

Diplomarbeit

**Der österreichische Mutterkindpass als
Präventivtool für Kinder. Beteiligungsraten,
Stichprobenanalysen und Gedanken zu einer
möglichen Kosten-Nutzen-Evaluierung**

eingereicht von

Andrea Lipp

Geb.Dat.: 02.11.1987

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Drⁱⁿ. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH Leoben

unter der Anleitung von

Prim. Prof. Dr. Reinhold Kerbl

Graz, am 17.06.2013

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 17.06.2013

Unterschrift

*Meiner geliebten verstorbenen „Tante“ und geliebten verstorbenen „Fritz-Oma“
gewidmet*

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes

Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die geschlechtsspezifische Differenzierung – wie z.B. PatientInnen oder ÄrztInnen – nicht durchgehend berücksichtigt. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

I) Vorwort

Zu Beginn dieser Arbeit möchte ich den Leserinnen und Lesern einen kurzen Einblick darüber geben, welche persönlichen Beweggründe hinter der Wahl dieses Diplomarbeitsthemas standen.

Nachdem es meine Absicht bzw. mein großes persönliches Ziel ist, in naher Zukunft die Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde zu absolvieren, war bei der Suche nach dem passenden Diplomarbeitsthema von vorne herein für mich klar, dass ich eine Thematik wählen werde, welche im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde angesiedelt ist.

Ich setzte mich mit Hrn. Prof. Prim. Dr. Reinhold Kerbl von der Kinder- und Jugendabteilung in Leoben in Verbindung und vereinbarte einen Termin mit ihm, bei welchem mir seinerseits mehrere Themen angeboten wurden.

Die Wahl fiel schnell auf das Thema, welches Sie dem Titelblatt entnehmen können. Es schien mir eine Herausforderung zu sein, mich mit einem Thema auseinanderzusetzen, welches bis dato nicht wirklich von einer kritischen Seite betrachtet wurde. Der Mutter-Kind-Pass im Allgemeinen ist in der österreichischen Bevölkerung weitgehend bekannt; welche Kosten, Nutzen, Aufwände und Ideen allerdings hinter diesem System stehen, bleiben den meisten Nutzern allerdings verborgen. So war es zumindest mein persönlicher Eindruck in den vielen Gesprächen, die ich während meiner Datenerhebung mit Müttern bzw. Vätern geführt habe.

Umso wichtiger erschien es mir, dieses Thema aus einer wissenschaftlichen Seite zu beleuchten.

Ein weiterer Punkt, warum ich mich dazu entschieden habe, dieses Thema zu wählen, liegt in meinen persönlichen Interessen; abgesehen davon, dass ich wie bereits oben erwähnt, später selbst genau in diesem Fachbereich tätig sein möchte, ist es meines Erachtens für jede Frau, die sich später einmal Mutter nennen möchte, sicher interessant zu wissen, wie sich solche Untersuchungen gestalten. Welche Untersuchungen gibt es? Was kann ich mir von den Untersuchungen erwarten? Was sind mögliche Diagnosen, mit denen ich

konfrontiert werden könnte? Wenn eine Diagnose und damit eine Krankheit festgestellt wird, gibt es eine Therapie und wenn ja, in wie fern ist diese valide und sinnvoll?

All dies sind Aspekte und Fragen, auf welche ich Antworten zu finden versuchte.

Da auch Gedanken zu einer möglichen Kosten-Nutzen-Analyse angestellt wurden, kam es meinerseits zu einer erstmaligen intensiven Auseinandersetzung mit den Themen Wirtschaft und Recht; da ich als Jugendliche eine allgemein höher bildende Schule besuchte, waren mir sowohl betriebswirtschaftliche, als auch juristische Themen bisher fremd. Mein persönliches Interesse galt in meiner Jugend und Studienzeit v.a. der Medizin und dem Sport. Zu Beginn war es eine persönliche Herausforderung für mich, mich mit dem österreichischen Rechtssystem in diesem Sinne intensiv auseinanderzusetzen. Wirtschaftliche Daten und Zahlen erschienen mir anfangs ebenfalls sehr fremd. Durch die Hilfe meiner Familie und meines Lebensgefährten, gelang es mir allerdings relativ schnell, mich in diesen Systemen, soweit es mir notwendig erschien, zurecht zu finden.

Es erschien mir äußerst interessant, in wie weit sich die einzelnen Regierungen mit dem Thema Familie auseinandergesetzt haben; es gab stets viele Neuerungen, handelte es sich nun um Kürzungen oder Zusätze, die gesetzlich verankert wurden. Die Tendenz ging allerdings immer dahin, Verbesserungen zu ermöglichen. Die Politik ist seit mehreren Jahren ein Bereich, dem ich viel Aufmerksamkeit schenke, und es ist mir durchaus bewusst, dass jede Regierung – sei es nun auf Bundes-, Landes- oder Gemeindeebene - immer nur Positives bewirken möchte. Leider scheitert es sehr oft an der Umsetzung solcher Ideen. Meine persönliche Einschätzung der Familienpolitik, ist allerdings mit einer sehr positiven Sichtweise verbunden, da gerade in diesem Bereich viel Wert darauf gelegt wird, Gleichheit, Unabhängigkeit und Armutsvermeidung in den Vordergrund zu stellen.

II) Danksagungen

Zunächst möchte ich mich bei meinem Hauptbetreuer, Hrn. Prof. Prim. Dr. Reinhold Kerbl, für die kompetente, freundliche und entgegenkommende Betreuung herzlichst bedanken.

Während meiner Zeit an der Kinder- und Jugendabteilung konnte ich unter der Aufsicht von Hrn. Prof. Prim. Dr. Kerbl mein bereits erworbenes Wissen vertiefen und viele neue fachspezifische pädiatrische Inhalte erlernen. Stets wurden mir alle meine Fragen ausreichend und v.a. sehr schnell beantwortet. Bei Problemen, die sich während der Erstellung dieser Diplomarbeit ergaben, wurde durch Hrn. Prim. Kerbl immer sofort eine Lösung herbeigeführt, wofür ich ihm ebenfalls sehr dankbar bin.

Mein weiterer Dank gilt dem gesamten Ärzte- und Pflegepersonal der Kinder- und Jugendabteilung in Leoben, welches mir stets respektvoll und freundlich gegenüber getreten ist und mir die notwendigen Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt hat.

Des Weiteren möchte ich mich bei Hrn. Ao. Univ.- Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Josef Haas für die Unterstützung bei der Datenauswertung bedanken. Er war eine sehr große Hilfe, da er mit seinem großen Fachwissen und seiner Routine mir viel Zeit und Ärger erspart hat.

Meinem Freund Thomas möchte ich ebenfalls für seine Akzeptanz, Unterstützung und Geduld während meines Studiums danken.

Ebenso danke ich meinen lieben Freunden, im Besonderen meiner lieben Kathi, die mir stets eine Wegbegleiterin war.

Der größte Dank gilt allerdings meinen Eltern, allen voran meiner geliebten Mutter Eva. Ihr habt mich das ganze Leben stets unterstützt, sei es in persönlicher oder finanzieller Hinsicht. Eure ermutigenden Worte, eure Hilfe und Liebe haben mich stets begleitet, sei es im Berufs- oder Privatleben. Anerkennung, Respekt und Liebe waren in unserer Eltern-Kind-Beziehung stets vorherrschend.

Ich möchte euch beiden auf diesem Wege ein großes DANKE sagen.

III) Zusammenfassung

Hintergrund: Der Mutter-Kind-Pass (MKP) wurde in Österreich im Jahre 1974 eingeführt. Im Zuge der damals neu eingeführten Gesundenuntersuchungen verfasste man damit auch ein Dokument, das speziell die Zielgruppen Schwangere, Säuglinge und Kinder erfassen sollte. Das primäre Ziel des Mutter-Kind-Passes war und ist, die perinatale Säuglingssterblichkeit zu reduzieren.

Der Mutter-Kind-Pass ist ein klassisches Screeningprogramm an vorwiegend Gesunden und gliedert sich in Untersuchungen, die pränatal an der Schwangeren und postnatal an dem Kind durchgeführt werden.

Da die Untersuchungen des MKP mit Kosten in Verbindung stehen, wurde in dieser Arbeit auch auf die Finanzierung dieses Instruments eingegangen.

Untersucht wurden unter anderem Beteiligungsraten an den einzelnen Untersuchungen. Stichprobenanalysen sowie Gedanken zu einer möglichen Kosten-Nutzen-Evaluierung sind ebenfalls in dieser Arbeit festgehalten.

Methoden: Primär wurden Patienten bzw. Erziehungsberechtigte kontaktiert, welche während des stationären Aufenthaltes an der Kinder- und Jugendabteilung des LKH Leoben einen Mutter-Kind-Pass bei sich hatten. Neben einer Aufklärung über das Studienprozedere wurde den anwesenden Erziehungsberechtigten ein Fragebogen ausgehändigt, in welchem Daten zur Erhebung des sozialen Status anzugeben waren. Erklärten sich die Erziehungsberechtigten damit einverstanden, den MKP ihres Kindes durchzusehen, wurden die Daten des MKP systematisch erhoben. Chronologisch geordnet wurden ausgewählte Daten jeder Untersuchung dokumentiert. Des Weiteren kam es zur Erfassung des Impfstatus der untersuchten Kinder. Insgesamt wurden die Daten von 200 Kindern erhoben (Studienpopulation: n=200).

Ergebnisse: Von den insgesamt 200 erfassten Kindern waren 59,5% männlich (n=119) und 40,5% weiblich (n=81). Das Durchschnittsalter betrug bei den männlichen Teilnehmern 41,3±39,7 Monate und bei den weiblichen 43,3±39,9 Monate. Die Beteiligungsrate an den Untersuchungen (bezogen auf die Untersuchungen des Kindes) lag bei 93,3%, wobei eine niedrigere

Beteiligungsraten bei fakultativen Untersuchungen zu sehen war. Bezüglich der Diagnosen war auffallend, dass besonders die Diagnose „Phimose“ gehäuft gestellt wurde. Betrachtet man den Impfstatus der Kinder, so ist zu erwähnen, dass die Beteiligungsraten abhängig von der jeweiligen Impfung stark variierten. Die Kosten-Nutzen-Analyse gestaltete sich als äußerst schwierig, da zwar die Kosten gut evaluierbar, der Nutzen allerdings nur schwer zu beurteilen war und größtenteils auf persönlichen Interpretationen basierte.

Schlussfolgerung: Die Beteiligungsraten an den MKP-Untersuchungen sind als hoch einzustufen, während diese bei den Impfungen stark variiert und teilweise sehr geringe Teilnahmeraten zeigte. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist nur schwer durchzuführen, da mögliche Folgehandlungen (diagnostische/therapeutische Maßnahmen) nach Diagnosestellung nur sehr schwer zu evaluieren sind. Abschließend ist somit zu sagen, dass diese Arbeit einen bestimmten Neuigkeitswert besitzt, jedoch als Pilotstudie zu verstehen ist. Eine fundierte Datenerhebung mit anschließender Auswertung sollte durch weitere Studien und mit einer größeren Studienpopulation durchgeführt werden.

IV) Abstract

background: The mother-child booklet was implemented in Austria in 1974. It is a health pass for pregnant women, infants and small children. The purpose of this health screening is to record the maternal and child's health, from birth up to the age of 5 years. The information collected helps doctors and specialists to provide early treatments and medical attention that is required. The mother-child booklet provides detailed information concerning medical history which is helpful to detect diseases, defects and to reduce infant mortality. The mother-child booklet is a typical conventional screening, made for healthy people. The process is conducted during prenatal examinations of pregnant women and postnatal examinations of the child. Participation rates were analyzed and possibilities of cost-benefit assessment were considered.

methods: The process started with contacting patients who were treated at the hospital in Leoben at the Department of Pediatrics. The parents or legal guardians were asked to complete a questionnaire. Furthermore, data concerning health status, examinations, immunizations, etc. were collected from the booklet. The study population consisted of 200 mother-child pairs.

results: Out of 200 participants, 59,5% were male (n=119) and 40,5% were female (n=81). The average age of the participants was $41,3 \pm 39,7$ months in the group of boys and $43,3 \pm 39,9$ months in the group of girls. The participation rate of the examinations (concerning to the child's examination) was 93,3%. The participation rate of facultative examinations was lower than the participation rate of mandatory examinations. Referring to diagnoses that have been observed, „phimosis“ was the most common. Concerning vaccination status, participation rate was different for different vaccinations. The cost-benefit assessment was difficult. Although the costs can be clearly defined, this does not hold true for the benefits.

conclusion: Participation rate of the examinations of the mother-child booklet is satisfactorily high, while the participation rate of immunizations is varying. A cost-benefit assessment is difficult and has to rely on several speculations. To summarize, this paper is a pilot study. The findings strongly indicate the need for

larger studies involving more participants over a longer period to determine more conclusive findings.

V) Inhaltsverzeichnis

I. Vorwort.....	V
II. Danksagung	VII
III. Zusammenfassung	VIII
IV. Abstract.....	X
V. Inhaltsverzeichnis	XII
VI. Glossar und Abkürzungen.....	XVIII
VII. Abbildungsverzeichnis	XX
VIII. Tabellenverzeichnis	XXIII
IX. Literaturverzeichnis	155
1. Einleitung	1
1.1. Der Mutter-Kind-Pass (MKP) - Entstehungsgeschichte.....	1
1.2. Ziele des Mutter-Kind-Passes	2
2. Der Mutter-Kind-Pass in Österreich	4
2.1. Vorgesehene Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes.....	4
2.1.1. Jahr 1974	4
2.1.2. Jahr 1975	4
2.1.3. Jahr 1982	4
2.1.4. Jahr 1987	5
2.1.5. Jahr 1992	5
2.1.6. Jahr 1995	6
2.1.7. Jahr 2002	6

2.1.8.	Jahr 2008	7
2.1.9.	Jahr 2010	7
2.1.10.	Jahr 2011	7
2.2.	Übersicht über die einzelnen Untersuchungen des aktuellen Mutter-Kind-Passes (Stand 2013)	9
2.2.1.	Untersuchungen in der Schwangerschaft	9
2.2.2.	Untersuchungen des Kindes (inkl. Entbindung)	10
3.	Impfungen in Österreich	14
3.1.	Österreichischer Impfplan	14
3.1.1.	Impfkalender Säuglinge und Kleinkinder	15
3.1.2.	Impfkalender Schulkinder	16
3.1.3.	Impfkalender Erwachsene	17
3.2.	Kinderimpfkonzept	18
3.3.	Exkurs: Das Recht auf Impfschutz	19
3.3.1.	Die UN-Kinderrechtsprävention	21
3.3.2.	Kinderrechte in der österreichischen Bundesverfassung	23
4.	Finanzierung des Mutter-Kind-Passes	25
4.1.	Finanzierungsstruktur	25
4.1.1.	Der Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) – Überblick	25
4.1.1.1.	Ausgaben des FLAF	26
4.1.1.2.	Einnahmen des FLAF	28
4.1.1.3.	Karenzgeld und Kinderbetreuungsgeld	29
4.1.1.4.	Vorgesehene Untersuchungen zur Ausbezahlung des Kinderbetreuungsgeldes	31

4.2.	Kosten des Mutter-Kind-Passes	32
4.2.1.	Honorierung der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen.....	32
4.2.2.	Tarife der Mutter-Kind-Pass-Leistungen.....	33
4.3.	Berechtigte zur Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	35
5.	Probanden, Material und Methoden	38
5.1.	Studie	38
5.2.	Studienprozedere - Material	38
5.2.1.	Schema Datenerhebung MKP	39
5.2.2.	Fragebogen	41
6.	Statistische Auswertung	43
6.1.	Statistik.....	43
7.	Ergebnisse, Resultate und Diskussion	44
7.1.	Teilnehmer/Patienten	44
7.1.1.	Geschlecht	44
7.1.2.	Alter	44
7.1.3.	Altersverteilung.....	45
7.2.	Sozialer Status	47
7.2.1.	Bildungsstatus	47
7.2.1.1.	Bildungsstatus – Väter	47
7.2.1.2.	Bildungsstatus – Mütter.....	48
7.2.1.3.	Höchster Bildungsstatus der Familie	49
7.2.2.	Wohnfläche	50

7.2.3.	Anzahl der Personen im Haushalt	51
7.2.4.	Familieneinkommen	53
7.2.5.	Zusammenhang Wohnfläche und Anzahl der Personen im Haushalt	54
7.2.6.	Zusammenhang höchste Ausbildung in der Familie und Einkommen	55
7.3.	Beteiligungsraten - Allgemein.....	57
7.3.1.	Beteiligungsraten – Bildungsstatus	59
7.4.	Pränatale Daten – Schwangerschaft.....	62
7.4.1.	Teilnahme an Ultraschalluntersuchungen	62
7.4.2.	Teilnahme an interner Untersuchung	63
7.4.3.	Laboruntersuchungen I	64
7.4.4.	Laboruntersuchungen II	65
7.4.5.	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT)	66
7.5.	Entbindung	71
7.5.1.	Größe des Neugeborenen.....	72
7.5.2.	Gewicht des Neugeborenen	73
7.5.3.	Kopfumfang des Neugeborenen.....	74
7.5.4.	APGAR-Werte	75
7.5.5.	Arterieller Nabelschnur-pH-Wert	79
7.5.6.	Geburtsmodus.....	81
7.5.7.	Mütterliche Erkrankungen zum Zeitpunkt der Geburt.....	82
7.6.	Postnatale Daten.....	83

7.6.1.	Hörscreening.....	83
7.6.2.	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche.....	84
7.6.3.	Hüftsonographie – Erstuntersuchung; 1. Lebenswoche	86
7.6.4.	Kindesuntersuchung 4.-7. Lebenswoche	89
7.6.5.	Hüftsonographie – Zweituntersuchung; 6.-8. Lebenswoche.....	92
7.6.6.	Hüftsonographie - Vergleich der Erst- und Zweituntersuchung ...	95
7.6.7.	Orthopädische Untersuchung – 4.-7. Lebenswoche.....	96
7.6.8.	Kindesuntersuchung 3.-5. Lebensmonat.....	98
7.6.9.	Stillverhalten.....	101
7.6.10.	Kindesuntersuchung 7.-9. Lebensmonat.....	102
7.6.11.	HNO-Untersuchung 7.-9. Lebensmonat	105
7.6.12.	Kindesuntersuchung 10.-14. Lebensmonat.....	107
7.6.13.	Augenuntersuchung 10.-14. Lebensmonat	109
7.6.14.	Kindesuntersuchung 22.-26. Lebensmonat.....	111
7.6.15.	Augenfachärztliche Untersuchung 22.-26. Lebensmonat.....	113
7.6.16.	Kindesuntersuchung 34.-38. Lebensmonat.....	115
7.6.17.	Kindesuntersuchung 46.-50. Lebensmonat.....	117
7.6.18.	Kindesuntersuchung 58.-62. Lebensmonat.....	119
7.6.19.	Diagnosestellung Facharzt-Allgemeinmediziner.....	121
7.6.20.	Beteiligungsraten in Abhängigkeit vom Kinderbetreuungsgeld .	122
7.7.	Impfstatus.....	124
7.7.1.	Rotavirus	124

7.7.2.	6-fach-Impfung	126
7.7.3.	Pneumokokken.....	131
7.7.4.	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	134
7.7.5.	Meningokokken	138
7.7.6.	Hepatitis A.....	140
7.7.7.	FSME	143
7.7.8.	Varizellen.....	145
7.7.9.	Gratis-Kinder-Impfprogramm.....	147
8.	Ideen zu einer Kosten-Nutzen-Analyse	149
8.1.	Kosten der Untersuchungen – Schwangerschaft	150
8.2.	Kosten der Untersuchungen – Kinder	150
9.	Conclusio	153
10.	Anhänge	160
10.1.	Antrag Kinderbetreuungsgeld.....	160
10.2.	Fragebogen Eltern.....	164
10.3.	Aufklärungsschreiben Eltern und Einverständniserklärung	165

VI) Glossar und Abkürzungen

<	ist kleiner als
>	ist größer als
≐	entspricht
AG	Antigen
AK	Antikörper
Anm.	Anmerkung
APGAR	Aussehen, Puls, Grundtonus, Atmung, Reflexe
ASD	Atriumseptumdefekt
AZ	Allgemeinzustand
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DM I/II	Diabetes mellitus Typ I/II
EZ	Ernährungszustand
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
GDM	Gestationsdiabetes
GKK	Gebietskrankenkasse
h	Stunden
HBs-Antigen	Hepatitis-B-Antigen
HELLP	H aemolysis, E levated L iver enzyme levels, L ow P latelet Count
HNO	Hals-Nasen-Ohren

LM	Lebensmonat
LW	Lebenswoche
m	männlich
m ²	Quadratmeter
min	Minuten
MKP	Mutter-Kind-Pass
NAG	Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz
NZN	Nävuszellnävus
oGTT	oraler Glukosetoleranztest
RIS	Rechtsinformationssystem
s	Standardabweichung
SIDS	S udden I nfant D eath S ndrome
SSL	Scheitel-Steiß-Länge
SSW	Schwangerschaftswoche
UN	United Nations
w	weiblich
WHO	World Health Organization

VII) Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unser Baby kommt (BMG, Rendi-Wagner, 2011)	7
Abbildung 2: Impfbroschüre (BMG, Rendi-Wagner, 2011)	8
Abbildung 3: Ausgaben des FLAF	27
Abbildung 4: Einnahmen des FLAF	28
Abbildung 5: geschlechtsunabhängige Altersverteilung	45
Abbildung 6: geschlechtsabhängige Altersverteilung	46
Abbildung 7: Bildungsstatus – Vater	47
Abbildung 8: Bildungsstatus – Mutter	48
Abbildung 9: höchster Bildungsstatus der Familie	49
Abbildung 10: Wohnfläche	51
Abbildung 11: Anzahl der Personen im Haushalt	52
Abbildung 12: Familieneinkommen	53
Abbildung 13: Zusammenhang höchste Ausbildung der Familie und Nettoeinkommen	55
Abbildung 14: Beteiligungsrate – Bildungsstatus; Absolutzahlen	59
Abbildung 15: Beteiligungsrate an Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft	62
Abbildung 16: oGTT Nüchternblutzuckerwerte	67
Abbildung 17: oGTT Blutzuckerwerte nach 1h	68
Abbildung 18: oGTT Blutzuckerwerte nach 2h	68
Abbildung 19: Perzentile Körperlänge Neugeborenes; (Garbe, 2008, p. 51)	72

Abbildung 21: Perzentile Gewicht Neugeborenes – Mädchen; (Garbe, 2008, p. 50)	73
Abbildung 20: Perzentile Gewicht Neugeborenes – Jungen; (Garbe, 2008, p. 50)	73
Abbildung 22: Perzentile Kopfumfang Neugeborenes; (Garbe, 2008, p. 51)	74
Abbildung 23: APGAR-Mittelwerte nach 1,5 und 10 min	76
Abbildung 24: APGAR-Wert nach 1 min	77
Abbildung 25: APGAR-Wert nach 5 min	77
Abbildung 26: APGAR-Wert nach 10 min	78
Abbildung 27: arterieller Nabelschnur-pH-Wert	79
Abbildung 28: Geburtsmodus	81
Abbildung 29: Schema der Sonographie der Hüfte; (Kerbl, et al., 2011, p. 514)	86
Abbildung 30: Hüftsonographie Erstuntersuchung – Behandlungsindikation	88
Abbildung 31: Hüftsonographie Zweituntersuchung – Behandlungsindikation	93
Abbildung 32: Diagnosen orthopädische Untersuchung	97
Abbildung 33: Stillverhalten	101
Abbildung 34: Beteiligungsrate in Abhängigkeit vom Kinderbetreuungsgeld	123
Abbildung 35: Beteiligungsrate Rotavirus	125
Abbildung 36: Beteiligungsrate 6-fach-Impfung; Absolutzahlen n=195	129
Abbildung 37 Beteiligungsrate 6-fach-Impfung; Prozentzahlen	130
Abbildung 38: Beteiligungsrate Pneumokokken; Absolutzahlen n=195	131
Abbildung 39: Beteiligungsrate Pneumokokken; Prozentzahlen	132
Abbildung 40: Beteiligungsrate MMR; Absolutzahlen n=195	136
	XXI

Abbildung 41: Beteiligungsrate MMR; Prozentzahlen	137
Abbildung 42: Beteiligungsrate Meningokokken	139
Abbildung 43: Beteiligungsrate Hepatitis A; Absolutzahlen n=195	141
Abbildung 44: Beteiligungsrate Hepatitis A; Prozentzahlen	142
Abbildung 45: Beteiligungsrate FSME	144
Abbildung 46: Beteiligungsrate Varizellen; Absolutzahlen n=195	145
Abbildung 47: Beteiligungsrate Varizellen; Prozentzahlen	146
Abbildung 48: Beteiligungsrate Gratis-Kinder-Impfprogramm	147
Abbildung 49: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 1; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)	160
Abbildung 50: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 2; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)	161
Abbildung 51: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 3; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)	162
Abbildung 52: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 4; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)	163
Abbildung 53: Fragebogen Eltern	164
Abbildung 54: Aufklärungsschreiben/Einverständniserklärung Teil I	165
Abbildung 55: Aufklärungsschreiben/Einverständniserklärung Teil II	166

VIII) Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: WHO-Kriterien Screening; vgl. (Holland, et al., 2006, p. 4)	1
Tabelle 2: Untersuchungen in der Schwangerschaft (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010)	10
Tabelle 3: Untersuchungen des Kindes (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010)	13
Tabelle 4: Impfkalender Säuglinge und Kleinkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 5)	15
Tabelle 5: Impfkalender Schulkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 6)	16
Tabelle 6: Impfkalender Erwachsene; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 6)	17
Tabelle 7: Gratis-Impfungen Säuglinge und Kleinkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 5)	19
Tabelle 8: Gratis-Impfungen Schulkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 6)	19
Tabelle 9: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Schwangerschaft	31
Tabelle 10: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Kind	32
Tabelle 11: Tarife der MKP-Untersuchungen, Schwangerschaft	34
Tabelle 12: Tarife der MKP-Untersuchungen, Kind	35
Tabelle 13: Berechtigte Ärzte zur Durchführung der MKP-Untersuchungen	37
Tabelle 14: Ein- und Ausschlusskriterien	38
Tabelle 15: Zusammenhang Wohnfläche und Anzahl der Personen im Haushalt	54

Tabelle 16: Untersuchungen, Beteiligungsraten	57
Tabelle 17: Beteiligungsraten – Bildungsstatus; Prozent	60
Tabelle 18: Laboruntersuchungen bis zur 16.SSW	64
Tabelle 19: Mittelwerte oGTT	67
Tabelle 20: Minima und Maxima oGTT	67
Tabelle 21: Größe der Neugeborenen	72
Tabelle 22: Gewicht der Neugeborenen	73
Tabelle 23: Kopfumfang der Neugeborenen	74
Tabelle 24: APGAR-Score zur postnatalen Beurteilung; (Kerbl, et al., 2011, p. 216)	76
Tabelle 25: arterieller Nabelschnur-pH-Wert in Korrelation mit Zustandsbild des Neugeborenen; (Stange & Borrosch, 2006, p. 2)	79
Tabelle 26: mütterliche Erkrankungen zum Zeitpunkt der Geburt	82
Tabelle 27: Diagnosen 1. LW	85
Tabelle 28: Hüftgelenkstypen; (Kerbl, et al., 2011, p. 515)	86
Tabelle 29: Hüftsonographie – Erstuntersuchung; rechte Hüfte; Absolutzahlen	87
Tabelle 30: Hüftsonographie – Erstuntersuchung; linke Hüfte; Absolutzahlen	87
Tabelle 31: Untersuchung Kinder 4.-7. LW.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=192	89
Tabelle 32: 4.-7. LW.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=192	90
Tabelle 33: Diagnosen 4.-7. LW.	91
Tabelle 34: Hüftsonographie – Zweituntersuchung; rechte Hüfte; Absolutzahlen	93
Tabelle 35: Hüftsonographie – Zweituntersuchung; linke Hüfte; Absolutzahlen	93

Tabelle 36: orthopädische Untersuchung; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=188	96
Tabelle 37: orthopädische Untersuchung; Auffälligkeiten Familienanamnese	97
Tabelle 38: Untersuchung Kinder 3.-5. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=177	98
Tabelle 39: 3.-5. LM.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=177	98
Tabelle 40: Diagnosen 3.-5. LM.	100
Tabelle 41: Untersuchung Kinder 7.-9. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=161	102
Tabelle 42: 7.-9. LM.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=161	102
Tabelle 43: Diagnosen 7.-9. LM.	103
Tabelle 44: HNO-Untersuchung 7.-9. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=160	105
Tabelle 45: Diagnosen HNO-Untersuchung 7.-9. LM.	105
Tabelle 46: Untersuchung Kinder 10.-14. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=147	107
Tabelle 47: 10.-14. LM.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=147	107
Tabelle 48: Diagnosen 10.-14. LM.	108
Tabelle 49: Augenuntersuchung 10.-14. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=146	110
Tabelle 50: Diagnosen Augenuntersuchung 10.-14. LM.	110
Tabelle 51: Untersuchung Kinder 22.-26. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=112	111
Tabelle 52: : 22.-26. LM.; AZ, EZ; n=112	111
Tabelle 53: Diagnosen 22.-26. LM.	112
	XXV

Tabelle 54: Augenfachärztliche Untersuchung 22.-26. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=94	114
Tabelle 55: Diagnosen Augenfachärztliche Untersuchung 22.-26. LM.	114
Tabelle 56: Untersuchung Kinder 34.-38. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=81	115
Tabelle 57: 34.-38. LM.; AZ, EZ; n=81	116
Tabelle 58: Diagnosen 34.-38. LM.	116
Tabelle 59: Untersuchung Kinder 46.-50. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=62	118
Tabelle 60: 46.-50. LM.; AZ, EZ; n=62	118
Tabelle 61: Diagnosen 46.-50. LM.	118
Tabelle 62: Untersuchung Kinder 58.-62. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=31	120
Tabelle 63: 58.-62. LM.; AZ, EZ; n=31	120
Tabelle 64: Diagnosen 58.-62. LM.	120
Tabelle 65: Diagnosestellung Facharzt-Allgemeinmediziner	122
Tabelle 66: Datenauswertung: Kosten der Untersuchungen – Schwangerschaft	150
Tabelle 67: Datenauswertung: Kosten der Untersuchungen – Kinder	151

1. Einleitung

1.1. Der Mutter-Kind-Pass (MKP) - Entstehungsgeschichte

Der österreichische Mutter-Kind-Pass wurde im Jahre 1974 unter der Gesundheitsministerin Ingrid Leodolter eingeführt. Im Zuge der damals neu eingeführten Gesundenuntersuchungen verfasste man damit auch ein Dokument, das speziell die Zielgruppen Schwangere, Säuglinge und Kinder ansprechen sollte. Das primäre Ziel des Mutter-Kind-Passes war und ist die perinatale Säuglingssterblichkeit zu reduzieren (Kerbl, et al., 2011, p. 31).

Der Mutter-Kind-Pass ist ein klassisches Screeningprogramm an vorwiegend Gesunden. Laut Definition der WHO soll die Krankheit, auf welche gescreent wird, in der untersuchten Population ausreichend häufig sein. Des Weiteren soll die Ursache der Krankheit bekannt und ein symptomfreies Intervall vorhanden sein. Das letzte Kriterium der Definition umfasst die Tatsache, dass es eine Möglichkeit der Diagnose und der Therapie geben muss. Weiters soll eine einfache, geeignete, in der Bevölkerung und von den Behandlern akzeptierte, möglichst kosteneffiziente Screeningmethode vorhanden sein (Holland, et al., 2006, pp. 1-4).

Category	Criteria
Condition	The condition sought should be an important health problem whose natural history, including development from latent to declared disease, is adequately understood. The condition should have a recognizable latent or early symptomatic stage.
Diagnosis	There should be a suitable diagnostic test that is available, safe and acceptable to the population concerned. There should be an agreed policy, based on respectable test findings and national standards, as to whom to regard as patients, and the whole process should be a continuing one.
Treatment	There should be an accepted and established treatment or intervention for individuals identified as having the disease or pre-disease condition and facilities for treatment should be available.
Cost	The cost of case-finding (including diagnosis and treatment) should be economically balanced in relation to possible expenditure on medical care as a whole

Tabelle 1: WHO-Kriterien Screening; vgl. (Holland, et al., 2006, p. 4)

1.2. Ziele des Mutter-Kind-Passes

Das Gesundheitswesen in Österreich zählt zu den besten der Welt, wie in mehreren internationalen Studien bestätigt wurde. Es ist mit jenem der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar, da in diesem Land ähnliche Fragestellungen wie bei uns diskutiert werden (Kunze, 2007, p. 40).

Der Mutter-Kind-Pass ist einer der „Vorzeige-Tools“, welche sich in den letzten Jahrzehnten in unserem Land bewährt haben.

„Der Mutter-Kind-Pass war eine der bahnbrechenden Entwicklungen auf dem Sektor Public Health und hat durch die umfassende Betreuung von Mutter und Kind ab dem Zeitraum Schwangerschaft eine segensreiche Entwicklung genommen, die sich unschwer an den Parametern „Abnahme der Säuglingssterblichkeit“ und „Müttersterblichkeit“, festmachen lässt.“ (Kunze, 2007, p. 40)

Wie bereits oben erwähnt, war bzw. ist das primäre Ziel des MKP, die perinatale Säuglingssterblichkeit in Österreich zu reduzieren. Gelingen soll dies v.a. durch die Vorgabe einer Mindestanzahl an Untersuchungen während der Schwangerschaft und des Säuglings- bzw. Kindesalters.

Hr. Baumgarten nannte im Jahre 1982 vier Ziele des MKP, welche sich auf die Untersuchungen in der Schwangerschaft bezogen (Abuzahra, 2009, p. 7):

1. Die Gesundheit der werdenden Mutter zu überwachen und rechtzeitig vor allem schwangerschaftsbedingte Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens zu erkennen
2. Normal verlaufende Schwangerschaften von Risikogruppen zu trennen und letztere, wenn möglich, einer Betreuung an Risikoambulanzen zuzuführen
3. Die normale Entwicklung von Embryo und Fetus zu beobachten und nach Möglichkeit im positiven Sinne zu beeinflussen sowie
4. Abweichungen von der normalen Entwicklung rechtzeitig zu erkennen und solche Mütter an die Risikoambulanz zu verweisen.

Der Mutter-Kind-Pass ist als Instrument der Prävention gedacht. Die Prävention beinhaltet 3 Formen der Vorsorge (Waller, 2007, p. 124):

- Primäre Prävention: Diese Form der Prävention bezieht sich auf die Krankheitsursachen, d.h. auf die Ätiologie von Krankheiten. Es bedeutet das Ausschalten bzw. Verhindern schädlicher Faktoren VOR ihrem Wirksamwerden. Dies kann durch Beratung bzw. gezielte Maßnahmen erreicht werden.

Beispiele: Schwangerenberatung, Ernährungsberatung, Vitamingaben, SIDS-Vorsorge, Unfallvorsorge, Impfungen (Kurz, 2003, p. 1)

- Sekundäre Prävention: Sekundärpräventive Maßnahmen stellt man in Zusammenhang mit dem Prozess der Krankheitsentstehung, d.h. mit der Pathogenese von Krankheiten. Ziel dieser Prävention ist es, Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen, um den Betroffenen eine entsprechende Behandlung zukommen zu lassen.

Beispiele: Ultraschall, oGTT, Toxoplasmose-Screening, Stoffwechselscreening, Hörscreening, Hüftultraschall-Untersuchungen (Kurz, 2003, p. 1)

- Tertiäre Prävention: Bei dieser Form der Prävention besteht eine nachgewiesene Krankheit; Ziele tertiärpräventiver Maßnahmen sind, eine Verschlechterung bzw. das Auftreten von Komplikationen zu verhindern.

Beispiele: Rehabilitation von Behinderung, Untersuchungen der Ernährungs-, Entwicklungs- und Organstatus (Kurz, 2003, pp. 1-2)

2. Der Mutter-Kind-Pass in Österreich

2.1. Vorgesehene Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes

Da die Medizin und Forschung ständige Fortschritte machen und auch seitens der Bevölkerung eine ständige Optimierung in Bezug auf Gesundheit und Vorsorge verlangt wird, ist es im Laufe der letzten 40 Jahre zu einer oftmaligen Umstrukturierung der vorgesehenen Untersuchungen gekommen.

Folgend soll systematisch ein Überblick über die stattgefundenen Änderungen gegeben werden:

2.1.1. Jahr 1974

Im Jahre 1974 beinhaltete der MKP 4 Schwangerenuntersuchungen, eine interne Untersuchung, zwei Laboruntersuchungen (Blutgruppe, Rhesusfaktor, Hämoglobin, Hämatokrit, Lues-Reaktion, Toxoplasmoseuntersuchung) und eine Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche.

Gesamt: 8 Untersuchungen

2.1.2. Jahr 1975

Ein Jahr nach der Einführung des MKP wurde das Programm der Untersuchungen erweitert; 4 zusätzliche Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat wurden hinzugefügt. Diese fanden in der 4.-6. Lebenswoche, im 3.-5. Lebensmonat, im 7.-9. Lebensmonat sowie im 10.-14. Lebensmonat statt.

Gesamt: 12 Untersuchungen

2.1.3. Jahr 1982

Bis zum Jahre 1982 gab es seitens der Regierung bzw. Ministerien keine Veränderung der Untersuchungen. Da sich das System des MKP bewährte, führte man im Jahre 1982 eine weitere Untersuchung des Kindes im 22.-36. Lebensmonat ein.

Gesamt: 13 Untersuchungen

2.1.4. Jahr 1987

Im Jahr 1987 kam es zur Umsetzung zusätzlicher und Modifikation bereits bestehender Untersuchungen.

Zusätzliche Untersuchungen:

- Fünfte Schwangerenuntersuchung in der 30.-34. Schwangerschaftswoche
- Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4.-6. Lebenswoche
- Hals-Nasen-Ohren Untersuchung des Kindes im 7.-9. Lebensmonat
- Augenuntersuchung des Kindes im 10.-14. Lebensmonat
- Kindesuntersuchung im 34.-38. Lebensmonat
- Kindesuntersuchung im 46.-50. Lebensmonat

Modifikation:

- Der Untersuchungszeitraum der vorbestehenden Kindesuntersuchung zwischen 22.-36. Lebensmonat (eingeführt 1982) wurde daher auf das 22.-26. Lebensmonat gekürzt.
- Eine zusätzliche fakultative augenfachärztliche Untersuchung des Kindes wurde implementiert.
- Des Weiteren kam es zu zwei fakultativen Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren in der 16.-20. und 30.-34. Schwangerschaftswoche.

Gesamt: 19 Untersuchungen, sowie Möglichkeit zusätzlicher fakultativer Untersuchungen

2.1.5. Jahr 1992

Die nächste Stufe der Modifikation des MKP fand im Jahre 1992 statt.

Zusätzlich gab es nun die Möglichkeit von 2 fakultativen Hüftultraschalluntersuchungen des Kindes in der ersten Lebenswoche und in der 12.-16. Lebenswoche.

Die Laboruntersuchungen, welche im Jahre 1974 mit dem MKP eingeführt wurden, wurden in dieser Neuerung ausgeweitet; zusätzlich findet ab diesem Zeitpunkt eine Hepatitis-B-Antigenuntersuchung der Schwangeren statt.

Gesamtzahl! hat sich mit dieser Neuerung nicht verändert, da es nur zu einer Modifikation der Untersuchungen gekommen ist.

2.1.6. Jahr 1995

Die HNO-Untersuchung des Kindes wurde vom 7.-9. Lebensmonat auf das 3.-5. Lebensmonat vorverlegt.

2.1.7. Jahr 2002

Im Jahre 2002 kam es zur Implementierung einer zusätzlichen Kindesuntersuchung im 58.-62. Lebensmonat.

Auch Modifikationen der bereits bestehenden Untersuchungen wurden wiederum durchgeführt:

- Verlegung der ersten Ultraschalluntersuchung von der 16.-20. auf die 18.-22. SSW.
- Verlegung der orthopädischen Untersuchung von der 4.-6. auf die 4.-7. Lebenswoche.
- Verlegung der HNO-Untersuchung vom 3.-5. auf das 7.-9. Lebensmonat (Änderung aus dem Jahre 1995 wurde damit aufgehoben und wieder auf ursprünglichen Zeitpunkt aus dem Jahre 1987 zurückverschoben).
- Verlegung des 2. Hüftultraschalls von der 12.-16. auf die 6.-8. Lebenswoche.

Gesamt: 20 Untersuchungen

2.1.8. Jahr 2008

In diesem Jahr wurde das Layout des geburtshilflichen Teils des MKP verändert. Es kam zu einer Neustrukturierung der Anamnese, sowie zu optionalen Laboruntersuchungen. Diese beinhalten einen Rhesus-Antikörpersuchtest, einen HIV-Test, Test auf β -hämolysierende Streptokokken sowie den oralen Glukosetoleranztest.

Des Weiteren konnten ab diesem Zeitpunkt 2 Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren durchgeführt werden (Abuzahra, 2009, pp. 7-8).

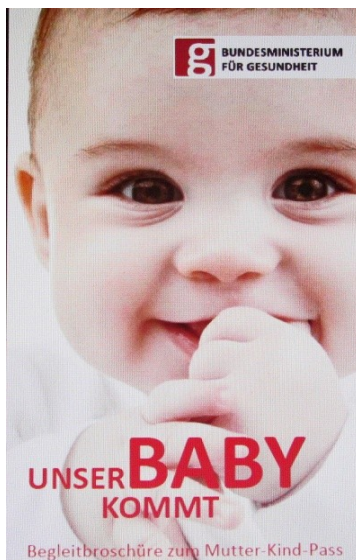
2.1.9. Jahr 2010

In diesem Jahr wurde eine fakultative 3. Ultraschalluntersuchung der Schwangeren ermöglicht.

Damit bestand ab diesem Jahr die Möglichkeit einer Ultraschalluntersuchung zwischen der 8.-12. SSW, der 18.-22. SSW und der 30.-34. SSW (Österreich, 2013).

