

# Eltern-Kind-Vorsorge neu

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

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

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



# Eltern-Kind-Vorsorge neu

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

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

Wien, März 2011

### Projektteam

Projektleitung: Dr.<sup>in</sup> med. Brigitte Piso, MPH

Projektbearbeitung: Mag. phil. Dr. phil. Roman Winkler, MSc

### Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA

Handsuche und Informationsaufbereitung: Imke Schall, Bakk.

Externe Begutachtung: Dr.<sup>in</sup> Reli Mechtler, Leiterin der Abteilung Gesundheitssystemforschung am Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Johannes Kepler Universität, Linz

Interne Begutachtung: Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Claudia Wild

Dr.<sup>in</sup> med. Brigitte Piso, MPH

Dr.<sup>in</sup> rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister, MA

### Danksagung

Für die Erstellung dieses Berichts waren wir auf die Daten von zahlreichen Institutionen angewiesen. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen ExpertInnen in Österreich und international bedanken, die uns diese Daten und Informationen mit teilweise großem Aufwand zur Verfügung gestellt haben. Zudem gilt unser Dank den TeilnehmerInnen am LBI-HTA ExpertInnenworkshop „Eltern-Kind Vorsorge neu“ (23.06.2010, Wien) sowie den internationalen TeilnehmerInnen an der LBI-HTA Fragebogenuntersuchung.

**Korrespondenz:** Roman Winkler, [roman.winkler@hta.lbg.ac.at](mailto:roman.winkler@hta.lbg.ac.at)

### Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/The report should be referenced as follows:

Winkler, Roman. Eltern Kind Vorsorge neu, Teil II internationale Policies, Konzepte und Screeningstrategien zu „Normal-“ und „Risikoverläufen“ während der Schwangerschaft und der frühen Kindheit bis zum Schuleintritt. HTA-Projektbericht. 2011; Nr. 45b.

### Interessenskonflikt

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

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

### IMPRESSUM

#### Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH  
Nußdorferstr. 64, 6. Stock, A-1090 Wien  
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

#### Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)  
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien  
<http://hta.lbg.ac.at/>

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

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

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 45b

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2011 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

