutzen das Internet zur Informationsgewinnung.

Die Hälfte der Eltern schätzt ihr Wissen über Säuglingspflege als „Gut“ ein, 20 (Praxis) bzw. 30 Prozent (Klinik) der Eltern beurteilen es gar als „Sehr gut“.

Obwohl nur ein geringer Prozentsatz der von mir befragten Eltern das Internet als Informationsmedium angibt, zeigen internationale Studien die Zunahme der Bedeutung von elektronischen Medien, aber auch die damit verbundenen Schwierigkeiten:

So wurde in Oregon ein Internetportal „rund um die Geburt“ adaptiert, in welchem TeilnehmerInnen Videos mit Eltern-Kind-Interaktionen zeigen, die durch anschließendes Feedback beurteilt werden. Diese internetbasierende Elternbildungsmaßnahme kann auch Eltern erreichen, welche möglicherweise sonst nicht erreicht werden würden²⁵.

²⁵ Feil EG, Baggett KM, Davis B., Sheeber L., Landry S., Carta JJ, Buzhardt J.: „Expanding the reach of preventive interventions: development of an internet-based training for parent of infants“ in Child Maltreat., 2008 Nov; 13 (4): 334-46

Eine weitere Studie²⁶ aus Amerika zeigt, dass Eltern zunehmend das Internet nützen, dass aber aufgrund der hohen Anzahl an irreführenden Quellen eine Erstellung von uniformen Guidelines für Gesundheitsinformationen im Internet notwendig ist.

Allerdings zeigt eine Studie²⁷ in Frankreich, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet durch Eltern und der Anzahl der Arztkonsultationen ihres Kindes in den untersuchten 12 Monaten gibt.

Entscheidend für die Anzahl der Arztbesuche sind die Charakteristika des Kindes (Alter, Krankheit, homöo-pathische Behandlung), die Charakteristika der Eltern (Beruf, Einkommen, Stresslevel) und die Konsultation von anderen Gesundheitsinformationsquellen (Ratschläge von Pharma-zeuten, Verwandten). Eltern verwenden hier das Internet nur ergänzend zu Arztkonsultationen.

Auch in Australien zeigt eine Umfrage²⁸, dass Eltern sich vorwiegend an traditionelle Quellen (KinderärztInnen, Allgemeinmediziner, Apotheker) wenden. Wesentlich mehr Vertrauen als in das Internet zeigen Eltern auch in Telefonhotlines (Nurse-On-Call).

2. Ergebnisse und Vergleich mit anderen Studien:

2.1. Elternbildung in Österreich:

Im Jahre 2006 wurden vom Österreichischen Institut für Familienforschung Elternbildungsveranstaltungen in Österreich evaluiert¹².

Diese Studie wurde vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz mit folgenden Zielen in Auftrag gegeben:

1. Welche Anzahl, Art und Form der geförderten Elternbildungsveranstaltungen gibt es?
2. Welche Personen nehmen sie wahr, welche Zielgruppe wird erreicht?
3. Welcher weiterer Bedarf besteht und inwieweit deckt er sich mit dem vorhandenen Angebot?

Die Ergebnisse ergaben sich durch eine Retrospektivbefragung mittels Erhebungsbogen (Juli 2004 bis Juni 2005) von 42 ElternbildungsträgerInnen sowie durch Befragung von 3159 TeilnehmerInnen der vom Familienministerium geförderten Elternbildungsveranstaltungen .

Weiters wurden mittels Onlinefragebogen im Zeitraum April/Mai 2006 die potentiellen ElternbildungsteilnehmerInnen auf der Internetplattform www.elternbildung.at zu ihren Interessen bzw. Gründen der Nichtinanspruchnahme der Elternbildungsveranstaltungen befragt.

1. Ergebnisse der Retrospektivbefragung der ElternbildungsträgerInnen:

1.1. Charakteristika der Veranstaltungen:

²⁶ Semere W., Karamanoukian HL, Levitt M., Edwards T., Murero M., D'Ancona G., Donias HW, Glick PL: "A pediatric surgery study: parent usage of the Internet for medical information" in J Pediatr. Surg., 2003 Apr; 38 (4): 560-4

²⁷ Bouche G., Migeot V.: „Parental use of the Internet to seek health information and primary care utilisation for their child: a cross-sectional study“ in BMC Public Health, 2008 Aug 28;8: 300

²⁸ Khoo K., Bolt P., Babl FE, Jury S., Goldman RD: "Health information seeking by parents in the Internet age" in J Paediatr Child Health., 2008 Jul-Aug; 44 (7-8): 419-23

Bei den Veranstaltungen dominieren mit rund 30 Prozent Seminare/Kurse, Vorträge sowie Eltern-Kind-Gruppen.

Die Veranstaltungsformen variieren mit den Zielgruppen. So werden Eltern-Kind-Gruppen vorwiegend von Eltern mit Kindern im Kindergartenalter besucht.

Seminare/Kurse und Vorträge richten sich zu mehr als die Hälfte an werdende Eltern. Die dominierenden Veranstaltungsinhalte sind zum einen Spielgruppen und Eltern-Kind-Gruppen, zum anderen der Themenkomplex Schwangerschaft, Geburt und Rund ums Baby.

39 Prozent der Veranstaltungen finden nur einmal statt, ein Drittel erfolgt mehrteilig und ein Viertel fortlaufend.

1.2. TeilnehmerInnen der Elternbildungsveranstaltungen:

Durch Hochrechnung der erhobenen Daten kann davon ausgegangen werden, dass im Zeitraum von Juli 2004 bis Juni 2005 ca. 3300 Elternbildungsveranstaltungen von rund 55000 Personen besucht wurden.

So wurden 5 Prozent der Hauptzielgruppe (Eltern mit Kindern bis 15 Jahren) erreicht.

Der Frauenanteil beträgt österreichweit rund 87 Prozent, jener der Männer liegt bei 13 Prozent. Bei Frauen dominieren Eltern-Kind-Gruppen und Spielgruppen, während Männer am häufigsten Veranstaltungen mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt besuchen.

2. Ergebnisse der TeilnehmerInnenbefragung:

2.1. Soziodemographische Charakteristika der TeilnehmerInnen:

Die TeilnehmerInnen sind zum größten Teil zwischen 31 und 40 Jahre alt und tendenziell hoch gebildet.

Eher selten werden die Veranstaltungen von unter 26- und über 45jährigen besucht. Männer sind tendenziell älter als Frauen.

Mehr als ein Viertel besitzt als höchsten Schulabschluss Matura, rund ein Fünftel einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss.

Die größte Untergruppe stellen bei Frauen 31- bis 40jährige Maturantinnen, bei Männern die 31- bis 40jährigen mit Lehrabschluss oder Fachhochschul/Universitätsabschluss dar. Bei beiden Geschlechtern bilden Personen mit Pflichtschulabschluss die Ausnahme.

Am niedrigsten ist die Teilnehmerzahl bei Männern bei Pflichtschulabsolventen, am höchsten bei den Universitätsabsolventen, allerdings ist kein systematischer Anstieg der Teilnehmerzahl in Abhängigkeit vom Bildungsgrad feststellbar.

TeilnehmerInnen mit Pflichtschul- und Lehrabschluss besuchen in der Mehrzahl erstmalig eine Elternbildungsveranstaltung, hingegen haben die TeilnehmerInnen mit anderen Bildungsabschlüssen mehrheitlich bereits eine oder mehrere Veranstaltungen besucht.

Das jüngste Kind der TeilnehmerInnen ist bei rund der Hälfte maximal zwei Jahre und von rund drei Viertel maximal 5 Jahre alt.

2.2. Ergebnisse zu den Veranstaltungen:

Als Motiv für die Teilnahme wurde am häufigsten ein allgemein formuliertes Interesse am Thema und Wissenserweiterung genannt, gefolgt von Kontakt zu anderen, sowohl zu anderen Eltern als auch zu anderen Kindern.

Die Stärkung der eigenen Erziehungskompetenz wird nur selten genannt, wesentlich häufiger aber der Wunsch nach Tipps, Anregungen und Rat bei konkreten Problemen.

Als Informationsquellen für die angebotenen Elternbildungsveranstaltungen dienen am häufigsten Broschüren, Handzettel und Aushänge, gefolgt von Freunden, Bekannten und Verwandten.

2.3. Ergebnisse zu Aspekten der Erziehung:

Zur Informationseinholung zur Kindererziehung werden Printmedien deutlich öfter genutzt als elektronische Medien. Etwas mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen liest regelmäßig Bücher und 41 Prozent nutzen Zeitschriften und Broschüren zu diesem Thema. Wesentlich seltener werden TV, Radio und Internet benützt.