2.1.10. Jahr 2011

Im Jahre 2011 wurden unter Gesundheitsminister Alois Stöger im Rahmen des *Kindergesundheitsdialogs* die Begleitbroschüren zum MKP grundlegend neu gestaltet. Des Weiteren kam es zu einer Beilage von Impfinformationen. Da sich diese Begleitbroschüren im Laufe der Jahre ständig veränderten, möchte ich hier nur die aktuellen vorstellen.



a. „Unser Baby kommt“

Diese Broschüre gliedert sich in die Kapitel Schwangerschaft, Geburt, Das Baby, Rechtliche Fragen, Anlaufstellen und Broschüren.

Sie dient vor allem dazu, den werdenden Eltern einen kurzen Überblick über die oben genannten Themen zu

Abbildung 1: Unser Baby kommt (BMG, Rendi-Wagner, 2011)

bieten. Zusätzliche Wege, Telefonate oder andere Aufwendungen sollen den Eltern damit größtenteils erspart bleiben, wobei ausdrücklich in der Broschüre darauf hingewiesen wird, dass diese weder eine Fachmeinung eines Arztes, noch rechtliche Auskünfte von Fachpersonal ersetzen sollen (BMG, Rendi-Wagner, 2011, pp. 2-3).

b. Impfbroschüre



Abbildung 2: Impfbroschüre (BMG, Rendi-Wagner, 2011)

In der Impfbroschüre sind alle Informationen zu Impfungen enthalten, die im Rahmen des Kinderimpfprogrammes kostenlos zur Verfügung gestellt bzw. empfohlen werden.

In der Broschüre wird auf den entsprechenden Erreger selbst, Übertragung, Inkubationszeit, Ansteckungsgefahr, Immunität, Vorkommen, Krankheitsverlauf, sowie auf Komplikationen und Spätfolgen eingegangen.

Im Vorwort wird seitens des Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde auf die Dringlichkeit und Notwendigkeit der Durchführung aller Impfungen, die im österreichischen Impfplan vorgesehen sind, deutlich eingegangen (BMG, Rendi-Wagner, 2011, pp. 4-7).

„Impfungen zählen zu den wirksamsten Vorsorgemaßnahmen in der Medizin und ihre Einführung war einer der Meilensteine in der Medizingeschichte. Als Kinderarzt und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde möchte ich die enorme Bedeutung der Impfungen herausheben und betonen, dass unsere Kinder das Recht auf die beste Gesundheitsversorgung haben. Dazu zählt auch der Schutz vor Erkrankungen, die durch Impfungen vermeidbar sind.“ (BMG, Rendi-Wagner, 2011, pp. 4-7)

2.2. Übersicht über die einzelnen Untersuchungen des aktuellen Mutter-Kind-Passes (Stand 2013)

Die folgenden Tabellen sollen einen Überblick über die derzeit im Mutter-Kind-Pass verankerten Untersuchungen geben.

2.2.1. Untersuchungen in der Schwangerschaft

SSW	Untersuchung	Inhalt der Untersuchung
8.-12. SSW	Ultraschalluntersuchung	Errechnung der SSW mittels Ultraschall, intrauteriner Sitz, Herzaktion, SSL des Embryos in mm, Anzahl der Feten
bis 16.SSW	Geburtshilfliche Untersuchung	Anamnese der werdenden Mutter (inkl. vorausgegangener Schwangerschaften und Entbindungen), gynäkologische Anamnese, geburtshilfliche Untersuchung
	Labor	Blutgruppe, Rhesus-Faktor, Röteln-Antikörper, Lues-Reaktion, Toxoplasmose-Untersuchung, HIV-Test, Erythrozytenzahl oder Hämatokrit, Hämoglobin
17.-20. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung	Gewicht, Nikotin (Zigaretten/Tag), Blutdruck, Ödeme, Varizen, Kindeslage, Herztöne, Kindesbewegungen, gynäkologischer Befund, Harnbefund, Auffälligkeiten, Verordnungen, Sonstiges
	Interne Untersuchung	Nase, Rachen, Zähne, Hals, Herz-Kreislauf, Blutdruck, Lunge, Abdomen, Skelett, Extremitäten, Haut, Nervensystem, Gesamtbefund
18.-22. SSW	Ultraschalluntersuchung	Zahl der Feten, Plazentalokalisation, Herzaktion, Fruchtwassermenge, biometrische Messungen, Aufklärung über Organscreening
25.-28.	Geburtshilfliche	Gewicht, Nikotin (Zigaretten/Tag), Blutdruck,

SSW	Untersuchung	Ödeme, Varizen, Kindeslage, Herztöne, Kindesbewegungen, gynäkologischer Befund, Harnbefund, Auffälligkeiten, Verordnungen, Sonstiges
	Labor	HBs-Antigen, oGTT, Erythrozytenanzahl oder Hämatokrit; falls erforderlich: Rhesus-Antikörper-Suchtest, Toxoplasmose-Kontrolluntersuchung
30.-34. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung	Gewicht, Nikotin (Zigaretten/Tag), Blutdruck, Ödeme, Varizen, Kindeslage, Herztöne, Kindesbewegungen, gynäkologischer Befund, Harnbefund, Auffälligkeiten, Verordnungen, Sonstiges
	Ultraschalluntersuchung	Kindeslage, Plazentalokalisation, Herzaktion, Fruchtwassermenge, biometrische Messungen
35.-38. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung	Gewicht, Nikotin (Zigaretten/Tag), Blutdruck, Ödeme, Varizen, Kindeslage, Herztöne, Kindesbewegungen, gynäkologischer Befund, Harnbefund, Auffälligkeiten, Verordnungen, Sonstiges

Tabelle 2: Untersuchungen in der Schwangerschaft (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010)

2.2.2. Untersuchungen des Kindes (inkl. Entbindung)

Alter	Untersuchung	Inhalt der Untersuchung
Entbindung		Geburtsdatum, Uhrzeit, SSW+Tage, Ort der Geburt, Arzt/Hebamme anwesend, Geburtsdauer in Stunden, Blasensprung in Stunden vor der Geburt, Fruchtwasserbeurteilung, mütterliche Erkrankungen ¹ , Mehrlingsgeburt, Kindeslage,

¹ Präeklampsie, HELLP, GDM, DM I/II

Neugeborenes nach der Geburt		Geburtsmodus, Anästhesie, Blutverlust, Anomalien
	Erstuntersuchung	Name, Geschlecht, Gewicht (g), Länge (cm), Kopfumfang (cm), APGAR-Wert ² , primäre Reanimation, Nabelschnur pH, Hämatokrit (Vol%), Blutzucker (mg%), Besonderheiten
1. LW.	Kindesuntersuchung	Gestationsalter, Blutgruppe, Rhesus-Faktor, Angabe von diversen Auffälligkeiten (Schädel, Sinnesorgane, Mundhöhle/Rachen), Halsregion, Herz/Kreislauf, Atmung, Lunge, Abdomen, Nabel, Genitale/Analregion, Haut, Muskeltonus, Reflexe, Mekonium, Skelett, Extremitäten), Hörscreening, Blutabnahme für Stoffwechselscreening, Rachitisprophylaxe, Vitamin-K-Prophylaxe, Entlassungsgewicht, mögliche Diagnosen
	Hüftultraschall-Untersuchung	Beurteilung des Typs rechts und links, Therapie, Kontrolle
	Kontrolle nach ambulanter Geburt	Gewicht, Vitamin-K-Prophylaxe, Blutabnahme für Stoffwechselscreening, ärztlich klinische Untersuchung
4.-7. LW.	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, Entwicklungsstandes und der Augen; sonstige Organbefunde
	Orthopädische Untersuchung	Familienanamnese, orthopädische Beurteilung in Hinblick auf Spontanmotorik, Schädel, Hals, Wirbelsäule, Thorax, Beweglichkeit der Extremitäten, obere Extremitäten, Hüften, untere Extremitäten, Füße

² Herzaktion, Atmung, Hautfarbe, Muskeltonus, Reflexe; Beurteilung nach 1min, 5min und 10min

6.-8. LW.	Hüftultraschall- untersuchung	Beurteilung des Typs rechts und links, Therapie, Kontrolle
3.-5. LM..	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, Entwicklungsstandes und der Augen; sonstige Organbefunde
7.-9. LM.	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, Entwicklungsstandes und Gebisses; sonstige Organbefunde; Information über Kinderunfälle
	HNO-Untersuchung	Anamnese mit Erhebung von Risikofaktoren, Beurteilung von Ohr, Nase, Mund, Rachen, Hörreaktion
10.-14. LM.	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, der motorischen Entwicklung, Sozialentwicklung, psychischen Entwicklung, des Genitale und des Gebisses; sonstige Organbefunde; Information über Kinderunfälle
	Augenuntersuchung	Anamnese mit Erhebung von Risikofaktoren, Fehlbildungen, Auffälligkeiten an äußeren Augenanteilen, an Hornhaut und Linse, Parallelstand der Augen, freie Bulbusmotilität, Fixation
22.-26.LM.	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, der motorischen Entwicklung, Sozialentwicklung, psychischen Entwicklung, der Ohren und des Trommelfells, sowie des Gebisses; sonstige Organbefunde; Information über Kinderunfälle
	Augenfachärztliche Untersuchung	Anamnese mit Erhebung von Risikofaktoren, Auffälligkeiten an äußeren Augenanteilen, Bulbusstellung und –motilität, Cover-Test,

34.-38. LM.		Konvergenztest, brechende Medien, Fundus, Visus; Fixation, Skiaskopie in Mydriase; Schielen
	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, der motorischen Entwicklung, Sozialentwicklung, psychischen Entwicklung, der Augen und Ohren sowie des Gebisses; sonstige Organbefunde; Blutdruck; Information über Kinderunfälle
	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, der motorischen Entwicklung, Sozialentwicklung, psychischen Entwicklung, der Augen und Ohren sowie des Gebisses; sonstige Organbefunde; Blutdruck; Information über Kinderunfälle
46.-50. LM.	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, der motorischen Entwicklung, Sozialentwicklung, psychischen Entwicklung, der Augen und Ohren sowie des Gebisses; sonstige Organbefunde; Blutdruck; Information über Kinderunfälle
58.-62. LM.	Kindesuntersuchung	Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Beurteilung des AZ, EZ, der motorischen Entwicklung, psychosozialen Entwicklung, psychischen Entwicklung, kognitiven Entwicklung, der körperlichen Haltung, der Augen und Ohren sowie des Gebisses; sonstige Organbefunde; Blutdruck; Information über Kinderunfälle

Tabelle 3: Untersuchungen des Kindes (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010)

3. Impfungen in Österreich

3.1. Österreichischer Impfplan

Jedes Jahr kommt es zur Veröffentlichung eines nationalen „Impfplans“, welcher die aktuellen Impfempfehlungen widerspiegelt.

Dabei handelt es sich um ein öffentlich zugängliches, sehr übersichtlich gestaltetes Dokument, woraus sich sowohl Ärzte als auch Patienten, über die aktuellen Impfempfehlungen informieren können.

In Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Experten des Nationalen Impfgremiums kommt es damit jährlich zu Aktualisierungen der allgemeinen Impfempfehlungen. Diese beiden Institutionen haben sich damit das Ziel gesetzt, die bereits vorhandenen Empfehlungen jährlich zu reevaluieren und zu aktualisieren, um der Bevölkerung bestmögliche und evidenzbasierte Empfehlungen weitergeben zu können (Paulke-Korinek, 2013, p. 14).

„Der Impfplan 2013 wurde in enger Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und ExpertInnen des Nationalen Impfgremiums erarbeitet und aktualisiert. Ziel ist es vor allem, interessierten ÄrztInnen und Impfwilligen einen einfachen Überblick über aktuelle zur Verfügung stehende Impfungen zu geben.“ (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p.

1)

Neben einer tabellarischen Übersicht (*siehe **Tabelle 4: Impfkalender Säuglinge und Kleinkinder**; **Tabelle 5: Impfkalender Schulkinder**; **Tabelle 6: Impfkalender Erwachsene**;*) der empfohlenen Impfungen, welche die Empfehlungen chronologisch auflistet, wird im aktuellen Impfplan 2013 auch auf die einzelnen Impfungen selbst eingegangen; es kommt zu einer Beschreibung der Impfungen hinsichtlich Gratiskinderimpfprogramm, Kinder- und Erwachsenenimpfung, Indikations-/Reiseimpfung, Impfschema, Inkubationszeit, bisher erzielte Erfolge durch bereits durchgeführte Impfungen der letzten Jahre, Auffrischungsimpfungen, Indikationen, Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen_ (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, pp. 7-39).

3.1.1. Impfkalender Säuglinge und Kleinkinder

Säuglinge und Kleinkinder

Alter→ ↓Impfung	1. Lebensjahr							2. Lebensjahr			5. Jahr	6. Jahr
	7. Wo.	3. Mo.	5. Mo.	6. Mo.	7. Mo.	11. Mo.	12. Mo.	13. Mo.	14. Mo.	20.-24. Mo.		
Rotavirus (RV)	RV 2 bzw. 3, Abstand mind. 4 Wo. in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff											
Diphtherie (DIP) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV) Haemophilus infl. B (HIB) Hepatitis B (HBV)		1. 6-fach	2. 6-fach				3. 6-fach frühestens 6 Mo. nach 2. Teilimpfung					
Pneumokokken (PNC)		1. PNC	2. PNC				3. PNC frühestens 6 Mo. nach 2. Teilimpfung					
Mumps Masern (MMR) Röteln							MMR 2 Impfungen Abstand mind. 4 Wo.					
Meningokokken ¹							1 x MEC-C					
FSME								1. FSME	2. FSME	3. FSME	FSME	
Varizellen (VZV)							VZV 2 Impfungen Abstand mind. 4, vorzugsweise 6 Wo.					
Hepatitis A (HAV)									1.HAV	2.HAV		
Influenza (IV) ²					IV					IV	IV	IV

Tabelle 3: Impfkalender aller empfohlenen Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder

Kostenfrei
Nicht kostenfrei
Indikationsimpfung (nicht kostenfrei)

¹ MEC-C: konjugierter MenC Impfstoff bei Erstimpfung ab dem 12. Monat nur eine Dosis (kann im 3. Monat erstmals geimpft werden, dann 2. im Abstand von min. 8 Wochen). (Es kann auch ein kombinierter konjugierter Impfstoff verwendet werden welcher eine C Komponente enthält (MEC4)).

² IV: bei Kindern werden bei Erstimmunisierung (bis zum 8. Lebensjahr) 2 Impfungen mit min. 4 Wochen Abstand empfohlen

Tabelle 4: Impfkalender Säuglinge und Kleinkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 5)

3.1.2. Impfkalender Schulkinder

Schulkinder

Alter→ ↓Impfung	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr	11. Jahr	12. Jahr	13. Jahr	14. Jahr	15. Jahr
Diphtherie (dip) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV)	4-fach						(3-fach)		
Hepatitis B (HBV)	Grundimmunisierung (0/1/6 Monate) oder Auffrischung								
Mumps Masern (MMR) Röteln	(MMR Nachholen bei Ungeimpften oder nur 1x geimpften)								
Humane Papillomviren (HPV)			3 x HPV (Erste Impfung ab dem 9. Lebensjahr)						
Varizellen (VZV)			2 x VZV (wenn nicht bereits 2x geimpft oder Erkrankung durchgemacht)						
FSME				FSME					FSME
Meningokokken (MEC4)						MEC4			
Influenza (IV)	IV jährlich								

Tabelle 4: Impfkalender aller empfohlenen Impfungen für Schulkinder

Kostenfrei
Nicht kostenfrei

Tabelle 5: Impfkalender Schulkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 6)

3.1.3. Impfkalender Erwachsene

Erwachsene

Erwachsene mit vorliegender Grundimmunisierung gemäß den Empfehlungen*

Alter→ ↓Impfung	18.-20. Jahr	30. Jahr	40 Jahr	50. Jahr	60. Jahr	65. Jahr	70. Jahr	75. Jahr	80. Jahr usw.
Diphtherie (dip) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV)	alle 10 Jahre auffrischen					alle 5 Jahre auffrischen			
Humane Papillomvi- ren (HPV)	gegebenenfalls nachholen								
Mumps Masern(MMR) Röteln	gegebenenfalls bis 45 Jahre nachholen								
FSME	alle 5 Jahre auffrischen					alle 3 Jahre auffrischen			
Pneumokokken (PNC)²				PNC13 /nach 1 Jahr PPV23 ²					
Influenza (IV)				IV jährlich					

Tabelle 5: Impfkalender aller empfohlenen Impfungen für Erwachsene

* Nachholimpfplan für Personen konsultieren, bei denen die Grundimmunisierung ganz oder teilweise fehlt

² Details siehe Abschnitt Pneumokokken

Seite 6 von 59

Tabelle 6: Impfkalender Erwachsene; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 6)

3.2. Kinderimpfkonzept

Das kostenlose Kinderimpfkonzept wurde im Jahre 1998 unter der damaligen Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Fr. Eleonora Hostasch, eingeführt.

Das bereits damals definierte Ziel, allen in Österreich lebenden Kindern bis zum 15. Lebensjahr einen Zugang zu den für die öffentliche Gesundheit wichtigen Impfungen zu ermöglichen, ohne dass dafür den Erziehungsberechtigten Kosten entstehen, ist auch heute noch das Credo dieses Konzeptes (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012).

Sowohl die Grundimmunisierungen, als auch die notwendigen Auffrischungsimpfungen sind im Impfkonzept verankert.

Anders als bei gewissen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (*siehe Tabelle 9: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Schwangerschaft + Tabelle 10: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Kind*) steht die Durchführung der empfohlenen Impfungen in keinem Zusammenhang mit dem Erhalt des Kinderbetreuungsgeldes. Damit stellt man es den Eltern bisher frei, ob sie sich für oder gegen einen Impfschutz ihres Kindes entscheiden.

In den folgenden Tabellen ist eine Auflistung der kostenlosen Impfungen – chronologisch geordnet nach Alter - ersichtlich:

Säuglinge und Kleinkinder	
7. LW. – 6. LM., 2 bzw. 3 Teilimpfungen im Abstand von mind. 4 Wochen (abhängig vom verwendeten Impfstoff)	Rotavirus (RV)
3., 5. und 12. LM.	6-fach-Impfung: [Diphtherie (DIP), Tetanus (TET), Pertussis (PEA), Poliomyelitis (IPV), Haemophilus influenzae B (HIB), Hepatitis B (HBV)]

3., 5. und 12. LM.	Pneumokokken
11. – 24. LM.; 2 Teilimpfungen im Abstand von mind. 4 Wochen	Mumps Masern Röteln (MMR)

Tabelle 7: Gratis-Impfungen Säuglinge und Kleinkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 5)

Schulkinder	
7. – 9. Lj.	4-fach-Impfung: Diphtherie (dip), Tetanus (TET), Pertussis (PEA), Poliomyelitis (IPV)
Ab 7. Lj.: Grundimmunisierung bzw. Auffrischung	Hepatitis B (HBV)
Ab 7. Lj.: Grundimmunisierung bzw. Nachholen bei nur 1x Geimpften	Mumps, Masern, Röteln (MMR)
12. Lj.	Meningokokken (MEC4)

Tabelle 8: Gratis-Impfungen Schulkinder; (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, p. 6)

3.3. Exkurs: Das Recht auf Impfschutz

Ständig ist man durch Medien mit dem Thema „Impfgegner“ konfrontiert. Es gibt viele kontroverse Diskussionen und Meinungen, die sich immer öfter mit dieser Thematik auseinandersetzen.

„Impf-Lücken begünstigen Masern & Co:

Die Österreicherinnen und Österreicher sind beim Impfen zunehmend zurückhaltend. Als Folge treten laut MedUni Wien besiegt geglaubte Krankheiten wie Masern wieder vermehrt auf. Kritiker begrüßen den Trend zu weniger Impfungen.

„Es gibt immer mehr Impfücken, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen. Das begünstigt die Wiederkehr von Infektionskrankheiten wie etwa

Masern oder Keuchhusten“, sagte Ursula Wiedermann-Schmidt, Leiterin des Instituts für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der MedUni Wien und Vorsitzende des österreichischen Impfgremiums, anlässlich der bevorstehenden Woche der Immunisierung. Sie rät generell dazu, den eigenen Impfpass regelmäßig zu kontrollieren und sich impfen zu lassen. [...] In letzter Zeit werden aber auch viele kritische Stimmen zum Thema Impfen laut. Zahlreiche Bücher informieren über Impfschäden und „den unglaublichen Irrtum“ von Impfungen. Zudem boomen die Impfgegner im Internet.“ (ORF Wien, 2013)

„Impfstoffe sind die besten Arzneimittel

Impfungen können Leben retten. Und doch sorgen Informationslücken immer noch für Verunsicherung in der Bevölkerung. [...] Schutzimpfungen sind die wirksamste und sicherste Art der Gesundheitsvorsorge. Viele Krankheiten, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, werden in Österreich mittlerweile in Schach gehalten, weil die Menschen dank Impfung davor geschützt sind.“ (Kronen Zeitung, 2013)

„Impfungen: Eltern oft skeptisch

Die Mehrheit der Eltern steht Impfungen kritisch gegenüber. In einer Studie der Karl Landsteiner Gesellschaft (KLG) gaben 57 Prozent der Eltern an, Impfungen skeptisch zu sehen, vier Prozent lehnten sie überhaupt ab. [...] Am häufigsten stimmen Eltern einer Impfung nicht zu, da sie den Schutz als unnötig empfinden (44 Prozent). Auch die Sorge, das Kind könnte zu stark belastet werden (35 Prozent) und die Angst vor Nebenwirkungen und Impfschäden (34 Prozent) spielen eine Rolle. [...] Auch Reinhold Kerbl, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde sah diese Entwicklung kritisch: „32 Prozent der Eltern glauben, es besser zu wissen als das nationale Impfgremium. Da müssen wir einfach noch besser informieren.“ Er empfahl noch innovativere und publikumswirksamere Informationsstrategien - etwa Plakatkampagnen. „Da pfuschen uns leider die Impfgegner vor allem im Internet sehr hinein.““ (ORF Österreich, 2013)

Wie bereits oben in Punkt 3.2 erwähnt, besteht in Österreich keine gesetzlich verankerte Pflicht, sich oder seine Kinder impfen zu lassen. Im Gegenzug besteht allerdings auch kein Rechtsanspruch auf eine Impfung.

In den folgenden Punkten, soll ein Gedankenanstoß hinsichtlich eines „Rechtes auf Impfschutz“ gegeben werden.

3.3.1. Die UN-Kinderrechtsprävention

Im Jahre 1989 setzte sich die UN-Generalversammlung mit dem Thema *Kinderrechte* sehr intensiv auseinander und es kam zur Anerkennung des „Übereinkommens über die Rechte des Kindes“, womit man einen entscheidenden Schritt in der Geschichte der Kinderrechte machte (Pfaff, 2010, p. 1).

Die UN-Kinderrechtsprävention steht damit für weltweit gültige Grundwerte im Umgang mit Kindern, unabhängig von ihrer sozialen, ethnischen oder religiösen Herkunft. Alle Staaten dieser Welt haben diese Konvention unterschrieben, mit Ausnahme der USA und Somalia (UNICEF Österreich, 2013).

Die Kinderrechtsprävention beruht auf vier Prinzipien (UNICEF Österreich, 2013):

- **Das Recht auf Gleichbehandlung**: Kein Kind darf benachteiligt werden - sei es wegen seines Geschlechts, seiner Herkunft, seiner Staatsbürgerschaft, seiner Sprache, Religion oder Hautfarbe, einer Behinderung oder wegen seiner politischen Ansichten.
- **Wohl des Kindes hat Vorrang**: Wann immer Entscheidungen getroffen werden, die sich auf Kinder auswirken können, muss das Wohl des Kindes vorrangig berücksichtigt werden - dies gilt in der Familie genauso wie für staatliches Handeln.
- **Das Recht auf Leben und Entwicklung**: Jedes Land verpflichtet sich, in größtmöglichem Umfang die Entwicklung der Kinder zu sichern - zum Beispiel durch Zugang zu medizinischer Hilfe, Bildung und Schutz vor Ausbeutung und Missbrauch.

- **Achtung vor der Meinung des Kindes**: Alle Kinder sollen als Personen ernst genommen und respektiert und ihrem Alter und Reife gemäß in Entscheidungen einbezogen werden.

Auf der Homepage von UNICEF Österreich wird des Weiteren auf die 10 wichtigsten Kinderrechte hingewiesen. Einer dieser Punkte umfasst das Thema „Recht auf Gesundheit“. Die WHO definiert die Gesundheit wie folgt:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“

(Schwartz, 2003, p. 26)

Nachdem durch Impfungen eine Vermeidung von Krankheiten und deren Folgen verhindert werden könnte, und durch die Schutzimpfungen sowohl körperliches, geistiges als auch soziales Wohlbefinden ermöglicht werden könnten, sieht man damit das kindliche „Recht auf Gesundheit“ in diesem Kontext bestätigt.

Österreich unterschrieb die Kinderrechtskonvention am 26. Jänner 1990; die Genehmigung des Nationalrates erfolgte am 26. Juni 1990, die Ratifizierung am 6. August 1992. Am 5. September 1992 ist die Konvention in Kraft getreten, jedoch mit einem **Erfüllungsvorbehalt**; dieser Vorbehalt verhindert eine direkte Anwendbarkeit durch Gerichte und Behörden. Damit besteht auch kein Recht, eine Impfung zu erhalten bzw. die Pflicht, Impfungen verabreichen zu lassen (UNICEF Österreich, 2013).

3.3.2. Kinderrechte in der österreichischen Bundesverfassung

„Kinderrechte in der Verfassung verankert

Nach monatelangen Debatten fiel im Nationalrat die Entscheidung. Dass die Verankerung der Kinderrechte in der Verfassung auch praktische Auswirkungen haben wird, halten Verfassungsrechtler für unwahrscheinlich.

Nach monatelangen Debatten sind am Donnerstag von SPÖ, ÖVP, FPÖ und BZÖ im Nationalrat die Kinderrechte in der Verfassung verankert worden. Verfassungsexperten schätzen die praktische Bedeutung dieses Schrittes allerdings als gering ein und sehen darin eher eine symbolische Bedeutung.“ (Kleine Zeitung, 2011)

Wie man aus dem obigen Zitat entnehmen kann, kam es im Jahre 2011 zu einer Verankerung der Kinderrechte in der österreichischen Verfassung. Im sogenannten „Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern“ wird unter anderem unter Artikel 1, folgendes festgehalten:

„Jedes Kind hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für sein Wohlergehen notwendig sind, auf bestmögliche Entwicklung und Entfaltung sowie auf die Wahrung seiner Interessen auch unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit. Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher und privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein.“ StF: BGBl. I Nr. 4/2011 (NR: GP XXIV IA 935/A AB 1051 S. 93. BR: AB 8443 S. 793.)

Auch hier wird eindeutig darauf hingewiesen, dass es das Recht eines jeden Kindes ist, dass für sein Wohlergehen gesorgt wird. Wohlergehen ist mit Gesundheit assoziiert und somit ist auch bezogen auf dieses Gesetz eine weitere kontroverse

Diskussion bezüglich Impfungen/Impfschutz möglich. Dies soll allerdings nicht im Rahmen dieser Diplomarbeit diskutiert werden.

4. Finanzierung des Mutter-Kind-Passes

4.1. Finanzierungsstruktur

Der Mutter-Kind-Pass dient der gesundheitlichen Vorsorge der Schwangeren und des Kindes bis zum 5. Lebensjahr. Mit Erhalt dieses Passes besteht die Möglichkeit, kostenlos an bestimmten ärztlichen Untersuchungen teilzunehmen. Der Leistungsumfang ist gesetzlich definiert, wobei Teile der Untersuchungen obligatorisch, andere jedoch fakultativ genutzt werden können (***siehe Tabelle 9: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Schwangerschaft + Tabelle 10: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Kind***)(Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012).

Der Anspruch der Schwangeren bzw. Mutter des Kindes auf die Untersuchungen ist in der *Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002* verankert. Dort wird jede einzelne Untersuchung genau erläutert, bezogen auf den Umfang und Zeitpunkt der Untersuchung. Vorgesehen sind laut dieser Verordnung 5 Untersuchungen der Schwangeren und 9 Untersuchungen des geborenen Kindes (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2002).

Der Zugang zum MKP wird allen schwangeren Frauen in Österreich gewährt, unabhängig von ihrem aktuellen Versicherungsstatus. Bei schwangeren Frauen mit Sozialversicherung trägt diese ein Drittel der Kosten der Untersuchungen - zwei Drittel werden vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen finanziert. Handelt es sich bei der Schwangeren um eine Person ohne Sozialversicherung, werden die Kosten vollständig durch den Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) übernommen (Zechmeister & Loibl, 2011, p. 21).

4.1.1. Der Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) – Überblick

„Das in Österreich geschaffene Instrument, das den Ausgleich von Lasten zwischen unterhaltspflichtigen Eltern und Personen ohne Unterhaltspflichten gewährleistet, ist der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen (FLAF). In diesen Fonds werden Beiträge

von Dienstgebern auf Basis der Brutto-Lohnsummen aller unselbständig Beschäftigten, Anteile an Körperschafts- und Einkommenssteuer und Beiträge aus land- und forstwirtschaftlichen Betrieben sowie der Bundesländer einbezahlt. Somit trägt grundsätzlich jede Bevölkerungsgruppe zum Aufkommen im FLAF bei, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Leistungen aus dem FLAF erhalten jedoch nur Personen mit Kindern.“ (österreichisches Bundesministerium für Familie, Wirtschaft und Jugend, 2013)

Wie man aus dem oben zitierten Absatz entnehmen kann, wurde in Österreich ein Fonds geschaffen, welcher Eltern, die aufgrund von Familienzuwachs einer finanziellen Mehrbelastung ausgesetzt sind (Bekleidung, Ernährung, häusliche Unterbringung, Erziehung), finanziell unterstützen soll (österreichisches Bundesministerium für Familie, Wirtschaft und Jugend, 2013).

Der FLAF wurde 1967 als ein familienpolitisches Förderinstrument in Österreich eingeführt und ist seit jeher ein fester Bestandteil der österreichischen Familienpolitik (Mayrbäurl, 2010, p. 5).

4.1.1.1. Ausgaben des FLAF

Der Familienlastenausgleichsfonds kommt für folgende Familienleistungen auf (Mayrbäurl, 2010, p. 13):

- Familienbeihilfe
- Kinderbetreuungsgeld
- Familienhärteausgleich
- Familienberatungsstellen
- Förderung familienpolitischer Maßnahmen
- Schul- und Lehrlingsfahrtbeihilfen
- Schüler- und Lehrlingsfahrten
- Schulbücher
- Unterhaltsvorschüsse
- Mutter-Kind-Pass

- Schüler-Unfallversicherung
- Wochengeld
- Pensionsbeiträge aufgrund von Kindererziehungszeiten
- Pensionsbeiträge für Pflegepersonen
- Pensionsbeitrag aufgrund Wahl- oder Pflegekind
- Verwaltungsaufwand BMF
- Beitrag in Vitro-Fertilisation
- Familien und Beruf GesmbH
- Teilersatz Betriebshilfe

Um die Anteile der jeweiligen Ausgaben besser darstellen zu können, ist folgende Grafik zu betrachten (Felderer, et al., 2011, pp. 46,119):

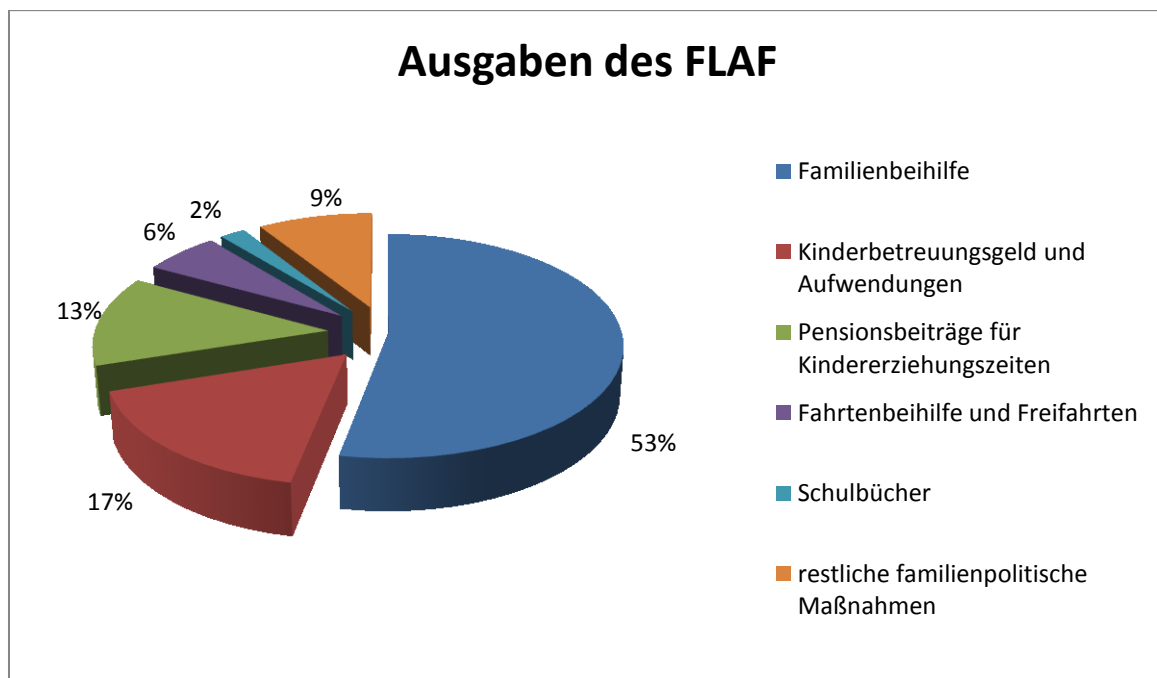


Abbildung 3: Ausgaben des FLAF

4.1.1.2. Einnahmen des FLAF

Der Familienlastenausgleichsfonds bezieht aus folgenden Quellen seine Einnahmen (Mayrbäurl, 2010, pp. 13-14):

- Dienstgeberbeiträge
- Abgeltung von Ansätzen aus der Einkommenssteuer
- Anteile an Einkommens- und Körperschaftsteuer
- Unterhaltsvorschüsse – Durchlaufposten
- Selbstbehalte
- Beiträge der land- und forstwirtschaftlichen Betriebe

Auch hier sollen die einzelnen Prozentanteile anhand einer Grafik dargestellt werden (Felderer, et al., 2011, pp. 47,120):

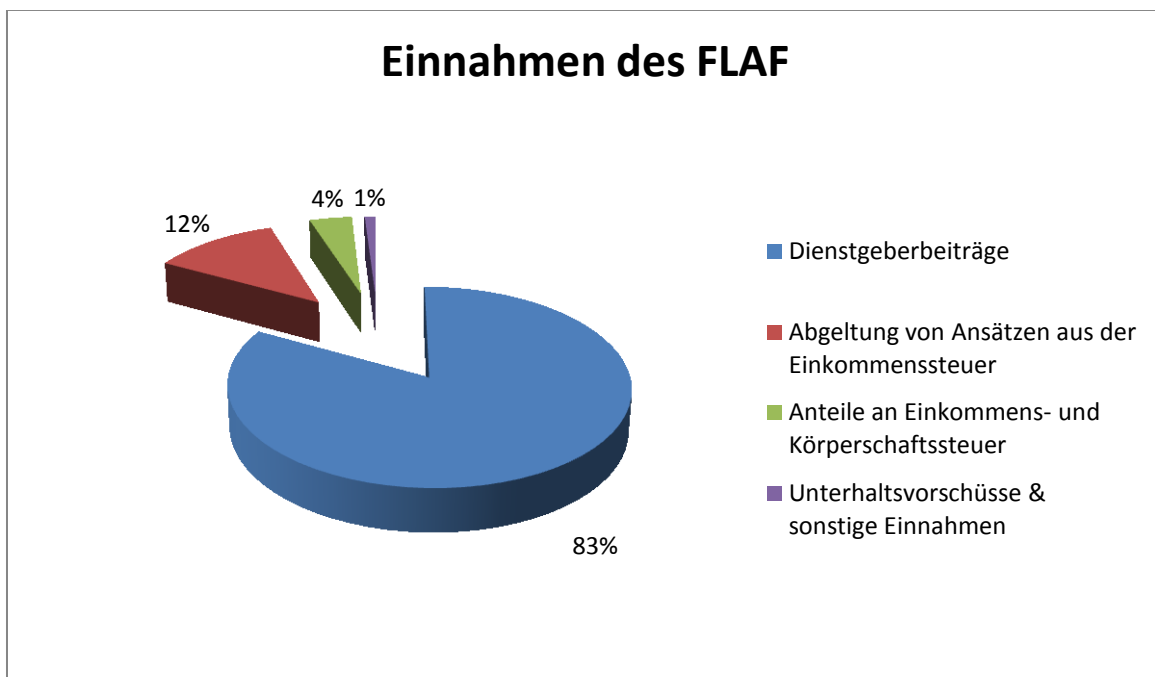


Abbildung 4: Einnahmen des FLAF

Da es sich beim Familienlastenausgleichsfonds um ein sehr kompliziertes und umfassendes Instrument handelt, würde es den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen, auf genaue Details einzugehen.

4.1.1.3. Karenzgeld und Kinderbetreuungsgeld

„Das Kinderbetreuungsgeld in seiner flexiblen Ausgestaltung trägt zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei, bietet Ihnen mehr Wahlfreiheit und soll Sie dabei unterstützen, Ihre persönlichen Pläne ganz nach Ihren eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen umzusetzen.“ (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2012, p. 3)

Dieses Zitat des Bundesministers für Wirtschaft, Familie und Jugend, Hrn. Dr. Reinhold Mitterlehner, spiegelt die Intention wider, mit welcher das Kinderbetreuungsgeld im Jahre 2002 eingeführt wurde.

Mit dem Stichtag 1.1.2002 wurde das bis dahin bestehende Karenzgeld durch das Kinderbetreuungsgeld abgelöst. Die österreichische Politik beschritt damit einen neuen Weg in der Familienpolitik; war das Karenzgeld nur jenen vorbehalten, welche vor der Geburt des Kindes erwerbstätig waren, wird das Kinderbetreuungsgeld auch an jene Familien ausgezahlt, bei welchen keine nachweisbare Erwerbstätigkeit vorliegt. Das Karenzgeld war somit eine begrenzte Ersatzleistung für das vor der Geburt bestehende Einkommen. Durch die Einführung des Kinderbetreuungsgeldes kam es damit zu einer Ausweitung des Bezieherkreises (Hausfrauen/Hausmänner, StudentInnen, Selbständige, BäuerInnen, geringfügig Beschäftigte, freie DienstnehmerInnen)(Riesenfelder, et al., 2007, p. 6).

Das Kinderbetreuungsgeld bietet **2 Systeme** zur Auswahl (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2013):

- **Pauschalleistung mit 4 Varianten:**

Wird diese Variante von den Eltern gewählt, wird die Betreuungsleistung der Eltern anerkannt und teilweise abgegolten. Diese Form des Kinderbetreuungsgeldes erhalten alle Eltern, unabhängig von einer vor der Geburt des Kindes ausgeübten Erwerbstätigkeit.

- **Einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld:**

Diese Bezugsform des Kinderbetreuungsgeldes richtet sich vor allem an jene Eltern, welche sich nur für kurze Zeit aus dem Berufsleben zurückziehen wollen, über ein höheres Einkommen verfügen und in der Zeit der Nicht-Erwerbstätigkeit einen Einkommensersatz erhalten wollen.

Unabhängig davon, für welche Variante sich die Eltern entscheiden (es ist ein Antrag bei der Sozialversicherung zu stellen, siehe Anhang), liegen bestimmte Anspruchsvoraussetzungen vor, um das Kinderbetreuungsgeld beziehen zu können.

Folgende **Voraussetzungen** sind zu erfüllen (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2012, p. 6) und (Grillberger, 2010, p. 155):

- Bezug der Familienbeihilfe für das Kind
- Gemeinsamer Haushalt mit dem Kind (das Kind muss am identen Hauptwohnsitz gemeldet sein)
- Der Lebensmittelpunkt des antragstellenden Elternteils befindet sich in Österreich
- Einhaltung der Zuverdienstgrenze pro Kalenderjahr
- Für Personen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, der Nachweis eines rechtmäßigen Aufenthalts in Österreich (NAG-Karte) bzw. die Erfüllung bestimmter asylrechtlicher Voraussetzungen
- Die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird nachfolgend nur auf den letztgenannten Punkt der vorangegangenen Auflistung eingegangen (Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen).

Während zwischen den Jahren 1974 und 1996 bei Besuch bestimmter Untersuchungen eine erhöhte „Geburtenbeihilfe“ ausbezahlt wurde, strich man mit der neuen Mutter-Kind-Pass-Verordnung vom Jänner 1997 ersatzlos diese Zusatzzahlungen. Um einem befürchteten Rückgang der Untersuchungsfrequenz

entgegenzusteuern, kam es zur Auszahlung eines einmaligen Mutter-Kind-Pass-Bonus in der Höhe von öS 2.000,- (ca. 145 Euro). Die Auszahlung fand nach der Vollendung des 1. Lebensjahres des Kindes statt. Eine weitere Erneuerung bestand darin, dass diese Auszahlung einkommensabhängig war; das zu versteuernde Familieneinkommen durfte z.B. im Jahre 2001 öS 532.800,- (ca. 38.720 Euro) pro Jahr nicht überschreiten. War dies der Fall, fand auch die oben genannte einmalige Auszahlung nicht statt.