# Inhalt

|   |    |
|---|----|
| Zusammenfassung .....   | 7  |
| Summary.....  | 9  |
| 1 Einleitung.....   | 11 |
| 1.1 Der Österreichische Mutter-Kind-Pass .....  | 11 |
| 1.2 Projektziele .....  | 12 |
| 1.3 Forschungsfragen .....  | 13 |
| 2 Methodologie.....   | 15 |
| 2.1 Zielsetzungen .....   | 15 |
| 2.2 Länderanalyse.....  | 15 |
| 2.3 Review16 .....  |    |
| 2.4 Forschungsfoki .....  | 17 |
| 3 Internationale Eltern-Kind Screeningstrategien.....   | 19 |
| 3.1 Strategien auf supranationaler Ebene.....   | 19 |
| 3.2 Strategien auf nationaler Ebene .....   | 19 |
| 3.2.1 Verfügbarkeit von „Maternal und Child Health Booklets“ .....  | 20 |
| 3.2.2 Elektronische „Maternal und Child Health Booklets“.....   | 21 |
| 3.3 Internationale Evaluierungen und Forschungsnetzwerke .....  | 22 |
| 3.3.1 Evaluierungserfahrungen aus Großbritannien und Norwegen .....   | 22 |
| 3.3.2 Laufende Evaluierungen in Deutschland .....   | 23 |
| 3.3.3 Internationale Forschung zu Eltern-Kind Screenings.....   | 24 |
| 4 Politikgestaltung zu Eltern-Kind Screeningprogrammen.....   | 25 |
| 4.1 Policy-Ansätze zu Eltern-Kind Routinescreenings.....  | 26 |
| 4.2 Policy-Ansätze zur Identifizierung und Versorgung von vulnerablen Eltern-Kind Gruppen .....             | 27 |
| 5 Pränatale Routinescreenings für Schwangere im internationalen Vergleich .....                             | 31 |
| 5.1 Länderübersicht.....  | 31 |
| 5.2 Richtlinien und Empfehlungen in ausgewählten EU-Ländern.....  | 34 |
| 5.3 Großbritannien .....  | 39 |
| 5.3.1 Organisation pränataler Untersuchungen.....   | 39 |
| 5.3.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings .....  | 41 |
| 5.4 Finnland.....   | 44 |
| 5.4.1 Organisation pränataler Untersuchungen.....   | 44 |
| 5.4.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings .....  | 45 |
| 5.5 Niederlande.....  | 48 |
| 5.5.1 Organisation pränataler Untersuchungen.....   | 48 |
| 5.5.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings .....  | 49 |
| 5.6 Deutschland.....  | 49 |
| 5.6.1 Organisation pränataler Untersuchungen.....   | 49 |
| 5.6.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings .....  | 50 |
| 5.7 Dänemark.....   | 51 |
| 5.7.1 Organisation pränataler Untersuchungen.....   | 51 |
| 5.7.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings .....  | 51 |
| 5.8 Schweden.....   | 52 |
| 5.8.1 Organisation pränataler Untersuchungen.....   | 52 |
| 6 Identifizierung von sozialmedizinischen Risikofaktoren bei Schwangeren und entsprechende Leistungen ..... | 55 |
| 6.1 Problemhintergrund.....   | 55 |
| 6.2 Strategien zur Identifizierung von sozialmedizinischen Risikogruppen.....                               | 56 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 6.3   | Zugangsbarrieren und Risikopopulationen .....   | 56  |
| 6.4   | Ergebnisse aus der empirischen ExpertInnenbefragung – Teil 1: Schwangere mit sozialen Risikoprofilen .....              | 58  |
| 6.4.1 | Sozialmedizinische Screeningschwerpunkte .....  | 58  |
| 6.4.2 | Verfügbarkeit von Screeninginstrumenten für Schwangere mit Risikofaktoren .....   | 61  |
| 6.4.3 | Zuständigkeiten von Gesundheitsberufen bei der Betreuung und Beratung von Schwangeren mit sozialen Risikoprofilen ..... | 66  |
| 6.5   | Länderbeispiel: Deutschland.....  | 72  |
| 6.5.1 | Aufsuchende Dienste durch Familienhebammen .....  | 73  |
| 6.5.2 | Programmbeispiel .....  | 75  |
| 6.6   | Länderbeispiel: Dänemark .....  | 76  |
| 7     | Eltern-Kind Routinescreenings und Interventionsangebote für (hoch)belastete Familien .....                              | 81  |
| 7.1   | Länderübersicht.....  | 81  |
| 7.2   | Großbritannien .....  | 82  |
| 7.2.1 | Eltern-Kind Routinescreenings .....   | 82  |
| 7.2.2 | Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen .....   | 84  |
| 7.2.3 | „The Healthy Child Programme“ .....   | 85  |
| 7.2.4 | Schottland: „Red Book – Personal Child Health Record“ .....   | 86  |
| 7.3   | Finnland.....   | 86  |
| 7.3.1 | Eltern-Kind Routinescreenings .....   | 87  |
| 7.3.2 | Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen .....   | 88  |
| 7.4   | Niederlande.....  | 89  |
| 7.4.1 | Eltern-Kind Routinescreenings .....   | 89  |
| 7.4.2 | „Youth Family Centres“: Kompetenzbündelung und Schnittstellen .....   | 92  |
| 7.4.3 | Zusätzliche Unterstützungsprogramme (Beispiele) .....   | 93  |
| 7.4.4 | Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen .....   | 93  |
| 7.4.5 | Zusätzliche Unterstützungshilfen für Eltern.....  | 95  |
| 7.5   | Deutschland .....   | 95  |
| 7.5.1 | Eltern-Kind Routinescreenings .....   | 95  |
| 7.5.2 | Zusätzliches Unterstützungsprogramm (Beispiel).....   | 98  |
| 7.5.3 | Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen .....   | 98  |
| 7.5.4 | Weitere Initiativen für (risikobelastete) Familien in deutschen Bundesländern .....                                     | 99  |
| 7.6   | Dänemark.....   | 100 |
| 7.6.1 | Eltern-Kind Routinescreenings .....   | 100 |
| 7.6.2 | Zusätzliches Unterstützungsprogramm (Beispiel).....   | 101 |
| 7.6.3 | Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen .....   | 101 |
| 7.7   | Schweden.....   | 102 |
| 7.7.1 | Eltern-Kind Routinescreenings .....   | 102 |
| 7.7.2 | Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen .....   | 104 |
| 7.7.3 | Zusätzliche Unterstützungshilfen für Eltern.....  | 104 |
| 7.8   | Ergebnisse aus der empirischen ExpertInnenbefragung – Teil 2: Kinder mit sozialen Risikoprofilen .....                  | 104 |
| 8     | Diskussion und Schlussfolgerung .....   | 111 |
| 9     | Limitationen.....   | 113 |
| 10    | Literatur.....  | 115 |
| 11    | Appendix A: LBI-HTA Questionnaire on MATERNITY and CHILD HEALTHCARE - Focus: Risk Populations.....                      | 119 |

## Tabellenverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 4.2-1: Dimensionen bei (früh)kindlichen Interventionsprogrammen.....   | 29  |
| Tabelle 5.1-1: Anzahl an empfohlenen Schwangerschaftsuntersuchungen in ausgewählten OECD-Ländern.....  | 33  |
| Tabelle 5.2-1:Empfehlungen für körperliche Untersuchungen in 20 EU-Ländern .....   | 36  |
| Tabelle 5.2-2:Empfehlungen für geräteunterstützte Untersuchungen in 20 EU-Ländern.....   | 37  |
| Tabelle 1.4-3:Empfehlungen für Labortests in 20 EU-Ländern .....   | 38  |
| Tabelle 5.3-1:Überblick zu Angebot an Screenings in Großbritannien während der Schwangerschaft .....   | 41  |
| Tabelle 5.3-2:Beispiele für unterschiedliche regionale Screeningangebote in Großbritannien.....  | 42  |
| Tabelle 5.3-3: Überblick zu allgemein angebotenen Schwangerenuntersuchungen und -leistungen in Großbritannien .....  | 42  |
| Tabelle 5.4-1: Screeninguntersuchungen während des Schwangerschaftsverlaufs.....   | 47  |
| Tabelle 5.4-2:Überblick zu Angebot an Screenings in Finnland während der Schwangerschaft .....   | 47  |
| Tabelle 5.7-1:Pränatale Routineuntersuchungen und –zeitpunkte .....  | 52  |
| Tabelle 6.4-1: Übersicht zu Leistungsangeboten im Rahmen von Standardprogrammen für Schwangere bzw. für spezielle Risikogruppen von schwangeren Frauen ..... | 59  |
| Tabelle 6.4-2: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor SUBSTANZMISSBRAUCH .....   | 62  |
| Tabelle 6.4-3: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor PSYCHISCHE ERKRANKUNG(EN) .....                                  | 62  |
| Tabelle 6.4-4: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere, BILDUNGSFERNE Frauen.....   | 63  |
| Tabelle 6.4-5: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor TEENAGE-ALTER .....  | 63  |
| Tabelle 6.4-6: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor HÄUSLICHE GEWALT.....  | 64  |
| Tabelle 6.4-7: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor MIGRATIONSHINTERGRUND.....                                       | 64  |
| Tabelle 6.4-8: Übersichtstabelle zu Berufsgruppen und Leistungsumfang für schwangere Frauen mit Risikofaktor SUBSTANZMISSBRAUCH .....                        | 68  |
| Tabelle 6.4-9: Übersichtstabelle zu Berufsgruppen und Leistungsumfang für schwangere Frauen mit Risikofaktor PSYCHISCHE ERKRANKUNG(EN).....                  | 69  |
| Tabelle 7.2-1:Überblick zu Screeningangeboten für Neugeborene in Großbritannien .....  | 82  |
| Tabelle 7.2-2:Überblick zu Screeningprogrammen für Neugeborene und Kleinkinder in Großbritannien .....   | 82  |
| Tabelle 7.3-1: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Finnland .....  | 88  |
| Tabelle 7.4-1: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in den Niederlanden .....  | 91  |
| Tabelle 7.5-1:Überblick zu den Schwerpunkten in den deutschen „U-Untersuchungen“ .....   | 96  |
| Tabelle 7.6-1: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Dänemark.....   | 100 |
| Tabelle 7.7-1: Inhalt des schwedischen „Kindergesundheitspasses“.....  | 103 |
| Tabelle 7.8-1: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor INTELLIGENZMINDERUNG .....  | 106 |
| Tabelle 7.8-2: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor MOTORISCHE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN .....                                      | 106 |
| Tabelle 7.8-3: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor HÄUSLICHE GEWALT .....  | 107 |
| Tabelle 7.8-4: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor MIGRATIONSHINTERGRUND.....  | 107 |