Bei der Frage nach eigenen elterlichen Stärken werden am häufigsten Liebe, Geduld und Zeit genannt. Als Spitzenreiter bei den eigenen elterlichen Schwächen kristallisiert sich Ungeduld, gefolgt von Inkonsequenz und Unbeherrschtheit heraus.

Etwa 80 Prozent der TeilnehmerInnen geben an, selten bis nie überfordert zu sein. Jedoch fühlt sich jede/r Fünfte häufig überfordert.

Hier vor allem in Situationen, in denen mehrere Dinge gleichzeitig zu bewältigen sind. Häufig auch durch streitende Geschwister und Trotz- und Wutanfälle. An vierter Stelle wird das Thema Schlafstörungen genannt.

3. Ergebnisse der Bedarfserhebung im Internet:

3.1. Ergebnisse der Onlinebefragung:

Im Beobachtungszeitraum von Anfang 2003 bis Mitte 2005 wurden insgesamt 551 Threads eröffnet, wobei 60 Prozent der Threads durch weibliche Beiträge entstanden. Während Frauen Foren häufiger zur Kontaktsuche zu anderen Eltern nutzen, nutzen Männer Foren tendenziell häufiger zur Diskussion eines Themas. Jedoch wird bei beiden Geschlechtern bei mehr als einem Drittel der Threads nach Rat im Internet gesucht.

66 Prozent der potentiellen TeilnehmerInnen haben bislang keine Elternbilungsveranstaltung besucht, da sie mit dem Begriff „Elternbildung“ nichts Bestimmtes assoziieren konnten. Bei der Bedarfsanalyse an Elternbildungsveranstaltungen dominieren Themen wie Übergang zur Elternschaft, Schlafstörungen der Kinder, Tipps von Fachleuten sowie Zeitmanagement-Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Jedoch werden auch Veranstaltungen mit spezifischen Inhalten (Scheidung/Trennung, Stief/Patchworkfamilien, väterspezifische Angebote etc.) gewünscht, welche bisher bei Elternbildungsveranstaltungen kaum berücksichtigt wurden.

4. Ausblick und Empfehlungen:

Da bei der Onlinebefragung der geringe Bekanntheitsgrad des Begriffs „Elternbildung“ eruiert wurde, obwohl die TeilnehmerInnen direkt auf der Elternbildungshomepage des Familienministeriums befragt wurden, empfiehlt das Österreichische Institut für Familienforschung eine Aufklärungskampagne, beispielsweise mittels Broschüren und Werbeaktionen bei öffentlichen Veranstaltungen.

Als sinnvoll würden sich auch Aushänge in Arztpraxen und Ämtern erweisen.

Während es mittlerweile schon selbstverständlich ist, dass Männer Geburtsvorbereitungskurse besuchen und bei der Geburt anwesend sind, bleiben sie im weiteren Verlauf ihrer Elternschaft bei Elternbildungsveranstaltungen aus. Erst bei Veranstaltungen zu pubertierenden Kindern treten sie wieder verstärkt in Erscheinung.

So wäre es sinnvoll, Männer bereits im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses über Elternbildungsangebote zu informieren, beziehungsweise diese verstärkt auf die Bedürfnisse von Vätern ausrichten.

So würden sich Vater-Kind-Spiel und Abenteuergruppen bzw. Elternbildungsveranstaltungen in Blockform anbieten.

Da bei Männern bei Besuch eines Kurses eher das Erreichen eines konkreten Zieles (Vorbereitung auf die Geburt, Tipps von Fachleuten etc.) im Vordergrund steht, diese Form der Beratung jedoch meist hochschwellig und kostenintensiv ist, wären „Gruppen-Sprechstunden“ eine kostengünstige Variante.

Ausserdem müssten vermehrt Veranstaltungen angeboten werden, welche Personen mit niedrigerer Bildung sowie junge oder alleinerziehende Eltern ansprechen.

Eine weitere Möglichkeit wäre es, Elternbildung am Arbeitsplatz zu integrieren. Würden Firmen neben ihren herkömmlichen Seminaren Elternbildungsseminare veranstalten, könnten Eltern unterschiedlicher Bildung, unterschiedlichen Alters, unterschiedlicher Herkunft etc. angesprochen werden.

In einem Artikel der Zeitung „Die Presse“ erörtert Doris Kraus²⁹ die Ergebnisse des Österreichischen Instituts für Familienforschung. In diesem sagt Ingrid Nemeč, Sektionsleiterin für Familie und Jugend im Familienministerium: *„Die große Herausforderung ist es, auf einer niedrigen Schwelle an die Leute heranzukommen“*. So sieht sie einen großen Vorteil von Elternbildung am Arbeitsplatz, da die Eltern nicht extra einen anderen Ort aufsuchen müssen und dadurch die Hemmschwelle gesenkt würde.

Laut Nemeč gestalten sich die Verhandlungen mit den Betrieben allerdings zäh, aus Sorge der Arbeitgeber, dass Erziehung zu privat sei, als diese am Arbeitsplatz zu besprechen. Obwohl sich erwiesener Massen familienfreundliche Maßnahmen positiv auf die Motivation von Mitarbeitern auswirken.

²⁹ Kraus D.: „Erziehung. Die Elternschule kann noch einiges dazulernen“ („Die Presse“, Print-Ausgabe, 18.08.2008)

2.2. Studie zum Wissensstand von Müttern bezüglich Säuglingspflege an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz³⁰:

In einem Zeitraum vom Jänner bis April 1993 wurden 252 Mütter mittels Fragebogens über Säuglingspflege im Rahmen einer polygraphischen Untersuchung ihrer Kinder befragt.

Der Schwerpunkt der Befragung lag im Wissen der Mütter über das Schlafverhalten von Kindern, um die Kenntnisse von Triggerfaktoren von SIDS (Bauchlage, Infekt, Überwärmung, Rauchen etc.) zu eruieren, und die Mütter anschließend dementsprechend zu instruieren.

Während 1990 noch ca. 35 Prozent der Säuglinge in Bauchlage schliefen, bevorzugten im Jahr 1993 77 Prozent der Mütter Rücken- und/oder Seitlage als Schlafposition von ihrem Säugling.

10 Prozent legen ihr Kind während des Schlafens immer in Bauchlage und 11 Prozent der Mütter wählen zeitweise die Bauchlage zum Schlafen ihres Kindes.

Die mittlere Raumtemperatur beträgt im Schlafräum des Kindes 20°C, die der übrigen Wohnräume 22°C. Eine ständige Hörverbindung besteht in 94 Prozent zum Schlafräum des Kindes.

Von 61 Prozent der Befragten wird ein banaler Infekt als potentiell gefährlich eingestuft, von den restlichen 39 Prozent als ungefährlich angesehen.

Die Mütter reagieren bei Fieber zu 39 Prozent durch leichte Bekleidung und wenig Bedeckung, 18 Prozent bevorzugen „festes Anziehen und Zudecken“. 43 Prozent der Mütter ändern nichts an der Bekleidung des Kindes. Wohingegen 85 Prozent der Mütter in jedem Fall einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, erfolgt ein Arztbesuch bei den restlichen Müttern nur bei zusätzlichen Problemen.

Bereits 98 Prozent der Mütter haben vom plötzlichen Kindstod gehört und 33 Prozent wünschen unabhängig vom Ergebnis der Untersuchung eine Monitorisierung zur Atemüberwachung ihres Kindes.

Der Rückgang der Bauchlage des Kindes während des Schlafens wird auf die geänderten Empfehlungen in den Geburtsabteilungen und von Kinderärzten und Kinderärztinnen zurückgeführt.

Anlässlich dieser Ergebnisse frage ich mich, wie es sein kann, dass trotz des Rückgangs der Bauchlage bis ins Jahr 1993, diese bis zum Jahr 2005 auf 24 Prozent bei den Säuglingen in der Praxis gestiegen ist.

Insbesondere da die Empfehlungen zur richtigen Schlafposition des Kindes von SIDS Austria³¹, einer Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes, durch eine Initiative von Eltern und einer Forschungsgruppe der Universität Graz im Jahre 1986 gegründet, regelmässig geprüft und bekannt gemacht werden.

³⁰ Kerbl R., Pilhatsch A., Reiterer F., Schenkeli R., Hoffmann E., Krenn G., Perogon A., Kurz R.: „Was wissen Mütter über Säuglingspflege?“, 31. Jahrestagung der Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Wien, 23.-25. September 1993

³¹ <http://www.sids.at/vorsorgemassnahmen.html>

So empfiehlt SIDS Austria unter anderem das Schlafen des Kindes im elterlichen Schlafzimmer, jedoch in einem eigenen Bettchen, in Rückenlage, auf fester Matratze, ohne Überwärmung in rauchfreier Umgebung.