4.1.1.4. Vorgesehene Untersuchungen zur Ausbezahlung des Kinderbetreuungsgeldes

Mit der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes im Jänner 2002 entfiel der Mutter-Kind-Pass-Bonus zur Gänze. Statt sich bisher auf ein *Bonussystem* zu berufen, kam es mit dieser Novelle zur Umstellung auf ein *Malussystem*; Um das Kinderbetreuungsgeld in voller Höhe beziehen zu können, müssen nun folgende Untersuchungen nachgewiesen werden können (Zechmeister & Loibl, 2011, pp. 72-74):

Untersuchungen in der Schwangerschaft (fakultative Untersuchungen kursiv gedruckt)
Gynäkologische Untersuchung bis zur 16. SSW, einschließlich der vorgegebenen Laboruntersuchungen; <i>Ultraschalluntersuchung zwischen der 8. und 12. SSW</i>
Gynäkologische Untersuchung zwischen der 17. und 20. SSW, einschließlich der vorgegebenen Laboruntersuchungen; <i>Ultraschalluntersuchung zwischen der 18. und 22. SSW</i>
Gynäkologische Untersuchung zwischen der 25. und 28. SSW, einschließlich der vorgegebenen Laboruntersuchungen
Gynäkologische Untersuchung zwischen der 30. und 34. SSW; <i>Ultraschalluntersuchung zwischen der 30. und 34. SSW</i>
Gynäkologische Untersuchung zwischen der 35. und 38. SSW

Tabelle 9: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Schwangerschaft

Untersuchungen des Kindes (<i>fakultative Untersuchungen kursiv gedruckt</i>)
Untersuchung in der 1. Lebenswoche einschließlich <i>Hüftultraschall</i>
Untersuchung zwischen der 4. und 7. Lebenswoche einschließlich orthopädische Untersuchung
<i>Hüftultraschalluntersuchung zwischen der 6. und 8. Lebenswoche</i>
Untersuchung zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat
Untersuchung zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat einschließlich HNO-Untersuchung
Untersuchung zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat einschließlich Augenuntersuchung
<i>Untersuchung zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat einschließlich einer augenfachärztlichen Untersuchung</i>
<i>Untersuchung zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat</i>
<i>Untersuchung zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat</i>
<i>Untersuchung zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat</i>

Tabelle 10: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Kind

4.2. Kosten des Mutter-Kind-Passes

Wie bereits oben erwähnt, werden die Kosten der einzelnen vorgesehenen Untersuchungen von der Sozialversicherung bzw. vom Familienlastenausgleichsfonds abgedeckt (siehe *Punkt 4.1*).

4.2.1. Honorierung der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen

Allgemein zusammengefasst, besteht die Honorierung aus Sonderleistungen, einer Grundvergütung, sowie Einzelleistungshonoraren.

Die Sonderleistungen sind bundesweit einheitlich geregelt und sind nur ein Teil des Honorierungsgeschehens. Der andere Teil der Untersuchungen wird nach jenen Tarifen abgerechnet, die für eine „normale ärztliche Behandlung“ gelten würden.

Dieser Teil setzt sich einerseits aus der Grundvergütung (betrifft Ordination und Fallpauschale), andererseits aus Einzelleistungshonoraren (betrifft z.B. Laboruntersuchungen) zusammen.

Mit Sonderleistungen, Grundvergütung und Einzelleistungshonoraren sind alle Leistungen bzw. Kosten, die während der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen entstehen, zur Gänze abgedeckt (Zechmeister & Loibl, 2011, p. 24).

4.2.2. Tarife der Mutter-Kind-Pass-Leistungen

Die folgende Tabelle zeigt eine Auflistung aller Mutter-Kind-Pass-Leistungen, sowie die dazugehörigen durchschnittlichen Tarife (Zechmeister & Loibl, 2011, pp. 24-25) und (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2011, pp. 2-3).

Untersuchungszeitraum	Untersuchung	Tarif
1. – 16. SSW	Laboruntersuchungen	64,29 €
	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
17. – 20. SSW	Interne Untersuchung	11,55 €
	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
25. – 28. SSW	Bestimmung Hämatokrit- & Hämoglobinwert	3,45 €
	Hepatitis-B-Untersuchung	9,92 €
	Oraler Glukosetoleranztest	10,89 €
	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
30. – 34. SSW	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
35. – 38. SSW	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
	Zusätzlich empfohlene Untersuchungen	
8. – 12. SSW	Ultraschalluntersuchung	22,32 €
18. – 22. SSW	Ultraschalluntersuchung	22,32 €
30. – 34. SSW	Ultraschalluntersuchung	22,32 €
<u>Summe der Tarife in der Schwangerschaft</u>		<u>257,16 €</u>

Tabelle 11: Tarife der MKP-Untersuchungen, Schwangerschaft

Untersuchungszeitraum	Untersuchung	Tarif
1. LW.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
4. – 7. LW.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	Orthopädische Untersuchung	11,55 €
3. – 5. LM.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
7. – 9. LM.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	HNO-Untersuchung	17,95 €
10. – 14. LM.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	Augenuntersuchung	17,95 €

22. – 26. LM.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	Fachärztliche Augenuntersuchung	21,80 €
34. – 38. LM.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
46. – 50. LM.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
58. – 62. LM.	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
Zusätzlich empfohlene Untersuchungen		
6. – 8. LW.	Hüftultraschalluntersuchung	29,07 €
<u>Summe der Tarife der Kindesuntersuchungen</u>		<u>294,52 €</u>

Tabelle 12: Tarife der MKP-Untersuchungen, Kind

Die Gesamtsumme der Untersuchungen, bezogen auf die Untersuchungen der Schwangeren und des geborenen Kindes, liegt damit bei **551,86 €**.

47% der Kosten fallen auf die Untersuchungen in der Schwangerschaft, 53% der Kosten auf die Untersuchungen des Kindes, sofern alle oben genannten Untersuchungen auch durchgeführt werden.

63% aller Kosten entfallen auf obligatorische Untersuchungen – dies sind jene Untersuchungen, die besucht werden müssen, um den Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld nicht zu verlieren (siehe *Punkt 4.1.1.4*). Die restlichen 37% entfallen auf fakultative Leistungen, wobei die fakultativen Leistungen zu einem größeren Teil die Untersuchungen des Kindes betreffen.

4.3. Berechnung zur Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Je nachdem um welche Untersuchung es sich aus dem MKP handelt, sind vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bestimmte Ärzte – im Sinne ihrer Ausbildung – aufzusuchen.

Im Mutter-Kind-Pass-Gesamtvertrag kam es zu einer *Gesamtvertraglichen Vereinbarung*, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, für ihren Wirkungsbereich mit Vollmacht

und mit Zustimmung der Ärztekammern in den Bundesländern einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2011, p. 1).

Es stimmten die **Ärztekammern** aus allen 9 Bundesländern Österreichs, sowie die in Folge angeführten **Versicherungsträger** diesem Vertrag zu (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2011, pp. 1-2):

- Wiener GKK
- Niederösterreichische GKK
- Oberösterreichische GKK
- Burgenländische GKK
- Steiermärkische GKK
- Kärntner GKK
- Salzburger GKK
- Tiroler GKK
- Vorarlberger GKK
- Betriebskrankenkasse Austria Tabak
- Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
- Betriebskrankenkasse Mondi
- Betriebskrankenkasse VOEST Alpine Bahnsysteme
- Betriebskrankenkasse Zeltweg
- Betriebskrankenkasse Kapfenberg
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Im Mutter-Kind-Pass-Gesamtvertrag wird in §4 darauf hingewiesen, dass die Durchführung der Untersuchungen, sowohl von Kassen-, als auch von Wahlärzten durchgeführt werden dürfen.

Die Untersuchungen des MKP dürfen von Ärzten bestimmter Fachbereiche durchgeführt werden. Anhand der folgenden Tabelle sollen die Untersuchungen und

die zur Durchführung berechtigten Ärzte angeführt werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2011, pp. 2-3):

Untersuchungszeitraum	Untersuchung	Berechtigter Arzt/Ärzte
Schwangerschaft	Gynäkologische Untersuchungen	• Allgemeinmediziner • Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Schwangerschaft	Interne Untersuchung	• Allgemeinmediziner • Facharzt für Innere Medizin
Untersuchung des Neugeborenen	Ärztliche Untersuchung des Kindes	• Allgemeinmediziner • Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
Untersuchung des Kindes (4. LW. – 62. LM).	Ärztliche Untersuchung des Kindes	• Allgemeinmediziner • Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
Untersuchung des Kindes (4. – 7. LW.)	Orthopädische Untersuchung	• Allgemeinmediziner • Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde • Facharzt für Orthopädie und/oder orthopädische Chirurgie
Untersuchung des Kindes (7. – 9. LM.)	HNO-Untersuchung	• Allgemeinmediziner • Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde • Facharzt für HNO-Krankheiten
Untersuchung des Kindes (10. – 14. LM.)	Augenuntersuchung	• Allgemeinmediziner • Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde • Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie
Untersuchung des Kindes (22. – 26. LM.)	Augenuntersuchung	• Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie
Untersuchung des Kindes (1. LW. + 6. – 8. LW.)	Hüftultraschall	• Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde • Facharzt für Orthopädie und/oder orthopädische Chirurgie • Facharzt für Radiologie

Tabelle 13: Berechtigte Ärzte zur Durchführung der MKP-Untersuchungen

5. Probanden, Material und Methoden

5.1. Studie

Eines der Hauptziele bei der Erstellung dieser Diplomarbeit bestand darin, die Mutter-Kind-Pass-Daten von ca. 200 Patienten zu erheben. Dies geschah an der Kinder- und Jugendabteilung am LKH Leoben unter der Aufsicht von Hrn. Univ.-Prof. Prim. Dr. Reinhold Kerbl. Im Sinne einer Stichprobenanalyse kam es zu einer willkürlichen bzw. zufallsmäßigen Auswahl des Patientengutes, wobei folgende Ein- und Ausschlusskriterien zu beachten waren:

Ein- bzw. Ausschlusskriterien
• Alter der Patienten zwischen 0 Monaten und 18 Jahren
• Einverständniserklärung <u>eines</u> Erziehungsberechtigten muss vorhanden sein und schriftlich dokumentiert werden
• Die Ausschlusskriterien ergeben sich aus den Einschlusskriterien: ohne Zustimmung eines Erziehungsberechtigten war das Durchsehen des Mutter-Kind-Passes und damit eine Datenerhebung nicht erlaubt.

Tabelle 14: Ein- und Ausschlusskriterien

Die Datenerhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr, was einerseits auf das mangelnde Vorhandensein von Mutter-Kind-Pässen während eines stationären Aufenthaltes zurückzuführen war, andererseits aber auch auf die Bereitschaft der Eltern, die aufgrund einer Ausnahmesituation (stationärer Aufenthalt des Kindes) nicht so hoch war wie primär angenommen.

5.2. Studienprozedere - Material

Primär wurden Patienten bzw. Erziehungsberechtigte gesucht, welche während des stationären Aufenthaltes an der Kinder- und Jugendabteilung des LKH Leoben einen Mutter-Kind-Pass bei sich hatten. Nach Befragung zufällig ausgewählter Patienten bzw. Erziehungsberechtigter fand eine Aufklärung statt, in welcher die Erziehungsberechtigten über das Vorhaben, den Aufwand und die Sicherung von Anonymität informiert wurden. Nach abgeschlossener verbaler Aufklärung kam es zu

einer schriftlichen Dokumentation des Einverständnisses der anwesenden Erziehungsberechtigten (siehe Punkt 10 Anhänge).

Neben der bereits genannten Aufklärung wurde den anwesenden Erziehungsberechtigten ein Fragebogen ausgehändigt, in welchem Daten zur Erhebung des sozialen Status anzugeben waren (siehe Punkt 10 Anhänge).

5.2.1. Schema Datenerhebung MKP

Die Mutter-Kind-Pässe wurden nach folgendem Schema durchgesehen:

Primär kam es zur Erhebung demographischer Daten des Kindes (Alter, Geschlecht), sowie der derzeitigen Diagnose als Grund des aktuellen stationären Aufenthaltes.

Sekundär fand in der Folge eine Unterteilung der Daten in 3 Bereiche statt:

- a. **Pränatale Daten** - eingeschlossen wurden hier folgende Daten:
 - Untersuchungen während der Schwangerschaft: Teilnahme an Ultraschalluntersuchungen, Teilnahme an interner Untersuchung, Labor (Röteln-AK, Lues-Reaktion, Toxoplasmose, HBs-AG, oGTT)
 - Entbindung: Gewicht, Größe, Kopfumfang, Geburtsmodus, mütterliche Erkrankung, APGAR-Werte nach 1, 5 und 10 Minuten, Nabelschnur-pH-Wert (arteriell)
- b. **Postnatale Daten** - eingeschlossen wurden in diesem Punkt alle Untersuchungen des Kindes zwischen der 1. Lebenswoche und dem 58. bis 62. Lebensmonat.
 - erste neonatologische Beurteilung: Erkrankungen in der 1. Lebenswoche
 - erste Hüftultraschalluntersuchung in der 1. Lebenswoche
 - Untersuchung zwischen der 4. und 7. Lebenswoche einschließlich der orthopädischen Untersuchung
 - Zweite Hüftultraschalluntersuchung zwischen der 6. und 8. Lebenswoche
 - Untersuchung zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat

- Untersuchung zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat einschließlich HNO-Untersuchung
- Untersuchung zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat einschließlich Augenuntersuchung
- Untersuchung zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat einschließlich augenfachärztlicher Untersuchung
- Untersuchung zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat
- Untersuchung zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat
- Untersuchung zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat

c. **Impfstatus** – eingeschlossen wurden Impfungen, die im Österreichischen Impfplan aus dem Jahre 2012 für Kinder von 0 bis 6 Jahren vorgesehen waren. Diese waren:

- Rotavirus (Erhebung einer Teilimpfung³)
- 6-fach-Impfung (3 Teilimpfungen)
- Pneumokokken (3 Teilimpfungen)
- Mumps, Masern, Röteln (2 Teilimpfungen)
- Meningokokken (1 Teilimpfung)
- Hepatitis A (2 Teilimpfungen)
- FSME (Erhebung einer Teilimpfung⁴)
- Varizellen (2 Teilimpfungen)

Der größte Aufwand bestand bei der Erhebung der postnatalen Daten; untersucht wurden in Anlehnung an den Mutter-Kind-Pass unter anderem folgenden Aspekte:

- Teilnahme an der Untersuchung: ja/nein
- Stillen: ja/nein
- Erbrechen: ja/nein
- Krampfanfälle: ja/nein
- Allgemeinzustand: auffällig/unauffällig
- Ernährungszustand: auffällig/unauffällig

³ Insgesamt gibt es 2 bzw. 3 Teilimpfungen; überprüft wurde, ob zumindest eine Impfung verabreicht wurde

⁴ Insgesamt gibt es 4 Teilimpfungen; überprüft wurde, ob zumindest eine Impfung verabreicht wurde

- Entwicklungsstand: auffällig/unauffällig
- Durchführende Person: Allgemeinmediziner/Facharzt
- Diagnose: wenn vorhanden

Die Datenerhebung gestaltete sich je nach durchgesehener stattgefundener Untersuchung.

5.2.2. Fragebogen

“Der Fragebogen kommt zum Einsatz, “wenn bestimmte Zusammenhänge statistisch ausgewertet werden sollen”, wenn “es also um objektives Erklären” geht [...]” (Müller, 2008, p. 10)

Wie bereits in Punkt 5.2 erwähnt, wurde durch den Fragebogen (siehe Punkt 10 Anhänge) versucht, den sozialen Status der gewählten Familie einzuschätzen.

Die Erziehungsberechtigten wurden im Zuge der Aufklärung mit dem Fragebogen konfrontiert. Der Inhalt und der Hintergrund des Fragebogens wurde den Erziehungsberechtigten vor dem Ausfüllen erklärt.

Der Fragebogen bestand aus so genannten Eingruppierungsfragen; dies sind geschlossene Fragen, welche nur vorgegebene Antworten nach sich ziehen können. Man nimmt dem Betroffenen damit die Möglichkeit, selbst eine Antwort zu formulieren. Als Eingruppierungsfragen werden solche Fragen bezeichnet, bei welchem Wertebereiche vorgegeben werden (siehe unten) (Müller, 2008, pp. 10-11).

Der Fragebogen umfasste insgesamt 5 Fragen, unterteilt in folgende Kategorien:

- a. **Bildungsstatus:** erhoben wurden sowohl der Bildungsstatus des Vaters als auch der Mutter des Kindes; anzugeben war die höchste abgeschlossene Ausbildung (Hauptschulabschluss, Lehre, Matura, Hochschulabschluss)
- b. **Anzahl der Personen im Haushalt:** Auswahlmöglichkeiten:
 - 2 Personen
 - 3 – 5 Personen
 - > 5 Personen

c. **Wohnverhältnisse:** Auswahlmöglichkeiten:

- < 30 m²
- 30-50 m²
- 50-100 m²
- 100-150 m²
- > 150 m²

d. **Familieneinkommen:** bezogen auf das monatliche Nettoeinkommen, inkl. Familienbeihilfe und allen anderen Bezügen; Auswahlmöglichkeiten:

- < 500 €
- 500 – 1000 €
- 1001 – 2000 €
- 2001 – 3000 €
- 3001 – 4000 €
- > 4000 €
- Keine Angabe

6. Statistische Auswertung

6.1. Statistik

Im Rahmen dieser Studie kam es zur Erhebung retrospektiver Daten. Die deskriptiv statistische Auswertung der Daten wurde mit Microsoft Excel 2007 durchgeführt.

Die Berechnungen erfolgten meist mittels Pivot-Table bzw. Pivot-Chart, da vor allem Mittelwerte, Maxima, Minima und prozentuelle Angaben in der Auswertung von Bedeutung waren.

7. Ergebnisse, Resultate und Diskussion

Da in der vorliegenden Arbeit eine große Datenmenge ausgewertet wurde, wurde der Punkt „Diskussion“ hier mit angefügt. Die Diskussion wird als „Interpretation“ am Ende jedes einzelnen Kapitel angeführt.

7.1. Teilnehmer/Patienten

Die Patienten wurden zufällig, unabhängig von Alter, Geschlecht und ethnischer Herkunft ausgewählt. In der Folge sollen primär die demographischen Daten der 200 Patienten dargestellt werden.

7.1.1. Geschlecht

Von den insgesamt 200 Patienten (n=200) waren 119 männlichen und 81 weiblichen Geschlechts.

Dies entspricht einer prozentuellen Aufteilung von 59,5% männlicher und 40,5% weiblicher Teilnehmer.

7.1.2. Alter

Die folgenden Angaben sind in Monaten dargestellt:

- **Minima:**
 - männlich: 1 Monat
 - weiblich: 0 Monate
- **Maxima:**
 - männlich: 209 Monate
 - weiblich: 223 Monate
- **Mittelwerte:**
 - männlich: 41,32 Monate
 - weiblich: 43,33 Monate
 - gesamt: 42,13 Monate

7.1.3. Altersverteilung

Um die Altersverteilung der Teilnehmer besser darstellen zu können, wurde eine willkürliche Einteilung in Altersgruppen vorgenommen.

Folgende Unterteilungen sind in den unten stehenden Grafiken ersichtlich:

- 0 – 12 Monate
- 13 – 24 Monate
- 25 – 36 Monate
- 37 – 48 Monate
- 49 – 60 Monate
- 61 – 72 Monate
- > 72 Monate

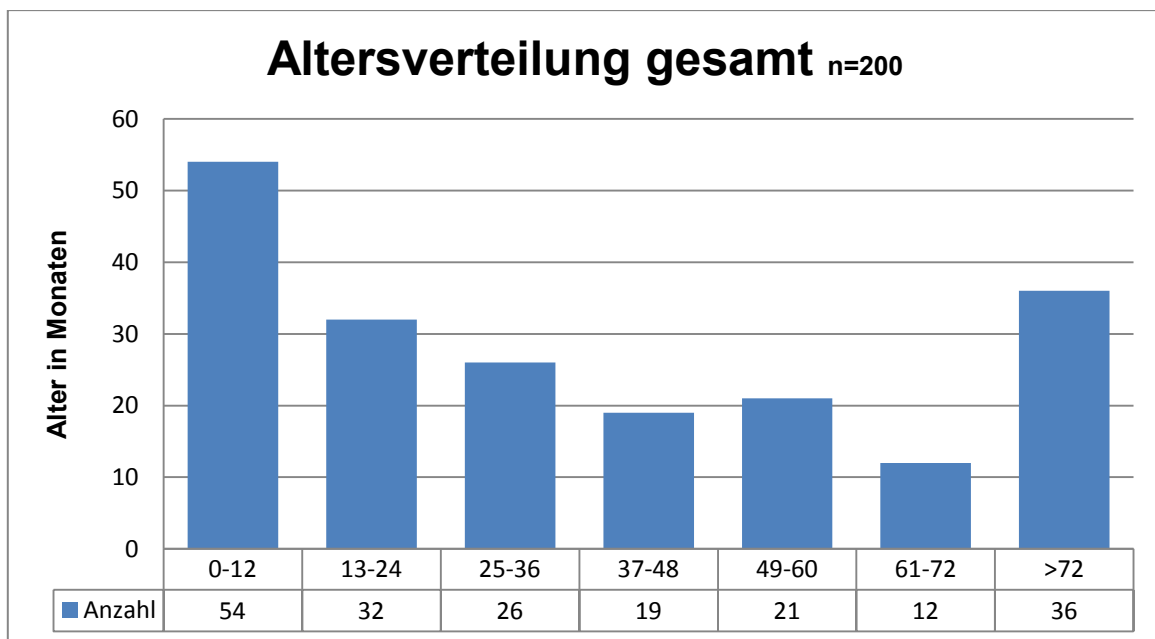


Abbildung 5: geschlechtsunabhängige Altersverteilung

INTERPRETATION:

Wie aus der oben stehenden Grafik zu erkennen ist, waren die meisten Teilnehmer zwischen „0 und 12“ und „>72 Monate“ alt. Während bis zur Gruppe „37-48 Monate“ ein sukzessiver Rückgang an Teilnehmern ersichtlich ist, kommt es in der anschließenden Gruppe zu einem erneuten Anstieg der Teilnehmer bezogen auf deren Alter. In der Gruppe „61-72 Monate“ zeigt sich ein erneuter Rückgang.

Abschließend bildet die Gruppe „>72 Monate“ mit 36 Teilnehmern die zweitgrößte Altersgruppe bezogen auf die gesamte Studienpopulation.

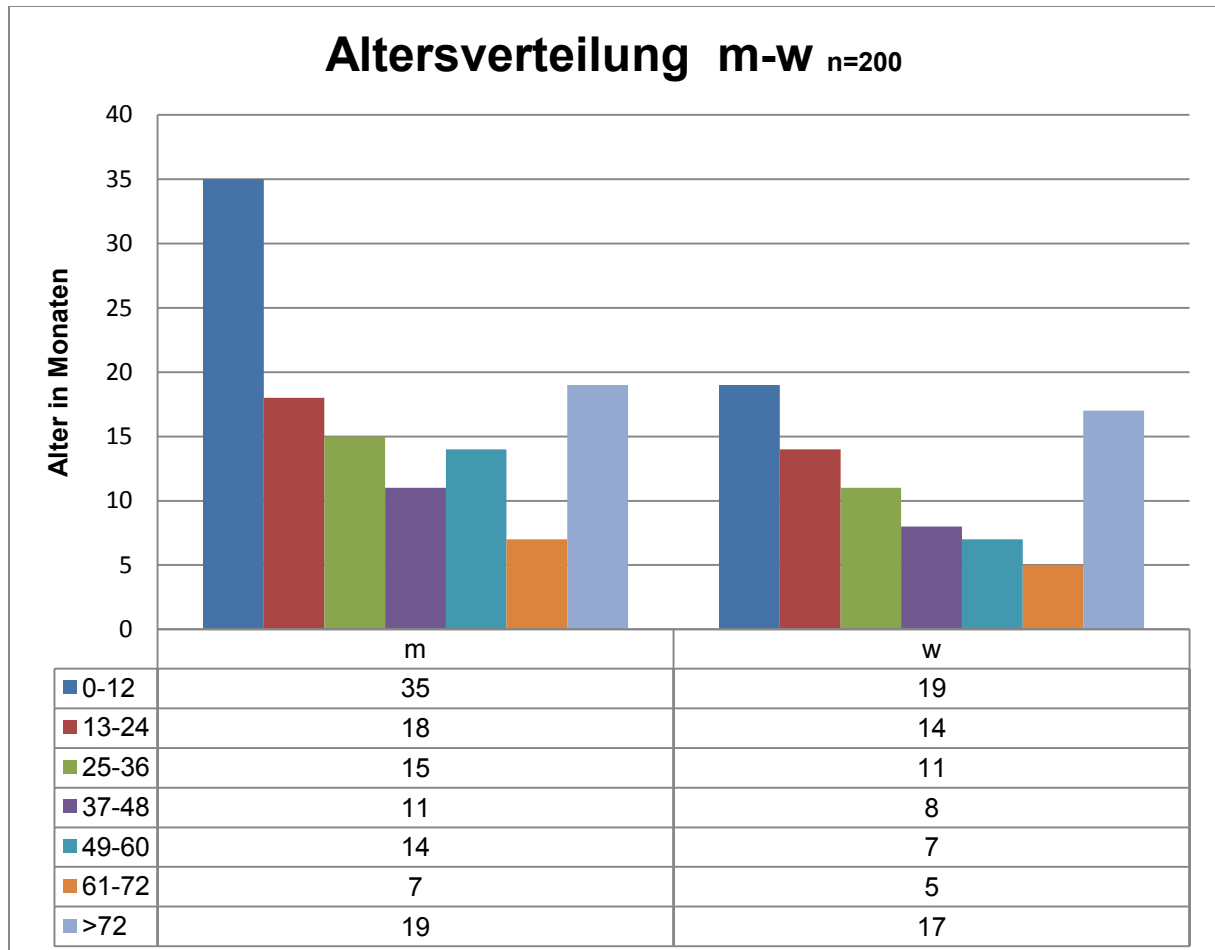


Abbildung 6: geschlechtsabhängige Altersverteilung

INTERPRETATION:

Betrachtet man im Vergleich zur darüber stehenden Grafik jene Darstellung, so wird deutlich, dass sich bei den männlichen Teilnehmern die größte Anzahl in der Gruppe „0-12 Monate“ befindet. Diese Gruppe schließt somit fast doppelt so viele Teilnehmer ein wie die Gruppen „13-24 Monate“ bzw. „>72 Monate“.

Bei den weiblichen Teilnehmerinnen ist die Gruppe „0-12 Monate“ ebenfalls die größte. Ebenso ist deutlich erkennbar, dass die letzte Gruppe „>72 Monate“ den zweiten Rang in der Anzahl der Teilnehmerinnen einnimmt (gleich zu geschlechtsunabhängiger und männlicher Altersverteilung).

7.2. Sozialer Status

Anhand eines Fragebogens wurde versucht, den sozialen Status zu erheben (siehe Punkt 10.2).

7.2.1. Bildungsstatus

Die Eltern wurden aufgefordert, ihre höchste abgeschlossene (Schul-)Bildung anzugeben. Es konnte eine Auswahl aus folgenden Punkten getroffen werden:

- Hauptschulabschluss
- Lehre
- Matura
- Hochschulabschluss (Universität/Fachhochschule)

In den unten stehenden Punkten ist die Auswertung der Daten ersichtlich.

7.2.1.1. Bildungsstatus – Väter

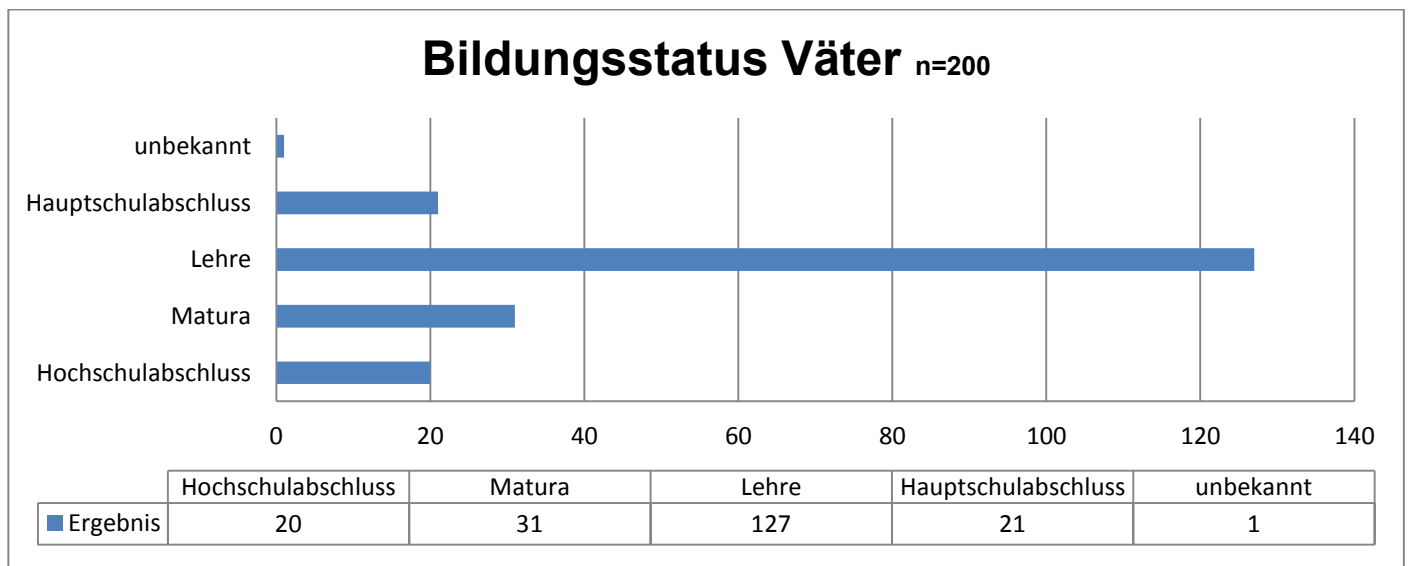


Abbildung 7: Bildungsstatus – Vater

INTERPRETATION:

Der Großteil der Väter besitzt als höchste abgeschlossene Ausbildung eine Lehre ($\hat{=}$ 63,5%). 15,5% aller Väter besitzen eine Matura, 10,5% einen Hauptschulabschluss und nur 10% einen Hochschulabschluss.

Möglicherweise stehen die relativ geringen Prozentanteile, bezogen auf Ausbildungsstatus „Hochschulabschluss“ und „Matura“, mit geographischen Gegebenheiten in Zusammenhang; die Kinder- und Jugendabteilung des LKH Leoben versorgt größtenteils Patienten aus dem Mur- und Mürzraum, wo aufgrund von geschichtlichen Gegebenheiten die Industrie als Dienstgeber noch immer vorherrschend ist. Das Angebot an Lehrstellen ist in diesem Bereich der Steiermark mit Sicherheit größer als jenes für Hochschulabsolventen.

Diese Aussage ist für Mütter und Väter gleich zu werten und ist damit geschlechtsunabhängig.

7.2.1.2. Bildungsstatus – Mütter

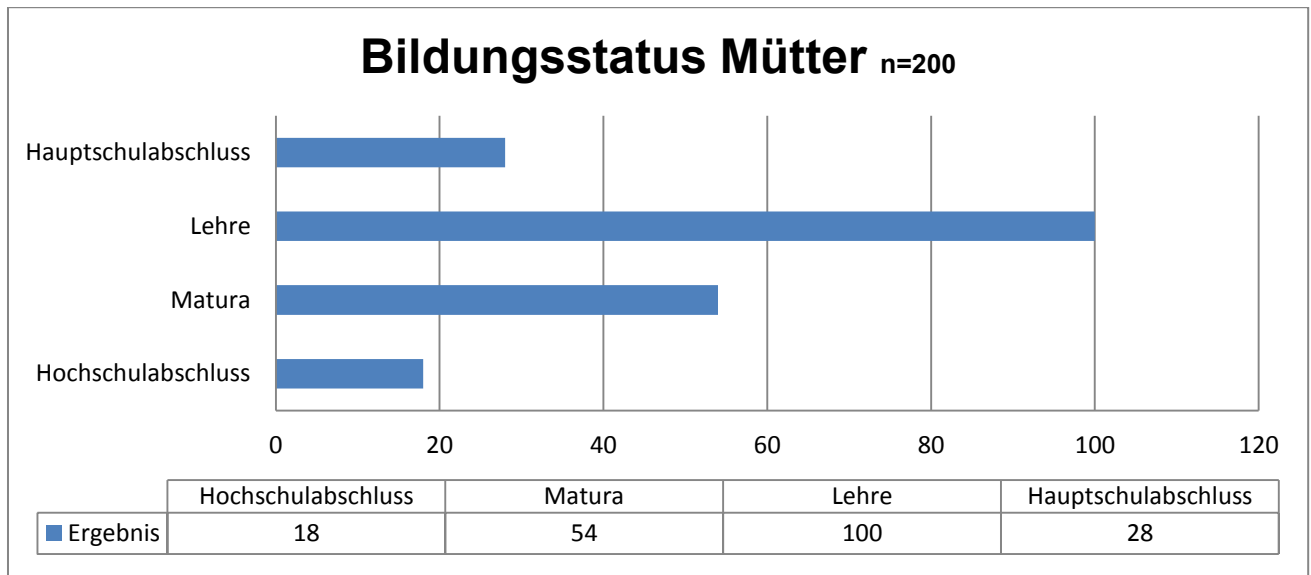


Abbildung 8: Bildungsstatus – Mutter

INTERPRETATION:

Auch bei den Müttern besitzt ein Großteil aller Befragten als höchste abgeschlossene Ausbildung eine Lehre ($\hat{=}$ 50%). Auffallend ist jedoch, dass sich in der Gruppe der Mütter deutlich mehr Maturantinnen ($\hat{=}$ 27%) befinden, als Maturanten bei den Vätern. Die Bereiche des Hoch- und Hauptschulabschlusses sind dagegen jedoch fast völlig ident.

7.2.1.3. Höchster Bildungsstatus der Familie

Um eine Vereinheitlichung des Bildungsstatus von Mutter und Vater zu erlangen, wurde der „höchste Ausbildungsgrad der Familie“ ausgewählt.

Beispiel:

- Ausbildungsgrad Vater: Hochschulabschluss
- Ausbildungsgrad Mutter: Lehre
- = höchster Ausbildungsgrad der Familie: Hochschulabschluss

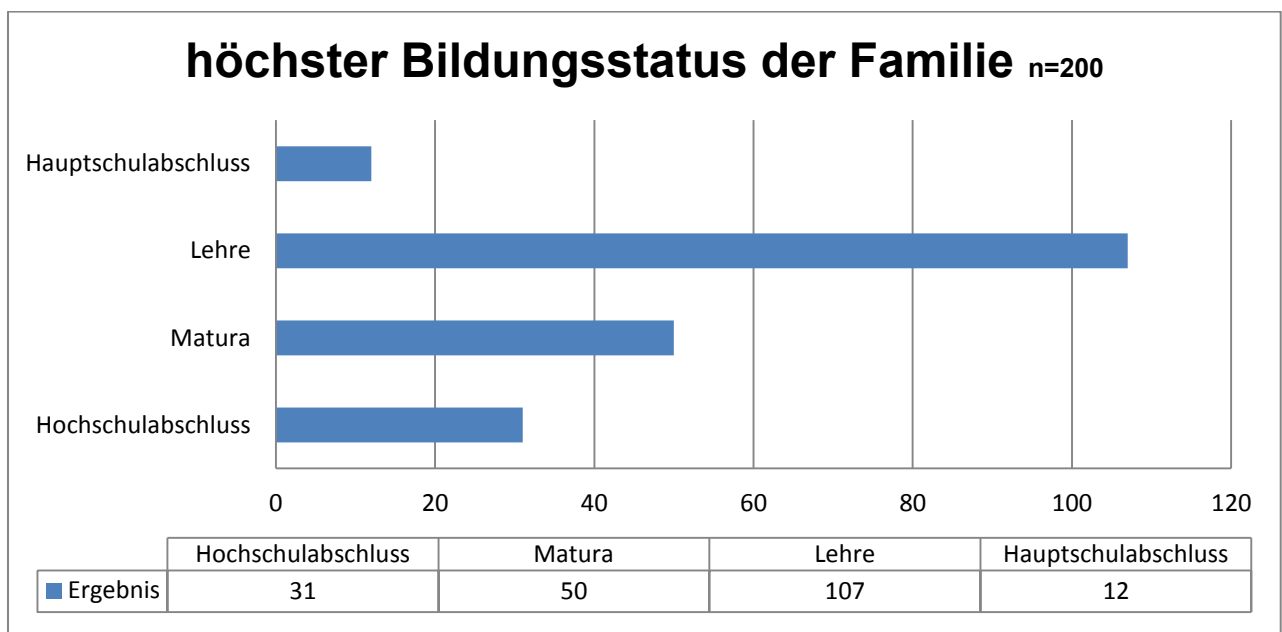


Abbildung 9: höchster Bildungsstatus der Familie

INTERPRETATION:

Vergleicht man nicht die Absolutzahlen der Datenauswertung, sondern gibt die oben angeführten Daten in Prozent an, so lässt sich folgendes Ergebnis darstellen:

Hochschulabschluss:	15,5%
Matura:	25%
Lehre:	53,5%
Hauptschulabschluss:	6%

Auch hier wird wiederum deutlich, wie vorherrschend der Ausbildungsstatus „Lehre“ ist.

Positiv zu bewerten wäre – bezogen auf eine Bildungsfrage – der geringe Prozentanteil jener Befragten, welche einen „Hauptschulabschluss“ als höchste abgeschlossene Bildung angaben.

Dies soll wertfrei und als persönliche Meinung betrachtet werden.

7.2.2. Wohnfläche

Die Eltern wurden des Weiteren gebeten, die Wohnfläche ihres Hauptwohnsitzes bzw. jenes Wohnsitzes anzugeben, an welchem sich deren Kind die meiste Zeit aufhält.

Es konnte eine Auswahl aus folgenden Punkten getroffen werden:

- < 30 m²
- 30-50 m²
- 50-100 m²
- 100-150 m²
- > 150 m²

Die Datenauswertung zeigte folgendes Ergebnis:

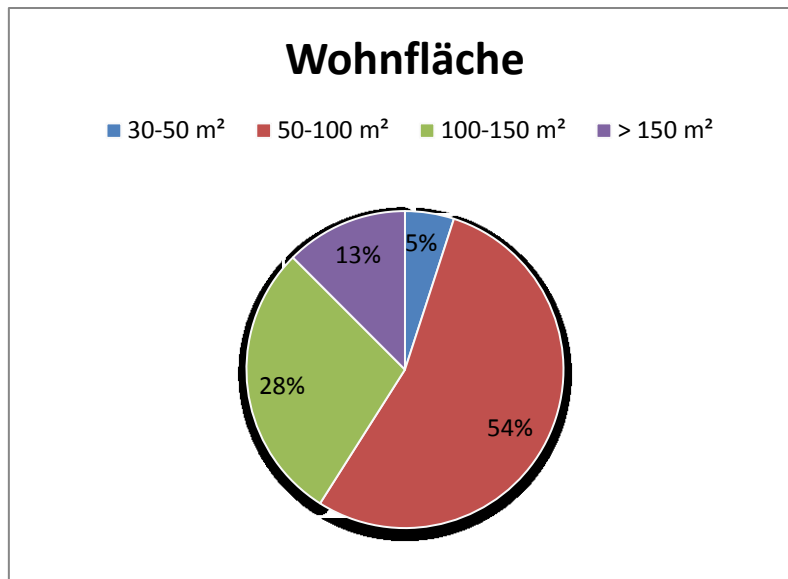


Abbildung 10: Wohnfläche

INTERPRETATION:

Keiner der Befragten gab eine Wohnfläche „<30m²“ an.

Der Großteil verfügt über eine Wohnfläche von „50-100m²“, gefolgt von „100-150m²“.

7.2.3. Anzahl der Personen im Haushalt

Anhand des Fragebogens wurde auch nach der Anzahl der Personen im Haushalt gefragt. Folgende Auswahlmöglichkeiten standen den Befragten zur Verfügung:

- 2 Personen
- 3-5 Personen
- > 5 Personen

Bei der Datenauswertung zeigte sich folgendes Bild:

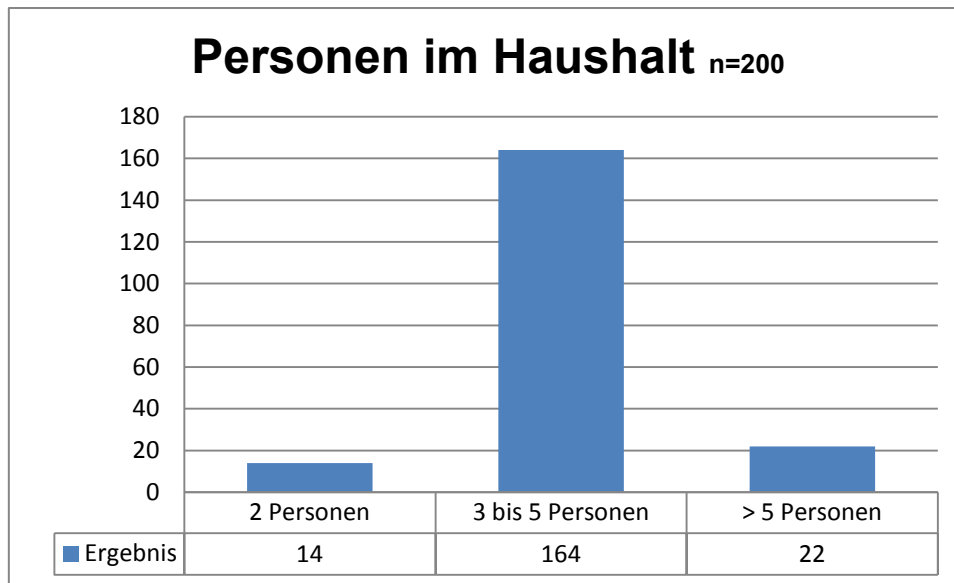


Abbildung 11: Anzahl der Personen im Haushalt

INTERPRETATION:

Der prozentuell größte Anteil aller Befragten (82%) lebt in einer Familie, welche aus 3 bis 5 Mitgliedern besteht.

Nur 11% leben in einer großen Familie mit mehr als 5 Mitgliedern.

Durch die Option „2 Personen“ bestand die Möglichkeit der Erhebung von Alleinerziehenden, seien es nun allererziehende Mütter oder Väter. Einbezogen können hier nur jene Familien werden, welche nicht durch häusliche oder private Umstände in eine andere Familie mit eingegliedert worden sind (Beispiel: bäuerliche Familie); der Anteil jener belief sich auf 7%, was wohl als ein geringer Anteil einzuschätzen ist.

7.2.4. Familieneinkommen

Alle 200 Erziehungsberechtigten wurden mittels Fragebogen über das vorhandene Familieneinkommen befragt.

Das Familieneinkommen war bezogen auf das Nettoeinkommen inkl. Familienbeihilfe und allen anderen Bezügen, welches der Familie MONATLICH zur Verfügung steht.

Folgende Auswahlmöglichkeiten standen zur Verfügung:

- < 500 €
- 500 – 1000 €
- 1001 – 2000 €
- 2001 – 3000 €
- 3001 – 4000 €
- > 4000 €
- Keine Angabe

Ergebnis:

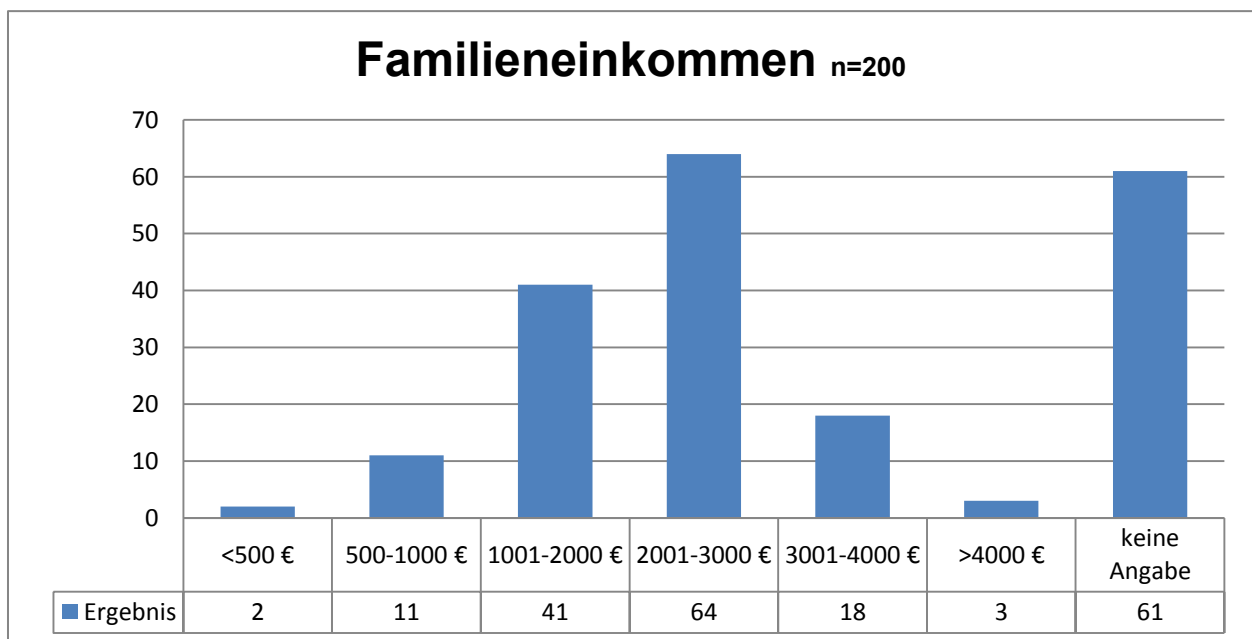


Abbildung 12: Familieneinkommen

INTERPRETATION:

Von den insgesamt 200 Befragten gaben 64 ($\hat{=}$ 32%) an, über ein Nettoeinkommen von „2001-3000 €“ zu verfügen. Diese bildeten damit die größte Gruppe.

Wichtig bei dieser Auswertung ist die Beachtung der Antwortoption „Keine Angabe“. Fast ebenso viele Eltern entschieden sich für die Möglichkeit „Keine Angabe“ (61 $\hat{=}$ 30,5%) wie für die Option „2001-3000 €“.

Positiv zu hervorheben wäre, dass nur 2 ($\hat{=}$ 1%) der Befragten die Option „<500 €“ wählten.

Nur 3 der Eltern wählten die Option „>4000 €“ – dies entspricht einem geringen Prozentanteil von 1,5%.

7.2.5. Zusammenhang Wohnfläche und Anzahl der Personen im Haushalt

Um Rückschlüsse zwischen der Wohnfläche und der Anzahl der Personen im Haushalt zu tätigen, war eine weitere Auswertung notwendig.

Folgendes Ergebnis wurde ersichtlich:

	Wohnfläche in m²				
Anzahl der Personen im Haushalt	30-50	50-100	100-150	>150	<u>Gesamt</u>
2 Personen	4	9	1	0	14
3-5 Personen	5	85	55	19	164
>5 Personen	1	14	1	6	22
<u>Gesamt</u>	10	108	57	25	200

Tabelle 15: Zusammenhang Wohnfläche und Anzahl der Personen im Haushalt

INTERPRETATION:

Die meisten Befragten, bezogen auf „Anzahl der Personen im Haushalt“, ordneten sich, wie bereits oben erwähnt, in der Gruppe „3-5 Personen“ ein. Von jenen 164 wohnt der Großteil auf einer Wohnfläche von „50-100m²“ (85 $\hat{=}$ 42,5%).

Auffällig ist des Weiteren Folgendes:

In der Gruppe „>5 Personen“ gibt es immerhin 1 Familie, welche auf einer Wohnfläche von „30-50 m²“ wohnt und nur 6 Familien, welche über eine Wohnfläche von „>150 m²“ verfügen.

7.2.6. Zusammenhang höchste Ausbildung in der Familie und Einkommen

Um mögliche Zusammenhänge zwischen der höchsten Ausbildung in der Familie und dem Nettoeinkommen zu tätigen, wurde eine weitere Auswertung durchgeführt.

Folgendes Ergebnis wurde ersichtlich:

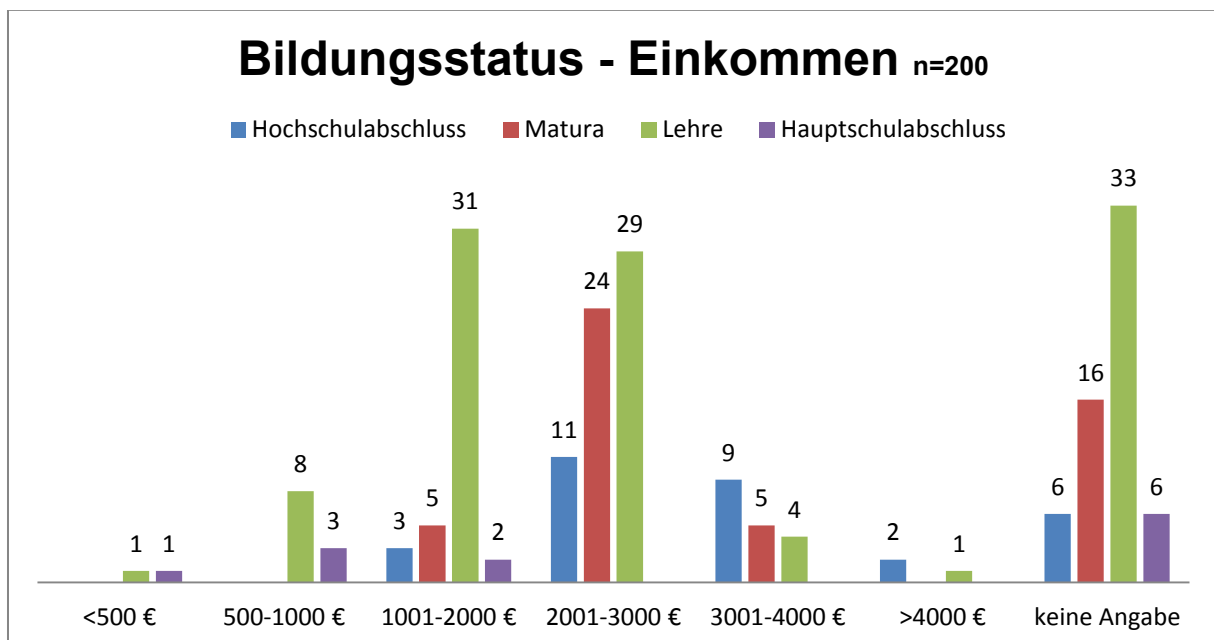


Abbildung 13: Zusammenhang höchste Ausbildung der Familie und Nettoeinkommen

INTERPRETATION:

Auffallend ist, dass jene Familien, bei denen der höchste Ausbildungsstatus „Lehre“ ist, sich in allen Gruppen wiederfinden. Es liegt damit eine breite Streuung vor.

Ebenso zu erwähnen, ist die Tatsache, dass Familien mit dem Ausbildungsstatus „Hochschulabschluss“ ein Nettoeinkommen zwischen 1001 € und >4000 € angaben.

Wurde als höchster Ausbildungsstatus „Matura“ ausgewertet, so wurde ein Einkommen zwischen 1001 € und 4000 € angegeben.

Familien, deren höchster Ausbildungsstatus „Hauptschulabschluss“ darstellt, beziehen ein Nettoeinkommen zwischen <500 € bis 2000 €.

Zusammenfassend lässt sich damit zeigen, dass eine abgeschlossene Ausbildung, die höher einzustufen ist als ein Hauptschulabschluss, nicht in direktem Zusammenhang mit dem Familieneinkommen steht. Es liegt bei allen Einkommensklassen eine breite Streuung bezogen auf den Ausbildungsstatus vor.

7.3. Beteiligungsraten - Allgemein

Abhängig davon wie alt die Teilnehmer zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren, wurden die Beteiligungsraten an den vorgegebenen/geplanten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen untersucht.

Folgende Untersuchungen wurden in die Auswertung mit einbezogen:

Untersuchungszeitraum	Untersuchung
Postnatal	Hörscreening
4.-7. LW	Ärztliche Untersuchung des Kindes
4.-7. LW	Orthopädische Untersuchung
6.-8. LW	Hüftultraschalluntersuchung
3.-5. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes
7.-9. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes
7.-9. LM	HNO-Untersuchung
10.-14. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes
10.-14. LM	Augenuntersuchung
22.-26. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes
22.-26. LM	Augenfachärztliche Untersuchung
34.-38. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes
46.-50. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes
58.-62. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes
<u>Summer aller geprüften Untersuchungen</u>	<u>14</u>

Tabelle 16: Untersuchungen, Beteiligungsraten

Anzumerken ist, dass einige Untersuchungen durchzuführen sind, um den Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld nicht zu verlieren. Diese sind „Tabelle 10: erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes; Kind“ zu entnehmen. Untersucht wurde allerdings die Gesamtzahl aller oben genannten Untersuchungen.

Insgesamt wäre - bei n=200 und unter der Berücksichtigung des Alters der Teilnehmer - ein Soll von 2045 Untersuchungen zu absolvieren.

Anzumerken ist hier, dass sich im Laufe der letzten Jahre die vorgesehenen Untersuchungen im Mutter-Kind-Pass stetig geändert haben (siehe Punkt 2.1). Bei 4 Teilnehmern, die zwar das entsprechende Alter erreicht gehabt hätten, war die letzte Untersuchung (58.-62. Lebensmonat, ärztliche Untersuchung des Kindes) im Mutter-Kind-Pass noch nicht vorgesehen und konnte somit nicht durch- bzw. angeführt werden.

Die Auswertung erfolgte unter Berücksichtigung des Alters, wobei eine Untersuchung dann als „Soll“ gewertet wurde, wenn das Kind das Alter des Beginnes des Untersuchungszeitraums erreicht hatte.

Beispiel:

- Alter des Kindes: 7 Monate
- Somit wurden in die Datenauswertung alle Untersuchungen eingeschlossen, welche vor dem 7. Lebensmonat zu besuchen gewesen wären UND auch jene Untersuchungen, bei welchen der geplante Untersuchungszeitraum „7.-9. Lebensmonat“ ist (eine ärztliche Untersuchung des Kindes, HNO-Untersuchung).

Unter Berücksichtigung des oben angeführten Untersuchungsmodus, kam es zu einem IST-Wert von 1908 Untersuchungen.

INTERPRETATION:

SOLL: 2045 Untersuchungen; $\triangleq$ 100%

IST: 1908 Untersuchungen; $\triangleq$ 93,3%

Insgesamt wurde damit eine Beteiligungsrate von 93,3% nachgewiesen, wobei die Altersverteilung hier zu beachten ist. Nur bei 46 Teilnehmern konnte eine gesamte Evaluation aller Untersuchungen durchgeführt werden – alle anderen Teilnehmer waren zum Zeitpunkt zur Erhebung zu jung.

7.3.1. Beteiligungsraten – Bildungsstatus

Anhand des ausgehändigten Fragebogens wurde - wie oben beschrieben - auch der Bildungsstatus der Eltern mit erhoben.

Betrachtet man die Beteiligungsraten der Untersuchungen und vergleicht sie mit dem höchsten Ausbildungsgrad der Familie, so erhält man folgende Auswertung:

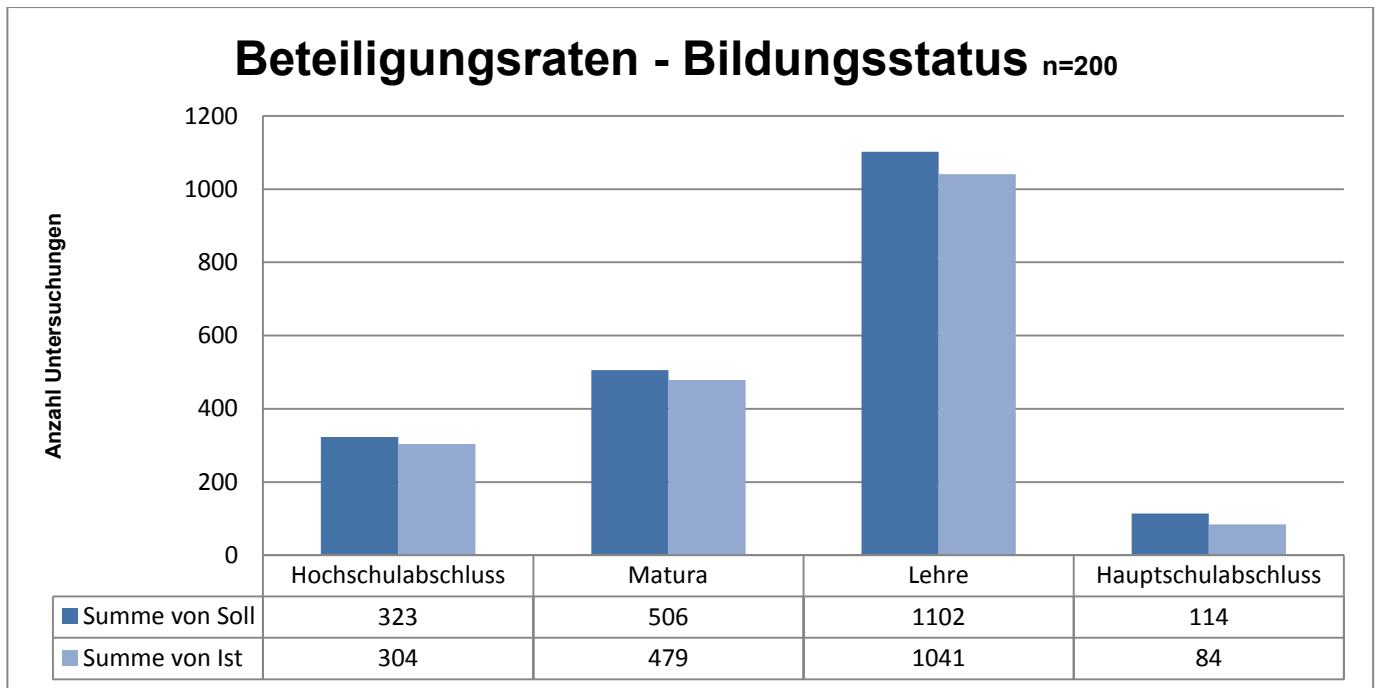


Abbildung 14: Beteiligungsraten – Bildungsstatus; Absolutzahlen

Beurteilt man Abbildung 14, so ist primär kein offensichtlicher Unterschied, bezogen auf den Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Beteiligungsraten, zu erkennen.

Gibt man die Absolutzahlen in Prozent an, zeichnet sich folgendes Bild ab:

Bildungsstatus	Summe von SOLL	Summe von IST	Differenz
Hochschulabschluss	15,79 %	14,86 %	0,93 %
Matura	24,74 %	23,42 %	1,32 %
Lehre	53,89 %	50,90 %	2,99 %
Hauptschulabschluss	5,57 %	4,10 %	1,47 %
<u>Gesamt:</u>	<u>100%</u>	<u>93,28 %</u>	

Tabelle 17: Beteiligungsraten – Bildungsstatus; Prozent

Aus der oben stehenden Tabelle wird klar ersichtlich, dass diejenigen Familien, die als höchsten Ausbildungsgrad einen „Hochschulabschluss“ bzw. eine „Matura“ vorzuweisen haben, eine höhere Beteiligungsrate haben als jene, welche „Lehre“ bzw. „Hauptschulabschluss“ als höchsten Ausbildungsgrad angaben.

INTERPRETATION:

Die Beteiligungsrate aller untersuchten Teilnehmer ist mit 93,3% als hoch einzuschätzen.

Auffällig ist, dass ein Zusammenhang zwischen Ausbildungsgrad der Erziehungsberechtigten und der Beteiligungsrate besteht, auch wenn dieser nur minimal ist. Aus der oben stehenden Tabelle wird ersichtlich, dass diejenigen Familien, die als höchsten Ausbildungsgrad einen „Hochschulabschluss“ bzw. eine „Matura“ vorzuweisen haben, eine höhere Beteiligungsrate aufweisen, als jene, welche „Lehre“ bzw. „Hauptschulabschluss“ als höchsten Ausbildungsgrad angaben.

Bezieht man den prozentuellen Wert lediglich auf die Gruppengrößen, so zeigt sich allerdings folgendes Bild:

Beteiligungsraten abhängig von der Gruppengröße:

Hochschulabschluss: 94,1%

Matura: 94,6%

Lehre:	94,5%
--------	-------

Hauptschulabschluss:	73,6%
----------------------	-------

Somit ist festzuhalten, dass all jene, die als höchsten Ausbildungsgrad „Hochschulabschluss“, „Matura“ bzw. „Lehre“ auswählten, prozentuell gesehen, eine fast gleich hohe Beteiligungsrate hatten. Nur bei jenen, die „Hauptschulabschluss“ als höchste Ausbildung angaben, sieht man einen starken prozentuellen Rückgang.

Ohne eine Wertung abgeben zu wollen, zeigt sich damit das Bild, dass Bildung wohl mit gesundheitlichem Verständnis bzw. Wertschätzung von Gesundheit einhergeht.

7.4. Pränatale Daten – Schwangerschaft

Obwohl das Diplomarbeitsthema primär im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde angesiedelt ist, wurden trotzdem auch pränatale Daten bezogen auf die Schwangerschaft erhoben.

Folgende Daten wurden aus 200 Mutter-Kind-Pässen ausgewertet:

- Teilnahme an Ultraschalluntersuchungen
- Teilnahme an der internen Untersuchung
- Labor - durchzuführen bis zur 16.SSW: Röteln-AK, Lues-Reaktion, Toxoplasmose-Screening
- Labor – durchzuführen zwischen 25. und 28. SSW: HBs-AG
- Oraler Glukosetoleranztest: oGTT

7.4.1. Teilnahme an Ultraschalluntersuchungen

Abhängig von der Mutter-Kind-Pass-Ausgabe gab es eine unterschiedliche Anzahl an vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft. Bei allen Teilnehmern der Studie waren allerdings immer mind. 2 Ultraschalluntersuchungen vorgesehen. Fakultative additive Untersuchungen sind bis dato auch heute jederzeit möglich.

Die Durchsicht der Mutter-Kind-Pässe zeigte folgendes Ergebnis:

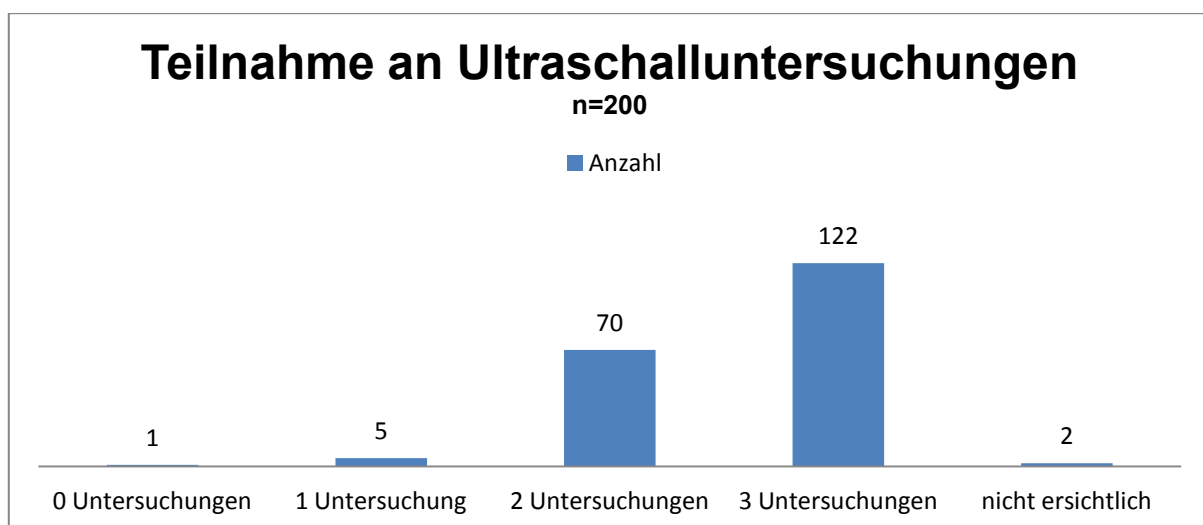


Abbildung 15: Beteiligungsrate an Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

INTERPRETATION:

122 Mütter besuchten insgesamt 3 Ultraschalluntersuchungen. Dies entspricht 61% und damit der deutlichen Mehrheit.

70 Mütter ließen 2 Ultraschalluntersuchungen durchführen, was einem Prozentanteil von 35% entspricht.

3% besuchten entweder keine oder nur 1 Untersuchung.

Bei 1% der durchgesehenen Mutter-Kind-Pässe waren keine Daten ersichtlich (Seiten fehlten oder waren aufgrund von äußeren Einflüssen (z.B. Flecken) unleserlich).

Somit ist festzuhalten, dass 96% aller Mütter mind. 2 Ultraschalluntersuchungen durchführen ließen, was einem sehr hohen Prozentsatz entspricht.

7.4.2. Teilnahme an interner Untersuchung

Anhand einer internen Untersuchung der Schwangeren sollen mögliche Grunderkrankungen bzw. Erkrankungen, die in der Schwangerschaft negative Folgen auf Mutter und Kind haben könnten, aufgedeckt werden.

Untersucht werden:

Nase, Rachen, Zähne, Hals, Herz-Kreislauf, Blutdruck, Lunge, Abdomen, Skelett, Extremitäten, Haut und Nervensystem.

Bei der Auswertung der Beteiligungsrate der internen Untersuchung wurde Folgendes ersichtlich:

Von insgesamt 200 Müttern nahmen 169 an der internen Untersuchung teil. 29 Mütter nahmen an jener Untersuchung definitiv nicht teil, bei 2 Mutter-Kind-Pässen waren die Daten nicht ersichtlich.

INTERPRETATION:

84,5% aller Mütter nahmen an der internen Untersuchung teil.

14,5% aller Mütter nahmen NICHT an der internen Untersuchung teil.

Bei 1% der Mütter waren die Daten zu dieser Untersuchung leider nicht ersichtlich.

Ein Großteil der Mütter nahm damit die Möglichkeit wahr, sich selbst während der Schwangerschaft ärztlich untersuchen zu lassen. Jene Mütter konnten damit das Risiko, an möglichen Grunderkrankungen zu leiden, die für sie selbst bzw. das ungeborene Kind Folgen nach sich ziehen könnten, mit einer gewissen Sicherheit reduzieren.

7.4.3. Laboruntersuchungen I

Unter diesem Punkt sollen jene Laboruntersuchungen angeführt werden, welche bis zur 16. SSW durchzuführen sind.

Diese sind:

- Röteln-AK
- Lues-Reaktion
- Toxoplasmose

Folgende Ergebnisse können präsentiert werden:

Untersuchung	positiv	negativ	nicht angegeben
Röteln-AK	175	22	3
Lues-Reaktion	0	197	3
Toxoplasmose	64	134	2

Tabelle 18: Laboruntersuchungen bis zur 16.SSW

INTERPRETATION:

Primär ist als positiv hervorzuheben, dass bei keiner der Mütter ein positiver Wert bei der Lues-Reaktion ersichtlich war. Unter Einbezug der nicht angegebenen Daten bei 3 Müttern entspricht dies einem Negativ-Ergebnis von 98,5%.

Bei 175 aller Mütter waren die Röteln-AK positiv – dies entspricht einem Prozentsatz von 87,5%.

Eine positive Toxoplasmose-Reaktion war bei insgesamt 64 Müttern nachzuweisen ($\triangleq$ 32%). 134 Mütter ($\triangleq$ 68%) werden sich in der Folge einer Kontrolluntersuchung im Rahmen später angesiedelter Untersuchungen unterziehen haben müssen. Dies ist so vorgesehen, um eine mögliche Erstinfektion innerhalb einer Schwangerschaft nach der ersten Untersuchung ausschließen zu können. Die Betrachtung dieser Daten - bezogen auf die mögliche Zweituntersuchung - wurde bei der Datenerhebung nicht miteinbezogen.

7.4.4. Laboruntersuchungen II

Zwischen der 25. und 28. SSW finden weitere Laboruntersuchungen statt. Es wird das HBs-Antigen getestet.

Folgende Daten konnten den Mutter-Kind-Pässen entnommen werden:

Bei n=200 zeigte sich bei 198 Müttern ein negativer Wert und eine floride Hepatitis-B-Infektion konnte damit ausgeschlossen werden. Bei 2 Mutter-Kind-Pässen gab es keine Angabe bezüglich dieses Tests.

INTERPRETATION:

Bei 99% aller untersuchten Mütter war das HBs-Antigen als negativ angegeben, was als äußerst positiv zu sehen ist.

Bei 1% der Mütter kann aufgrund mangelnder Angaben im Mutter-Kind-Pass keine Aussage getroffen werden.

7.4.5. Oraler Glukosetoleranztest (oGTT)

Im Jahr 2008 wurde der orale Glukosetoleranztest als standardisierte Untersuchung für alle Mütter in den Mutter-Kind-Pass aufgenommen.

Mittels des oGTT soll eine mögliche Kohlenhydratstoffwechselstörung in der Schwangerschaft aufgedeckt werden (Gestationsdiabetes).

„Die Kohlenhydratstoffwechselstörung in der Schwangerschaft ist einer Erkrankung, die erstmals während der Schwangerschaft auftritt und die in der Regel nach der Geburt nicht mehr besteht.“ (Dudenhausen, et al., 2003, p. 186)

Die Häufigkeit einer solchen Stoffwechselstörung liegt zwischen 1% und 12%.

Tritt ein solcher Gestationsdiabetes auf, kommt es zu einer Erhöhung der fetalen Blutzuckerwerte und damit auch zur Erhöhung der fetalen Insulinproduktion, was eine Hypertrophie der Beta-Zellen des Pankreas nach sich zieht. In der Folge kommt es zu einer Makrosomie und Kardiomegalie beim ungeborenen Kind. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass durch den Hyperinsulinismus des Kindes auch eine fetale Hypoxie gefördert wird – dies steigert die Wahrscheinlichkeit für einen intrauterinen Fruchttod, was die Notwendigkeit dieser Untersuchung auf alle Fälle rechtfertigen sollte (Dudenhausen, et al., 2003, p. 187).

Durchführung des Tests (Schneider, et al., 2004, p. 394):

- Messung des Nüchtern-Blutzuckerwertes der Schwangeren im kapillaren Vollblut bzw. venösen Blutplasma.
- Verabreichung von 75mg Glukose, gelöst in 300ml Wasser.
- Erneute Messung nach einer und zwei Stunden.

Grenzwerte (Schneider, et al., 2004, p. 394):

- Nüchtern: <90 mg/dl
- Nach einer Stunde: <180 mg/dl
- Nach zwei Stunden: <140 mg/dl

Bei der Auswertung der Daten der Mutter-Kind-Pässe wurde eine willkürliche Einteilung in Gruppen vorgenommen.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

Mittelwert oGTT nüchtern	Mittelwert oGTT nach 1h	Mittelwert oGTT nach 2h
80,56	104,60	133,74
s: $\pm 11,88$	s: $\pm 31,17$	s: $\pm 25,10$

Tabelle 19: Mittelwerte oGTT

	Minimum	Maximum
oGTT nüchtern	37	122
oGTT nach 1h	56	216
oGTT nach 2h	42	182

Tabelle 20: Minima und Maxima oGTT

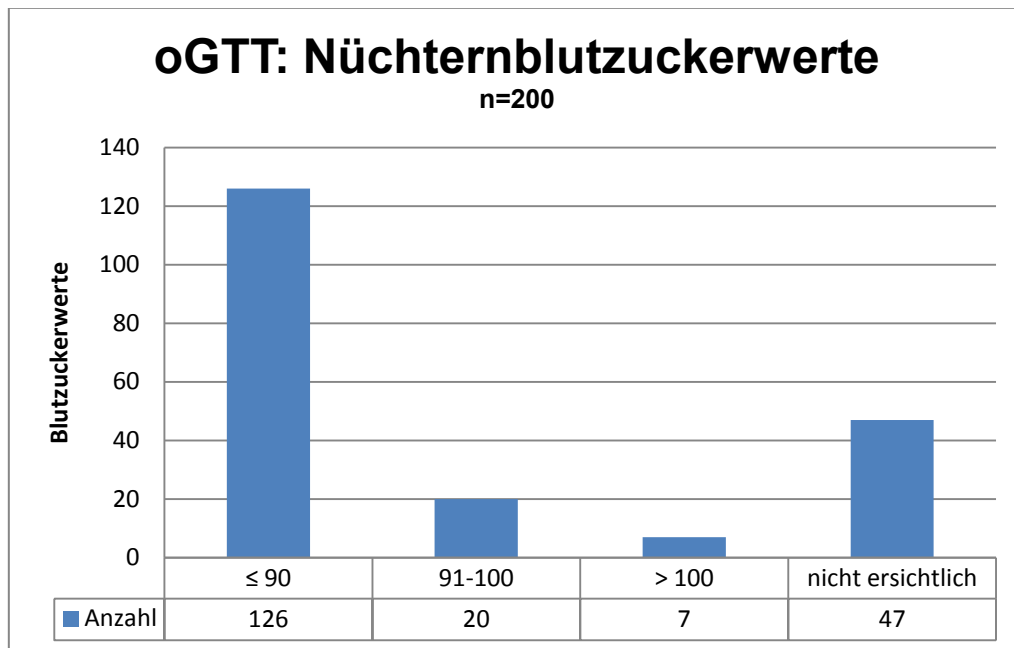


Abbildung 16: oGTT Nüchternblutzuckerwerte

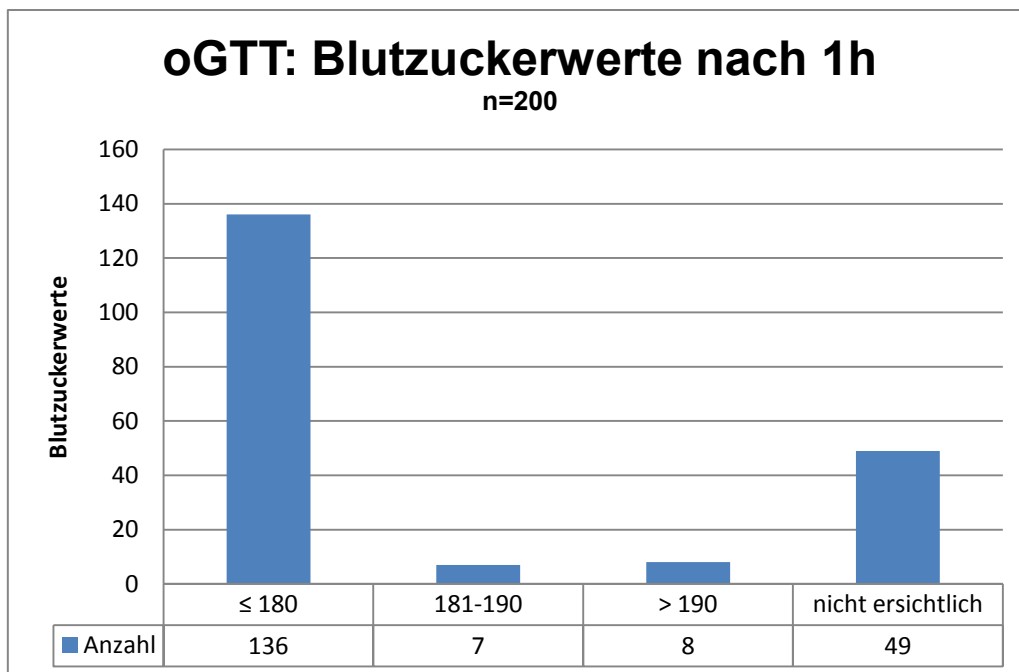


Abbildung 17: oGTT Blutzuckerwerte nach 1h

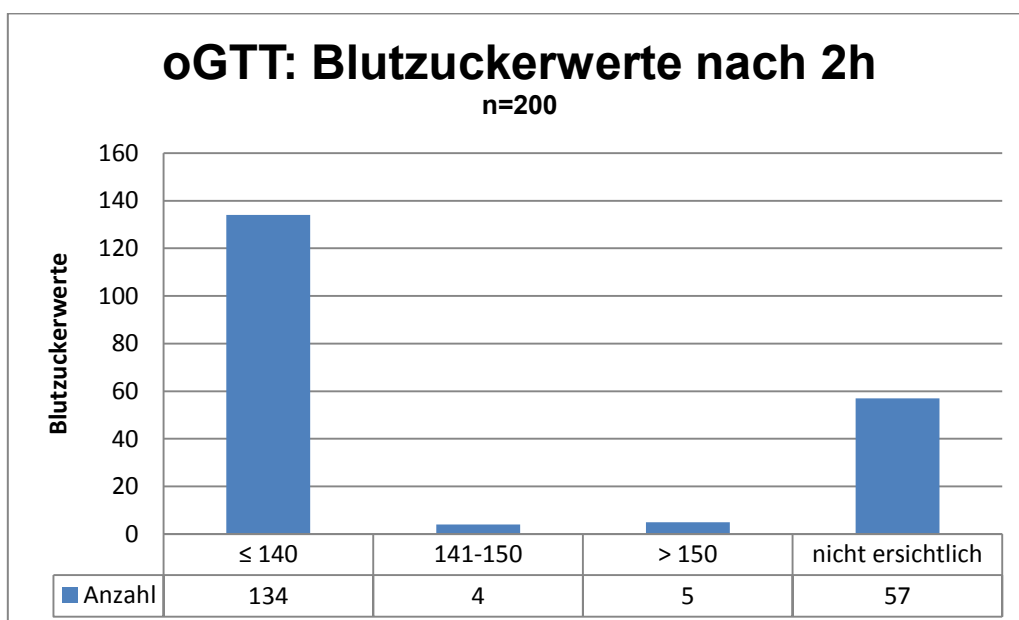


Abbildung 18: oGTT Blutzuckerwerte nach 2h

INTERPRETATION:

Betrachtet man die Mittelwerte des oGTT im nüchternen Zustand, nach einer und zwei Stunden, so ist festzustellen, dass sich alle Werte unter dem Normbereich befinden.

Bei den Minima- und Maxima-Werten ist deutlich ersichtlich, welche großen Streuungen bei Blutzuckermessungen auftreten können.

Am interessantesten scheinen allerdings die Darstellungen der einzelnen Werte, welche aus den Säulendiagrammen zu entnehmen sind:

oGTT – Nüchternblutzuckerwerte:

Nur 63% aller untersuchten Mütter zeigten Normwerte unter 90 mg/dl. 10% zeigten Werte zwischen 91 und 100 mg/dl. 3,5% zeigten Werte >100mg/dl. Bei 23,5% waren keine Werte ersichtlich.

Damit ist festzustellen, dass bei 63% der Mütter Normwerte vorlagen, bei 13,5% der Untersuchten jedoch mit Sicherheit eine Überschreitung des Grenzwertes <90 mg/dl vorlag.

oGTT – Blutzuckerwerte nach 1h:

68% der Mütter zeigten hier Normwerte unter 180 mg/dl. 3,5% zeigten einen Wert zwischen 181 und 190 mg/dl und bei 4% der Untersuchten waren Werte >190 mg/dl festzustellen. Bei 24,5% waren keine Werte ersichtlich.

Aufgrund dieser Werte lässt sich sagen, dass bei 68% der Mütter Normwerte vorlagen, bei 7,5% der Mütter jedoch eine Überschreitung des Grenzwertes <180 mg/dl vorlag.

oGTT – Blutzuckerwerte nach 2h:

67% aller untersuchten Mütter zeigten Normwerte unter 140 mg/dl. 2% zeigten einen Wert zwischen 141 und 150 mg/dl und bei 2,5% der Untersuchten lagen Werte >150 mg/dl vor. Bei 28,5% waren keine Werte ersichtlich.

67% aller Mütter galten hier als nicht-gefährdet, da bei jenen der obere Grenzwert von 140 mg/dl nicht überschritten wurde. Bei 4,5% der Untersuchten war eine Überschreitung festzustellen.

Zusammenfassung:

Die Option „nicht ersichtlich“ kann durch folgende Gründe entstanden sein: Die Untersuchung wurde nicht durchgeführt, nicht aufgezeichnet oder abgebrochen.

Bei ca. 2/3 aller untersuchten Mütter zeigten sich Werte unter den oben angeführten Normbereichen. Bei all jenen, bei welchen eine Überschreitung der Blutzuckerwerte festzustellen war, sollte dies zumindest eine Nachuntersuchung mit sich gebracht haben.

Eine genaue Aufschlüsselung der Richtlinien, falls erhöhte Blutzuckerwerte vorliegen würden, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

7.5. Entbindung

Ein weiterer Bestandteil der Datenerhebung war, Größe, Gewicht und Kopfumfang des Neugeborenen zu erheben.

Des Weiteren wurden die APGAR-Werte, der arterielle Nabelschnur-pH-Wert (sofern als solcher angegeben), der Geburtsmodus und mögliche mütterliche Erkrankungen mit erhoben.

7.5.1. Größe des Neugeborenen

Die Größe ist in cm angegeben.

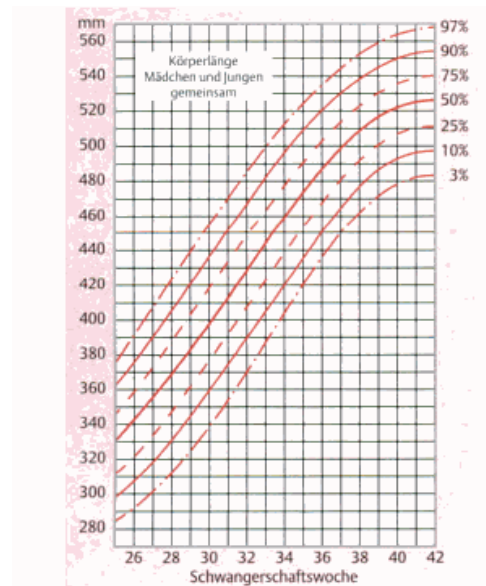


Abbildung 19: Perzentile Körperlänge Neugeborenes; (Garbe, 2008, p. 51)

Folgende Ergebnisse können präsentiert werden:

	Mittelwert	Maximum	Minimum
Männlich	50,43	57	40
Weiblich	49,78	55	41
Gesamt	50,17	-	-
Standardabweichung	± 2,85	-	-

Tabelle 21: Größe der Neugeborenen

INTERPRETATION:

Die Mittelwerte entsprechen jenen Standardangaben, welche in der Literatur zu finden sind.

Die niedrigen Minima-Werte ergeben sich dadurch, dass keine Differenzierung zwischen Termin- und Frühgeburt bei der Datenerhebung durchgeführt wurde.

7.5.2. Gewicht des Neugeborenen

Das Gewicht ist in Gramm angegeben.