Dennoch schlafen in meiner Umfrage 26 Prozent (Praxis) und 46 Prozent (Klinik) der Kinder auch im Elternbett. Außerdem können 38 Prozent der Eltern (Praxis) und 14 Prozent (Klinik) der Eltern keinen einzigen Risikofaktor für SIDS angeben. Einige Eltern antworten auf meine Frage nach Ursachen für den plötzlichen Kindstod, dass sie von diesem nichts wissen wollen.

Augenscheinlich ist auch die Beurteilung der von mir befragten Kinderärzte und -ärztinnen zum Thema Schlafen (Regelmässigkeit/SIDS), von denen keine/r das Wissen der Eltern mit „Sehr gut“ und nur zu einem Viertel mit „Gut“ beurteilt. Von 13 Prozent wird gar die Beurteilung „Unzureichend“ abgegeben.

Handelt es sich beim Rückgang des Wissens um SIDS um eine Abnahme der Information, welche den Eltern zur Verfügung gestellt wird, oder aber um eine Zunahme der Ignoranz der Eltern zu diesem Thema?

3. Beurteilung des Wissens der Eltern durch Kinderärzte und Kinderärztinnen:

Im Zuge der Fortbildungsveranstaltung „Pädiatrischer Frühling 2006“ erklärten sich 88 Kinderärzte und Kinderärztinnen bereit, ihren Eindruck über das Wissen von Eltern über Säuglingspflege zu erläutern.

So haben drei Viertel der Befragten den Eindruck, dass Bildung bzw. Alter der Eltern einen „sehr großen“ bzw. „eher großen“ Einfluß auf das Wissen der Eltern über Säuglingspflege hat. Nur ein Viertel denkt, dass dies „keine“ bzw. nur „geringe“ Auswirkungen auf das Wissen haben könnte.

16 Prozent sehen einen Zusammenhang zwischen Alter und Bildung:

Einerseits besteht Überbesorgnis und Überinformation älterer Eltern, andererseits auch steigende Erfahrung mit steigendem Alter. Den jüngeren Eltern wird mehr Wissen und Kompetenz, aber auch mehr Aufmerksamkeit und Hygiene zugeordnet.

18 Prozent sehen einen Zusammenhang zwischen Wissen und Bildung:

So meinen einige, dass Wissen angelesen ist, dass Wissen und nicht Tradition entscheidend ist, und dass mit der Allgemeinbildung das logische Denken steigen würde. Andere wiederum befürchten, dass mit steigender Bildung die praktische Kompetenz sinken würde, und die Eltern zunehmend verunsichert und besorgt werden würden.

66 Prozent bringen Wissen sowohl mit Bildung als auch mit dem Alter in Zusammenhang:

So sind einerseits ältere gebildetere Eltern besser informiert durch unterschiedliche Medien, zeigen einen kritischeren Umgang mit Produkten, ein besseres Gesundheitsbewusstsein und ein besseres Wahrnehmen der Bedürfnisse, andererseits zeigen sie ein größeres Informationsbedürfnis und sind mitunter überbesorgt und pedantisch.

43 Prozent der Kinderärzte und Kinderärztinnen bemerken einen Unterschied im Wissen zwischen InländerInnen und MigrantInnen, 19 Prozent können diesen durch sprachliche und kulturelle Unterschiede nicht beurteilen:

Hauptprobleme bei MigrantInnen sehen sie im Aufklärungsdefizit durch die Sprachbarriere, das geringere Wissen der Eltern bezüglich der Ernährung ihrer Kinder und der damit verbundenen Tendenz zur Überfütterung, sowie den geringeren Hygienestandard. Allerdings sind MigrantInnen traditionsbewusster und die Väter häufig gut informiert.

InländerInnen wird ein höherer Wissensstand aufgrund fehlender Kommunikationsprobleme und mehr Informationsbeschaffung via Internet zugeschrieben. Allerdings neigen sie eher zur Verabreichung von Flaschennahrung und zeigen mitunter weniger Wissen bezüglich Ernährung und banaler Infekte.

37 Prozent der Befragten sehen Unterschiede zwischen InländerInnen und MigrantInnen, konkretisieren diese aber nicht.

Diese Unterschiede werden den Traditionseinflüssen und den kulturellen Unterschieden zugeschrieben, und zeigen sich vor allem in der Ernährung. Einige sehen die Unterschiede aber auch als Vorurteile bzw. begründen sie diese durch den unterschiedlichen Bildungsstandard der Eltern.

Die Hälfte der Kinderärzte und -ärztinnen beurteilt das Wissen bezüglich Stillen/Stillfrequenz als „Sehr gut“ bzw. „Gut“. Die andere Hälfte wird mit „Mittelmässig“, „Ausreichend“ bzw. „Unzureichend“ beurteilt.

Bezüglich Ernährung wird das Wissen der Eltern nur mehr zu 19 Prozent als „Sehr gut“ bzw. „Gut“, zu 81 Prozent als „Mittelmässig“, „Ausreichend“ bis „Unzureichend“ (6 Prozent) bezeichnet.

Bei der Pflege (Wickeln, Baden, Bekleidung, Zähne) wird das Wissen wieder besser, zu 43 Prozent als „Sehr gut“ bzw. „Gut“ eingeschätzt, während es zu 57 Prozent als „Mittelmässig“, „Ausreichend“ bis „Unzureichend“ (2 Prozent) beurteilt wird.

Beim Schlafen (Regelmäßigkeit, SIDS) wird das Wissen der Eltern von keinem/r Kinderarzt bzw. Kinderärztin für „Sehr gut“ befunden, ein Viertel vergibt „Gut“, drei Viertel vergeben „Mittelmässig“, „Ausreichend“ bis „Unzureichend“ (13 Prozent).

Auch bei dem Wissen bezüglich Kinderkrankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten wird kein „Sehr gut“ vergeben, lediglich zu 8 Prozent wird es als „Gut“ befunden, zu 92 Prozent nur als „Mittelmässig“, „Ausreichend“ bis „Unzureichend“ (24 Prozent).

Das Wissen der Eltern um Impfungen (warum, wogegen) wird von den Befragten besser beurteilt, so werden zu 30 Prozent „Sehr gut“ bzw. „Gut“ vergeben, zu 70 Prozent wird deren Wissen allerdings nur mit „Mittelmässig“, „Ausreichend“ bis „Unzureichend“ (18 Prozent) beurteilt.

Über 70 Prozent der Kinderärzte und -ärztinnen haben „meistens“ das Gefühl, dass Eltern sie rechtzeitig aufsuchen und die Lage ihres Kindes richtig einschätzen. Allerdings wird dies von einem Viertel der Befragten nur „manchmal“ empfunden.

Während keiner der Befragten das Gefühl hat, dass die Kinder „nie“ falsch von ihren Eltern behandelt werden, wird dieses von 65 Prozent „manchmal“ und von 23 Prozent „meistens“ verspürt.

Die größten Defizite im Wissen über Säuglingspflege sehen die Befragten in einer Falsch- bzw. Überinformation, in der Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung, im Wissen um Ernährung, Fieber, Erziehung, Hautpflege und banale Infekte. Auch wird ein fehlender Hausverstand und die Unsicherheit von Eltern bemängelt.

4. Unterschiede zwischen Klinik und Praxis:

Es ergeben sich in meiner Befragung keine signifikanten Unterschiede in den Vergleichsgruppen Eltern (Klinik) und Eltern (Praxis) bezüglich Alter der Eltern, Familienstand, Anzahl der Kinder, Stillen, Verwendung von Flaschennahrung, Pflege (außer Wickeln) und Verwendung des Schnullers.

Allerdings können die Eltern (Klinik) signifikant häufiger die Frage, wobei es sich bei Zöliakie handelt, richtig beantworten. Auch werden die Kinder (Klinik) signifikant häufiger gewickelt als die Kinder (Praxis).

Signifikante Unterschiede zwischen den Eltern (Klinik) und den Eltern (Praxis) konnte ich auch bezüglich ihres Wissensstandes über Impfungen und bezüglich des Schlafverhaltens ihrer Kinder feststellen.

So werden die Kinder (Praxis) signifikant häufiger in Bauchlage zum Schlafen gelegt. Auch schlafen die Kinder (Praxis) bei einer signifikant höheren Raumtemperatur. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Eltern (Praxis) signifikant häufiger keinen einzigen Risikofaktor bei SIDS nennen können. Auch werden die Risikofaktoren „Überhitzung“ und „Rauchen in Anwesenheit des Kindes“ signifikant häufiger von den Eltern (Klinik) genannt.

Die Eltern (Praxis) zeigen in meiner Frageerhebung auch ein geringeres Wissen über Impfungen. So können diese signifikant häufiger keine einzige Krankheit nennen, gegen welche einerseits die Sechsfachimpfung, andererseits die MMR – Impfung schützt. Allerdings nennen sie signifikant häufiger als die Eltern (Klinik) eine Krankheit, gegen welche die FSME – Impfung schützt.