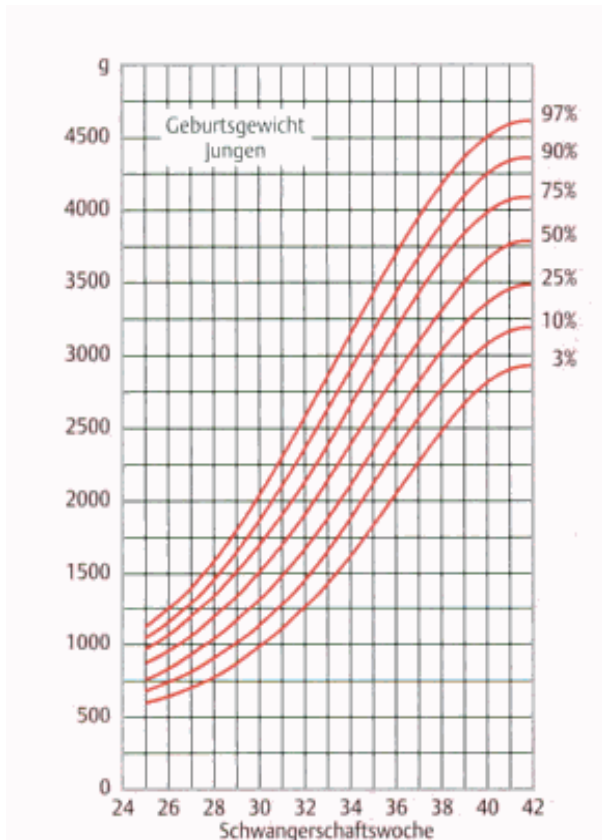


Abbildung 20: Perzentile Geburtsgewicht Jungen – Jungen; (Garbe, 2008, p. 50)

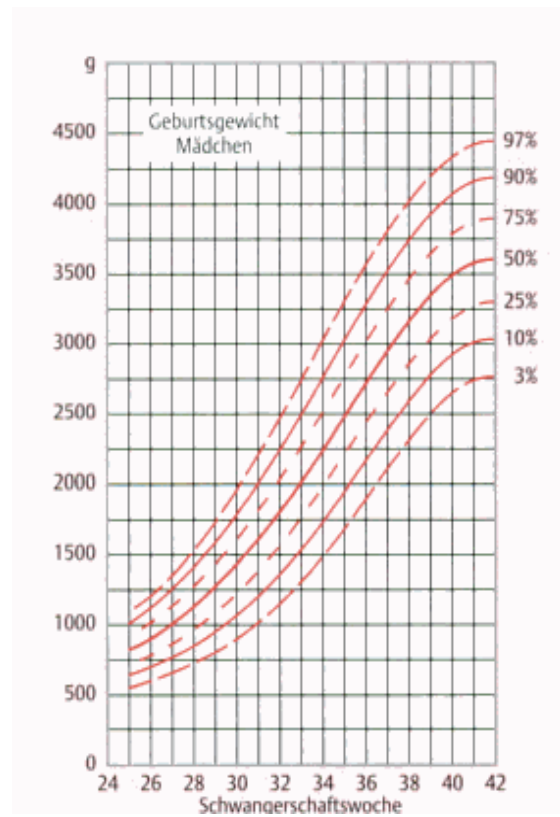


Abbildung 21: Perzentile Geburtsgewicht Mädchen – Mädchen; (Garbe, 2008, p. 50)

Folgende Ergebnisse können präsentiert werden:

	Mittelwert	Maximum	Minimum
Männlich	3254,03	4840	1230
Weiblich	3166,11	4230	1480
Gesamt	3218,24	-	-
Standardabweichung	± 571,39	-	-

Tabelle 22: Gewicht der Neugeborenen

INTERPRETATION:

Die Mittelwerte entsprechen - gleich wie bei der Auswertung der Größe - jenen Standardangaben, welche in der Literatur zu finden sind.

Die niedrigen Minima – Werte ergeben sich dadurch, dass keine Differenzierung zwischen Termin- und Frühgeburt bei der Datenerhebung durchgeführt wurde.

7.5.3. Kopfumfang des Neugeborenen

Der Kopfumfang ist in cm angegeben.

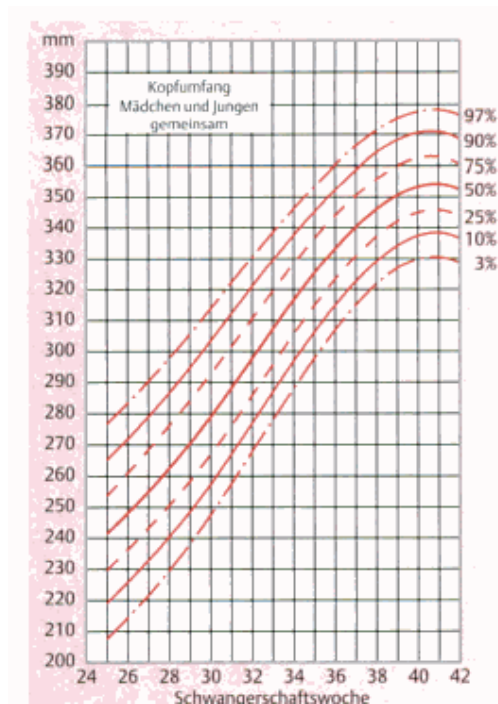


Abbildung 22: Perzentile Kopfumfang Neugeborenes; (Garbe, 2008, p. 51)

Folgende Ergebnisse können präsentiert werden:

	Mittelwert	Maximum	Minimum
Männlich	34,72	41	29
Weiblich	34,04	38	29
Gesamt	34,44	-	-
Standardabweichung	± 1,71	-	-

Tabelle 23: Kopfumfang der Neugeborenen

INTERPRETATION:

Die Mittelwerte entsprechen - gleich wie bei der Auswertung der Größe und des Gewichts - jenen Standardangaben, welche in der Literatur zu finden sind.

Die niedrigen Minima – Werte ergeben sich dadurch, dass keine Differenzierung zwischen Termin- und Frühgeburt bei der Datenerhebung durchgeführt wurde.

7.5.4. APGAR-Werte

Der Apgar-Index dient als ein wichtiger Parameter der Vitalitätsbeurteilung des Neugeborenen. Er besteht aus 5 Beurteilungskriterien und wird anhand eines Punkteschemas angegeben. Die maximal erreichbare Punktezahl liegt pro Unterpunkt (A,P,G,A,R) bei 2. Bestimmt wird der APGAR-Wert 1, 5 und 10 Minuten nach der Abnabelung des Neugeborenen (Kerbl, et al., 2011, p. 216).

APGAR steht für:

- A: Aussehen, Hautfarbe
- P: Puls, Herzfrequenz
- G: Grundtonus, Muskeltonus
- A: Atmung, Atemanstrengung
- R: Reflexe, Reflexauslösbarkeit, Reaktion auf Sondierung der Nase

Der APGAR-Score ist ein subjektives Beurteilungskriterium und unterliegt damit gewissen Schwankungen.

Das Ziel dieser Beurteilung kann wie folgt formuliert werden:

„Der Apgar-Wert wird 1, 5 und 10 min nach der Geburt erhoben. Der 1-min-Apgar-Wert dient zur Identifikation der Neugeborenen, die sofortiger Hilfe bedürfen. Für die neonatale Mortalität und spätere neurologische Morbidität kommt dem 5-min Apgar-Score eine gewisse prognostische Bedeutung zu.“ (Speer & Gahr, 2009, p. 143)

Der APGAR-Score zur postnatalen Beurteilung von reifen Neugeborenen wird anhand von folgenden Kriterien beurteilt:

Punkte	0	1	2
Herzfrequenz (Puls)	keine	< 100/min	> 100/min
Atemanstrengung	keine	langsam, unregelmäßig	gut, schreit
Muskeltonus	schlaff	gebeugte Extremitäten	aktive Bewegung
Reaktion auf Sondierung der Nase	keine	Grimasse	Husten, Niesen
Hautfarbe	blass, blau	Stamm rosig, Extremitäten blau	rosige Hände/Füße

Tabelle 24: APGAR-Score zur postnatalen Beurteilung; (Kerbl, et al., 2011, p. 216)

Beurteilung der APGAR-Werte (Kerbl, et al., 2011, p. 216):

- 9-10: ideale Werte; kein Handlungsbedarf, Beobachtung nach Standard
- > 7: noch als normal einzustufen
- < 5: Anlass für unmittelbar durchzuführende Reanimationsmaßnahmen

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

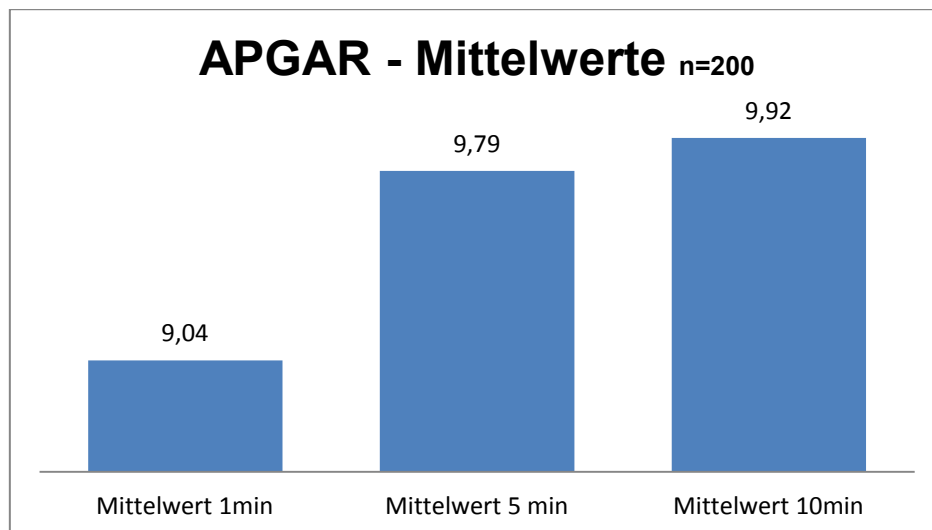


Abbildung 23: APGAR-Mittelwerte nach 1,5 und 10 min

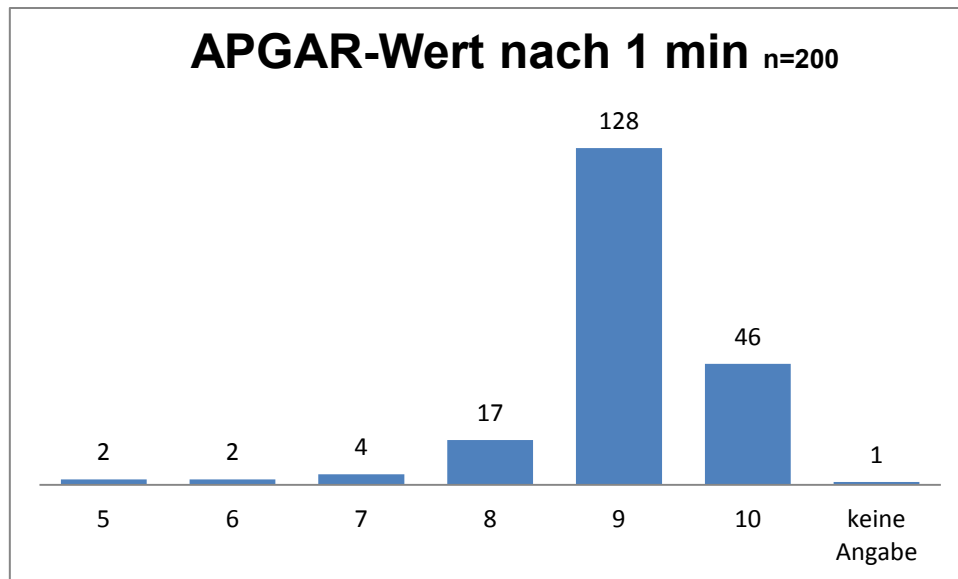


Abbildung 24: APGAR-Wert nach 1 min

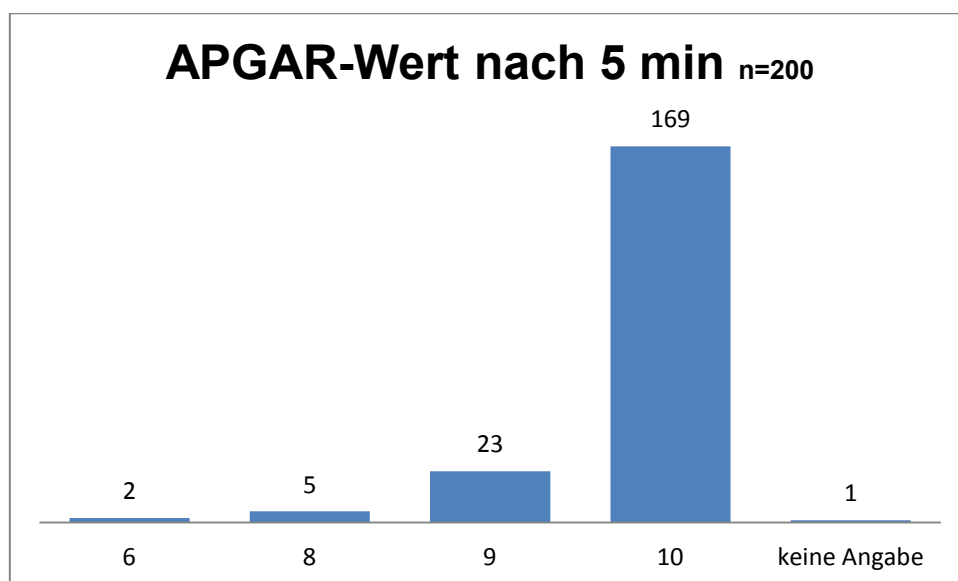


Abbildung 25: APGAR-Wert nach 5 min

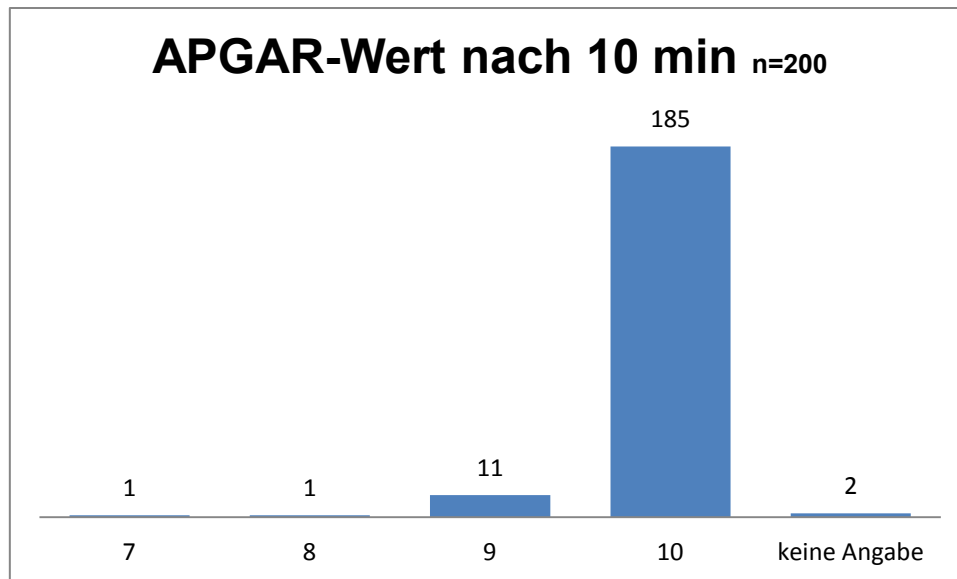


Abbildung 26: APGAR-Wert nach 10 min

INTERPRETATION:

Bei Betrachtung der Mittelwerte lässt sich feststellen, dass alle Mittelwerte unabhängig von der zeitlichen Beurteilung über 9 liegen, was als positiv zu bewerten ist. Des Weiteren ist ein Anstieg der Mittelwerte bezogen auf die zeitliche Beurteilung zu beobachten.

Nach 1 Minute wiesen 87% aller Neugeborenen APGAR-Werte von 9 bzw. 10 auf, und waren damit mit Sicherheit als nicht behandlungsbedürftig einzustufen. 1% der Neugeborenen wies einen APGAR-Wert von 5 auf – dies entspricht der Notwendigkeit der sofortigen Durchführung von Reanimationsmaßnahmen.

Nach 5 Minuten steigerte sich die Zahl jener auf 96% (APGAR-Wert 9 bzw. 10).

Bei der Beurteilung nach 10 Minuten gab es einen weiteren Anstieg jener auf 98% (APGAR-Wert 9 bzw. 10).

7.5.5. Arterieller Nabelschnur-pH-Wert

„Neben dem Apgar-Index als subjektivem Beurteilungskriterium liefert die Bestimmung des Nabelarterien-pH ein zusätzliches objektives Bewertungskriterium des postpartalen Zustands.“ (Stange & Borrosch, 2006, p. 2)

Wie aus dem oben angeführten Zitat zu entnehmen ist, kann durch die Messung des pH-Wertes der postpartale Zustand des Neugeborenen anhand von standardisierten Werten beurteilt werden. Je größer die Azidität des Blutes ist, desto gefährdeter ist der Gesundheitszustand des Neugeborenen.

Im Allgemeinen gilt ein Kind dann als gefährdet, wenn der pH-Wert unter 7,2 liegt. Die folgende Tabelle soll Richtwerte wiedergeben (Stange & Borrosch, 2006, p. 2);

pH-Wert	Beurteilung des Neugeborenen
$\geq 7,3$ (optimale Azidität)	optimal lebensfrisch
7,20 – 7,29 (normale Azidität)	normal lebensfrisch
7,10 – 7,19 (leichte Azidose)	leichter Depressionszustand
7,0 – 7,09 (mittelschwere Azidose)	mittelgradiger Depressionszustand
$< 7,0$ (schwere Azidose)	Schwerer Depressionszustand

Tabelle 25: arterieller Nabelschnur-pH-Wert in Korrelation mit Zustandsbild des Neugeborenen; (Stange & Borrosch, 2006, p. 2)

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

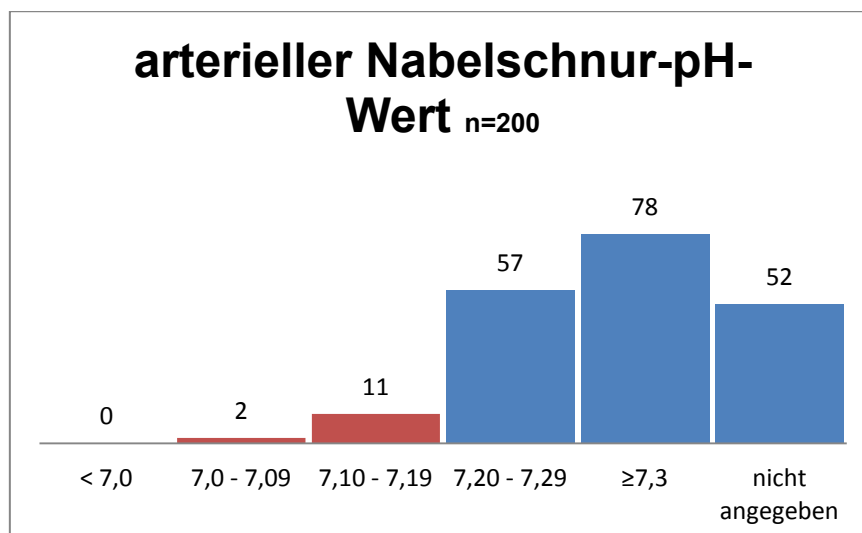


Abbildung 27: arterieller Nabelschnur-pH-Wert

INTERPRETATION:

67,5% aller Neugeborenen wiesen einen pH-Wert von mindestens 7,20 auf.

5,5% zeigten einen pH-Wert zwischen 7,10 und 7,19.

1% zeigte einen pH-Wert zwischen 7,0 und 7,09.

Bei 26% der untersuchten Mutter-Kind-Pässe waren keine Angaben bezüglich des pH-Wertes getroffen worden bzw. der pH-Wert war nicht eindeutig als „arterieller Wert“ angegeben (keine Angabe bzw. venös).

Damit ist festzuhalten, dass 67,5% aller Neugeborenen einen pH-Wert zeigten, welcher laut Literaturangaben als optimal einzustufen ist.

Bei 6,5% der Neugeborenen war das Zustandsbild – bezogen auf die oben angeführte Tabelle - mit einem Depressionszustand zu vergleichen.

7.5.6. Geburtsmodus

Ein weiterer Punkt der Datenerhebung bestand darin, den Geburtsmodus zu evaluieren. Auch jener wird im Mutter-Kind-Pass angeführt.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

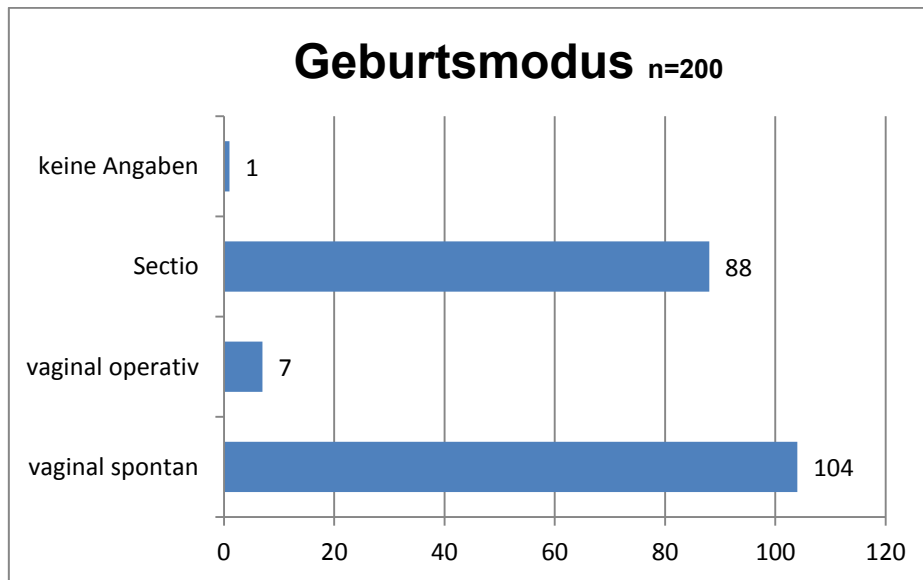


Abbildung 28: Geburtsmodus

INTERPRETATION:

Betrachtet man die oben stehende Grafik, so wurden 55,5% der Kinder vaginal entbunden. Von diesen 55% Prozent wurden 52% vaginal spontan und 3,5% vaginal operativ (Vakuumpumpe, Zangengeburt) entbunden.

Bei 44% wurde eine operative Geburtsbeendigung durch eine Sectio durchgeführt. Ob die Sectio caesarea auf Wunsch der Mutter oder aufgrund einer medizinischen Indikation durchgeführt wurde, konnte leider aufgrund mangelnder Angaben nicht ausreichend evaluiert werden.

7.5.7. Mütterliche Erkrankungen zum Zeitpunkt der Geburt

Unter diesem Punkt wurden jene Erkrankungen ausgewertet, welche im Mutter-Kind-Pass unter Entbindung angeführt waren. Diese beziehen sich auf Erkrankungen, die die Geburt bzw. den Gesundheitszustand von Mutter und/oder Kind beeinflussen könnten.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

Mütterliche Erkrankung	Anzahl
Nein	177
Keine Angabe	1
Gestationsdiabetes	12
APC-Resistenz	1
Cervixinsuffizienz	1
EPH-Gestose	1
Gestationshypertonus	1
HELLP-Syndrom	1
Plazentainsuffizienz	2
Thrombozytopenie	2
HIV-Infektion der Mutter	1
<u>Gesamt</u>	<u>200</u>

Tabelle 26: mütterliche Erkrankungen zum Zeitpunkt der Geburt

INTERPRETATION:

Bei 88,5% der Mütter zeigten sich keine, bei 11% zeigten sich Erkrankungen, die im Mutter-Kind-Pass vermerkt wurden.

Bei der Betrachtung der oben stehenden Tabelle ist festzustellen, dass 6 Erkrankungen nur ein Mal festgestellt wurden, während der Gestationsdiabetes insgesamt 12 Mal festgestellt wurde ($\cong 6\%$).

7.6. Postnatale Daten

Unter diesem Punkt werden all jene Untersuchungen angeführt, welche postnatal stattgefunden haben.

Übersicht:

- Untersuchung des Neugeborenen in der 1. LW.
- Erste Hüftultraschalluntersuchung in der 1. LW.
- Kindesuntersuchung in der 4.-7. LW.
- Orthopädische Untersuchung in der 4.-7. LW.
- Zweite Hüftultraschalluntersuchung in der 6.-8. LW.
- Kindesuntersuchung im 3.-5. LM.
- Kindesuntersuchung im 7.-9. LM.
- HNO-Untersuchung im 7.-9. LM.
- Kindesuntersuchung im 10.-14. LM.
- Augenuntersuchung im 10.-14. LM.
- Kindesuntersuchung im 22.-26. LM.
- Augenfachärztliche Untersuchung im 22.-26. LM.
- Kindesuntersuchung im 34.-38. LM.
- Kindesuntersuchung im 46.-50. LM.
- Kindesuntersuchung im 58.-62. LM.

7.6.1. Hörscreening

Das Hörscreening bei Neugeborenen soll zur möglichst frühzeitigen Erkennung angeborener Hörstörungen führen, um Betroffenen entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu ermöglichen.

Durchgeführt wird diese Testung mittels transient evozierter otoakustischer Emissionen (TEOAEs) oder akustisch evozierter Potentiale (AEPs) am 2.-5. Tag nach der Geburt (Kerbl, et al., 2011, p. 293).

Ergebnis:

Bei n=200 wurde die Testung bei 174 Kindern durchgeführt. Bei allen untersuchten Kindern wurde nur bei einem Kind – und nur auf einem Ohr – eine Auffälligkeit festgestellt.

INTERPRETATION:

Die Testung fand bei 87% aller Kinder statt.

Bei 0,5% wurde eine Auffälligkeit festgestellt, was einem sehr geringen Prozentsatz entspricht.

7.6.2. Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche

Unter diesem Punkt sollen alle jene Untersuchungsergebnisse gezeigt werden, welche im Rahmen dieser Untersuchung festgestellt wurden (n=200).

Ergebnis:

Erkrankungen	Anzahl
nein	108
keine Angabe	1
Neugeborenenausschlag	23
Hyperbilirubinämie	15
Storchenbiss nuchal	7
Zungenbändchen	5
Kephalhämatom rechts	3
Atemnotsyndrom, Pneumothorax, Anämie, Hyperbilirubinämie, Sepsis	1
Claviculafraktur beidseits	1
diskreter Ikterus	1
Dolichocephalus	1
Frühgeborenenapnoe	1
glanduläre Hypospadie	2
Hodenhochstand links	2
Hydrozele testis beidseits	1
Hypospadie	2
Kletter-Sichelfüße	2
Klumpfuß rechts	1
kongenitaler Herzfehler, Analatresie	1
Makrosomie	1

Maldescensus testis links	1
Mekoniumaspiration	1
Mongolenfleck Gesäß	2
Nierenbeckenerweiterung rechts	1
offene Fraktur parieto-occipital, Hirnblutung	1
PFO im Spontanverschluss	2
Pneumothorax beidseits	1
respiratorische Insuffizienz	1
respiratorische Insuffizienz, Hyperbilirubinämie, Sepsis	1
Sepsis, Granulocytopenie	1
Sepsis, Muskelhypotonie	1
Spreizhemmung, inc. Hämangiom Rücken	1
Systolikum hörbar	1
Tierfellnävus linkes Ohr	1
transitorische Tachypnoe	2
verzögerte Anpassung	2
zusätzliche Brustdrüsenanlage	1
Gesamtergebnis	200

Tabelle 27: Diagnosen 1. LW

INTERPRETATION:

Bei den angegebenen Diagnosen wurde keine Unterscheidung zwischen lebensbedrohlichen und nicht therapiebedürftigen Erkrankungen getroffen.

Bei insgesamt 200 Daten zeigte sich bei 54,5% keine Diagnose.

Als häufigste Diagnosen wurden mit 11,5% der „Neugeborenenausschlag“, mit 7,5% eine „Hyperbilirubinämie“, mit 3,5% ein „nuchaler Storchenbiss“ und mit 2,5% ein „Zungenbändchen“ angegeben.

7.6.3. Hüftsonographie – Erstuntersuchung; 1. Lebenswoche

Diese Untersuchung findet innerhalb der 1. Lebenswoche des Neugeborenen statt und dient dazu, kongenitale Hüftgelenksdysplasien bzw. –luxationen aufzudecken, um mögliche therapeutische oder weiterführende diagnostische Maßnahmen einleiten zu können.

Die Hüftgelenkssonographie wird folgendermaßen durchgeführt (Kerbl, et al., 2011, p. 514):

- **Lagerung:** leicht gebeugte Hüfte mit innenrotierten Beinen
- **Strukturen:** identifiziert werden müssen Labrum acetabulare, knöcherner Erker und Unterrand des Os ilium
- **Beurteilung:** siehe Tabelle 28: Hüftgelenkstypen;

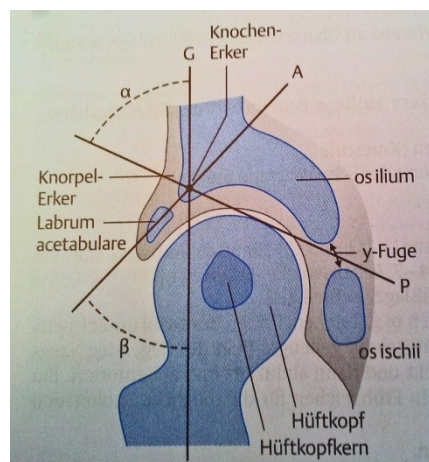


Abbildung 29: Schema der Sonographie der Hüfte; (Kerbl, et al., 2011, p. 514)

Die verschiedenen Hüftgelenkstypen werden nach GRAF eingeteilt. Die folgende Tabelle soll eine Übersicht über die häufigsten Typen geben:

Hüftgelenkstyp	knöcherne Formgebung	Knochenwinkel α	knöcherner Erker
Typ Ia, reifes Hüftgelenk	gut	$\alpha \geq 60^\circ$, $\beta < 55^\circ$	eckig/stumpf
Typ Ib, reifes Hüftgelenk	gut	$\alpha \geq 60^\circ$, $\beta > 55^\circ$	eckig/stumpf
Typ IIa	ausreichend	$50-59^\circ$	rund
Typ IIb	mangelhaft	$50-59^\circ$	rund

Tabelle 28: Hüftgelenkstypen; (Kerbl, et al., 2011, p. 515)

Da aufgrund von nicht einheitlicher Nomenklatur sich die Auswertung der Daten schwierig gestaltete, wurde auf die zusätzlichen Bezeichnungen von „a“ und „b“ verzichtet.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

1. Rechte Hüfte:

Hüfttyp	männlich	weiblich	Gesamtergebnis
I	95	64	159
II	22	17	39
keine Angabe	2	0	2
Gesamtergebnis	119	81	200

Tabelle 29: Hüftsonographie – Erstuntersuchung; rechte Hüfte; Absolutzahlen

2. Linke Hüfte:

Hüfttyp	männlich	weiblich	Gesamtergebnis
I	94	58	152
II	23	22	45
D	0	1	1
keine Angabe	2	0	2
Gesamtergebnis	119	81	200

Tabelle 30: Hüftsonographie – Erstuntersuchung; linke Hüfte; Absolutzahlen

3. Behandlungsindikation:

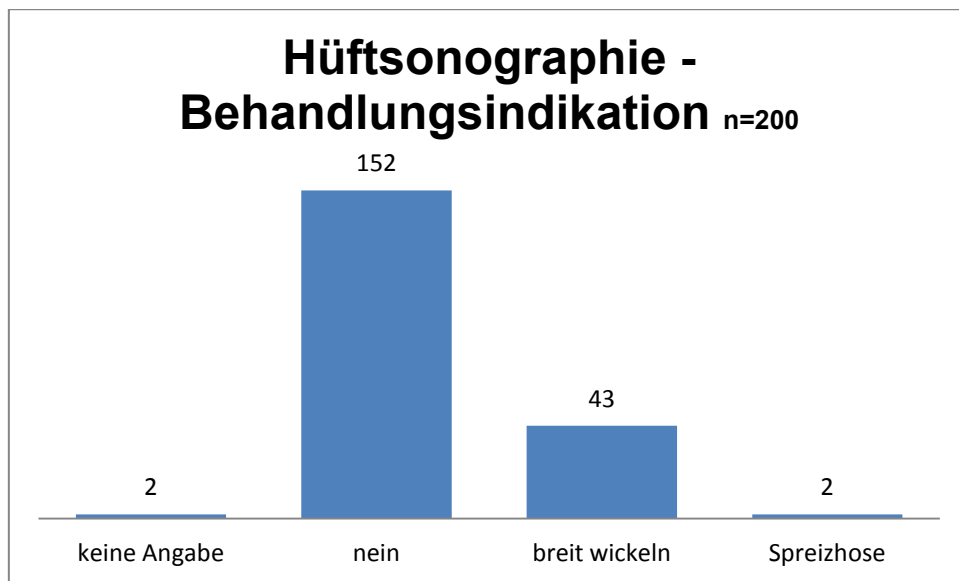


Abbildung 30: Hüftsonographie Erstuntersuchung – Behandlungsindikation

INTERPRETATION:

Rechte Hüfte:

Betrachtet man die Ergebnisse der rechten Hüfte, so stellt man fest, dass bei 79,8% der männlichen Neugeborenen eine reife Hüfte festgestellt wurde. Bei 18,4% der untersuchten männlichen Neugeborenen zeigte sich ein Hüfttyp II und damit eine unreife bzw. dysplastische Hüfte.

79,0% der weiblichen Neugeborenen zeigten ebenfalls eine reife rechte Hüfte, 20,9% einen unreifen bzw. dysplastischen Hüfttyp.

Linke Hüfte:

Bezogen auf die Ergebnisse der linken Hüfte, ließ sich bei 78,9% der männlichen Neugeborenen eine reife Hüfte, bei 19,3% eine unreife bzw. dysplastische Hüfte diagnostizieren.

71,6% der weiblichen Neugeborenen zeigten eine reife linke Hüfte, 27,1% eine unreife bzw. dysplastische Hüfte. Auffallend ist in jener Tabelle, dass bei einer Untersuchten ein Typ D festgestellt wurde; dies entspricht einer hochgradig

mangelhaften knöchernen Formgebung, einem Knochenwinkel α von 43-49° und einem verdrängten Femurkopf (Kerbl, et al., 2011, p. 515).

Behandlungsindikation:

Während bei jenen Untersuchten, welche einen Hüfttyp I aufweisen, keine Behandlungsindikation besteht (gesamt: 76%), wurde bei 21,5% aller Neugeborenen „breites Wickeln“ als therapeutischer Schritt vorgeschlagen. Bei 1% der Untersuchten wurde die Notwendigkeit einer Spreizhose genannt. Bei 0,5% der Untersuchten (entspricht jenem Neugeborenen mit Hüfttyp D) wurde ein Termin am LKH Stolzalpe an der orthopädischen Abteilung vereinbart, um dort weitere diagnostische und therapeutische Schritte einleiten zu können.

7.6.4. Kindesuntersuchung 4.-7. Lebenswoche

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 192 an dieser Untersuchung teil. 4 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 4 Wochen alt, bei 4 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=192).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	170	79
Allgemeinmediziner	22	4
Gesamt	192	83

Tabelle 31: Untersuchung Kinder 4.-7. LW.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=192

2. Stillverhalten: Bei 192 Kindern gaben 128 Mütter an zu stillen, 64 Mütter verneinten dies.
3. Erbrechen: Bei 192 Kindern gaben 30 Mütter Erbrechen ihres Kindes an, 162 verneinten dies.
4. Krampfanfälle: Bei 192 Kindern gab eine Mutter an, einen Krampfanfall beobachtet zu haben. 191 verneinten dies.

5. Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Entwicklungsstand:

Bei n=192	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	1	191
Ernährungszustand	3	189
Entwicklungsstand	3	189

Tabelle 32: 4.-7. LW.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=192

6. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
Keine	96
Gastroösophagealer Reflux	9
Akne neonatorum	7
Nabelbruch	6
Flatulenzen	6
Dermatitis seborrhoica	4
Windeldermatitis	3
Mundsoor	3
Hämangiom am Rücken	3
glanduläre Hypospadie	3
Dakryostenose	3
ampulläres Nierenbecken beidseits	1
Analatresie	1
ASD	1
blutiger Stuhl	1
Dreimonatskoliken	1
Dyspepsie	1
Erbrechen	1
erhöhter Muskeltonus	1
fragliche Epilepsie	1
Hämangiome im Nacken	1
häufiges Verschlucken	1
HIV-Positivität der Mutter	1
Hodenhochstand	1
Hydronephrose links	1
Hypospadie	1
Ikterus	1
Inguinalhernie links	1
Inguinalhernie rechts	1
Intertrigo am Hals	1
Kletterfüße beidseits	2
Klumpfuß rechts	1
Kopfasymmetrie	1
Labiensynechie	1

Makrozephalus	1
Malrotation	1
mangelnde Gewichtszunahme	1
mediane Halszyste	1
Megaureter links	1
Meteorismus	2
Milie rechte Brustwarze	1
Mongolenfleck	1
neurologisches Defizit	1
Nierendysplasie rechts	1
NZN auf Kopfhaut	1
Phimose	1
Prader-Willi-Syndrom	1
Rhinitis	2
Schiefhals	1
Sinusitis	1
small for date	1
Stillikterus	1
Tierfellnävus	1
Trinkschwierigkeiten	1
unreife Hüften	1
Ventrikelseptumdefekt	1
Gesamtergebnis	194

Tabelle 33: Diagnosen 4.-7. LW.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 192 Kindern wurden 88,5% von einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde untersucht, 11,5% von einem Allgemeinmediziner. Bei 43,2% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

4 von insgesamt 83 gestellten Diagnosen wurden von Allgemeinmedizinern angegeben, 79 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen dass bei 18% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 46% aller Kinder Diagnosen vermerkt.

Ad 2.

66,6% aller Kinder wurden zum Untersuchungspunkt gestillt, 33,4% wurden nicht bzw. nicht mehr gestillt.

Ad3.

Bei 15,6% aller Kinder wurde Erbrechen angegeben, bei 84,4% wurde dies verneint. Eine Unterscheidung zwischen postprandialem Erbrechen (möglicherweise gastroösophagealer Reflux) und Erbrechen ohne bestimmten Auslöser wurde mangels verfügbarer Daten nicht getroffen.

Ad 5.

Sowohl Allgemein-, Ernährungszustand als auch Entwicklungsstand wurden bei dem Großteil der Untersuchten als unauffällig angegeben.

Ad 6.

Als häufigste Diagnose wurde mit 4,6% der „gastroösophageale Reflux“ angegeben. 3,6% der Kinder zeigten eine „Akne neonatorum“, jeweils 3,1% zeigten einen „Nabelbruch“ und „Flatulenzen“.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.5. Hüftsonographie – Zweituntersuchung; 6.-8. Lebenswoche

Diese Untersuchung dient als Kontrolluntersuchung zur ersten Sonographie, welche in der 1. Lebenswoche stattfindet.

Da aufgrund von nicht einheitlicher Nomenklatur sich die Auswertung der Daten schwierig gestaltete, wurde auch hier auf die zusätzlichen Bezeichnungen von „a“ und „b“ verzichtet.

Von den insgesamt 200 Kindern wurden 183 Kinder untersucht, bei 6 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt, 11 Kinder waren für diese Untersuchung noch zu jung. Bei einem Kind wurde zwar eine Behandlungsindikation angegeben,

allerdings war keine Angabe bezüglich der Hüfttypen ersichtlich (n=182). Unter diesen 183 Kindern waren 110 männlichen und 73 weiblichen Geschlechts.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

1. Rechte Hüfte:

Hüfttyp	männlich	weiblich	Gesamtergebnis
I	104	67	171
II	6	5	11
Gesamtergebnis	110	72	182

Tabelle 34: Hüftsonographie – Zweituntersuchung; rechte Hüfte; Absolutzahlen

2. Linke Hüfte:

Hüfttyp	männlich	weiblich	Gesamtergebnis
I	104	65	169
II	6	7	13
Gesamtergebnis	110	72	182

Tabelle 35: Hüftsonographie – Zweituntersuchung; linke Hüfte; Absolutzahlen

3. Behandlungsindikation:

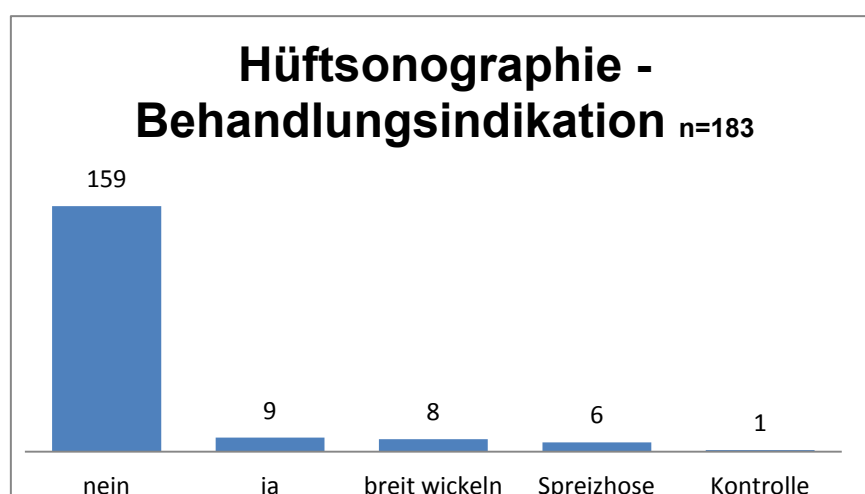


Abbildung 31: Hüftsonographie Zweituntersuchung – Behandlungsindikation

INTERPRETATION:

Rechte Hüfte:

Betrachtet man die Ergebnisse der rechten Hüfte, so stellt man fest, dass bei 94,54% der männlichen Untersuchten eine reife Hüfte festgestellt wurde. Bei 5,46% der Untersuchten zeigte sich ein Hüfttyp II und damit eine unreife bzw. dysplastische Hüfte.

93,05% der weiblichen Untersuchten zeigten ebenfalls eine reife rechte Hüfte, 6,95% einen unreifen bzw. dysplastischen Hüfttyp.

Linke Hüfte:

Bezogen auf die Ergebnisse der linken Hüfte, zeigt sich bei den männlichen Untersuchten kein Unterschied zur rechten Hüfte.

90,27% der weiblichen Untersuchten zeigten eine reife linke Hüfte, 9,73% eine Hüft dysplasie. bzw. eine unreife Hüfte.

Auffallend ist, dass bei den Mädchen der Prozentsatz unreifer Hüften auf beiden Seiten deutlich höher ist als bei den Knaben.

Des Weiteren ist anzumerken, dass bei den weiblichen Untersuchten die unreifen Hüften linksseitig deutlich häufiger auftraten als auf der rechten Seite.

Behandlungsindikation:

Bei 159 von 183 untersuchten Teilnehmern (86,88%) bestand keine Behandlungsindikation. Bei insgesamt 12,56% wurde eine Behandlung vorgeschlagen, wobei bei 4,91% lediglich eine Behandlungsindikation vermerkt wurde, jene aber nicht genauer definiert wurde. Bei 4,37% sollte das Kind „breit gewickelt“ werden. 3,28% hatten den Bedarf einer Spreizhose. Bei 0,54% der Kinder (entspricht einem Kind) wurde eine ausdrückliche Kontrolle als „Behandlungsindikation“ angegeben, wobei dies keine Behandlung im engeren Sinne darstellt.

7.6.6. Hüftsonographie - Vergleich der Erst- und Zweituntersuchung

Hier soll ein Vergleich zwischen der ersten Hüftsonographie in der 1. Lebenswoche und der Zweituntersuchung in der 6.-8. Lebenswoche durchgeführt werden.

Ergebnisse:

1. Reife:

Während bei der ersten Untersuchung noch 18,4% der männlichen und 20,9% der weiblichen untersuchten Hüften unreif waren, waren es bei der Zweituntersuchung nur mehr 5,5% der männlichen und 7% der weiblichen Hüften.

2. Behandlungsindikation:

Bei der Erstuntersuchung wiesen insgesamt 76% der Untersuchten keine Behandlungsindikation auf. Bei der Zweituntersuchung erhöhte sich dieser Wert auf knapp 87%.

INTERPRETATION:

Reife:

Die Differenz zwischen der ersten und der zweiten Untersuchung bezogen auf die „reife Hüfte“ liegt bei 13%.

Behandlungsindikation:

In puncto Behandlungsindikation ist festzustellen, dass die Notwendigkeit einer Behandlungsindikation um 11% gesunken ist.

Anmerkung ad „breit wickeln“:

Bei der Erstuntersuchung empfahl man den Eltern von 43 Neugeborenen als therapeutische Maßnahme „breites Wickeln“. Insgesamt 29 dieser 43 Untersuchten benötigten bei der Zweituntersuchung keine weitere bzw. fortlaufende Behandlung.

7.6.7. Orthopädische Untersuchung – 4.-7. Lebenswoche

Bei dieser Untersuchung soll es zu einer Beleuchtung des orthopädischen Status des Säuglings kommen. Erhoben werden familienanamnestische Auffälligkeiten (Vorbelastungen: Mutter/Vater/Geschwister des Säuglings), sowie Auffälligkeiten, die den Bewegungsapparat und die Wirbelsäule des Säuglings betreffen.

Von den insgesamt 200 Untersuchten waren 195 alt genug um diese Untersuchung durchführen zu lassen, 5 waren zu jung, bei 7 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=188).

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	169	19
Allgemeinmediziner	19	2
Gesamt	188	21

Tabelle 36: orthopädische Untersuchung; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=188

2. Auffälligkeiten in der Familienanamnese:

Bei 24 Säuglingen waren Auffälligkeiten angegeben. Bei 72 wurden Auffälligkeiten verneint, bei 92 wurde seitens der durchführenden Ärzte keine Angabe gemacht.

Folgende Auffälligkeiten wurden angegeben:

Auffälligkeit	Anzahl
Mutter Hüfte	10
Mutter Wirbelsäule	4
Mutter Füße	1
Vater Hüfte	1
Vater Wirbelsäule	2
Vater Füße	1
Geschwister Hüfte	3
Geschwister Füße	1

Mutter + Vater Hüfte	1
<u>Gesamt</u>	<u>24</u>

Tabelle 37: orthopädische Untersuchung; Auffälligkeiten Familienanamnese

3. Diagnosen:

Bei 21 Kindern wurden Diagnosen festgehalten. Diese sind wie folgt verteilt:

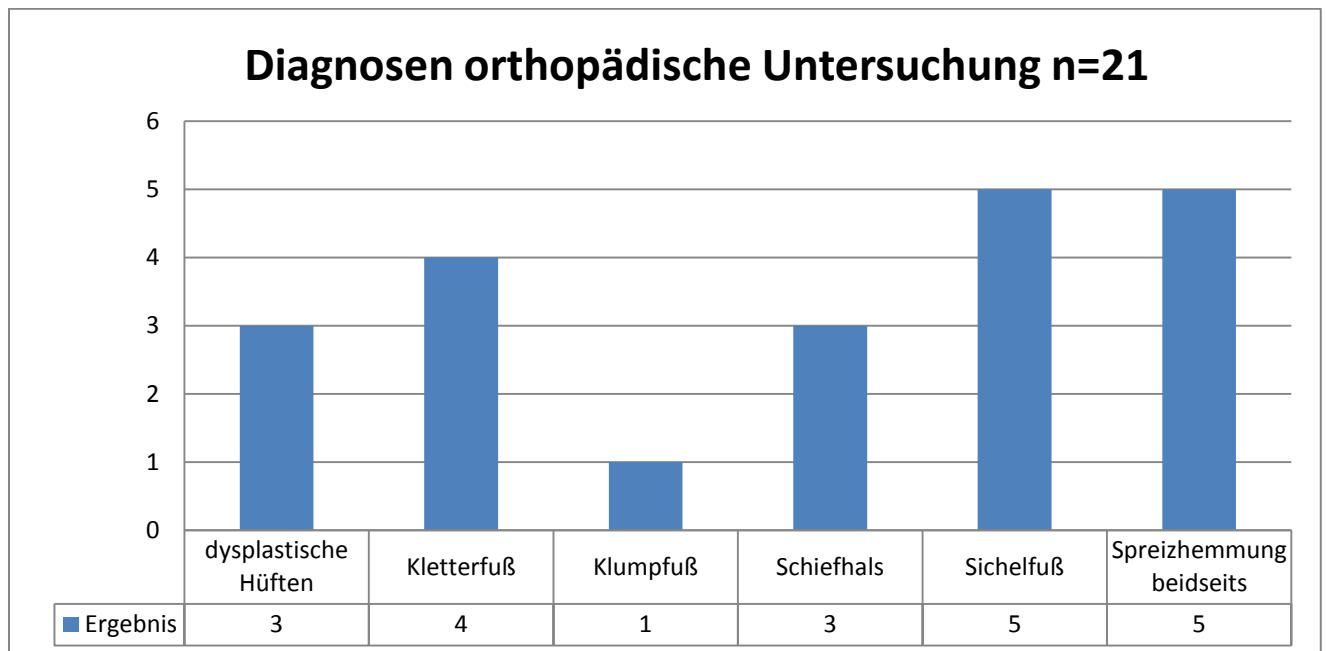


Abbildung 32: Diagnosen orthopädische Untersuchung

INTERPRETATION:

Ad 1.

89,89% der Eltern wählten für diese Untersuchung einen Facharzt aus, der Rest ließ die Untersuchung von einem Allgemeinmediziner durchführen.

Ad 2.

Besonders auffallend ist hier, dass bei 48,9% keine Angabe seitens der durchführenden Ärzte getätigt wurde. Eine Auffälligkeit kann damit weder ein- noch ausgeschlossen werden.

Anamnestisch besonders häufig zu erheben war die Auffälligkeit der mütterlichen Hüfte. 41,6% aller Auffälligkeiten sind diesem Umstand zuzuschreiben. Betrachtet man die Hüftsonographien dieser Studienpopulation, so ist auch dort, wie bereits erwähnt, eine Häufung der unreifen Hüfte beim weiblichen Geschlecht festzustellen.

Ad 3.

„Spreizhemmung“, „Sichelfuß“ und „Kletterfuß“ waren die häufigsten Diagnosen. Somit lässt sich feststellen, dass im Säuglingsalter vor allem die unteren Extremitäten von Krankheiten bzw. Reifestörungen betroffen sind.

7.6.8. Kindesuntersuchung 3.-5. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 177 an dieser Untersuchung teil. 18 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 3 Monate, bei 4 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=177).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	159	71
Allgemeinmediziner	18	18
Gesamt	177	89

Tabelle 38: Untersuchung Kinder 3.-5. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=177

2. Stillverhalten: Bei 177 Kindern gaben 89 Mütter an zu stillen, 88 Mütter verneinten dies.

3. Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Entwicklungsstand:

Bei n=177	Auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	0	177
Ernährungszustand	0	177
Entwicklungsstand	0	177

Tabelle 39: 3.-5. LM.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=177

4. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
Keine	101
Dermatitis seborrhoica	6
gastroösophagealer Reflux	6
Konjunktivitis	3
Hämangiom am Rücken	3
Windeldermatitis	3
3-Monats-Koliken	1
Asymmetrie des Schädels	1
Atemwegsinfektion	2
Atopie	2
atopische Dermatitis	1
Bauchkoliken	1
Craniotabes	1
Dacryostenosis	1
Ekzemneigung	1
Flatulenzen	1
Gastroenteritis	2
Gedeihstörung	1
glanduläre Hypospadie	2
häufiges Erbrechen postprandial	1
Hodenatrophie	1
Hodenhochstand links	1
Hüft-Sono-Kontrolle und HIV-PCR-Kontrolle erbeten	1
Husten	1
Hypospadie	2
Kletterfußhaltung gebessert	1
Klumpfüße	1
Labiensynechie	2
leichte Schwäche der Rückenmuskulatur	1
Makrozephalus	1
Megaureter links, Hydronephrose links	1
Milchschorf	1
Mundsoor	1
Nabelbruch	2
neurologisches Defizit	1
NZN an behaarter Kopfhaut (1,7x1,8cm)	1
Obstipationssneigung	1
Phimose	1
Pneumonie	1
Prader-Willi-Syndrom	1
Rhinitis	2

RSV-Infektion	1
Schiefhals links	2
Schiefkopf links	1
Schwäche d. Rückenmuskulatur	1
Sichelfußhaltung beidseits	1
Sichelfußhaltung links	1
Tierfellnävus	1
Trinkschwäche	1
Ventrikelseptumdefekt	1
Z.n. Analatresie, Volvulus, Rota- und Norovirusinfektion, ASD II, gespaltene Uvula, diskrete Hypospadie	1
Zahnung	1
Gesamtergebnis	177

Tabelle 40: Diagnosen 3.-5. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Bei insgesamt 177 Kindern wurden 89,8% von einem Facharzt untersucht, 10,2% von einem Allgemeinmediziner. Bei 42,9% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

5 von insgesamt 76 gestellten Diagnosen wurden von Allgemeinmedizinern angegeben, 71 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen dass bei 27,7% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 44,6% aller Kinder Diagnosen gestellt.

Ad 2.

50,3% aller Kinder wurden zum Untersuchungszeitpunkt gestillt, 49,7% wurden nicht bzw. nicht mehr gestillt.

Ad 3.

Sowohl Allgemein-, Ernährungszustand als auch Entwicklungsstand wurden bei allen Untersuchten als unauffällig angegeben.

Ad 4.

Als häufigste Diagnosen wurden mit 3,4% der „gastroösophageale Reflux“ und die „Dermatitis seborrhoica“ angegeben. Jeweils 1,6% der Kinder zeigten eine „Konjunktivitis“, eine „Windeldermatitis“ und ein „Hämangiom am Rücken“.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.9. Stillverhalten

Um das Stillverhalten zu analysieren, wurden die Daten der Kindesuntersuchungen der 4.-7. Lebenswoche und jener im 3.-5. Lebensmonat herangezogen.

177 Kinder nahmen an beiden Untersuchungen teil (n=177).

Folgendes Ergebnis kann gezeigt werden:

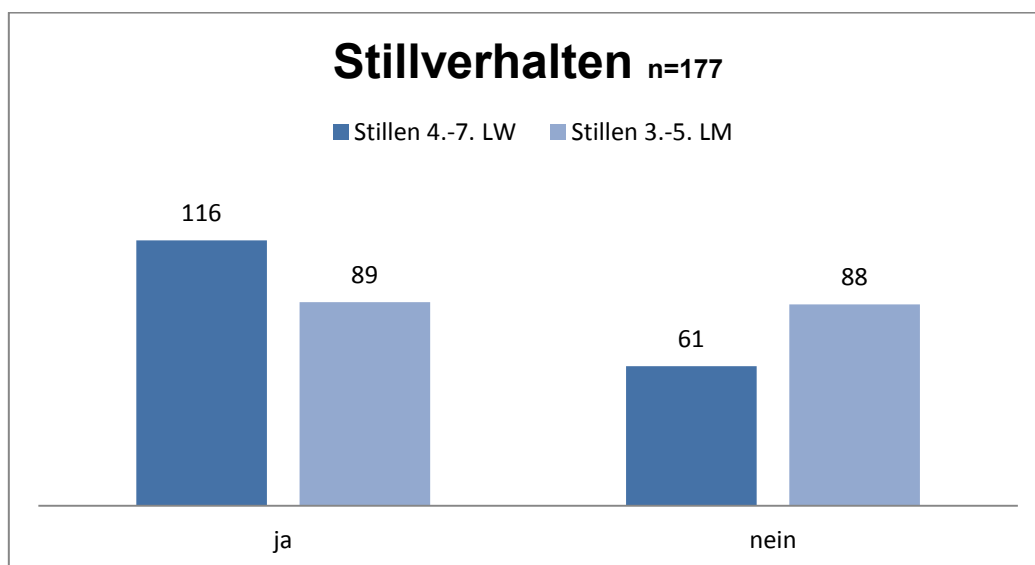


Abbildung 33: Stillverhalten

INTERPRETATION:

Während bei der Untersuchung zwischen der 4. und 7. Lebenswoche noch 65,53% aller Kinder gestillt wurden, sank die Stillrate bei der zweiten Untersuchung zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat auf 50,28%.

7.6.10. Kindesuntersuchung 7.-9. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 161 an dieser Untersuchung teil. 36 Kinder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung jünger als 7 Monate, bei 3 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=161).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	144	52
Allgemeinmediziner	17	6
Gesamt	161	58

Tabelle 41: Untersuchung Kinder 7.-9. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=161

2. Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Entwicklungsstand:

Bei n=161	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	1	160
Ernährungszustand	1	159
Entwicklungsstand	3	157

Tabelle 42: 7.-9. LM.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=161

3. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
keine	103
Phimose	9
Windeldermatitis	4
Atemwegsinfektion	3
asymmetrische Pupillenreflexe	1
atopische Dermatitis	1
craniocaudale Entwicklungsdissoziation	1
Dermatitis seborrhoica	2
Dreitagefieber	1
Durchschlafprobleme	1
Ekzem Stamm	1
Ekzemneigung	1
Entwicklungskontrolle	1
Epikanthus	1
Exanthema subitum	1
Gastroösophagealer Reflux	1

glanduläre Hypospadie	2
Hämangiom am Rücken	2
Herpes simplex am Mund	1
Hodenhochstand links	1
Husten	1
Klumpfüße	1
Kopfhautschuppung	1
Labiensynechie	2
Laryngitis	1
Makrozephalus	1
mediane Halszyste	1
Megaureter links, Hydronephrose links	1
Nabelbruch	1
NZN am Kopf	1
Obstipation	2
Otitis media	1
Pendelhoden	2
Prader-Willi-Syndrom, Hypospadie, Leistenhoden beidseits	1
rezidivierende Atemwegsinfekte	1
Rhinitis	1
Tubenkatarrh	1
Übergewicht	1
vielf. Insektenstiche im Gesicht, fehlender Impfschutz,	
Eisenmangel	1
Z.n. Analatresie, Volvulus, ASD II, diskrete Hypospadie	1
Gesamtergebnis	161

Tabelle 43: Diagnosen 7.-9. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Bei insgesamt 161 Kindern wurden 89,4% von einem Facharzt untersucht, 10,6% von einem Allgemeinmediziner. Bei 36% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

6 von insgesamt 58 gestellten Diagnosen wurden von Allgemeinmedizinern angegeben, 52 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen dass bei 35,3% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 36,1% aller Kinder Diagnosen gestellt.

Ad 2.

1 von 161 Kindern zeigte einen auffälligen Allgemeinzustand.

1 von 161 Kindern zeigte einen auffälligen Ernährungszustand. Bei 159 Kindern wurde ein unauffälliger Ernährungszustand angegeben. Bei einem Kind fehlte diese Angabe, obwohl die Untersuchung durchgeführt wurde.

3 von 161 Kindern zeigten einen auffälligen, 157 Kinder einen unauffälligen Entwicklungsstand. Auch hier wurde bei einem Kind keine Angabe zu diesem Punkt getätigt, obwohl die Untersuchung durchgeführt wurde (Anm.: es handelt sich nicht um dasselbe Kind wie oben).

Ad 3.

Als häufigste Diagnose wurde mit 5,6% die „Phimose“ angegeben. Betrachtet man nur die männliche Studienpopulation ($n_m=94$) so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 9,6%.

2,5% der Kinder zeigten eine „Windeldermatitis“, 1,9% eine „Atemwegsinfektion“.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.11. HNO-Untersuchung 7.-9. Lebensmonat

Neben dem Hörscreening, welches in der 1. Lebenswoche des Säuglings durchgeführt werden sollte, ist im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen auch eine HNO-Untersuchung vorgesehen. Diese soll bereits bestehende Erkrankungen aus fachärztlicher Sicht kontrollieren, andererseits aber auch dazu dienen, noch nicht erkannte Krankheiten (v.a. eine Hörminderung) aufzudecken.

Bleibt eine verminderte Hörreaktion unbekannt bzw. wird sie zu spät diagnostiziert, bedeutet dies unvermeidliche Probleme in der Sprachentwicklung.

Von insgesamt 200 Kindern, nahmen 160 an dieser Untersuchung teil. 36 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 7 Monate, bei 4 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=160).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde	146	13
Allgemeinmediziner	14	0
Gesamt	160	13

Tabelle 44: HNO-Untersuchung 7.-9. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=160

2. Auffälligkeiten:

Bei 12 der 160 untersuchten Kinder wurden Auffälligkeiten angegeben. Bei 148 wurde der erhobene HNO-Status als unauffällig bezeichnet.

3. Diagnosen:

Diagnose	männlich	weiblich	<u>Gesamtergebnis</u>
Verminderte Hörreaktion beidseits	6	5	<u>11</u>
Tubenkatarrh	1	0	<u>1</u>
Verkürztes Zungenbändchen	1	0	<u>1</u>
<u>Gesamtergebnis</u>	<u>8</u>	<u>5</u>	<u>13</u>

Tabelle 45: Diagnosen HNO-Untersuchung 7.-9. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 160 Kindern wurden 91,3% von einem Facharzt untersucht, 8,7% von einem Allgemeinmediziner. Bei 8,1% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

Von insgesamt 13 gestellten Diagnosen wurde keine von einem Allgemeinmediziner angegeben; daraus lässt sich schließen, dass bei 8,9% der Kinder, die von einem Facharzt untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden.

Ad 2.

Bei 12 von 160 Kindern wurde eine Auffälligkeit im Mutter-Kind-Pass erwähnt. Dies entspricht fast jener Anzahl der vermerkten Diagnosen. Bei der Betrachtung der Daten konnte festgestellt werden, dass bei jenem Kind, bei welchem ein Tubenkatarrh festgestellt wurde, der Status als „unauffällig“ angegeben wurde. Bei allen anderen Kindern, bei welchen eine Diagnose vermerkt ist, deckt sich dies mit dem Status „auffällig“.

Ad 3.

Bei 0,6% der Kinder konnte ein „Tubenkatarrh“ bzw. ein „verkürztes Zungenbändchen“ festgestellt werden.

Als häufigste Diagnose wurde mit 6,9% eine „verminderte Hörreaktion beidseits“ angegeben. Obwohl der Prozentanteil als gering einzustufen ist, ist dies für die einzelne Person als äußerst bedeutsam zu vermerken, da, wie bereits oben angesprochen, eine Hörminderung im Großteil der Fälle eine verzögerte Sprachentwicklung bedingt. Ob diese vermerkte Diagnose Konsequenzen nach sich gezogen hat, konnte aufgrund mangelnder Daten nicht erhoben werden.

7.6.12. Kindesuntersuchung 10.-14. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 147 an dieser Untersuchung teil. 44 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 10 Monate, bei 9 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=147).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	130	44
Allgemeinmediziner	17	10
Gesamt	147	54

Tabelle 46: Untersuchung Kinder 10.-14. LM.; Beteiligungsraten, durchführender Arzt; n=147

2. Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Entwicklungsstand:

Bei n=147	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	0	146
Ernährungszustand	6	140
Entwicklungsstand	2	144

Tabelle 47: 10.-14. LM.; AZ, EZ, Entwicklungsstand; n=147

3. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
keine	93
Phimose	9
Windelsoor	4
Übergewicht	3
Phimose, Pendelhoden beidseits	3
Bronchitis	3
Atemwegsinfektion	2
atopische Dermatitis	1
atopisches Ekzem	1
blaßes Hautkolorit	1
Dermoidzyste Schläfe rechts	1
glanduläre Hypospadie	1
Hand-Fuß-Mund-Krankheit	1
Hodenhochstand links	1
Hydrozele testis dext.	1
Hypotonie, kann nicht stehen	1

Konjunktivitis	1
Labiensynechie	2
Laryngitis	1
Makrozephalus	1
mangelnde Gewichtszunahme	1
Megaureter links, Hydronephrose links	1
Mundsoor	1
Nabelbruch	1
NZN wie in Voruntersuchung	1
Otapostasis	1
Otitis media	1
Pendelhoden rechts	1
Pes varus	1
Prader-Willi-Syndrom, Wachstumshormontherapie	1
Rhinitis	2
trockene Haut	1
Untergewicht	2
Varizellen	1

Gesamtergebnis	147
-----------------------	------------

Tabelle 48: Diagnosen 10.-14. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 147 Kindern wurden 88,4% von einem Facharzt untersucht, 11,6% von einem Allgemeinmediziner. Bei 36,7% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

10 von insgesamt 54 gestellten Diagnosen wurden von Allgemeinmedizinern angegeben, 44 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen, dass bei 58,8% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 33,8% aller Kinder Diagnosen gestellt.

Ad 2.

Bei keinem Kind wurde der Allgemeinzustand als „auffällig“ bezeichnet. Bei einem Kind fehlte die Angabe im Mutter-Kind-Pass.

6 von 147 Kindern ($\triangleq$ 4,1%) zeigten einen auffälligen Ernährungszustand. Bei 140 Kindern wurde ein unauffälliger Ernährungszustand angegeben. Bei einem Kind fehlte diese Angabe, obwohl die Untersuchung durchgeführt wurde.

2 von 147 Kindern ($\triangleq$ 1,4%) zeigten einen auffälligen, 144 Kinder einen unauffälligen Entwicklungsstand. Auch hier wurde bei einem Kind keine Angabe zu diesem Punkt getätigt, obwohl die Untersuchung durchgeführt wurde.

Ad 3.

Als häufigste Diagnose wurde mit 8,2% die „Phimose“ angegeben. Betrachtet man nur die männliche Studienpopulation ($n_m=85$) so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 14,1%.

Bei 2,7% der Kinder wurde „Windelsoor“ als Diagnose im Mutter-Kind-Pass angeführt.

2% der Kinder zeigten „Übergewicht“ bzw. eine „Bronchitis“.

2% der Kinder ($n=147$) zeigten des Weiteren eine „Phimose“ UND einen gleichzeitig auftretenden „Pendelhoden beidseits“. Betrachtet man nur die männliche Studienpopulation ($n_m=85$) so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 3,5%.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.13. Augenuntersuchung 10.-14. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 146 an dieser Untersuchung teil. 44 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 10 Monate, bei 10 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt ($n=146$).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Augenfacharzt	134	9
Allgemeinmediziner	12	0
Gesamt	146	9

Tabelle 49: Augenuntersuchung 10.-14. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=146

2. Behandlungsbedürftigkeit:

Bei 3 der 146 untersuchten Kinder wurde eine Behandlungsbedürftigkeit angegeben, bei 143 wurde diese verneint.

3. Diagnosen:

<u>Diagnose</u>	<u>Anzahl</u>
Keine	137
Epikanthus	3
Pseudoschielen bei Epikanthus, Hyperopie beidseits	2
Anisokorie	1
Asymmetrie des Pupillenreflexes	1
Konjunktivitis	1
Lidspaltenasymmetrie	1
Gesamtergebnis	146

Tabelle 50: Diagnosen Augenuntersuchung 10.-14. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 146 Kindern wurden 91,8% von einem Facharzt untersucht, 8,2% von einem Allgemeinmediziner. Bei 6,2% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

Alle 9 Diagnosen wurden ausschließlich von Fachärzten gestellt.

Ad 2.

Bei 2,1% der Kinder wurde eine Behandlungsbedürftigkeit angegeben.

Ad 3.

Als häufigste Diagnose wurde mit 2% ein „Epikanthus“ angegeben.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.14. Kindesuntersuchung 22.-26. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 112 an dieser Untersuchung teil. 80 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 22 Monate, bei 8 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=112).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	96	46
Allgemeinmediziner	16	4
Gesamt	112	50

Tabelle 51: Untersuchung Kinder 22.-26. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=112

2. Allgemeinzustand, Ernährungszustand:

Bei n=112	Auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	0	112
Ernährungszustand	2	110

Tabelle 52: : 22.-26. LM.; AZ, EZ; n=112

3. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
Keine	62
Phimose	10
Labiensynechie	4
Bronchitis	1
Dermatitis seborrhoica	1
Durchschlafprobleme	1

Eisenmangel	1
Flachfüße	1
Gastroenteritis	2
Gebissfehlstellung	1
glanduläre Hypospadie	1
Hydrozele testis dext.	1
Hyperkeratose an Extremitäten	1
Hypertelorismus, Gedeihstörung, Coxa valga	1
hypertrophe Adenoide	1
Karies	2
Konjunktivitis rechts	1
Maldescensus testis dext.	1
mangelnde Gewichtszunahme	1
Otitis media	2
Pendelhoden beidseits	2
Pes valgus	1
Pityriasis alba	1
Pityriasis alba, Flachfüße	1
Schnullergebiss	1
Sichelfüße beidseits	1
Stomatitis aphthosa	1
Strabismus	1
Stuhlverhalten	1
Tonsillitis	1
Übergewicht	1
Untergewicht	1
Windeldermatitis	1
Windelsoor, verzögerte	
Sprachentwicklung	1
Z.n. Ringureterokutaneostomie links	1
Gesamtergebnis	112

Tabelle 53: Diagnosen 22.-26. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 112 Kindern wurden 85,7% von einem Facharzt untersucht, 14,3% von einem Allgemeinmediziner. Bei 44,6% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

4 von insgesamt 50 gestellten Diagnosen wurden von Allgemeinmedizinern angegeben, 46 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen, dass bei 25% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 47,9% aller Kinder Diagnosen gestellt.

Ad 2.

Bei keinem Kind wurde der Allgemeinzustand als „auffällig“ bezeichnet.

2 von 112 Kindern ($\approx 1,8\%$) zeigten einen auffälligen Ernährungszustand. Bei 110 Kindern wurde ein unauffälliger Ernährungszustand angegeben.

Ad 3.

Als häufigste Diagnose wurde mit 8,9% die „Phimose“ angegeben. Betrachtet man nur die männliche Studienpopulation ($n_m=65$) so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 15,3%.

Bei 3,5% der Kinder wurde „Labiosynechie“ als Diagnose im Mutter-Kind-Pass angeführt. Betrachtet man nur die weibliche Studienpopulation ($n_w=47$), so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 8,5%.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.15. Augenfachärztliche Untersuchung 22.-26. Lebensmonat

Im Gegensatz zur ersten Augenuntersuchung im 10.-14. Lebensmonat sollte diese Untersuchung ausschließlich von einem Augenfacharzt durchgeführt werden.

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 94 an dieser Untersuchung teil. 80 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 22 Monate, bei 26 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt ($n=94$).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Augenfacharzt	93	108
Allgemeinmediziner	1	0
Gesamt	94	108

Tabelle 54: Augenfachärztliche Untersuchung 22.-26. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=94

2. Diagnosen:

<u>Diagnose</u>	<u>Anzahl</u>
Keine	4
Physiologische Hyperopie beidseits	63
Emmetropie beidseits	27
Astigmatismus	17
Schielen	1
Gesamtergebnis	112

Tabelle 55: Diagnosen Augenfachärztliche Untersuchung 22.-26. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Bei insgesamt 94 Kindern wurden 98,9% von einem Facharzt untersucht, 1,1% von einem Allgemeinmediziner. Bei 95,7% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose unter dem Punkt Diagnosen vermerkt.

Alle Diagnosen wurden von einem Augenfacharzt gestellt.

Ad 2.

Auffällig ist, dass bei 94 untersuchten Kindern insgesamt 108 Diagnosen gestellt wurden. Daraus lässt sich schließen, dass bei einigen Kindern mehr als 1 Diagnose angeführt war;

Bei 18 Kindern wurden 2 Diagnosen gestellt. Dies entspricht einem Prozentsatz (bei n=94) von 19,1%.

Als häufigste Diagnose wurde mit 67% eine „physiologische Hyperopie beidseits“ angegeben. Wie man aus der Diagnose entnehmen kann, handelt es sich dabei um eine physiologische, d.h. nicht krankhafte Veränderung. Somit kann dies nicht als eine Diagnose mit Krankheitswert betrachtet werden. Dennoch wurde diese physiologische Normvariante in die Auswertung mit einbezogen.

Bei 28,7% der Kinder wurde eine „Emmetropie beidseits“ angegeben. Als Emmetropie bezeichnet man ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen der Achsenlänge des Auges und seiner Brechkraft (Rechtsichtigkeit). Besteht ein Missverhältnis zwischen der Achsenlänge des Auges und seiner Brechkraft, spricht man von Ametropie (Fehlsichtigkeit) (Sachsenweger, 2003, p. 332). Damit ist festzuhalten, dass es sich bei der Diagnose „Emmetropie“ ebenfalls um eine physiologische Normvariante handelt.

18,1% der Kinder leiden an einem „Astigmatismus“.

Bei 1% der Kinder wurde „Schielen“ unter den Diagnosen angeführt.

7.6.16. Kindesuntersuchung 34.-38. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 81 an dieser Untersuchung teil. 105 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 34 Monate, bei 14 Kindern wurde die Untersuchung nicht durchgeführt (n=81).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	67	30
Allgemeinmediziner	14	7
Gesamt	81	37

Tabelle 56: Untersuchung Kinder 34.-38. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=81

2. Allgemeinzustand, Ernährungszustand:

Bei n=81	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	0	81
Ernährungszustand	4	77

Tabelle 57: 34.-38. LM.; AZ, EZ; n=81

3. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
Keine	44
Phimose	10
Übergewicht	4
Bronchitis	1
Furunkel Femur sin.	1
Gleithoden	1
Hydrozele testis dext.	2
hypertrophe Adenoide	2
hypertrophe Adenoide + Tonsillen	1
Karies	1
Meteorismus	1
Obstipation	1
Pendelhoden beidseits	2
Pes planus	1
Pes varus	1
Senk-Knickfuß	1
Sinusitis, Rhinitis	2
Tonsillenhypertrophie	1
trockene Haut	1
Varizellen	2
Verhaltensauffälligkeit	1
Gesamtergebnis	81

Tabelle 58: Diagnosen 34.-38. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 81 Kindern wurden 82,7% von einem Facharzt untersucht, 17,3% von einem Allgemeinmediziner. Bei 45,7% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

7 von insgesamt 37 gestellten Diagnosen wurden von Allgemeinmedizinern angegeben, 30 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen, dass bei 50% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 44,8% aller Kinder Diagnosen gestellt.

Ad 2.

Bei keinem Kind wurde der Allgemeinzustand als „auffällig“ bezeichnet.

4 von 81 Kindern ($\triangleq 4,9\%$) zeigten einen „auffälligen“ Ernährungszustand. Bei 77 Kindern wurde ein „unauffälliger“ Ernährungszustand angegeben.

Ad 3.

Als häufigste Diagnose wurde mit 12,3% die „Phimose“ angegeben. Betrachtet man nur die männliche Studienpopulation ($n_m=48$) so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 29,8%.

Bei 4,9% der Kinder wurde „Übergewicht“ als Diagnose im Mutter-Kind-Pass angeführt.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.17. Kindesuntersuchung 46.-50. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 62 an dieser Untersuchung teil. 125 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 46 Monate jung, bei 13 Kindern wurde diese Untersuchung nicht durchgeführt ($n=62$).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	49	27
Allgemeinmediziner	13	4
Gesamt	62	31

Tabelle 59: Untersuchung Kinder 46.-50. LM.; Beteiligungsrate, durchführender Arzt; n=62

2. Allgemeinzustand, Ernährungszustand:

Bei n=62	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	0	62
Ernährungszustand	0	62

Tabelle 60: 46.-50. LM.; AZ, EZ; n=62

3. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
keine	31
Phimose	10
ADHS	1
DM Typ I, ausgepr. Karies	1
Dysgrammatismus	1
Erythema annulare	1
Hydrozele testis dext.	1
hypertrophe Adenoide	1
hypertrophe Adenoide + Tonsillen	1
Makrosomie	1
Neurodermitis	1
Obstipation	2
Obstipation, Karies	1
Otapostasis beidseits	1
Otitis media	2
Pendelhoden beidseits	1
Pes valgus	1
Sprachentwicklungsstörung	2
Tonsillenhypertrophie	1
Uveitis	1
Gesamtergebnis	62

Tabelle 61: Diagnosen 46.-50. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 62 Kindern wurden 79% von einem Facharzt untersucht, 21% von einem Allgemeinmediziner. Bei 50% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

4 von insgesamt 31 gestellten Diagnosen wurden von Allgemeinmediziner angegeben, 27 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen, dass bei 30,7% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 55,1% aller Kinder Diagnosen gestellt.

Ad 2.

Bei keinem Kind wurde der Allgemeinzustand als „auffällig“ bezeichnet.

Bei keinem Kind wurde der Ernährungszustand als „auffällig“ bezeichnet.

Ad 3.

Als häufigste Diagnose wurde mit 16,1% die „Phimose“ angegeben. Betrachtet man nur die männliche Studienpopulation ($n_m=34$) so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 29,4%.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.18. Kindesuntersuchung 58.-62. Lebensmonat

Von insgesamt 200 Kindern nahmen 31 an dieser Untersuchung teil. 150 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung jünger als 58 Monate, bei 15 Kindern wurde diese Untersuchung nicht durchgeführt. Bei 4 Kindern war diese Untersuchung im Mutter-Kind-Pass noch nicht vorgesehen ($n=31$).

Ergebnisse der Auswertung:

1. Beteiligungsraten, durchführender Arzt, Diagnosen:

Durchführender Arzt	Anzahl	vorhandene Diagnosen
Facharzt	27	16
Allgemeinmediziner	4	1
Gesamt	31	17

Tabelle 62: Untersuchung Kinder 58.-62. LM.; Beteiligungsraten, durchführender Arzt; n=31

2. Allgemeinzustand, Ernährungszustand:

Bei n=31	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	0	31
Ernährungszustand	1	30

Tabelle 63: 58.-62. LM.; AZ, EZ; n=31

3. Diagnosen:

Diagnose	Anzahl
keine	14
Phimose	4
Adenoide	1
ADHS	1
Adipositas	1
atopische Dermatitis	1
Dellwarzen	1
DM Typ I	1
Herpes zoster	1
hypertrophe Adenoide	1
nächtliches Schnarchen	1
rezidivierender HWI, Atopie	1
Sinusitis	1
Sigmatismus	1
Untergewicht	1
Gesamtergebnis	31

Tabelle 64: Diagnosen 58.-62. LM.

INTERPRETATION:

Ad 1.

Von insgesamt 31 Kindern wurden 87,1% von einem Facharzt untersucht, 12,9% von einem Allgemeinmediziner. Bei 54,8% aller Kinder wurde mindestens eine Diagnose gestellt.

1 von insgesamt 17 gestellten Diagnosen wurde von Allgemeinmedizinern angegeben, 16 von Fachärzten; daraus lässt sich schließen, dass bei 25% der Kinder, die von einem Allgemeinmediziner untersucht wurden, Diagnosen festgestellt wurden. Wurden die Kinder von einem Facharzt untersucht, so wurden bei 59,3% aller Kinder Diagnosen gestellt.

Ad 2.

Bei keinem Kind wurde der Allgemeinzustand als „auffällig“ bezeichnet.

1 von 31 Kindern ($\triangleq$ 3,2%) zeigte einen „auffälligen“ Ernährungszustand. Bei 30 Kindern wurde ein „unauffälliger“ Ernährungszustand angegeben.

Ad 3.

Als häufigste Diagnose wurde mit 12,9% die „Phimose“ angegeben. Betrachtet man nur die männliche Studienpopulation ($n_m=17$) so beläuft sich dieser Prozentsatz auf 23,5%.

Die übrigen Diagnosen sind der oben stehenden Tabelle zu entnehmen.

7.6.19. Diagnosestellung Facharzt-Allgemeinmediziner

Dieser Punkt soll sich der Frage widmen, ob eine auffällige Differenz in der Anzahl der gestellten Diagnosen in Abhängigkeit vom Untersucher (Allgemeinmediziner, Facharzt) besteht.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

Durchführender Arzt	Anzahl der Untersuchungen	vorhandene Diagnosen
Facharzt	1384	514
Allgemeinmediziner	167	43
Gesamt	1551	557

Tabelle 65: Diagnosestellung Facharzt-Allgemeinmediziner

INTERPRETATION:

Die Anzahl der insgesamt durchgeführten Untersuchungen beläuft sich auf 1551, die der gestellten Diagnosen auf 557. Bei 35,9% aller Untersuchungen wurden damit Diagnosen festgehalten.

Von insgesamt 1551 Untersuchungen wurden 89,2% von einem Facharzt und 10,8% von einem Allgemeinmediziner durchgeführt.

Fachärzte stellten bei 1384 Untersuchungen 514 Diagnosen – dies entspricht einem Prozentsatz von 37,1%.

Allgemeinmediziner stellten hingegen bei 167 Untersuchungen 43 Diagnosen – dies entspricht einem Prozentsatz von 25,7%.

Dies erweckt den Anschein, dass Fachärzte aufgrund größerer pädiatrischer bzw. fachspezifischer Erfahrung, besserer bzw. genauerer Anamnese bzw. Untersuchung, häufiger eine Diagnose stellen als Allgemeinmediziner.

Dies ist als eine persönliche Interpretation zu betrachten.

7.6.20. Beteiligungsraten in Abhängigkeit vom Kinderbetreuungsgeld

Wie bereits in Punkt 4.1.1.4 angesprochen, gibt es bestimmte Untersuchungen, die nachweislich durchgeführt werden müssen, um den Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld nicht zu verlieren.

Evaluiert werden soll nun hier, ob die Beteiligungsrate abnimmt, wenn es sich um Untersuchungen handelt, welche nicht mehr in Zusammenhang mit dem Kinderbetreuungsgeld stehen (fakultative Untersuchungen).

Die Auswertung erfolgte durch eine Zusammenschau der einzelnen Beteiligungsraten.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

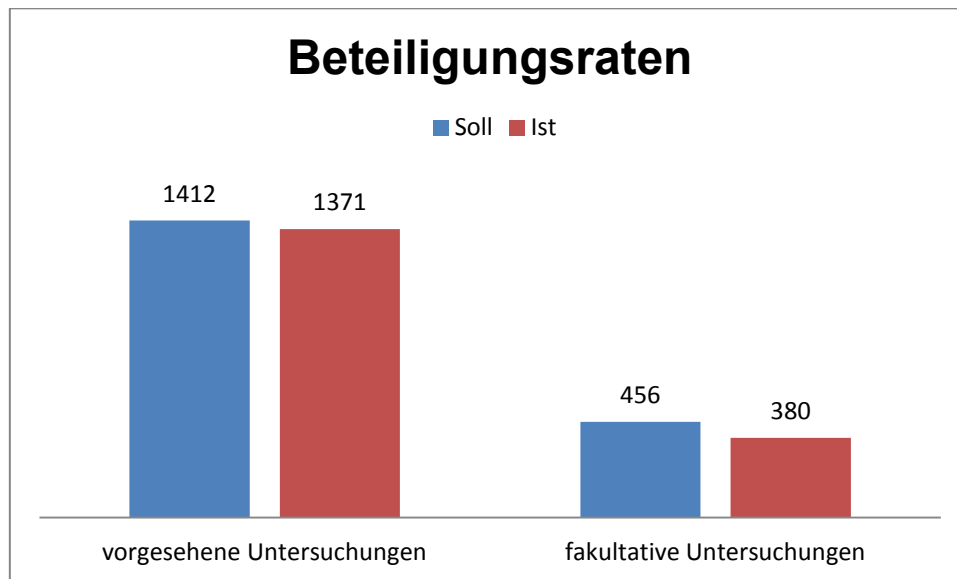


Abbildung 34: Beteiligungsraten in Abhängigkeit vom Kinderbetreuungsgeld

INTERPRETATION:

Aus oben stehender Grafik ist ersichtlich, dass die Beteiligungsrate bei jenen Untersuchungen, die für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes durchgeführt werden müssen, bei 97,1% liegt und damit als sehr hoch einzustufen ist.

Im Vergleich dazu sieht man bei den fakultativen Untersuchungen, die in keinem Zusammenhang mit dem Bezug des Kinderbetreuungsgeldes stehen, dass die Beteiligungsrate auf 83,3% sinkt. Auch diese Beteiligungsrate ist noch immer als hoch einzustufen.

Dennoch ist damit gezeigt, dass sich der finanzielle Anreiz positiv auf die Beteiligungsraten auswirkt und damit in unmittelbaren Zusammenhang steht.

7.7. Impfstatus

Bei der Datenerhebung wurden all jene Impfungen eingeschlossen, die im Österreichischen Impfplan aus dem Jahre 2012 für Kinder von 0 bis 6 Jahren vorgesehen waren. Diese waren:

- Rotavirus (Erhebung einer Teilimpfung)
- 6-fach-Impfung (3 Teilimpfungen)
- Pneumokokken (3 Teilimpfungen)
- Mumps, Masern, Röteln (2 Teilimpfungen)
- Meningokokken (1 Teilimpfung)
- Hepatitis A (2 Teilimpfungen)
- FSME (Erhebung einer Teilimpfung)
- Varizellen (2 Teilimpfungen)

Von insgesamt 200 Kindern war der Impfstatus bei 5 Kindern aufgrund des fehlenden Impfpasses nicht zu erheben.

7.7.1. Rotavirus

Allgemeines:

Die Rotaviren waren bis zur Einführung der Impfung für die meisten hospitalisierungspflichtigen Gastroenteritiden bei Kindern unter 5 Jahren verantwortlich.

Rotaviren sind weltweit verbreitet – eine Übertragung erfolgt fäkal-oral. Aerosole Übertragungswege werden derzeit noch diskutiert.