Während die Eltern (Klinik) die Anzahl der Stunden am Tag, welche ein Kind schreien muss, um als „Schreibaby“ zu gelten, signifikant höher einschätzen als die Eltern (Praxis), wissen die Eltern (Praxis) signifikant seltener, warum bei ihrem Kind nach der Geburt ein Hüftultraschall gemacht wird.

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich beim Fiebermessen (Methode, Temperatur) und im Einschätzen ihres Wissens über Säuglingspflege, beziehungsweise, auf welche Weise sie zu diesem gekommen sind.

5. Unterschiede zwischen MigrantInnen und InländerInnen:

Die deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin³² stellte 2005 fest, dass trotz des gleichwertigen medizinischen Angebotes in Österreich und Deutschland, die medizinische Versorgung von Migrantenkindern nicht immer zufriedenstellend ist.

Als Ursachen sieht sie neben dem großen Problem der Verständigung aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse u.a. auch mangelnde Bildung, unterschiedliche Weltbilder, Wertvorstellungen und Erziehungsstile, andere kulturspezifische Krankheitskonzepte und Bewältigungsformen der Familien, aber auch unzureichende Information.

Die gesundheitlichen Hauptprobleme von Migrantenkindern sind:

1. Adipositas: so haben türkische Kinder etwa ein doppelt so hohes Risiko an Adipositas zu erkranken wie Kinder aus anderen Bevölkerungsgruppen (Daten aus der Gesundheitserhebung in Berlin)
2. Entwicklungsstörungen: allen voran Sprachentwicklungsstörungen
3. Karies: häufiger bei Migrantenkindern
4. Säuglingssterblichkeit: höher bei Migrantenkindern als bei deutschen Kindern
5. Gewalt: so beträgt der Ausländeranteil in Jugendstrafanstalten 25 Prozent gegenüber 12 Prozent Bevölkerungsanteil in Deutschland

Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu verbessern, ist ein Abbau von sprachlichen und kulturellen Kommunikationsbarrieren notwendig.

So bedarf es der „*Integration der Migrantenkinder in die medizinische und pädagogische Regelversorgung Österreichs und Deutschlands und nicht deren Isolierung durch anhaltend gesonderte Angebote, Strukturen und Einrichtungen*“.

Die Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin empfiehlt u.a. den Einsatz von fremdsprachigem Informationsmaterial, professionellen Dolmetschern, mehrsprachigen Sozialarbeitern und eine Verbesserung der Kommunikation, in Hinblick auf den Bildungsstand des Laien.

Weiters sollten Standards in der Betreuung von MigrantInnen im Rahmen von Qualitätsmanagement-Konzepten erstellt und das Thema „Migrantengesundheit“ in die Lehrpläne aufgenommen werden.

Bildungspolitisch ist eine intensive Förderung der Mutter- und Zweitsprache bei Migrantenkindern und deren Eltern wichtig, denn die Beherrschung der Muttersprache ist eine wesentliche Voraussetzung für das Erlernen der Zweitsprache Deutsch.

Aber auch der eigene Beitrag der MigrantInnen ist wesentlich, welcher durch gezielte Einbindung der Migrantengemeinschaften erreicht werden könnte.

Eine Studie³³ in den Niederlanden ergibt, dass 15 Prozent der Kinder zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr übergewichtig und 3,7 Prozent der Kinder adipös sind. Dies ist auf den ungesunden Lebensstil der Kinder zurückzuführen.

³²<http://www.dgspj.de/pdfs/PresseMigranten.pdf>

³³ Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Beltman M, Bruil J., Dijkstra N., Engelberts AC: "Overweight and obesity in preschool children (0-4 years): behaviour and view of parents" in Ned Tijdschr Geneesk., 2008 Feb 9; 152 (6): 324-30

So frühstücken nur 6 von 7 Kindern regelmäßig.

43 Prozent konsumieren gesüßte Milchprodukte, 39 Prozent konsumieren regelmäßig Soft Drinks. Ein Fünftel der Eltern gibt an, nicht genügend Zeit zu finden, um mit den Kindern nach draußen zu gehen.

Eines von zehn Kindern besitzt bereits einen eigenen Fernseher, 22 Prozent der Kinder können selbst entscheiden, ob sie fernsehen möchten oder nicht. Und 9 Prozent können gar selbst über die Dauer ihres Fernsehkonsums entscheiden.

Dieses Hochrisikoverhalten für Adipositas findet man besonders bei Kindern von Müttern nichtwestlicher Herkunft, niedriger Bildung und Sozialhilfeempfängerinnen. Ein regelmäßiger Besuch des Kindes in einer Kinderbetreuungsstelle scheint einen protektiven Effekt zu haben.

Durch die Zunahme der Inzidenz von Übergewicht und Adipositas ist eine Optimierung der Erziehung berechtigt, insbesondere die Themen Stillen, Spielen im Freien, körperliche Ertüchtigung, Frühstücksgewohnheiten, sowie die Konsumation von gesüßten Getränken, TV und Computer betreffend.

In meiner Befragung der Eltern bezüglich ihres Wissens über Säuglingspflege ergeben sich die meisten Signifikanzen in der Vergleichsgruppe InländerInnen (in Folge als Eltern I bezeichnet) versus MigrantInnen (in Folge als Eltern M bezeichnet) und ich kann einige Defizite im Wissensstand der Migranteneltern über Säuglingspflege feststellen:

Es zeigen sich signifikante Unterschiede in der Art des Zusammenlebens der Eltern und in der Anzahl ihrer Kinder. So sind Migranteneltern häufiger verheiratet und haben mehr Kinder als Eltern aus Österreich.

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich beim Stillen, allerdings ergeben sich welche beim Zufüttern und der Verabreichung von Flaschennahrung:

So wissen die Eltern I häufiger, worum es sich bei Zöliakie handelt, und verabreichen später glutenhaltige Nahrung als die Eltern M. Auch erhalten die Kinder von Eltern aus Österreich häufiger die vom Hersteller empfohlene Menge an Fläschchen, welche seltener als bei MigrantInnen von den Eltern I mehrmals aufgewärmt werden.

Die Kinder von MigrantInnen werden signifikant häufiger gebadet, allerdings seltener gewickelt als die Kinder von InländerInnen.

Es ergeben sich auch signifikante Unterschiede bezüglich des Schlafverhaltens der Kinder und des Wissensstandes um SIDS zwischen den beiden Vergleichsgruppen:

Migrantenkinder werden während des Schlafens bei einer höheren Raumtemperatur häufiger in Bauchlage gelegt als Inländerkinder. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Eltern M häufiger keinen einzigen Risikofaktor für SIDS nennen können, und die Risikofaktoren „Bauchlage“, „Überhitzung“ und „Rauchen in Anwesenheit des Kindes“ von jenen Eltern, welche einen bzw. mehrere aufzählen können, signifikant häufiger von den Eltern I genannt werden.

Migrantenkinder werden signifikant früher vom Schnuller entwöhnt als Inländerkinder, es zeigen sich aber keine signifikanten Unterschiede bei der Verwendung des Schnullers. Die Eltern I geben eine signifikant höhere Anzahl von Stunden an, welche ein Kind schreien muss, um als „Schreibaby“ zu gelten.

Signifikante Unterschiede werden auch beim Wissensstand um Impfungen und Hüftultraschall sichtbar:

So können die Eltern M seltener Krankheiten angeben, gegen welche die Sechsfachimpfung und die MMR – Impfung schützt. Keine Unterschiede konnte ich bezüglich des Wissens der Eltern um Pneumokokken- und FSME- Impfung erkennen. Allerdings werden Inländerkinder häufiger gegen Pneumokokken geimpft als Migrantenkinder.

Auch können die Eltern M seltener den Grund eines Hüftultraschalls bei ihrem Kind nach der Geburt angeben.

Und letztendlich, während sich bei der Frage nach dem Erwerb des Wissens um Säuglingspflege die Antwort „durch die Erfahrung von Familie, Freunden und Bekannten“ nicht signifikant zwischen den Vergleichsgruppen unterscheidet, geben die Eltern I signifikant häufiger Bücher und Broschüren als Informationsquelle an.

Keine Signifikanzen kann ich bezüglich des Einschätzens ihres Wissens, sowie nach ihrem Wunsch nach einem verpflichtendem Vorbereitungskurses zwischen den beiden Vergleichsgruppen feststellen.

6. Auswirkung von Schulbildung, Alter und Familienstand:

Der „Report of the Task Force on the Family“³⁴ in Amerika beschreibt den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status der Eltern und der Gesundheit des Kindes folgendermaßen:

„The health and well-being of children are inextricably linked to their parents' physical, emotional and social health, social circumstances, and child rearing practises. The rising incidence of behaviour problems among children attests to some families' inability to cope with the increasing stresses they are expecting and their need for assistance.“

Trotzdem belegt eine Vielzahl von Studien, dass vorwiegend Eltern aus höheren Schichten das Angebot von Elternbildungsveranstaltungen annehmen.