Klinik:

Die Inkubationszeit liegt zwischen 1 und 3 Tagen. Die Erkrankung führt zu akut auftretenden wässrigen bis schleimigen Durchfällen. Blut ist im Stuhl in der Regel nicht nachweisbar. Häufig ist eine Infektion mit Erbrechen vergesellschaftet (Hof & Dörries, 2009, p. 200).

Impfung:

7. LW. – 6. LM., 2 bzw. 3 Teilimpfungen (je nach Impfstoff) im Abstand von mind. 4 Wochen

Datenauswertung:

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar. Bei 140 Kindern wurde die Impfung durchgeführt. 42 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 13 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erhebung zu jung, um die entsprechende Impfung zu erhalten. (n=182).

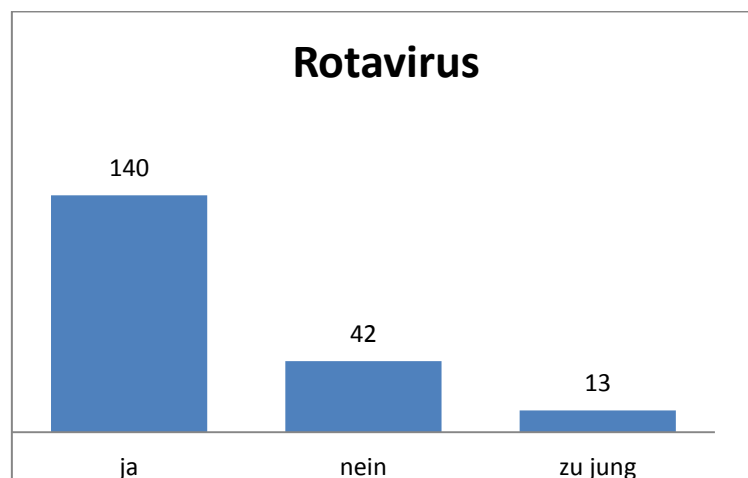


Abbildung 35: Beteiligungsrate Rotavirus

INTERPRETATION:

Beachtet man jene Kinder nicht, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist eine Beteiligungsrate von 76,9% ersichtlich. 23,1% der Kinder waren nicht geimpft, was fast einem Viertel der Studienpopulation entspricht.

7.7.2. 6-fach-Impfung

Unter der 6-fach-Impfung versteht man einen kombinierten Impfstoff, welcher vor folgenden Erregern schützen soll: Diphtherie (DIP), Tetanus (TET), Pertussis (PEA), Poliomyelitis (IPV), Haemophilus influenzae B (HIB) und Hepatitis B (HBV).

1. Diphtherie:

Allgemeines:

Das Corynebacterium diphtheriae ist ein grampositives, nicht sporenbildendes, unbewegliches Stäbchenbakterium.

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit zwischen 3 und 5 Tagen kommt es primär zu einer lokalen Infektion. Als Übertragungswege werden die Tröpfchen- oder Schmierinfektion genannt. Das Toxin des Bakteriums führt zu einer lokalen Nekrose. Da sehr häufig die Atemwege betroffen sind, wird das Krankheitsbild bei Kindern oftmals durch Heiserkeit und Husten auffällig. Bei Nicht-Behandlung kommt es zu einer systemischen Intoxikation, was im schlimmsten Falle zum Tod führen kann (Hof & Dörries, 2009, pp. 334-336).

2. Tetanus:

Allgemeines:

Clostridium tetani ist ein anaerobes, sporenbildendes grampositives Stäbchenbakterium und Erreger des Wundstarrkrampfes.

Klinik:

Tetanus kann sowohl lokalisiert als auch generalisiert auftreten. Beim generalisierten Tetanus kommt es v.a. zu tonisch-klonischen Krampfanfällen, die vorwiegend durch optische und akustische Reize ausgelöst werden. Häufig ist eine Infektion mit Lähmungserscheinungen bzw. mit anhaltenden Muskelkontraktionen vergesellschaftet (Hof & Dörries, 2009, pp. 348-350).

3. Pertussis:

Allgemeines:

Bordetella pertussis ist ein gramnegatives, bekapseltes Stäbchenbakterium und Erreger des Keuchhustens.

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit zwischen 10 und 14 Tagen kommt es zu ersten Symptomen. Die Krankheit verläuft in 3 Stadien:

- Stadium catarrhale: Symptome eines grippalen Infektes mit mäßigem Fieber (Dauer zwischen 1 und 2 Wochen)
- Stadium convulsivum: typisch für dieses Stadium sind krampfhaft auftretende Hustenanfälle, welche bis zu einem Stimmlippenkrampf und damit zu Apnoe führen können (Dauer zwischen 2 und 6 Wochen).
- Stadium decrementi: es kommt zum Abklingen der Symptome, begleitet von einem mäßigem Husten (Dauer ca. 6 Wochen) (Hof & Dörries, 2009, pp. 411-412).

4. Polioviren:

Allgemeines:

Polioviren sind RNA-Viren und zählen zu den Picornaviridae. Sie zählen zu der Gattung der Enteroviren. Polioviren sind die Verursacher der Poliomyelitis (=Kinderlähmung).

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit zwischen 1 und 3 Wochen kommt es zu ersten Symptomen. Die Krankheit beginnt mit unspezifischen Krankheitssymptomen (Kopfschmerzen, Fieber), gefolgt von einer Pharyngitis und Tonsillitis. Auch abdominelle Symptome sind in der Literatur beschrieben.

In der Folge kommt es zum so genannten präparalytischen Stadium, in welchem sich eine abakterielle Meningitis (mit einhergehendem erhöhten Liquordruck) ausbildet. Als letztes Stadium wird das paralytische Stadium angeführt; in dieser Phase treten v.a. Morgenlähmungen auf. Die Eigenreflexe der erkrankten Person fehlen, die Muskulatur ist schlaff (Hof & Dörries, 2009, pp. 188-190).

(Anm.: eine Infektion muss nicht zwingend bis zum paralytischen Stadium führen.)

5. Haemophilus influenzae B:

Allgemeines:

Haemophilus influenzae B ist ein kleines, unbewegliches, fakultativ anaerobes Stäbchenbakterium.

Klinik:

Erkrankungen die durch dieses Bakterium ausgelöst werden, betreffen v.a. Kinder zwischen dem 6. Lebensmonat und dem 4. Lebensjahr.

Infektionen können typischerweise eine akute Epiglottitis bzw. eine Meningitis verursachen. Die Meningitis geht mit einer hohen Letalität einher (Hof & Dörries, 2009, pp. 418-421).

6. Hepatitis-B-Virus:

Allgemeines:

Das Hepatitis-B-Virus gehört zu den Hepadnaviridae und zwar zur Gattung der Orthohepadnaviridae.

Klinik:

Dieses Virus führt zur Verursachung akuter bzw. chronischer Hepatitiden und ist ein bekannter Risikofaktor für die Entstehung des hepatozellulären Karzinoms.

Mit einer Inkubationszeit zwischen 6 Wochen und 6 Monaten kommt es zu ersten Symptomen, falls die Krankheit nicht inapparent verläuft. Treten Krankheitssymptome auf, so ist dies meist ein unspezifisches Krankheitsgefühl mit Erbrechen und Übelkeit. In der Folge kommt es zu einem Ikterus, bei chronisch aggressivem Verlauf zu schweren Leberschäden (Hof & Dörries, 2009, pp. 265-269).

Impfung:

3 Teilimpfungen im 3., 5. und 12. Lebensmonat

Datenauswertung:

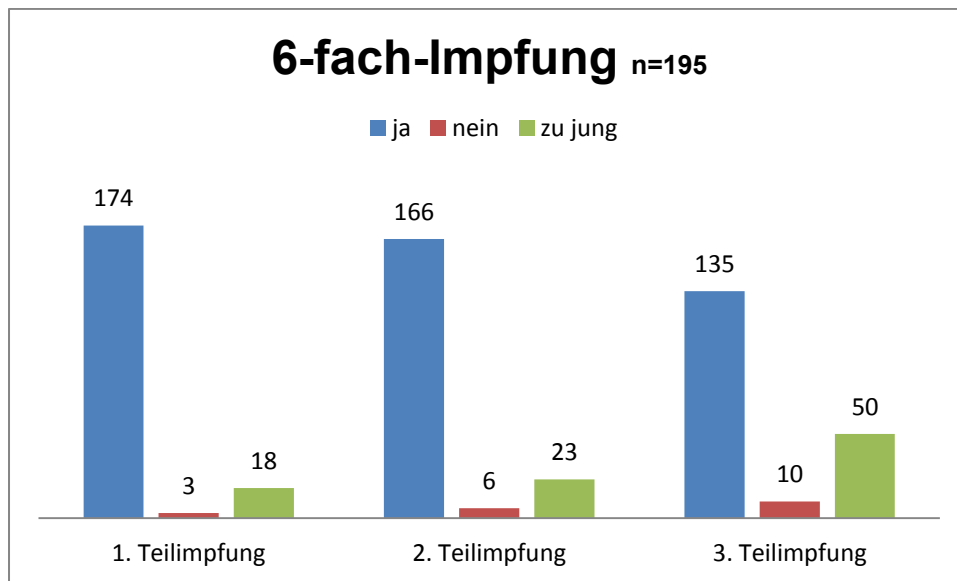


Abbildung 36: Beteiligungsrate 6-fach-Impfung; Absolutzahlen n=195

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar.

1. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der ersten Teilimpfung wurde die Impfung bei 174 Kindern durchgeführt. 3 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 18 Kinder waren zu jung (n=177).

2. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der zweiten Teilimpfung wurde die Impfung bei 166 Kindern durchgeführt. 6 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 23 Kinder waren zu jung (n=172).

3. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der dritten Teilimpfung wurde die Impfung bei 135 Kindern durchgeführt. 10 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 50 Kinder waren zu jung (n=145).

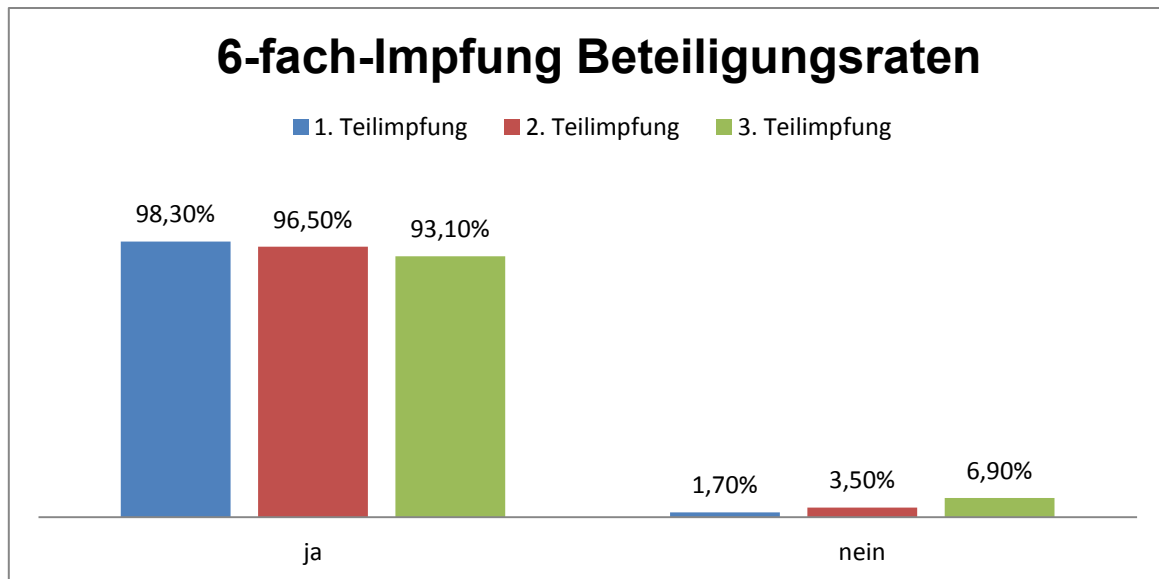


Abbildung 37 Beteiligungsrate 6-fach-Impfung; Prozentzahlen

INTERPRETATION:

Exkludiert man jene Kinder, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist die Beteiligungsrate als sehr hoch einzustufen.

Dennoch ist ein Rückgang bei der Beteiligungsrate zwischen der ersten und der zweiten und zwischen der zweiten und der dritten Teilimpfung ersichtlich. Dieser Rückgang ist allerdings als relativ gering einzuschätzen.

7.7.3. Pneumokokken

Allgemeines:

Pneumokokken sind grampositive Diplokokken. Der Erreger heißt *Streptococcus pneumoniae*.

Klinik.

Streptococcus pneumoniae ist ein typischer Erreger der Lobärpneumonie, sowie der Otitis media und Mastoiditis.

Gelegentlich kann eine Infektion mit diesem Bakterium zu einer Meningitis führen.

Impfung:

3 Teilimpfungen im 3., 5. und 12. Lebensmonat

Datenauswertung:

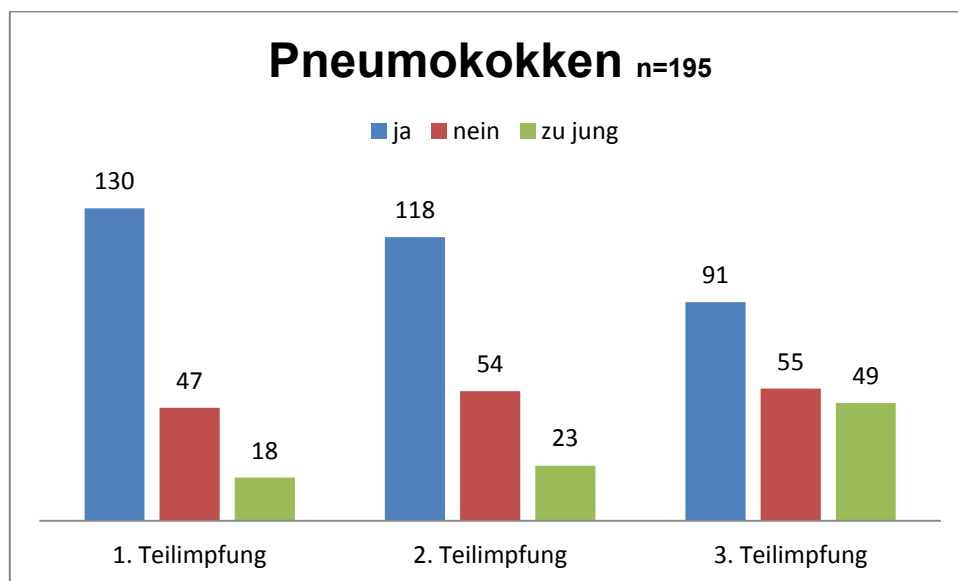


Abbildung 38: Beteiligungsrate Pneumokokken; Absolutzahlen n=195

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar.

1. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der ersten Teilimpfung wurde die Impfung bei 130 Kindern durchgeführt. 47 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 18 Kinder waren zu jung (n=177).

2. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der zweiten Teilimpfung wurde die Impfung bei 118 Kindern durchgeführt. 54 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 23 Kinder waren zu jung (n=172).

3. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der dritten Teilimpfung wurde die Impfung bei 91 Kindern durchgeführt. 55 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 49 Kinder waren zu jung (n=146).

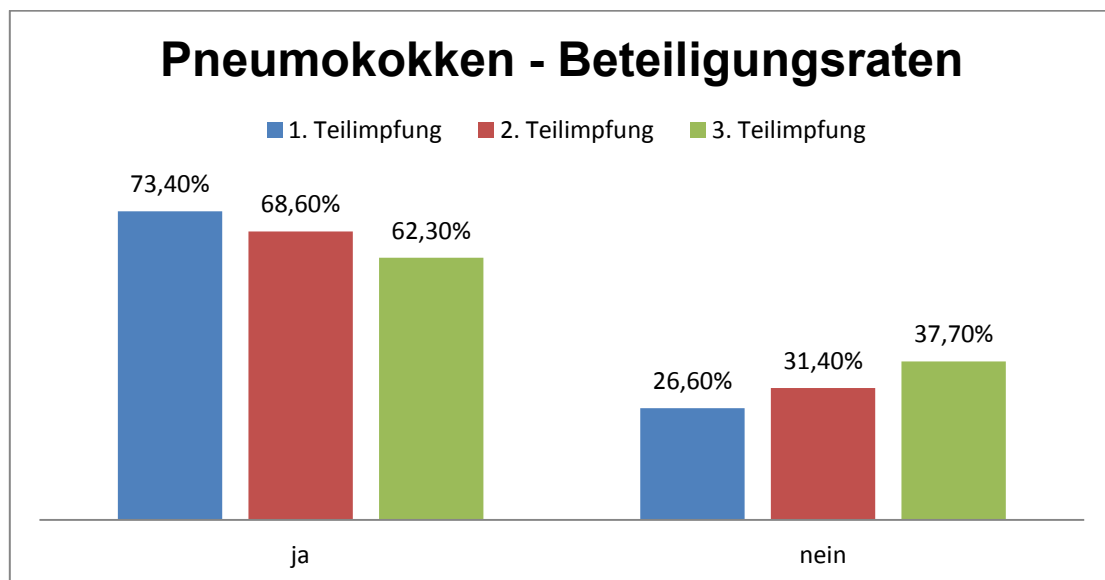


Abbildung 39: Beteiligungsrate Pneumokokken; Prozentzahlen

INTERPRETATION:

Exkludiert man jene Kinder, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist die Beteiligungsrate als hoch einzustufen. Wenn man beachtet, dass die 6-fach-Impfungen zum gleichen Zeitpunkt wie die Pneumokokken-Impfungen zu

verabreichen sind, so ist deutlich erkennbar, dass die Beteiligungsraten bei der Pneumokokken-Impfung geringer sind.

Zwischen der ersten und der zweiten und zwischen der zweiten und der dritten Teilimpfung ist ein stetiger Rückgang bzgl. der Durchführung der Impfungen ersichtlich.

Es ist wichtig an diesem Punkt zu erwähnen, dass diese Impfung erst im Jahre 2012 in das kostenlose Kinder-Impfprogramm aufgenommen wurde. Da bei der Datenerhebung nur darauf geachtet wurde, ob und nicht wann die Impfung durchgeführt wurde, ist es im Nachhinein nur schwer nachzuvollziehen, ob sich mit der Aufnahme in das Gratis-Kinder-Impfprogramm die Beteiligungsraten erhöhten.

7.7.4. Masern, Mumps, Röteln (MMR)

Mittels eines kombinierten Impfstoffes kommt es zur Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln.

1. Masern:

Allgemeines:

Das Masernvirus gehört zur Subfamilie der Paramyxovirinae, zur Gattung des Morbillivirus. Eine Infektion mit diesem Virus tritt typischerweise in der Kindheit auf.

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit von ca. 2 Wochen kommt es zu unspezifischen Primärsymptomen, die einer Erkältung ähneln. Darauf folgend kommt es zu einer ausgeprägten Infektion der oberen Atemwege, wobei auch Pneumonien in seltenen Fällen zu beobachten sind. Häufig geht eine Infektion mit einer Konjunktivitis und Fieber $>39^{\circ}\text{C}$ einher. An der Mundschleimhaut zeigen sich die typischen „Koplik-Flecken“, welche sich „kalkspritzerartig“ entlang der Wangenschleimhaut abzeichnen.

Kommt es zu weiter ansteigendem Fieber, entsteht das typische makulopapulöse Exanthem.

Als schwere Komplikation gilt das Auftreten einer Masernenzephalitis (Hof & Dörries, 2009, pp. 223-227).

2. Mumps:

Allgemeines:

Das Mumpsvirus gehört zur Subfamilie der Paramyxovirinae, zur Gattung des Rubulavirus. Eine Infektion mit diesem Virus tritt typischerweise in der Kindheit auf. Eine saisonale Häufung in der kalten Jahreszeit ist bekannt.

Das Mumpsvirus ist der Erreger der Parotitis epidemica.

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit von 12 bis 26 Tagen treten die primären Symptome auf; Fieber und einer schmerzhaften Schwellung der Glandula parotidea sind die Leitsymptome dieser Infektion. Handelt es sich bei den Infizierten um

postpubertäre Patienten, kann als Begleiterkrankung eine schmerzhafte Orchitis auftreten. Selten sind Meningitiden bzw. Meningoenzephalitiden zu beobachten (Hof & Dörries, 2009, pp. 223-225).

3. Röteln:

Allgemeines:

Das Rubellavirus gehört zur Subfamilie der Togaviridae, zur Gattung des Rubivirus. Eine Infektion mit diesem Virus tritt typischerweise in der Kindheit auf.

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit von 5-6 Tagen kommt es zu einer Schwellung der zervikalen Lymphknoten. Nach weiteren 10 Tagen kommt es zum Auftreten des typischen Exanthems, das durchaus von Fieber begleitet sein kann. Das Exanthem besteht typischerweise aus kleinen, nicht konfluierenden rötlichen Flecken, die primär retroaurikulär sichtbar werden und sich anschließend am ganzen Körper ausbreiten. Komplikationen sind selten; meist heilt die Infektion nach wenigen Tagen wieder folgenlos ab (Hof & Dörries, 2009, pp. 203-207).

Impfung:

11. – 24. LM; 2 Teilimpfungen im Abstand von mind. 4 Wochen

Datenauswertung:

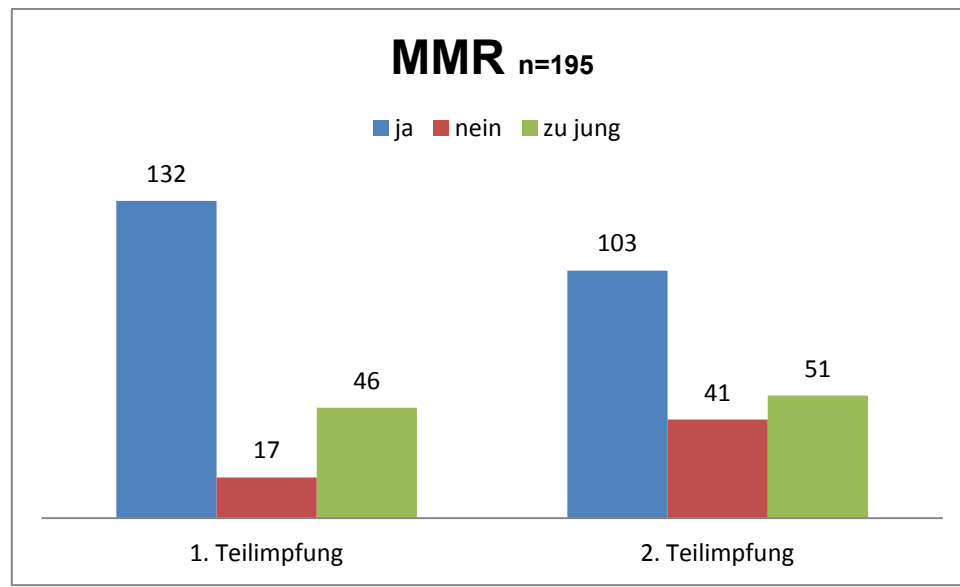


Abbildung 40: Beteiligungsrate MMR; Absolutzahlen n=195

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar.

1. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der ersten Teilimpfung wurde die Impfung bei 132 Kindern durchgeführt. 17 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 46 Kinder waren zu jung (n=149).

2. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der zweiten Teilimpfung wurde die Impfung bei 103 Kindern durchgeführt. 41 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 51 Kinder waren zu jung (n=144).

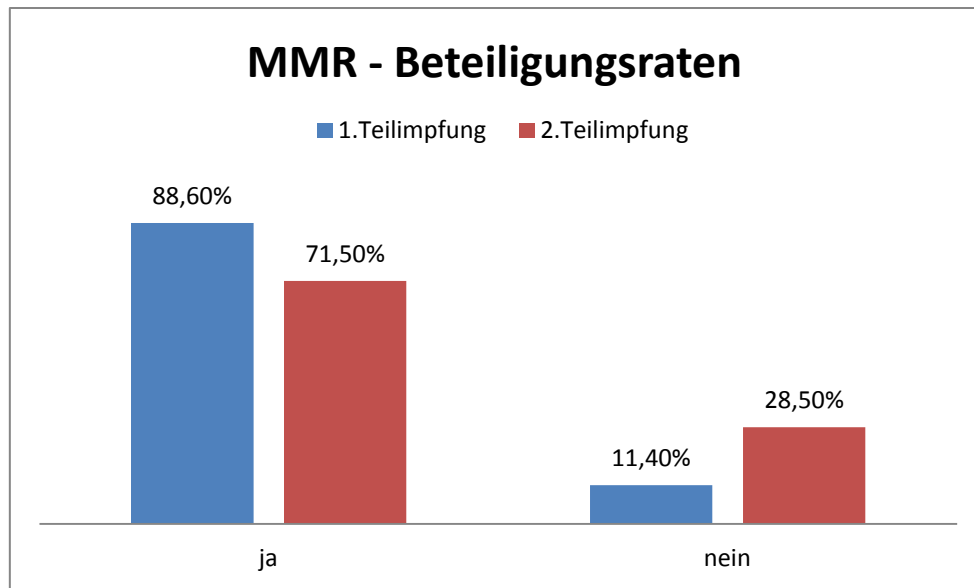


Abbildung 41: Beteiligungsrate MMR; Prozentzahlen

INTERPRETATION:

Exkludiert man jene Kinder, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist die Beteiligungsrate bei der ersten Teilimpfung als hoch einzustufen.

Zwischen der ersten und der zweiten Teilimpfung ist ein Rückgang um 17,1% bzgl. der Beteiligungsrate ersichtlich; mehr als ein Viertel aller Kinder besitzt damit keinen gesicherten Schutz.

7.7.5. Meningokokken

Allgemeines:

Meningokokken sind gramnegative Diplokokken. Der Erreger heißt *Neisseria meningitidis*. Insgesamt konnte man bisher 14 Serotypen nachweisen. Der häufigste Serotyp in Österreich ist Typ B.

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit von 2 bis 5 Tagen kommt es zu einem plötzlich einsetzenden starken Krankheitsgefühl; Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit sowie hohes Fieber, damit einhergehender Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Nackensteife sind typische Symptome dieser Infektion. Bei einer Infektion mit diesem Bakterium besteht immer eine Bakteriämie. Da die Endothelzellen infiziert werden, kommt es zu einer Thrombosierung des kapillaren Gefäßsystems und damit zu einer Purpura fulminans mit petechialen Blutungen und Organnekrosen. In schweren Fällen sind auch die Akren betroffen. Als Folge der Bakteriämie kann es zu einem sogenannten Endotoxinschock mit Verbrauchskoagulopathie und hämorrhagischer Nekrose der Nebennierenrinde kommen (Waterhouse-Friderichsen-Syndrom) (Hof & Dörries, 2009, pp. 372-375).

Impfung:

1 Teilimpfung im 12. Lebensmonat

Datenauswertung:

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar. Bei 61 Kindern wurde die Impfung durchgeführt. 81 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 53 Kinder waren zu jung (n=142).

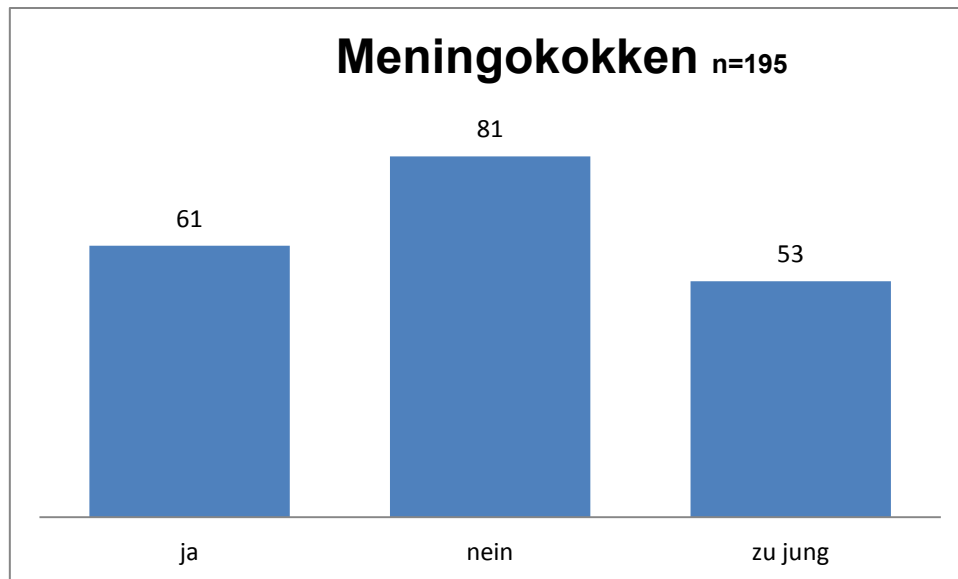


Abbildung 42: Beteiligungsrate Meningokokken

INTERPRETATION:

Exkludiert man jene Kinder, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist eine Beteiligungsrate von 42,9% ersichtlich. 57,1% der Kinder waren nicht geimpft.

Die Beteiligungsrate ist als niedrig einzustufen, da nicht einmal die Hälfte der Kinder einen Impfschutz gegen diesen Erreger besitzt.

7.7.6. Hepatitis A

Allgemeines:

Das Hepatitis-A-Virus ist ein RNA-Virus, gehört zur Gruppe der Picornaviridae und ist ein Hepatovirus.

Klinik:

Da die Infektion abhängig vom Lebensalter unterschiedlich verläuft, sei hier nur der Krankheitsverlauf bei Kindern angeführt.

In ca. 90% der Fälle verläuft eine Infektion mit diesem Virus bei Kindern subklinisch. Mit einer Inkubationszeit von 2 bis 6 Wochen kommt es zu abrupt einsetzender Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Myalgien. In der Folge kommt es zum Auftreten eines Ikterus.

In 99% aller Fälle kommt es zu einer vollständigen Ausheilung – eine Chronifizierung ist damit äußerst selten (Hof & Dörries, 2009, pp. 188-195).

Impfung:

2 Teilimpfungen im 14. Lebensmonat sowie zwischen dem 20. und 24. Lebensmonat

Datenauswertung:

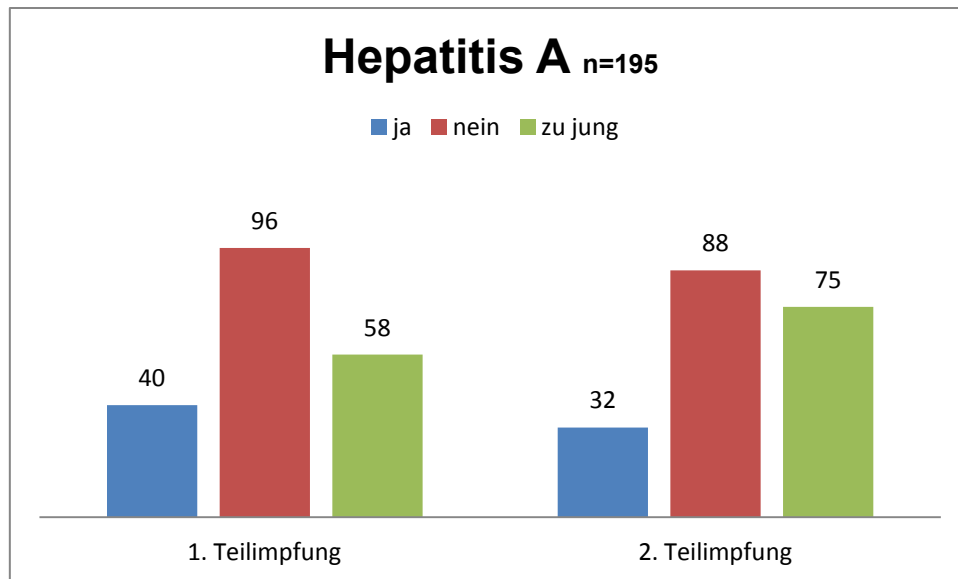


Abbildung 43: Beteiligungsrate Hepatitis A; Absolutzahlen n=195

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar.

1. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der ersten Teilimpfung wurde die Impfung bei 40 Kindern durchgeführt. 96 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 58 Kinder waren zu jung (n=136).

2. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der zweiten Teilimpfung wurde die Impfung bei 32 Kindern durchgeführt. 88 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 75 Kinder waren zu jung (n=120).

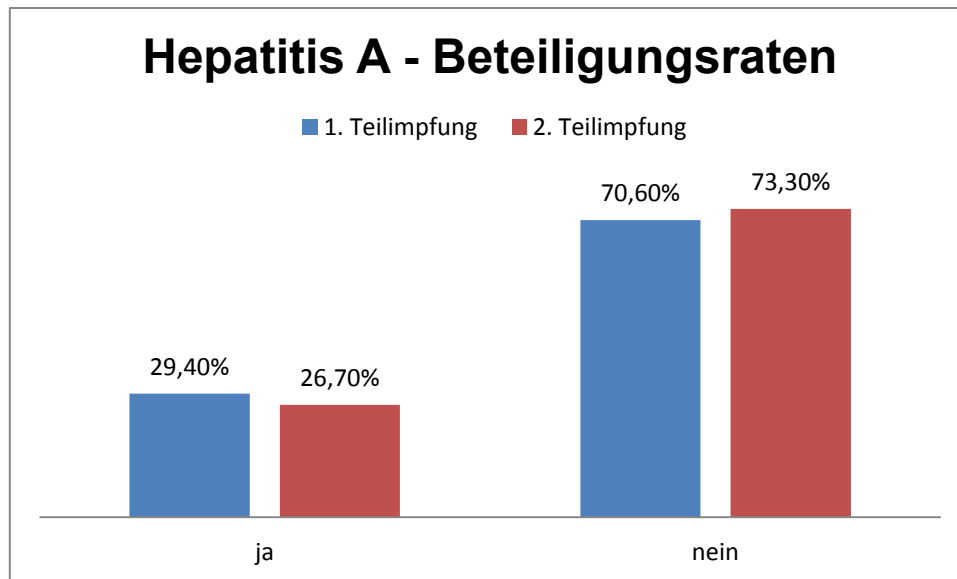


Abbildung 44: Beteiligungsrate Hepatitis A; Prozentzahlen

INTERPRETATION:

Beachtet man jene Kinder nicht, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist die Beteiligungsrate als äußerst niedrig einzustufen. Nur knapp ein Viertel aller Untersuchten besitzt zwei Teilimpfungen und damit einen ausreichenden Impfschutz.

Zwischen der ersten und der zweiten Teilimpfung ist neben der ohnehin schon geringen Durchimpfungsrate ein weiterer Rückgang bzgl. der Beteiligungsrate ersichtlich.

7.7.7. FSME

Allgemeines:

Der Erreger der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) gehört zur Familie der Flaviviridae.

Die Übertragung erfolgt vorwiegend durch den gemeinen Holzbock. Eine Häufung findet in den Monaten Mai und Juni statt. Gerade in Österreich – und im Besonderen in der Steiermark – findet sich ein sehr großes Endemiegebiet, weswegen die FSME-Impfung schon seit Jahren ein fester Bestandteil des Österreichischen Impfplans ist.

Klinik:

Die meisten Infektionen verlaufen subklinisch (ca. 70%). Kommt es zum Auftreten von Symptomen, so zeichnet sich fast immer ein klassischer biphasischer Verlauf ab;

Nach einer Inkubationszeit von ca. 5-10 Tagen kommt es zur Entwicklung sehr unspezifischer grippeähnlicher Symptome (Fieber, Muskel-, Glieder-, Kopfschmerzen), welche zeitlich ca. auf eine Woche beschränkt sind. Nach einem krankheitsfreien Intervall von 7 Tagen kommt es zu einem massiven Anstieg der Körpertemperatur und zum Befall des Zentralnervensystems. Kinder sind vor allem von einer Meningitis betroffen (Hof & Dörries, 2009, pp. 207-208).

Impfung:

4 Teilimpfungen im 13. und 14. Lebensmonat sowie zwischen dem 20. und 24. Lebensmonat und im 5. Lebensjahr

Untersucht wurde, ob zumindest eine Teilimpfung verabreicht wurde.

Datenauswertung:

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar. Bei 121 Kindern wurde die Impfung durchgeführt. 20 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 54 Kinder waren zu jung (n=141).

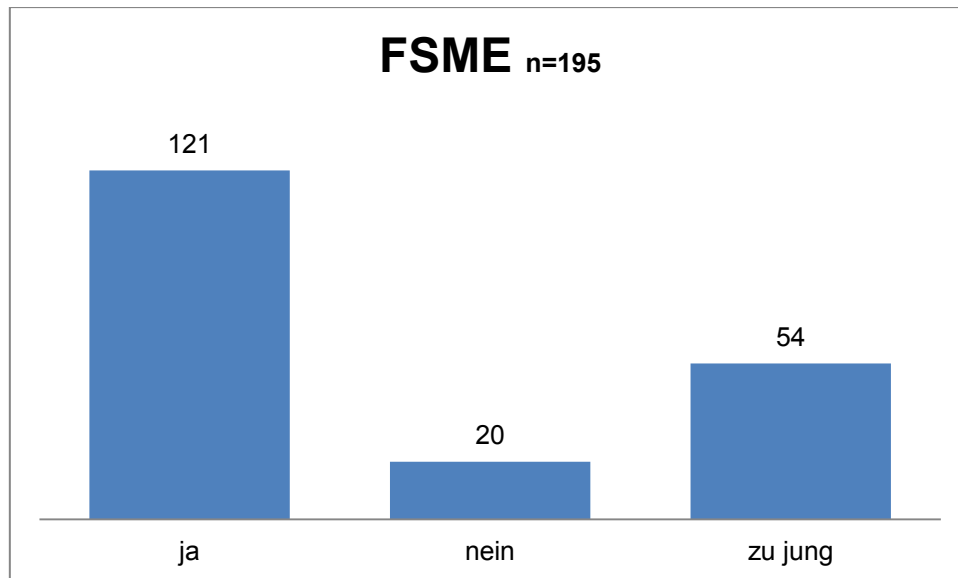


Abbildung 45: Beteiligungsrate FSME

INTERPRETATION:

Exkludiert man jene Kinder, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist eine Beteiligungsrate von 85,8% ersichtlich. 14,2% der Kinder waren nicht geimpft.

Die Beteiligungsrate ist angesichts dessen, dass die Steiermark ein bedeutendes Endemiegebiet ist, als zufriedenstellend einzustufen. Wünschenswert wäre dennoch eine Beteiligungsrate jenseits von 95%.

7.7.8. Varizellen

Allgemeines:

Das Varicellavirus oder auch humanes Herpesvirus Typ 3 genannt, ist ein DNA-Virus und gehört zur Gruppe der Herpesviridae, der Subfamilie der Alphaherpesvirinae. Das Virus ist weltweit verbreitet und ist der Auslöser für die Varizellen (Windpocken, Schafblattern) bzw. Herpes zoster (Gürtelrose).

Klinik:

Mit einer Inkubationszeit von ca. 14-21 Tagen tritt das typische Exanthem auf, welches sich vom Stamm zu den Extremitäten hin ausbreitet. Neben Bläschen, Pusteln und Papeln finden sich aufgrund des starken Juckreizes häufig auch Krusten. An der Wangenschleimhaut findet sich ebenfalls ein Exanthem. Auffällig ist des Weiteren, dass Hand- und Fußflächen immer frei von Hautveränderungen bleiben (Hof & Dörries, 2009, pp. 240-246).

Impfung:

2 Teilimpfungen; 1. Teilimpfung im 11. Lebensmonat, die 2. Teilimpfung zwischen dem 20. und 24. Lebensmonat.

Datenauswertung:

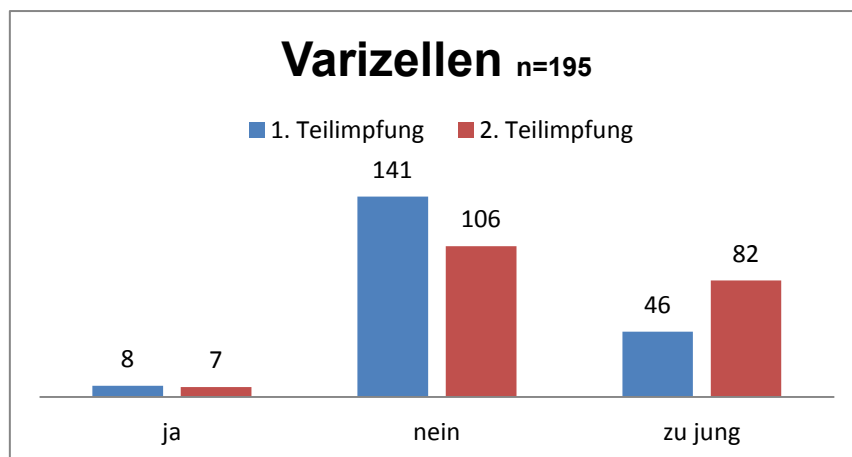


Abbildung 46: Beteiligungsrate Varizellen; Absolutzahlen n=195

Unter insgesamt 200 Kindern war bei 5 Untersuchten der Impfstatus aus oben genanntem Grund nicht erhebbar.

1. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der ersten Teilimpfung wurde die Impfung bei 8 Kindern durchgeführt. 141 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 46 Kinder waren zu jung (n=149).

2. Teilimpfung:

Zum Zeitpunkt der zweiten Teilimpfung wurde die Impfung bei 7 Kindern durchgeführt. 106 Kindern wurde der Impfstoff nicht verabreicht, 82 Kinder waren zu jung (n=113).