Dies ergab einerseits die Evaluierung von Elternbildungsveranstaltungen in Österreich vom Österreichischen Institut für Familienforschung 2006, aber auch die Evaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsystemen in den Bundesländern in der Bundesrepublik Deutschland³⁵ im Jahre 2006.

³⁴ Schor EL; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family: „Family pediatrics: report of the Task Force on the Family“ in Pediatrics, 2003 Jun; 111 (6 Pt 2): 1541-71

³⁵ Helming E.; Sandmeir G.; Sann A.; Walter M.: „Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern“ 2006

Ein ähnliches Ergebnis zeigen Studien aus Schweden aus:

Elternbildungskurse sind Teil des „National Child Health Promotion Programme“ der „Swedish Child Health Clinic (CHC)“.

Im Zuge einer Evaluierung³⁶ von 2440 schwedischsprechenden Frauen mittels Fragebogens, konnte erruiert werden, dass es sich bei den Besucherinnen von Elternbildungskursen um 87 Prozent Primiparae und 31 Prozent Multiparae handelt.

Als Gründe für das Fernbleiben von Primipara zeigen sich: Bei Schwedisch handelt es sich nicht um ihre Muttersprache, niedrige Bildung, Rauchen während der Schwangerschaft, ungelegener Zeitpunkt der Schwangerschaft, Gefühl von Isolation und Einsamkeit, sowie mütterliche und kindliche Gesundheitsprobleme.

So zeigt die Studie, dass vor allem Frauen mit benachteiligten sozio-demographischen Hintergrund, sowie bei mütterlichen/kindlichen Gesundheitsproblemen, das Angebot der CHC nicht annehmen.

Eine weitere Studie³⁷ aus Schweden beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Gründen von Primiparae und Multiparae an der Nicht-Teilnahme an Geburtsvorbereitungs- und Elternbildungskursen:

So bleiben nur 7 Prozent der Primiparae, jedoch 81 Prozent der Multiparae den Kursen fern. Als Ursachen für das Fernbleiben von Primiparae zeigen sich: Arbeitslosigkeit, Rauchen während der Schwangerschaft, Entscheidung der Mutter für eine Abtreibung und nur wenige Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft.

Bei Multiparae sind die Eigenschaften: Alter über 35 Jahre, niedrige Bildung, ungeplante aber willkommene Schwangerschaft, Wunsch nach Beratung oder bereits eingeholte Beratung wegen Angst vor der Geburt, als Ursachen zu finden.

Gemeinsam ist beiden Gruppen, dass es sich bei Schwedisch nicht um die Muttersprache handelt.

Eine ähnliche Evaluierung³⁸ von 1197 schwedischsprechenden Frauen ergibt, dass 74 Prozent der Primiparae einen Geburtsvorbereitungskurs und 40 Prozent einen Elternbildungskurs besuchen. Beim Vergleich der Gruppen Teilnehmerinnen vs. Nichtteilnehmerinnen, ein Jahr nach Besuch der Kurse, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geburt (Methode, Schmerz, Erfahrung), Stilldauer und Einschätzung der elterlichen Fähigkeiten.

Allerdings zeigen die Teilnehmerinnen eine höhere Rate an Epiduralanästhesie.

Mütter, welche jung, Singles und Raucherinnen sind, von kleineren Städten kommen und eine niedrige Bildung vorweisen, empfinden die Kurse weniger hilfreich als die anderen Mütter.

Aufschlüsse, warum gerade diese Mütter Geburtsvorbereitungs- und Elternbildungskurse als weniger hilfreich empfinden, bietet möglicherweise die folgende Evaluation.

³⁶ Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstöm U.: „Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden“ in *Acta paediatr.*, 2006 Nov; 95 (11): 1360-9

³⁷ Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstöm U.: „Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood classes during pregnancy“ in *Midwifery*, 2004 Sep; 20 (3): 226-35

³⁸ Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstöm U.: „Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes“ in *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2005 May; 84 (5): 436-43

6.1. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsystemen in den Bundesländern:

Diese Evaluation wurde im Zeitraum August bis Dezember 2006 vom Deutschen Jugendinstitut in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend der Bundesrepublik Deutschland erarbeitet.

Sie beschreibt unter anderem die möglichen Zugangsformen zur Zielgruppe:

1. Breite und/oder systematische Zugänge:

Diese sind in der Regel an Gesundheitshilfen angeknüpft, da der bestehende Kontakt werdender Mütter zum Gesundheitssystem genutzt werden kann. In diesen werden alle oder fast alle Familien erfasst und anhand weniger Indikatoren der mögliche Hilfsbedarf eingeschätzt.

Die Vorteile bestehen im geringen Kostenaufwand und der geringen Stigmatisierung der Eltern.

Die Nachteile finden sich in der kurzen Dauer des Kontaktes (flächendeckender Versand von Informationsmaterial) und der fraglichen Qualifikation des medizinischen Personals (Screeningverfahren in Geburtshäusern). Entscheidend ist bei diesen Zugängen, dass Familien bei Bedarf in geeignete Hilfen vermittelt werden können.

2. Spezifische/fokussierte Zugänge:

Diese werden durch Zuweisungs- oder Selbstausswahlprozesse bestimmt, etwa in Form von offenen Treffen, Elternkursen und Beratungsstellen.

Die Vorteile bestehen in der weitgehenden Wahrung der Autonomie der Familien und der Nutzung der Eigenmotivation.

Als Nachteil erweist sich, dass nicht alle Familien mit entsprechendem Bedarf die Hilfe von sich aus wahrnehmen.

Daher würden sich „Aufsuchende Hilfen“, von unterschiedlichen Professionen (Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagoginnen etc.) und Laien getragen, anbieten, da diese Hilfen den spezifischen Bedürfnissen der Familien angepasst werden können.

Auch verlangen sie weniger Eigeninitiative und persönliche Ressourcen, allerdings können sie eventuell, gerade bei hoher sozialer Kontrolle im Wohnumfeld, als stigmatisierend empfunden werden.

Als Vorteile erweisen sich die Herabsetzung der Zugangsschwellen, die Vernetzung im sozialen Raum und das Erreichen von weniger mobilen Familien.

Als Nachteil neben der möglichen Stigmatisierung könnte das Eindringen in die Privatsphäre empfunden werden.

Weiter geht noch die „Canadian Task Force on Preventive Health Care“, welche sich mit den möglichen Zugängen zur Zielgruppe im Update von 2000³⁹ zur Prävention von Kindesmissbrauch beschäftigt und diese evaluiert.

So kann sie aufgrund der hohen Rate von falsch positiven Testergebnissen ein Screeningprogramm für Kindesmissbrauch nicht empfehlen, zeigt aber in einer randomisierten Studie eine Reduktion von Kindesmissbrauch durch Heimbesuche von Krankenschwestern bei benachteiligten Familien in der peripartalen Periode und frühen Kindheit.

Als Zielgruppe erscheinen Primiparae mit einem oder mehreren Merkmalen: Alter jünger als 19 Jahre, allein-erziehend und niedriger sozioökonomischer Status als sinnvoll.

Eine ungenügende Evidenz für eine Empfehlung als Präventionsmassnahme gegen Kindesmissbrauch zeigen sich auch bei Gesundheitsprogrammen, Elternbildung und Unterstützungsprogrammen, diese können aber aus anderen Gründen empfohlen werden.

Im Zuge der Kurzevaluierung von Frühen Hilfen wird die geringere Motivation von Eltern mit psychosozialer Belastung erörtert:

„Je höher die psychosoziale Belastung und je geringer die Ressourcen sind, umso höher sind die Vernachlässigungsrisiken. Dieser Zusammenhang korrespondiert auch mit geringerer Eigeninitiative von Familien, welche die Anforderung an die psychosozialen/medizinischen Dienste erhöhen, selbst Motivierungsarbeit zu leisten.“

Allerdings haben gerade „Frühe Hilfen“ eine große Chance, da es um einen neuen Anfang geht: (Fast) alle Eltern wollen, dass sich ihre Kinder positiv entwickeln; rund um die Geburt sind sie noch nicht unbedingt resigniert, noch nicht im Scheitern als Eltern gefangen.“

Entscheidend ist dabei die Niedrigschwelligkeit der Hilfen, welche durch *„nachgehende und aufsuchende Angebote, Vermittlung durch Vertrauenspersonen bzw. bekannte vertraute Institutionen im sozialen Nahraum, Absenkung der bürokratischen Hürden, Kostenfreiheit der Angebote, Türöffner-Angebote (Kleiderkammer, Mittagstisch etc.) u.a.m.“* erreicht werden könnte.

Das Profil von Teilnehmerinnen an einem Geburtsvorbereitungskurs zeigt auch eine Studie aus England⁴⁰:

Bei der Befragung von 18 frisch entbundenen Frauen nach einem zuvor besuchten Geburtsvorbereitungskurses ergibt sich eine klare Hierarchie:

Am häufigsten besuchen Frauen aus der Mittelschicht einen Kurs, gefolgt von älteren, verheirateten Frauen, sowie Frauen aus der Arbeiterschicht.

Am seltensten wird ein Kurs von jungen, unverheirateten Frauen aus der Arbeiterklasse besucht, welche ihn auch am negativsten bewerten. Die Frauen empfinden den

³⁹ MacMillan HL; Canadian Task Force on Preventive Health Care: "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment" in CMAJ, 2000 Nov 28; 163 (11): 1451-8

⁴⁰ Cliff D., Deery R.: „Too much like school: social class, age, marital status und attendance/non-attendance at antenatal classes“ in Midwifery, 1997 Sep; 13 (3): 139-45

Geburtsvorbereitungskurs als zu technisch, sowie beschäftigt er sich zu wenig mit emotionalen und psychologischen Themen.

Zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich Stärken und Schwächen von Geburtsvorbereitungskursen kommt es in einer Studie⁴¹ aus Irland.

So zeigen sich Stärken bei Geburtsvorbereitungskursen in der Vermittlung von Information und Vorbereitung sowie im sozialen Kontakt zu anderen Müttern.

Als Barrieren an der Teilnahme eines Kurses werden Nachtschicht, fehlendes Interesse, unflexible Arbeitszeiten, Mobilitätsprobleme und die fehlende Teilnahme des Partners genannt.

Als notwendig wird eine Abwendung von didaktischen Lehrmethoden, sowie eine größere Miteinbeziehung und Beteiligung der Eltern empfunden. Entscheidend für eine Teilnahme sind auch Werbung, peer mentoring, flexible Kurszeiten sowie die Teilnahme des Vaters des Kindes.

Wie wichtig eine Berücksichtigung der Väter in Geburtsvorbereitungskursen wäre, untersucht eine Studie⁴² aus England:

So fühlen sich Frauen durch weibliche Verwandte und Eltern-Kind-Treffen gut unterstützt, während Männer sich zwar in die Schwangerschaft gut eingebunden, von Arztterminen, Geburtsvorbereitungskursen und der Literatur rund um die Geburt ausgeschlossen fühlen. Wichtig wäre ihnen mehr Information zur Elternschaft, Säuglingspflege und Veränderungen in der Partnerschaft.

Daher sind auch weitere Studien notwendig, um die Rolle des Vaters in Geburtsvorbereitungskursen sowie Interventionen, welche die frühen Erfahrungen der Elternschaft verbessern, zu untersuchen. Diese Studien sollten auch auf Väter schwarzer und ethnischer Minderheiten ausgedehnt werden.⁴³

Bei der Untersuchung⁴⁴ von postpartalen psychosozialen Themen (bezüglich interpersoneller, intrapersoneller und elterlicher Kompetenz sowie Säuglingspflege) in Australien zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der befragten werdenden Mütter und Väter ihre Fähigkeit als Eltern in Frage stellen und ein großer Teil sich um die möglichen Auswirkungen auf ihre Partnerschaft durch die Elternschaft sorgt.

40 Prozent der Eltern befürchten eine soziale Isolierung, Vereinsamung und Langeweile der Mutter zu Hause mit dem Baby.

Daher sollten diese Themen als Bestandteil der Elternbildungskurse aufgenommen werden.

⁴¹ Murphy Tighe S.: „An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education“ in Midwifery, 2008 Sep 20

⁴² Deave T., Johnson D., Ingram J.: „Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood“ in BMC Pregnancy Childbirth, 2008 Jul 29;8:30

⁴³ Deave T., Johnson D.: „The transition to parenthood: what does it mean to fathers?“ in J Adv Nurse, 2008 Sep; 63 (6): 626-33

⁴⁴ Matthey S., Morgan M., Healey L., Barnett B., Kavanagh DJ, Howie P.: „Postpartum issues for expectant mothers and fathers“ in J Obstet Gynecol Neonatal Nurs., 2002 Jul-Aug; 31 (4): 428-35

6.2. Gibt es eine schichtenspezifische Bildungswilligkeit?

Schon 1971 wurde im unterfränkischen Raum eine Untersuchung durchgeführt, die sich mit der Frage, ob es eine schichtenspezifische Bildungswilligkeit gäbe, beschäftigte.

Diese umfaßt folgende Überlegungen:

1. Ohne Motive bzw. Beweggründe kommen keine Leistungen zustande
2. Die Vitalconstitution eines Menschen sind für die Motive entscheidend
3. Der Abbau der schichtenspezifischen Gegensätze läßt sich nur durch Bildungsprozesse erreichen
4. Über Leistungsmotive entstehen Leistungsdrang, Leistungsziele, Leistungswille bis hin zum Leistungsbewußtsein. Dieser wirkt als Leistungsverstärker und löst einen Leistungsanstieg aus, sofern das Leistungsgefühl positiv motiviert ist
5. Ohne Anstrengungsbereitschaft (Leistungswille) können keine Bildungseffekte erreicht werden⁴⁵

Geht man vom sozialpädagogischen Konzept der Elternbildung⁴⁶ aus, ist es möglich, alle Eltern durch Beratung, Information und gruppenspezifische Prozesse zu einem besseren Erziehungsverhalten zu befähigen.

Für Wolfgang Bäuerle erhält Elternbildung je nach Definition des vermuteten oder festgestellten Defizits eine andere Aufgabe. Einige Beispiele dafür sind:

1. Durch den zunehmenden Instinktverlust der Eltern wird sie als Lernhilfe für alle Eltern verstanden
2. Da es zu jeder Zeit pädagogisch begabte und unbegabte Eltern gibt, dient Elternbildung als Nachhilfeunterricht für pädagogisch weniger begabte Eltern
3. Da sich Erziehung im Laufe der Zeit ändert, vermittelt Elternbildung eine zeitgerechte Erziehungsweise
4. Da über Massenmedien divergierende pädagogische Ratschläge, Methoden und Konzepte angeboten werden, kann Elternbildung richtungsweisend sein

Um diese verschiedenartigen Ansätze einzubeziehen, hat die Elternbildung drei Aufgaben:

1. Eltern müssen für den Gedanken der Elternbildung gewonnen werden
2. Es müssen Gelegenheiten geschaffen werden, welche es den Eltern leicht machen, teilzunehmen
3. Es müssen bei den Eltern Lernprozesse ausgelöst werden, die ihnen einen objektiven und subjektiven Gewinn in ihrem Bestreben bringt, Erziehungsaufgaben in eigener Verantwortung zu lösen. Dies schließt alle Veranstaltungen in rein informierender und belehrender Form aus.

Obwohl laut Bäuerle viele Eltern von der Notwendigkeit, das Wissen über Kindererziehung zu erweitern, überzeugt sind, nutzen nur wenige Eltern die angebotenen Möglichkeiten. So sprechen die traditionellen Formen der Elternbildung (Volkshochschule, Elternbildungsstätten, Arbeitsgemeinschaften in Schulen) vorwiegend Eltern an, welche selbst relativ gebildet sind.

⁴⁵ Arnold W.: „Die Bildungswilligkeit von Eltern verschiedener Schichten sowie in Stadt und Land“ in: Klaus Schleicher (Hg): „Elternmitsprache und Elternbildung“; Pädagogischer Verlag Schwann; Düsseldorf 1973

⁴⁶ Bäuerle W.: „Elternbildung: Aufgaben, historische Entwicklung und heutiger Stand“ in: Klaus Schleicher (Hg): „Elternmitsprache und Elternbildung“; Pädagogischer Verlag Schwann; Düsseldorf 1973

Es wurden vier Strategien entwickelt, um bevorzugt Eltern aus unteren Schichten anzusprechen:

1. Kleingruppenarbeit mit benachbarten Müttern in Wohnungen der Familien
2. Elternbildung als Teil der Obdachlosenarbeit
3. Gezielte Einbeziehung der Eltern im Kindergarten
4. Bildung von Elterninitiativgruppen in Unterschicht-Stadtteilen

Allerdings waren die Ergebnisse dieser Strategien sehr bescheiden.

Es bedarf Methoden, welche:

1. nur geringe Ansprüche an Sprachfähigkeit, Aufmerksamkeit und Durchhaltevermögen der Eltern stellt
2. zu frühen Erfolgserlebnissen führt
3. Veränderungen in Einstellung und Verhalten der Eltern bewirkt

So sah Bäuerle schon 1973 die Entwicklung von Strategien und Methoden der Elternbildung, welche Eltern aus unteren sozialen Schichten angemessen ist, als eine der wichtigsten Aufgaben der Sozialpädagogik.