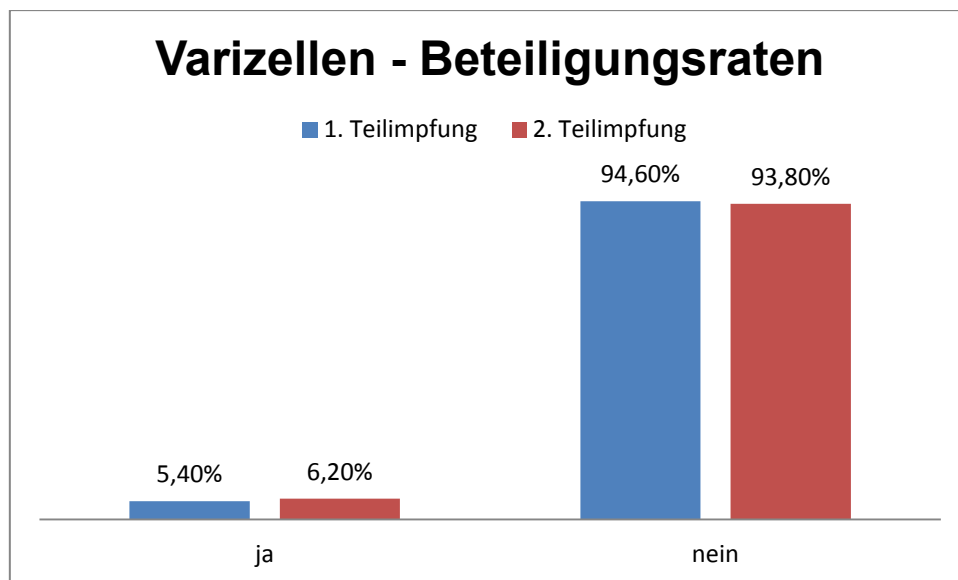


Abbildung 47: Beteiligungsrate Varizellen; Prozentzahlen

INTERPRETATION:

Exkludiert man jene Kinder, welche zu jung waren, um die Impfung zu erhalten, so ist die Beteiligungsrate als sehr niedrig einzustufen.

Nur knapp 5% der Kinder wurden gegen Varizellen geimpft. Da die Impfung in der Bevölkerung noch relativ unbekannt ist, ist es durchaus möglich, dass dies ein Grund für die geringe Durchimpfungsrate ist. Der Hauptgrund liegt wohl eher darin, dass die Varizellen nicht als gesundheitsgefährdende Krankheit an sich verstanden werden; Eine Varizelleninfektion ist eine jener Kinderkrankheiten, die viele der Eltern selbst durchgemacht haben. Als zusätzlicher Faktor ist zu erwähnen, dass diese Impfung kein Teil des Gratis-Kinder-Impfprogrammes ist.

7.7.9. Gratis-Kinder-Impfprogramm

Unter diesem Punkt soll eine Zusammenfassung der Beteiligungsraten für jene Impfungen gegeben werden, welche Teil des Gratis-Kinder-Impfprogramms sind.

Von den hier angeführten Impfungen zählen folgende zu diesem Programm:

- Rotavirus
- 6-fach-Impfung
- Pneumokokken
- MMR

Folgendes Ergebnis kann gezeigt werden:

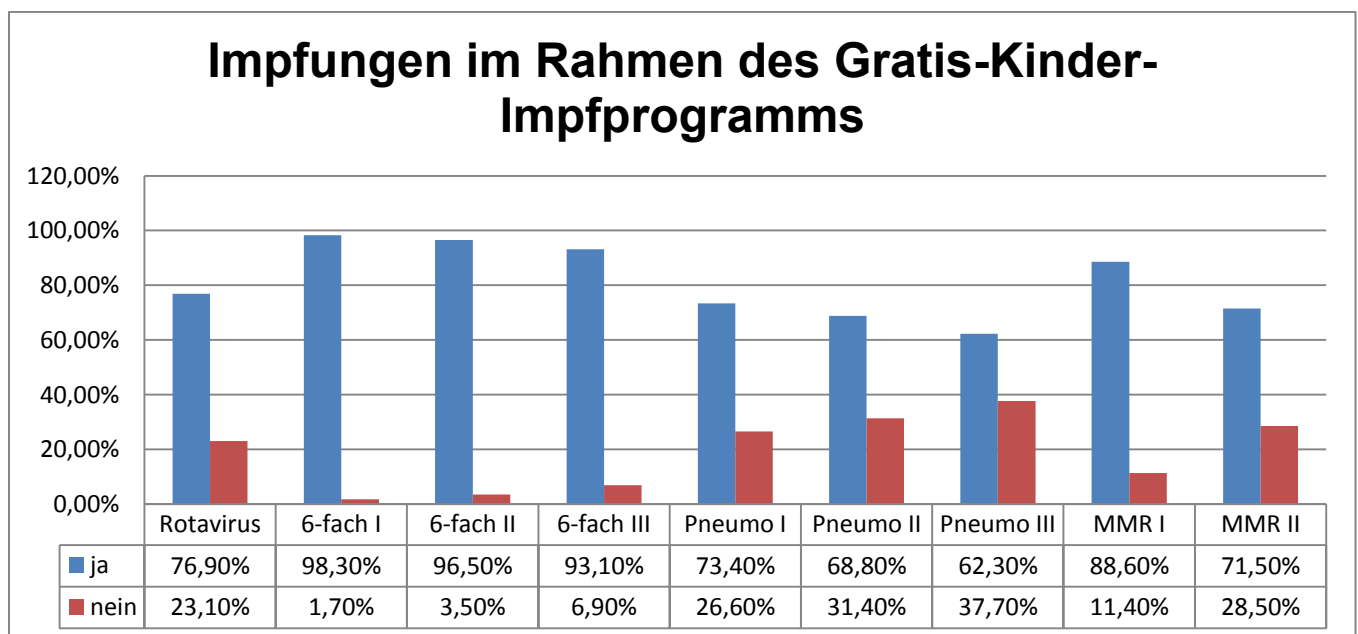


Abbildung 48: Beteiligungsrate Gratis-Kinder-Impfprogramm

INTERPRETATION:

Betrachtet man die oben stehende Grafik, so ist festzustellen, dass bei allen Impfungen, welche durch dieses Programm gratis geimpft werden können, die Anzahl jener, die die Impfung durchführen ließen, deutlich größer ist, als jener die auf die Impfung verzichteten.

Die höchste Beteiligungsrate findet sich eindeutig bei der 6-fach-Impfung; ein möglicher Grund dafür wäre, dass aufgrund der Kombination von 6 Impfstoffen, nicht 18, sondern nur 3 Teilimpfungen durchgeführt werden müssen. Häufig wurde von Eltern berichtet, dass sie ihren Kindern so viele Impfungen nicht zumuten wollen, da Impftermine immer mit Stress und Aufregung einhergehen.

Ein möglicher Ansatz, die Beteiligungsraten zu erhöhen, wäre somit jener, mehr Kombinationsimpfstoffe auf den Markt zu bringen, auch wenn dies eine Herausforderung für die medizinische Forschung und die Pharmaindustrie darstellen würde.

Dies ist eine persönliche Meinung und somit als freie Interpretation zu betrachten.

8. Ideen zu einer Kosten-Nutzen-Analyse

„Kosten-Nutzen-Analyse (oder auch Nutzen-Kosten-Analyse)

Ist eine mathematisch-statistische Methode zur Ermittlung des wirtschaftlichen Nutzens eines Projekts im Vergleich zu den finanziellen Aufwendungen.“ (Hammer & Demuth, 2008, p. 5)

Mittels einer Kosten-Nutzen-Analyse soll gezeigt werden, welche Maßnahmen zum Erreichen eines gesetzten Zieles am effizientesten sind. Voraussetzung dafür ist, ein Ziel definieren und die Kosten des dafür notwendigen Aufwandes darstellen zu können (Hammer & Demuth, 2008, p. 5).

In unserem Falle sind die Ziele des Mutter-Kind-Passes unter Punkt 1.2 angeführt.

Die Kosten der einzelnen Untersuchungen sind ebenfalls bekannt und unter Punkt 4.2 ersichtlich.

Eine gut aufgeschlüsselte Kosten-Nutzen-Analyse kann deshalb nicht durchgeführt werden, da folgende Punkte nicht ausgewertet werden können:

- Kommt es bei den einzelnen Untersuchungen zu einer Diagnosestellung, so ist es die Entscheidung der Eltern bzw. des behandelnden Arztes, ob eine weiterführende Diagnostik bzw. Therapie von Nöten ist oder nicht.
- Kommt es zu solchen Maßnahmen, sind diese im Mutter-Kind-Pass größtenteils nicht angeführt. Als Therapiemaßnahmen kommen unter anderem Medikamente, Operationen, Physiotherapie und vieles mehr in Frage. Es wären damit die Folgekosten zu evaluieren. Ein weiterer Punkt würde darin bestehen, zu prüfen, ob mit der gewählten Therapie die Erkrankung damit als „geheilt“ angesehen werden kann.

Bezogen auf die Diagnostik zeigt sich dasselbe Bild; auch hier müssten die einzelnen Kosten von Laboruntersuchungen, Bildgebungen und anderen diagnostischen Maßnahmen einzeln aufgeschlüsselt werden.

All diese Gedanken zu einer ausführlichen Kosten-Nutzen-Analyse hätten den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Evaluiert werden können somit nur die Kosten, die durch die einzelnen Untersuchungen entstanden sind.

Folgende Ergebnisse können gezeigt werden:

8.1. Kosten der Untersuchungen – Schwangerschaft

Untersuchung	Kosten der Untersuchung	Durchführung bei n Müttern	Gesamtkosten
5 gynäkologische Untersuchungen	90,10 €	200	18.020 €
Labor 1.-16. SSW.	64,29 €	200	12.858 €
interne Untersuchung	11,55 €	169	1.851,95 €
Labor 25.-28. SSW.	13,37 €	200	2.674 €
oGTT	10,89 €	152	1.666,17 €
1 Ultraschalluntersuchung	22,32 €	5	111,60 €
2 Ultraschalluntersuchungen	44,64 €	70	3.124,80 €
3 Ultraschalluntersuchungen	66,96 €	122	8.169,12 €
<u>Gesamtkosten</u>			<u>48.475,64 €</u>

Tabelle 66: Datenauswertung: Kosten der Untersuchungen – Schwangerschaft

8.2. Kosten der Untersuchungen – Kinder

Untersuchung	Kosten der Untersuchung	Durchführung bei n Kindern	Gesamtkosten
1. LW. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	200	4.360 €
4.-7. LW. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	192	4.185,60 €
4.-7. LW. orthopädische Untersuchung	11,55 €	188	2.171,40 €
6.-8.LW. Hüftultraschall	29,07 €	183	5.319,81 €
3.-5. LM. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	177	3.858,60 €
7.-9.LM. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	161	3.509,80 €
7. -9. LM. HNO-Untersuchung	17,95 €	160	2.872 €
10.-14. LM. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	147	3.204,60 €
10.-14. LM. Augenärztliche	17,95 €	146	2.620,70 €

Untersuchung			
22.-26. LM. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	112	2.441,60 €
22.-26. LM. Augenfachärztliche Untersuchung	21,80 €	94	2.049,20 €
34.-38. LM. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	81	1.765,80 €
46.-50. LM. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	62	1.351,60 €
58.-62. LM. Ärztliche Untersuchung	21,80 €	31	675,80 €
<u>Gesamtsumme</u>			<u>40.386,51 €</u>

Tabelle 67: Datenauswertung: Kosten der Untersuchungen – Kinder

INTERPRETATION:

Betrachtet man oben stehende Tabellen so entstehen bei einer Studienpopulation von n=200 - unter Berücksichtigung der Beteiligungsraten und des Kindesalters - Kosten von insgesamt **88.862,14 €**. Damit können die Gesamtkosten der bereits stattgefundenen Untersuchungen für eine Kosten-Nutzen-Analyse festgehalten werden.

Ginge man davon aus, dass bei jenen Kindern, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch zu jung waren, die Folgeuntersuchungen alle durchgeführt werden würden, würden sich die Gesamtkosten auf 104.351,49 € ausweiten.

Bezüglich des Nutzens ist folgendes zu erwähnen:

Aus den Datenauswertungen unter Punkt 7 wird ersichtlich, bei wie vielen Untersuchungen Diagnosen gestellt wurden. Da diese Diplomarbeit primär in der Kinder- und Jugendheilkunde angesiedelt ist und bei den Daten der Schwangerschaft keine Einzelheiten bezüglich der Ultraschall- und gynäkologischen Untersuchungen festgehalten wurden, soll hier nur auf die Untersuchungen des Kindes eingegangen werden.

Die Anzahl der insgesamt durchgeführten Untersuchungen beträgt 1551, die Zahl der gestellten Diagnosen 557. Bei 35,9% aller Untersuchungen wurden damit Diagnosen festgehalten. Ob dieser Prozentwert nun als Nutzen gesehen werden kann, hängt von der Betrachtungsweise ab:

Es ist einerseits als positiv zu werten, dass bei 64,1% der Untersuchungen keine Diagnosen gestellt wurden. Beruft man sich darauf, dass Gesundheit gleichzusetzen ist mit dem Nicht-Vorhandensein einer Krankheit, dann liegt der Nutzen dieser Untersuchungen darin, festzustellen, dass die betroffenen Kinder nicht erkrankt sind und somit als gesund beurteilt werden können.

Betrachtet man die oben stehenden Daten von einem anderen Standpunkt, so ist es ebenfalls als positiv zu werten, dass bei 35,9% der Untersuchungen Diagnosen gestellt werden „konnten“. Positiv in diesem Sinne ist so zu verstehen, dass man bei jenen Kindern möglicherweise frühzeitig Erkrankungen erkannt hat, welche unter Umständen eine sofortige Therapie bzw. weiterführende diagnostische Abklärungen nach sich gezogen haben. Mögliche Spätfolgen aufgrund einer nicht vorhandenen Untersuchung und einer damit nicht vorhandenen Diagnose konnten somit womöglich verhindert werden.

Dies ist eine persönliche Meinung und somit als freie Interpretation zu betrachten.

9. Conclusio

Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass sich der zeitliche Aufwand, der durch die Datenerhebung entstanden ist, gelohnt hat.

Der Mutter-Kind-Pass mit den vorgesehenen Untersuchungen konnte gut evaluiert werden, auch wenn mit einer Studienpopulation von n=200 nur eine begrenzte Studienpopulation erfasst werden konnte. Da dennoch viele Auswertungen durchgeführt wurden, soll hier nur auf die wichtigsten eingegangen werden – diese Auswahl wurde persönlich getroffen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Beteiligungsrate an den Untersuchungen des Kindes mit 93,3% als sehr hoch einzustufen ist; dies repräsentiert das Gesundheitsverständnis der untersuchten Bevölkerung und zeigt damit, dass der Mutter-Kind-Pass gut angenommen wird. Nicht außer Acht zu lassen ist dabei, dass einige Untersuchungen durchgeführt werden müssen, um den Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld nicht zu verlieren. Unter Beachtung dieser Tatsache wurde deutlich, dass die Beteiligungsrate bei den fakultativen Untersuchungen rückläufig sind.

Die Sectio-Rate ist in der analysierten Gruppe mit über 44% als hoch einzustufen und gibt Anlass zur Überlegung, wodurch ein so hoher Prozentsatz entstehen kann. Eine Mitevaluierung des Grundes der operativen Geburtsbeendigung wäre von Vorteil gewesen. Dies wurde bei der Datenerhebung leider verabsäumt.

Betrachtet man die Hüftultraschalluntersuchungen, so ist zusammenfassend zu erwähnen, dass die eingeleiteten therapeutischen Schritte bei der Erstuntersuchung – sofern diese notwendig waren – Wirkung gezeigt haben. Dies ist als positiv anzusehen.

Die Gründe für die geringe Beteiligungsrate (78,3%) bei der augenfachärztlichen Untersuchung zwischen dem 22.-26. Lebensmonat sind zu hinterfragen; die Beteiligungsrate dieser Untersuchung hebt sich von den übrigen Beteiligungsrate im negativen Sinne deutlich ab. In persönlichen Gesprächen mit den Eltern wurden mehrmals die lange Wartezeit und die mangelnden Termine beim Augenfacharzt

erwähnt. Diese Aussagen könnten mögliche Gründe für die geringe Teilnahmerate darstellen.

Bezüglich der Diagnosen war auffallend, dass besonders die Diagnose „Phimose“ gehäuft gestellt wurde.

Betrachtet man den Impfstatus der Kinder, so ist zu erwähnen, dass die Beteiligungsraten abhängig von der Impfung stark variierten. Während bei der 6-fach-Impfung die höchste Beteiligungsrate ersichtlich war (alle Teilimpfungen > 93%), so zeigte sich bei der Varizellen-Impfung lediglich eine Beteiligungsrate von knapp 6%. Dieser große Unterschied kann einerseits daran liegen, dass die 6-fach-Impfung im Gegenteil zur Varizellen-Impfung Teil des kostenlosen Kinder-Impfprogrammes ist, andererseits aber auch an mangelnder Aufklärung seitens der Ärzte und Medien bzw. mangelndem Krankheitsbewusstsein der Eltern.

Die Kosten-Nutzen-Analyse gestaltete sich äußerst schwierig, da zwar die Kosten gut evaluierbar, der Nutzen allerdings nur schwer zu beurteilen ist.

Abschließend ist damit zu sagen, dass diese Arbeit einen bestimmten Neuigkeitswert besitzt; eine fundierte Datenerhebung mit anschließender Auswertung sollte allerdings mit weiteren Studien und mit einer größeren Studienpopulation durchgeführt werden.

IX) Literaturverzeichnis

Abuzahra, M., 2009. *Mutter-Kind-Pass. Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen*, Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Rendi-Wagner, Pamela, 2011. *Unser Baby kommt. Begleitbroschüre zum Mutter - Kind - Pass*. Wien: österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010. *Mutter-Kind-Pass*. Ausgabe 2010 Hrsg. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012. *Bundesministerium für Gesundheit*. [Online]

Available at:

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Kostenloses_Kinderimpfnzept

[Zugriff am 16 April 2013].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012. *österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (BMG)*. [Online]

Available at:

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass

[Zugriff am 4 April 2012].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013. *Bundesministerium für Gesundheit*. [Online]

Available at:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/3/6/CH1100/CMS1327680589121/impfplan_2013.pdf

[Zugriff am 16 April 2013].

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2002.

Bundeskanzleramt. Rechtsinformationssystem (RIS). [Online]

Available at:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001694>

[Zugriff am 4 April 2013].

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010. *Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend*. [Online]

Available at:

<http://www.bmwfj.gv.at/Familie/FinanzielleUnterstuetzungen/Kinderbetreuungsgeld/Documents/KBG%20-%20FORMULARE/KBG-Antrag%20ab%202010.pdf>

[Zugriff am 22 Mai 2013].

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2012. *Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend*. [Online]

Available at:

http://bmwa.cms.apa.at/cms/content/attachments/1/9/5/CH0617/CMS1293100096418/kinderbetreuungsgeld_2012_01.pdf

[Zugriff am 4 April 2013].

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2013. *Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend*. [Online]

Available at:

<https://www.bmwfj.gv.at/Familie/FinanzielleUnterstuetzungen/Kinderbetreuungsgeld/Seiten/default.aspx>

[Zugriff am 4 April 2013].

Dudenhausen, J., Schneider, H. P. G. & Bastert, G., 2003. *Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. 2. Auflage Hrsg. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Felderer, B., Gstrein, M. & Mateeva, L., 2011. *Familienlastenausgleich in Österreich 2011. Rückblick, Status-quo und Zukunftsperspektiven*, Wien: Institut für höhere Studien Wien.

Garbe, W., 2008. *Das Frühchen-Buch; Schwangerschaft, Geburt, das reife Neugeborene, das Frühgeborene - praktische Tipps für Eltern*. 5. Auflage Hrsg. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Grillberger, K., 2010. *Österreichisches Sozialrecht*. 8. Auflage Hrsg. Wien: Springer Verlag Wien.

Hammer, S. & Demuth, M., 2008. *Kosten-Nutzen-Analyse und die Nutzwertanalyse*. 1. Auflage Hrsg. Norderstedt: GRIN Verlag.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2011. *amtliche Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherungsträger*. [Online]

Available at:

https://www.avsv.at/avi/dokument/binaerdokument_download.pdf?dokid=2011%3D182&dokStat=0&contTyp=application%2Fpdf

[Zugriff am 10 April 2013].

Hof, H. & Dörries, R., 2009. *Medizinische Mikrobiologie*. 4. Auflage Hrsg. Stuttgart: Georg Thieme Verlag AG.

Holland, W. W., Stewart, S. & Masseria, C., 2006. *Policy Brief - Screening in Europe*, Brüssel: WHO European Centre for Health Policy: World Health Organization.

Kerbl, R., Kurz, R., Roos, R. & Wessel, L., 2011. *Checkliste Pädiatrie*. 4. Auflage Hrsg. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kerbl, R., Thun-Hohenstein, L., Damm, L. & Waldhauser, F., 2011. *Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt*. 1.Edition Hrsg. Wien: Springer-Verlag.

Kleine Zeitung, 2011. *Kinderrechte in der Verfassung verankert*. [Online]

Available at: <http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/2649297/verankerung-kinderrechte-verfassung.story>

[Zugriff am 18 April 2013].

Kronen Zeitung, 2013. Impfstoffe sind die besten Arzneimittel. *Kronen Zeitung*, 19 April, Issue Nr. 19031, p. 29.

Kunze, U., 2007. *Präventivmedizin. Epidemiologie. Sozialmedizin*. 4. Auflage Hrsg. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels-AG.

Kurz, R., 2003. *Mutter-Kind-Pass*. Innsbruck, s.n.

Mayrbäurl, A., 2010. *österreichisches Bundesministerium für Finanzen*. [Online]
Available at: http://www.bmf.gv.at/Publikationen/Downloads/WorkingPapers/WP_5-2010_Der_Familienlastenausgleichsfond_FLAF.pdf

[Zugriff am 4 April 2013].

Müller, C. R., 2008. *Die Fragebogenerhebung - Empirische Methode der Datenerhebung*. 1. Auflage Hrsg. Norderstedt: GRIN Verlag.

ORF Österreich, 2013. *ORF Österreich*. [Online]

Available at: <http://oesterreich.orf.at/stories/2574484>

[Zugriff am 19 April 2013].

ORF Wien, 2013. *ORF Wien*. [Online]

Available at: <http://wien.orf.at/news/stories/2580531/>

[Zugriff am 18 April 2013].

Österreich, G., 2013. *Geburtsallianz Österreich*. [Online]

Available at: <http://www.geburtsallianz.at/fakten/mutterkindpass/>

[Zugriff am 3 April 2013].

österreichisches Bundesministerium für Familie, Wirtschaft und Jugend, 2013.

österreichisches Bundesministerium für Familie, Wirtschaft und Jugend. [Online]

Available at:

<http://www.bmwfj.gv.at/Familie/FinanzielleUnterstuetzungen/familienbeihilfe/Seiten/default.aspx>

[Zugriff am 4 April 2013].

Paulke-Korinek, M., 2013. Neuerungen sollen Impflücken schließen. *Hausarzt*, April, p. 14.

Pfaff, S., 2010. *Kinderrechte in Theorie und Praxis*. 1. Ausgabe Hrsg. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Rendi-Wagner, P., 2011. *Impfbroschüre. Die wichtigsten Informationen zum Thema Kinderimpfungen*. Wien: österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Riesenfelder, A., Sorger, C., Wetzel, P. & Willsberger, B., 2007. *Das Kinderbetreuungsgeld in Österreich. Auswirkungen auf das Erwerbsverhalten und die Beschäftigungsfähigkeit*. 1. Edition Hrsg. Wien: LIT Verlag GmbH & Co..

Sachsenweger, M., 2003. *Duale Reihe - Augenheilkunde*. 2. Auflage Hrsg. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K.-T. M., 2004. *Die Geburtshilfe*. 2. Auflage Hrsg. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Schwartz, F. W., 2003. *Public Health; Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Auflage Hrsg. München: Urban & Fischer Verlag.

Speer, C. P. & Gahr, M., 2009. *Pädiatrie*. 3. Auflage Hrsg. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Stange, M. & Borrosch, F., 2006. *Pädiatrie in Frage und Antwort*. 5. Auflage Hrsg. München: Urban & Fischer Verlag.

UNICEF Österreich, 2013. *Unicef Österreich*. [Online]
Available at: <http://www.unicef.at/kinderrechte/die-un-kinderrechtskonvention/>
[Zugriff am 18 April 2013].

UNICEF Österreich, 2013. *Unicef Österreich*. [Online]
Available at: <http://www.unicef.at/kinderrechte/kinderrechte-in-oesterreich/>
[Zugriff am 18 April 2013].

Waller, H., 2007. *Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis*. 6. Auflage Hrsg. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Zechmeister, I. & Loibl, T., 2011. *Eltern-Kind-Vorsorge neu: Teil III. Ist-Erhebung der Finanzierungs- und Kostenstrukturen von Eltern-Kindleistungen in Österreich. Projektbericht Nr. 45c*, Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

10. Anhänge

10.1. Antrag Kinderbetreuungsgeld

Formular drucken Lokales Speichern Formular zurücksetzen																							
An den Krankenversicherungsträger Antrag auf Kinderbetreuungsgeld																							
Eingelangt am:	Bearbeitungsvermerke (nur für den Krankenversicherungsträger):																						
Allgemeine Informationen Um eine rasche Bearbeitung sicherzustellen, werden Sie gebeten, diesen Antrag vollständig auszufüllen und möglichst bald nach der Geburt beim zuständigen Krankenversicherungsträger einzubringen. Zuständig ist jener Krankenversicherungsträger, bei dem Wochengeld bezogen wurde bzw. bei dem Sie versichert (anspruchsberechtigt) sind bzw. zuletzt versichert (anspruchsberechtigt) waren, sonst jene Gebietskrankenkasse, bei der der Antrag gestellt wird. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Leistung höchstens bis zu 6 Monate rückwirkend ab dem Tag der Antragsabgabe gewährt werden kann. Die Antragsstellung ist auch Online (mit digitaler Signatur) unter www.bmwfj.gv.at , www.sozialversicherung.at oder www.help.gv.at möglich!																							
Bitte unbedingt vollständig ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen (ggf.)																							
Ich beantrage Kinderbetreuungsgeld (Variante und Dauer)																							
Die Wahl der Variante (Leistungsart) kann nur anlässlich der erstmaligen Antragsstellung getroffen werden und bindet auch den anderen Elternteil. D.h. wurde für dieses Kind bereits Kinderbetreuungsgeld (egal von welchem Elternteil) bezogen, ist die Variante nicht mehr anzukreuzen.																							
PAUSCHALES Kinderbetreuungsgeld: ☐ Variante 30 + 6 (täglich € 14,50) ☐ Variante 20 + 4 (täglich € 20,80) ☐ Variante 15 + 3 (täglich € 26,60) ☐ Variante 12 + 2 (täglich € 33,00)																							
EINKOMMENSABHÄNGIGES Kinderbetreuungsgeld: ☐ Variante 12 + 2 (täglich bis maximal € 66,00)																							
von ☐ Geburt ☐ oder später _____	bis ☐ zur höchstmöglichen Bezugsdauer ☐ oder kürzer _____																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Antragsteller/in</td> <td style="width: 40%;">Lebensdatum</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Familienname/n</td> <td style="width: 20%;">Vorname/n</td> <td style="width: 40%;">Titel (vorangelegt)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)</td> <td>Titel (nachgestellt)</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl</td> <td colspan="2">Ort</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 40%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft </td> <td style="width: 40%;"> Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telefonnummer _____</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Bankverbindung ☐ Ich ersuche um Überweisung per Post </td> </tr> <tr> <td style="width: 40%;">Girokonto/Postcheckkonto Nr.</td> <td style="width: 20%;">Bank</td> <td style="width: 40%;">Bankleitzahl</td> </tr> </table>		Antragsteller/in	Lebensdatum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Familienname/n</td> <td style="width: 20%;">Vorname/n</td> <td style="width: 40%;">Titel (vorangelegt)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)</td> <td>Titel (nachgestellt)</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl</td> <td colspan="2">Ort</td> </tr> </table>	Familienname/n	Vorname/n	Titel (vorangelegt)	Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)		Titel (nachgestellt)	Postleitzahl	Ort		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft </td> <td style="width: 40%;"> Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telefonnummer _____</td> </tr> </table>	Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich	Telefonnummer _____		Bankverbindung ☐ Ich ersuche um Überweisung per Post		Girokonto/Postcheckkonto Nr.	Bank	Bankleitzahl
Antragsteller/in	Lebensdatum																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Familienname/n</td> <td style="width: 20%;">Vorname/n</td> <td style="width: 40%;">Titel (vorangelegt)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)</td> <td>Titel (nachgestellt)</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl</td> <td colspan="2">Ort</td> </tr> </table>	Familienname/n	Vorname/n	Titel (vorangelegt)	Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)		Titel (nachgestellt)	Postleitzahl	Ort		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft </td> <td style="width: 40%;"> Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telefonnummer _____</td> </tr> </table>	Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich	Telefonnummer _____										
Familienname/n	Vorname/n	Titel (vorangelegt)																					
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)		Titel (nachgestellt)																					
Postleitzahl	Ort																						
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich																						
Telefonnummer _____																							
Bankverbindung ☐ Ich ersuche um Überweisung per Post																							
Girokonto/Postcheckkonto Nr.	Bank	Bankleitzahl																					
Zuständigkeit Ich habe Wochengeld bzw. Betriebshilfe bei folgendem/in Krankenversicherungsträger/in bezogen bzw. bin/war zuletzt versichert (anspruchsberechtigt) bei:																							

Abbildung 49: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 1; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)

Zweiter Elternteil		Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr
Versicherungsnummer					
Familienname/n		Vorname/n		Titel (vorgestellt)	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)				Titel (nachgestellt)	
Postleitzahl		Ort			
Familienstand				Geschlecht	
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft				☐ weiblich ☐ männlich	
Staatsbürgerschaft		Telefonnummer			

Kind¹⁾		Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr
Versicherungsnummer					
Familienname/n		Vorname/n		Geschlecht	
				☐ weiblich ☐ männlich	
☐ ehelecht ☐ unehelich ☐ Wahl		☐ Pflege ☐ Zwillingsgeburt		☐ Vierlingsgeburt	
Kaiserschnittgeburt ☐ ja ☐ nein		Drillinggeburt ☐			
Staatsbürgerschaft		¹⁾ Bei Mehrlingsgeburten ist das jüngste Kind anzugeben			

Weitere Angaben zum/zur Antragsteller/in					
Ich lebe mit dem neugeborenen Kind im gemeinsamen Haushalt ☐ ja ☐ nein					
Staatsbürgerschaft					
Österreich	☐	Slowakei	☐	Bosnien-Herzegowina	☐
Bulgarien	☐	Slowenien	☐	Schweiz	☐
Deutschland	☐	Tschechische Republik	☐	Serbien	☐
Italien	☐	Ungarn	☐	Türkei	☐
Rumänien	☐	andere EU/EWR-Staaten	☐	andere Staaten	☐
Betreuung des Kindes					
Ich werde mein Kind während des Kinderbetreuungsgeldbezuges (zumindest zeitweise) durch Dritte betreuen lassen				Ja ☐	nein ☐
				noch nicht entschieden ☐	
Ich bin Alleinerzieher/in.				☐	
Ich erziehe mein Kind mit dem 2. Elternteil.				☐	
Ich erziehe mein Kind mit meinem Partner (nicht mit dem Kindesvater bzw. der Kindesmutter).				☐	
Vor der Antragstellung gehörte ich folgender Berufs- bzw. Personengruppe an:					
Angestellte/r	☐	Arbeiter/in	☐	Vertragsbedienstete/r	☐
Selbstständige/r	☐	Bauer/Bäuerin	☐	Hausfrau/Hausmann	☐
Student/in	☐	Schüler/in	☐	Beamter/Beamtin	☐
Arbeitslosengeldbezieher/in	☐		☐	Notstandshilfebezieher/in	☐
Beschäftigung/en auch außerhalb Österreichs					
☐ derzeit aufrecht ☐ in den letzten 6 Monaten vor Geburt aufrecht					
☐ beendet am _____ durch ☐ Befristung oder ☐ Anderes					
Dienstgeber/in (Bezüge auszahlende Stelle - Name, Anschrift, Telefonnummer)					
Karenz wurde vereinbart mit					
☐ einem inländischen Dienstgeber		Zeitraum: von _____ bis _____			
☐ einem ausländischen Dienstgeber		Name und Anschrift Dienstgeber:			

Abbildung 50: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 2; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)

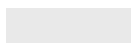
Arbeitslosengeld-/Notstandshilfebezug auch außerhalb Österreichs (zum Zeitpunkt der Antragstellung) ☐ ja Name und Anschrift der auszahlenden Stelle: ☐ nein		
Folgende Einkünfte werden/wurden erzielt	Im Beantragungszeitraum:	Im letzten Kalenderjahr vor Geburt des Kindes, in dem kein Kinderbetreuungsgeld bezogen wurde:
Steuerbefreite Einkünfte aufgrund von völkerrechtlichen Verträgen (z.B. Internat. Organisation)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wird/Wurde eine wochengeldähnliche Leistung bezogen? (z.B. Gehaltsfortzahlung bei Beamtinnen, Ergänzungszulage bei Vertragsbediensteten)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Einem Abgeordneten zum Europäischen Parlament oder seinen Hinterbliebenen nach Artikel 9 des Abgeordnetenstatuts des Europäischen Parlaments gebührende Bezüge	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Weitere Angaben zum 2. Elternteil Beschäftigung/en auch außerhalb Österreichs (zum Zeitpunkt der Antragstellung) Dienstgeber/in (Bezüge auszahlende Stelle - Name, Anschrift, Telefonnummer)
Karenz wurde vereinbart mit ☐ einem inländischen Dienstgeber Zeitraum: von _____ bis _____ ☐ einem ausländischen Dienstgeber Name und Anschrift Dienstgeber:
Arbeitslosengeld-/Notstandshilfebezug auch außerhalb Österreichs (zum Zeitpunkt der Antragstellung) ☐ ja Name und Anschrift der auszahlenden Stelle: ☐ nein

Familienbeihilfe ☐ Die Familienbeihilfe wurde beantragt. ☐ Die Familienbeihilfe wurde zuerkannt. ☐ Es besteht Anspruch auf eine der Familienbeihilfe gleichartige ausländische Leistung. ☐ Es besteht kein Anspruch auf Familienbeihilfe.
--

Angaben zu Mehrlingsgeburten (nur auszufüllen bei Mehrlingsgeburt) Bitte geben Sie nachstehend die Personalien aller jener Kinder an, die zusammen mit dem auf Seite 2 des Antrages angegebenen Kind geboren wurden:																	
Versicherungsnummer <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Laufende Nr.</td> <td style="width: 10%;">Tag</td> <td style="width: 10%;">Monat</td> <td style="width: 15%;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr													Familiennamen und Vornamen
Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr														
Ich lebe mit dem/den angeführten Kind/Kindern im gemeinsamen Haushalt ja ☐ nein ☐																	
Für das/die angegebene/angegebenen Kind/Kinder besteht Anspruch auf Familienbeihilfe ja ☐ nein ☐																	

Abbildung 51: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 3; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)

1. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der auf diesem Formular getätigten Angaben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Verschweigung maßgebender Tatsachen durch die Nichtbeantwortung von Fragen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistungen bewirken und außerdem in solchen Fällen eine Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann. 2. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei einer Überschreitung der Zuverdienstgrenzen während des Bezugszeitraumes die zu Unrecht erhaltenen Leistungen (Kinderbetreuungsgeld und/oder Zuschuss bzw. Beihilfe zum Kinderbetreuungsgeld) zurückgefordert werden. 3. Ich bin darüber informiert, dass grundsätzlich alle steuerpflichtigen Einkünfte (ausgenommen Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitalvermögen und sonstige Einkünfte i. d. EStG 1988) während des Kinderbetreuungsgeldbezuges zum Zuverdienst zählen, unabhängig davon, ob in diesem Zeitraum gearbeitet wurde (z.B. Gehalt während eines Urlaubs). 4. Der Krankenversicherungsträger ist für eventuelle Schäden, die durch unzulässige Kontoangaben entstehen, nicht haftbar. 5. Die Auszahlung erfolgt jeweils monatlich im Nachhinein auf das von mir angegebene inländische Konto bzw. per Post an eine inländische Adresse bis spätestens zum 10. des Folgemonats. 6. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Kinderbetreuungsgeld je nach gewählter Variante mit Beginn des 10./13./17./26. Lebensmonates meines Kindes um die Hälfte (bzw. beim einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeld um € 18,60 pro Tag) reduziert wird, wenn ich die Nachweise der vorgeschriebenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (6 während der Schwangerschaft und 6 des Kindes) nicht bis spätestens zur Vollendung des 18. Lebensmonates meines Kindes vorlege. Im Falle einer Mehrlingsgeburt sind die Nachweise für jedes Kind vorzulegen (die Reduzierung betrifft auch das erhöhte Kinderbetreuungsgeld, das auf Grund einer Mehrlingsgeburt gebührt). 7. Ich bestätige den Erhalt sowie die Kenntnisnahme des Informationsblattes zu den Leistungen des Kinderbetreuungsgeldgesetzes. 8. Über die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Zuschusses bzw. der Beihilfe zum Kinderbetreuungsgeld wurde ich ausreichend informiert. 9. Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich sämtliche Änderungen meiner vorstehenden Angaben, ohne Verzug, spätestens jedoch zwei Wochen nach Eintritt des Ereignisses zu melden habe. Insbesondere sind zu melden: Neuerliche Geburt, Wegfall des Familienbeihilfebezuges, Auflösung des gemeinsamen Haushaltes mit dem Kind, Verlegung des Wohnsitzes in einen anderen Staat, Aufnahme bzw. die Beendigung einer Beschäftigung im In- oder Ausland, vorzeitige Beendigung der Karenz sowie Beginn bzw. Beendigung eines Arbeitslosengeld- oder Notstandshilfebezuges.	
Ich bin einverstanden, an einer späteren Befragung des Österreichischen Instituts für Familienforschung (ÖIF) zum Thema Kinderbetreuungsgeld teilzunehmen. Für diesen Zweck werden mein Name und meine Telefonnummer an das ÖIF weitergegeben. Diese Zustimmung kann von mir jederzeit widerrufen werden. ☐ ja ☐ nein	
Datum 	Unterschrift Antragsteller/in

Erforderliche Unterlagen bei Beantragung des Kinderbetreuungsgeldes (können auch nachgereicht werden):

- Geburtsurkunde für das Kind
- Bescheinigungen über den rechtmäßigen Aufenthalt in Österreich nach §§ 8 und 9 Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz von Antragsteller/innen und Kindern, sofern sie nicht österreichische Staatsbürger sind
- Reisepässe von Antragsteller/innen und Kindern, wenn sie nicht EU/EWR-CH-Staatsbürger sind
- Asyluerkennungsbescheide von asylberechtigten Antragsteller/innen und Kindern bzw. Asylaberkennungsbescheide bei subsidiär schutzberechtigten Antragsteller/innen und Kindern

Abbildung 52: Antrag Kinderbetreuungsgeld, Seite 4; (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010)

10.2. Fragebogen Eltern

Der österreichische Mutterkindpass als Präventivtool für Kinder. Beteiligungsraten, Stichprobenanalysen und Gedanken zu einer möglichen Kosten-Nutzen-Evaluierung

laufende Nummer:

I. Bildungsstatus:

a.) Bildungsstatus des Vaters:

- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Lehre
- ☐ Matura
- ☐ Hochschulabschluss (Universität/Fachhochschule)

b.) Bildungsstatus der Mutter:

- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Lehre
- ☐ Matura
- ☐ Hochschulabschluss (Universität/Fachhochschule)

II. Anzahl der Personen im Haushalt:

- ☐ 2 Personen
- ☐ 3 - 5 Personen
- ☐ > 5 Personen

III. Wohnverhältnisse

Geben Sie bitte ihre Wohnungsgröße/Wohnfläche in m² an:

- ☐ < 30 m²
- ☐ 30 - 50 m²
- ☐ 50 - 100 m²
- ☐ 100 - 150 m²
- ☐ > 150m²

IV. Familieneinkommen

- ☐ < 500 €
- ☐ 500 - 1000 €
- ☐ 1001 - 2000 €
- ☐ 2001 - 3000 €
- ☐ 3001 - 4000 €
- ☐ > 4000 €
- ☐ keine Angabe

Abbildung 53: Fragebogen Eltern

10.3. Aufklärungsschreiben Eltern und Einverständniserklärung

Der österreichische Mutterkindpass als Präventivtool¹ für Kinder. Beteiligungsraten, Stichprobenanalysen und Gedanken zu einer möglichen Kosten-Nutzen-Evaluierung²

Elterninformation und Einverständniserklärung

Sehr geehrter Vater/Sehr geehrte Mutter!

Wir laden Sie ein, an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Teilnahme an diesem Teil dieser klinischen Studie geschieht ausschließlich auf freiwilliger Basis.

Diese Studie wird im Rahmen einer Diplomarbeit durch die Diplomandin Andrea Lipp durchgeführt. Der Leiter der Studie ist Prim. Prof. Dr. Reinhold Kerbl.

Wie Sie aus dem Titel entnehmen können, soll diese Studie zur Verbesserung des Mutterkindpasses beitragen, weswegen es besonders wichtig ist, die bereits bestehenden Daten auszuwerten. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich dazu bereit erklären, den nachstehenden Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt, indem ihr Name durch eine Nummer anonymisiert wird. Die Daten werden auf einem PC gespeichert, auf welchen nur die oben angeführten Personen Zugriff haben.

Es steht Ihnen natürlich frei, einzelne Unterpunkte des Fragebogens nicht auszufüllen, wenn Ihnen diese zu vertraulich/persönlich sind.

Zu dieser klinischen Prüfung, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben. Die Studie wird voraussichtlich 6 Monate dauern und wird die Daten von ca. 250 Patienten/innen umfassen.

Ich habe die Patienteninformation und Einverständniserklärung gelesen, verstanden und konnte meine Entscheidung zur Teilnahme ausreichend überdenken. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich gebe hiermit meine Zustimmung zur Teilnahme an dieser Studie. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

¹ Präventivtool: ein Instrument, das bereits vorbeugend wirken soll; in diesem Zusammenhang ist die Früherkennung von Krankheiten angesprochen

² Evaluierung: Beschreibung, Analyse, Bewertung

Version 1.0 - 16.09.2011

Name des Vaters/der Mutter:

Andrea Lipp – Diplomandin:

Unterschrift des Vaters/der Mutter:

Unterschrift der Diplomandin:

(Ort/Datum)