Um der Frage nach einer schichtungsabhängigen Bildungswilligkeit nachgehen zu können, habe ich es im Zuge der Auswertung meiner Evaluierung für notwendig erachtet, signifikante Unterschiede zwischen den 39 Eltern mit höherer Bildung (in Folge mit Eltern hB benannt) versus den 55 Eltern mit niedriger Bildung (in Folge mit Eltern nB benannt) auszuarbeiten, um auf mögliche Defizite hinweisen zu können. Allerdings ergeben sich im Verhältnis zu den beiden anderen Vergleichsgruppen (Klinik vs. Praxis, InländerInnen vs. MigrantInnen) nur sehr wenige Signifikanzen:

So kann ich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Alter der Eltern, Familienstand, Pflege, Verwendung des Schnullers, Schlafverhalten des Kindes und Fiebermessen (Methode, Temperatur) zwischen den beiden Vergleichsgruppen feststellen.

Allerdings werden die Kinder von Eltern hB signifikant häufiger gestillt als die Kinder von Eltern nB.

Die Eltern hB können signifikant häufiger angeben, um welche Krankheit es sich bei Zöliakie handelt. Auch erhalten die Kinder der Eltern hB signifikant später glutenhaltige Nahrung als die Kinder der Eltern nB. Bei der Menge der verabreichten Flaschennahrung zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede. So verabreichen die Eltern hb häufiger jene Menge, welche vom Hersteller empfohlen wird.

Beim Wissen um Impfungen sind bezüglich MMR-, Pneumokokken- und FSME – Impfung keine signifikanten Unterschiede feststellbar, nur bei der Frage nach Krankheiten, gegen welche die Sechsfachimpfung schützt, können die Eltern nB signifikant häufiger keine einzige Krankheit nennen.

Auch bei der Frage nach Risikofaktoren bei SIDS, können die Eltern nB signifikant häufiger keinen einzigen nennen, die Risikofaktoren „Bauchlage“ und „Überhitzung“ werden signifikant häufiger von den Eltern hB genannt.

Beim Erwerb ihres Wissens um Säuglingspflege geben die Eltern hB signifikant häufiger Bücher und Broschüren an, jedoch kann ich keine signifikanten Unterschiede im Einschätzen ihres Wissens von Säuglingspflege bei den Eltern feststellen.

7. Wunsch nach einem „Babyführerschein“?

Unterschiede im Wunsch nach einem „Babyführerschein“ werden bei meiner Befragung der Eltern bzw. der KinderärztInnen ersichtlich.

So befürworten 49 Prozent der befragten Kinderärzte und Kinderärztinnen einen verpflichtenden Säuglingsvorbereitungskurs. 2 Prozent der Befürworter wünschen diesen an den Mutter-Kind-Pass und an den Erhalt des Kinderbetreuungsgeldes gebunden.

51 Prozent der KinderärztInnen lehnen einen „Babyführerschein“ ab. Von diesen wünschen aber 9 Prozent ein größeres Angebot an Elternbildungskursen. 4 Prozent der verneinenden KinderärztInnen meinen, dass diese Aufgabe ausreichend von ihnen übernommen wird.

Ein wesentlich geringerer Teil der Eltern wünscht sich einen verpflichtenden Säuglingsvorbereitungskurs. Nur ein Drittel befürwortet einen „Babyführerschein“, zwei Drittel der Eltern lehnen diesen ab.

Ich konnte diesbezüglich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den von mir erarbeiteten Vergleichsgruppen (Klinik vs. Praxis, InländerInnen vs. MigrantInnen, höhere Bildung vs. niedrige Bildung) feststellen.

Allerdings aufgrund der oben beschriebenen Studien, die das Profil der TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen von Elternbildungskursen bzw. die schwere Erreichbarkeit und Motivierbarkeit von Eltern und werdenden Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund beschreiben, und auch aufgrund der von mir erarbeiteten Defizite bezüglich des Wissens der Eltern um Säuglingspflege, frage ich mich, ob dem überwiegendem Wunsch der Eltern, keinen verpflichtenden Säuglingsvorbereitungskurs einzuführen, tatsächlich nachgegangen werden soll.

VII. Zusammenfassung:

Da in den letzten Jahren die Forderung nach einem „Babyführerschein“ sowohl von Seiten der Medien als auch von PolitikerInnen immer lauter wurde, wurde in dieser Studie versucht, dem Wissensstand von Eltern über Säuglingspflege auf den Grund zu gehen, beziehungsweise diesen durch KinderärztInnen beurteilen zu lassen.

Anhand eines Fragebogens für Eltern (mit Kindern von einem Alter bis zu zwei Jahren) und eines Fragebogens für KinderärztInnen, wurde das Wissen von 94 Eltern und die Einschätzung über das Wissen von Eltern durch 88 KinderärztInnen eruiert.

In weiterer Folge wurden signifikante Unterschiede zwischen den Eltern, welche in einer kinderfachärztlichen Praxis und den Eltern, die an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz befragt wurden, weiters zwischen InländerInnen und MigrantInnen, sowie zwischen Eltern mit höherer Bildung gegenüber Eltern mit niedriger Bildung, erarbeitet.

Und schlußendlich wurde versucht, dem Wunsch bzw. dem Bedarf nach einem „Babyführerschein“ in Form eines verpflichtendem Säuglingsvorbereitungskurses nachzugehen.

Die erhobenen Daten zeigen gute Kenntnisse der Eltern in den Bereichen Ernährung und Pflege, allerdings Wissensdefizite in den Bereichen Schlafen (vor allem in Bezug auf SIDS), Impfungen sowie Kinderkrankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit der Einschätzung des Wissens über Säuglingspflege durch die befragten Kinderärzte.

Signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen werden zwischen InländerInnen und MigrantInnen am deutlichsten, so findet man hier Unterschiede in der Art des Zusammenlebens und der Anzahl der Kinder. MigrantInnen sind häufiger verheiratet und haben mehr Kinder als ÖsterreicherInnen. Weiters zeigen sie ein geringeres Wissen um Impfungen und SIDS.

Keine Unterschiede ergeben sich bezüglich Stillen, allerdings erhalten Migrantenkinder früher glutenhaltige Nahrung und seltener die empfohlene Menge an Flaschennahrung.

Im Vergleich der Eltern von Klinik und Praxis zeigen die Eltern aus der Praxis ebenfalls ein signifikant geringeres Wissen in den Bereichen SIDS und Impfungen. Ähnliche Unterschiede gibt es zwischen Eltern mit höherer Bildung und den Eltern mit niedriger Bildung.

Auffallend ist, dass Eltern mit höherer Bildung ihre Kinder signifikant häufiger stillen und sich an die empfohlene Menge von Flaschennahrung halten. Keine Unterschiede sind aber im Alter der Eltern, Familienstand, in der Anzahl der Kinder und der Pflege feststellbar.

Über 70 Prozent der befragten KinderärztInnen haben das Gefühl, dass Eltern die Lage ihres Kindes meistens richtig einschätzen, allerdings wird dies von einem Viertel der KinderärztInnen nur „manchmal“ empfunden.

Die größten Defizite sehen sie in einer Falsch bzw. Überinformation, in der Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung, im Wissen um Ernährung, Fieber, Erziehung Hautpflege und banale Infekte.

Drei Viertel der Befragten haben den Eindruck, dass Bildung und Alter der Eltern einen großen bzw. sehr großen Einfluß auf das Wissen hat, 43 Prozent bemerken einen Unterschied im Wissen zwischen InländerInnen und MigrantInnen.

Hauptprobleme sehen sie im Aufklärungsdefizit durch die Sprachbarriere, das geringere Wissen bezüglich Ernährung und der damit verbundenen Tendenz zur Überfütterung, sowie den geringeren Hygienestandard.

Unterschiede im Wunsch nach einem „Babyführerschein“ werden zwischen den befragten Eltern und Kinderärztinnen ersichtlich. Keine signifikanten Unterschiede werden aber zwischen den Eltern-Vergleichsgruppen festgestellt.

So wünschen 49 Prozent der Kinderärztinnen einen verpflichtenden Säuglingsvorbereitungskurs, jedoch nur ein Drittel der befragten Eltern.

Da eine Vielzahl von Studien die schwere Erreichbarkeit und Motivierbarkeit von Eltern und werdenden Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund beschreibt und auch diese Studie Defizite im Wissen der Eltern um Säuglingspflege zeigt, frage ich mich, ob dem überwiegendem Wunsch der Eltern, keinen „Babyführerschein“ einzuführen, tatsächlich nachgegangen werden sollte.

Eine verpflichtende Schulung werdender Eltern wäre in mancher Hinsicht sicher vorteilhaft, sie lässt sich aber sowohl juristisch als auch emotional vermutlich nicht leicht umsetzen.

VIII. Abstract:

In recent years media and politicians have increasingly urged for a “license for parenting”. Motivated by this, our study tries to show parents’ knowledge of infant care and the assessment of their knowledge by paediatricians.

Using a questionnaire for parents (with infants up to an age of 2 years) and paediatricians, the knowledge of 94 parents and the assessment of 88 paediatricians was evaluated.

On the basis of this data we looked for differences between various groups of parents: parents questioned at a resident paediatrician in Graz vs. parents questioned in the department of paediatrics at the Medical University of Graz, natives vs. immigrants and parents with high education vs. parents with lower education.

Secondly, the need for a “licence for parenting” in the form of an obligatory antenatal course was evaluated.

Parents showed good knowledge of alimentation and infant care, but deficiencies in knowledge of sleeping issues (especially SIDS), vaccinations and childhood illnesses and their treatments.

These findings were well confirmed by paediatricians.

The most significant differences could be found between natives and immigrants, especially for marital status and the number of children. Immigrants were married significantly more often and had significantly more children than natives. They also had significantly less knowledge of vaccinations and SIDS.

We could find no differences regarding breast feeding, but the diet of immigrants’ children includes gluten earlier and immigrants follow the recommended amount of formula diet less often.

Parents who were interviewed at a resident paediatrician and parents with low level of education showed significantly lower knowledge of vaccinations and SIDS respectively. Parents with high a level of education were breast-feeding their children and using the recommended amount of follow-on-formula for bottle feeding more often than those with a lower level of education.

We could however not find significant differences in age, marital status, number of children and infant care.

More than 70 percent of paediatricians thought that in the majority of cases parents are in control when their children are ill, however a quarter of paediatricians felt that this applied only “sometimes”. According to the paediatricians, the biggest deficits in parents’ knowledge are misinformation and oversupply of information regarding assessment of severity of illnesses, alimentation, fever, education, care of the skin and infections of minor severity. Three fourths of paediatricians thought that knowledge is influenced by education and age of the parents, 43 percent thought there is a significant difference between natives and immigrants and identified the main problems as difficulty in communication because of language barriers, a lower knowledge of alimentation (associated with tendencies for over alimentation) and a lower standard of hygiene.

We could find differences in the desire for a “licence for parenting” between parents and paediatricians, but none between the various groups of parents.

49 percent of the paediatricians approved an obligatory antenatal course, but this kind of approval was found in only one third of parents.

A multitude of studies shows that parental education classes have not reached parents who are disadvantaged in terms of socio-demographic background. Therefore and because of the deficiencies in knowledge found in our study, we have to ask ourselves, whether we should agree with the majority of parents, that there is no need for implementing an obligatory antenatal course.

In some ways an obligatory parental education class for expectant parents would surely be beneficial, but it may be difficult to implement it on legal and moral grounds.

IX. Literaturverzeichnis:

- 1 http://www.unicef.de/download/i_0084_kinderrechte.pdf
- 2 http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/downloads/kinderrecht_skonvention/unkonvention_ueber_die_rechte_des_kind_des_deutsche_fassung.pdf
- 3 <http://www.kinderhabenrechte.at/>
- 4 http://www.yap.at/upload/yap_content/NAP041122_GUID1C18E5FD3B444EAAB22D551D170392.pdf
- 5 <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/artikel.pdf?channel=CH0947&doc=CMS1055942556584>
- 6 http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/ME/ME_00122/fname_086357.pdf
- 7 <http://www.help.gv.at/Content.Node/8/Seite.082200.html>
- http://www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemedizin/Mutter-Kind-Pass/Mutter_Kind_Pass_Leitfaden.pdf
- 8 <http://www.hebammen.at/>
- 9 <http://www.lalecheliga.at/>
- 10 <http://www.iblce.org/>
- 11 <http://www.bmgfj.gv.at/>
- 12 Klepp D./ Buchebner-Ferstl S./ Cizek B./ Kaindl M.: „Elternbildung in Österreich. Evaluierung der Elternbildungsveranstaltungen“ 2006 (Universität Wien: Working Paper Nr.70/2008)
- 13 Caplan, G.: „Principles Of Preventive Psychiatry.“ N.Y. 1964
- 14 <http://www.arbeiterkammer.at/www-579-IP-4920.html>
- 15 www.openpr.de
- 16 www.bildderfrau.de
- 17 www.presseportal.de
- 18 http://www.geo.de/_components/GEO/info/presse/files/2006/geo_wissen_200604_allensbach.pdf
- 19 <http://www.n-tv.de/886054.html>
- 20 <http://noe.orf.at/stories/309475/>
- 21 <http://www.grazer.at/gz/zeitung-und-mehr/topstories/599/>

- 22 <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Presse/Pressemitteilungen,did=44464.html>
- 23 <http://www.stiftung-pro-kind.de/index.php?id=287>
- 24 <http://www.bundestag.de/cgi-bin/druck.pl?N=parlament>
- 25 Feil EG, Baggett KM, Davis B., Sheeber L., Landry S., Carta JJ, Buzhardt J.: „Expanding the reach of preventive interventions: development of an internet-based training for parent of infants“ in Child Maltreat., 2008 Nov; 13 (4): 334-46
- 26 Semere W., Karamanoukian HL, Levitt M., Edwards T., Murero M., D’Ancona G., Donias HW, Glick PL: “A pediatric surgery study: parent usage of the Internet for medical information” in J Pediatr. Surg., 2003 Apr; 38 (4): 560-4
- 27 Bouche G., Migeot V.: „Parental use of the Internet to seek health information and primary care utilisation for their child: a cross-sectional study“ in BMC Public Health, 2008 Aug 28;8: 300
- 28 Khoo K., Bolt P., Babl FE, Jury S., Goldman RD: “Health information seeking by parents in the Internet age” in J Paediatr Child Health., 2008 Jul-Aug; 44 (7-8): 419-23
- 29 Kraus D.: „Erziehung. Die Elternschule kann noch einiges dazulernen“ („Die Presse“, Print-Ausgabe, 18.08.2008)
- 30 Kerbl R., Pilhatsch A., Reiterer F., Schenkeli R., Hoffmann E., Krenn G., Perogon A., Kurz R.: „Was wissen Mütter über Säuglingspflege?“, 31.Jahrestagung der Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Wien, 23.-25.September 1993
- 31 <http://www.sids.at/vorsorgemassnahmen.html>
- 32 <http://www.dgspj.de/pdfs/PresseMigranten.pdf>
- 33 Boere-Boonekamp MM, L’Hoir MP, Beltman M, Bruil J., Dijkstra N., Engelberts AC: “Overweight and obesity in preschool children (0-4 years): behaviour and view of parents” in Ned Tijdschr Geneesk., 2008 Feb 9; 152 (6): 324-30
- 34 Schor EL; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family: „Family pediatrics: report of the Task Force on the Family“ in Pediatrics, 2003 Jun; 111 (6 Pt 2): 1541-71
- 35 Helming E.; Sandmeir G.; Sann A.; Walter M.: „Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern“ 2006
- 36 Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstöm U.: „Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden“ in Acta paediatr., 2006 Nov; 95 (11); 1360-9

- 37 Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstöm U.: „Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood classes during pregnancy“ in *Midwifery*, 2004 Sep; 20 (3): 226-35
- 38 Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstöm U.: „Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women’s opinion and possible outcomes” in *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2005 May; 84 (5): 436-43
- 39 MacMillan HL; Canadian Task Force on Preventive Health Care: “Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment” in *CMAJ*, 2000 Nov 28; 163 (11): 1451-8
- 40 Cliff D., Deery R.: „Too much like school: social class, age, marital status und attendance/non-attendance at antenatal classes” in *Midwifery*, 1997 Sep; 13 (3): 139-45
- 41 Murphy Tighe S.: „An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education“ in *Midwifery*, 2008 Sep 20
- 42 Deave T., Johnson D., Ingram J.: “Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood” in *BMC Pregnancy Childbirth*, 2008 Jul 29; 8:30
- 43 Deave T., Johnson D.: „The transition to parenthood: what does it mean to fathers?” in *J Adv Nurse*, 2008 Sep; 63 (6): 626-33
- 44 Matthey S., Morgan M., Healey L., Barnett B., Kavanagh DJ, Howie P.: “Postpartum issues for expectant mothers and fathers” in *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2002 Jul-Aug; 31 (4): 428-35
- 45 Arnold W.: „Die Bildungswilligkeit von Eltern verschiedener Schichten sowie in Stadt und Land“ in: Klaus Schleicher (Hg): „Elternmitsprache und Elternbildung“; Pädagogischer Verlag Schwann; Düsseldorf 1973
- 46 Bäuerle W.: „Elternbildung: Aufgaben, historische Entwicklung und heutiger Stand“ in: Klaus Schleicher (Hg): „Elternmitsprache und Elternbildung“; Pädagogischer Verlag Schwann; Düsseldorf 1973