# Zusammenfassung

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

**Methode:** Mittels umfassender Literaturrecherche (Handsuche) wurden die Früherkennungsprogramme für Schwangere sowie für Kinder (0 bis 6 Jahre) in 6 europäischen Ländern (Großbritannien, Finnland, Niederlande, Deutschland, Dänemark und Schweden) erhoben. Darüber hinaus konnten Länderinformationen zu speziellen Risikofaktoren in einer Fragebogenuntersuchung unter 9 internationalen ExpertInnen im Bereich Screening von Schwangeren und/oder Kindern für folgende Länder gewonnen werden: Deutschland, Großbritannien, Irland, Island, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Finnland und Schweden.

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

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

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

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

**Handsuche und Befragung von internationalen ExpertInnen sind primäre Informationsquellen**

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

**Organisation von Routinescreenings divergiert zwischen den Ländern**

**Schwangere und Kinder mit Risikofaktoren zunehmend im Fokus erweiterter Screeningprozesse**

**bestehende „Infrastrukturen“ verschränken medizinische und psychosoziale Screenings**

**Eltern-Kind Screening-  
und  
Versorgungsangebote  
unter Einbeziehung  
mehrerer Berufsgruppen**

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

**aufsuchende Dienste als  
niedrigschwelliges  
Angebot für Eltern und  
Kinder**

**Fazit:** Das „Policy-Making“ von Eltern-Kind Früherkennungsprogrammen berücksichtigt in den (meisten) hier diskutierten Ländern zunehmend sozialmedizinische Risikofaktoren, die für Schwangere bzw. Mütter und Väter mit Kindern potentielle Gesundheitsbedrohungen darstellen. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher (psychosozialer und sozio-ökonomischer) Problemlagen ist die Etablierung bzw. Erweiterung von aufsuchenden Gesundheitsberufen als niedrigschwelliges Angebot sowohl für die Früherkennung als auch die Leistungserbringung zu diskutieren ohne eine Stigmatisierung von bestimmten Gruppen von schwangeren Frauen, Müttern und Vätern und Kindern herbeiführen zu wollen.

# Summary

**Background:** Parent-child screening programmes found in Western industrial countries have a wide distribution. This report pursues the goal to provide an overview of routine medical screenings as well as to examine current in-depth screening programmes which target social and medical risk profiles of pregnant women and parents with children (to school age) in selected countries. Additionally, associated health-care services provided by various involved health professionals need to be identified.

**Method:** Using a comprehensive literature review (hand search) we collected details of screening programmes for pregnant women and for children (0 to 6 years) in 6 European countries (United Kingdom, Finland, the Netherlands, Germany, Denmark and Sweden). In addition, it was possible to obtain further country information about specific risk factors by utilising a questionnaire involving 9 international experts in the field of screening of pregnant women and/or children. This included the following countries: United Kingdom, Finland, the Netherlands, Germany, Sweden, Ireland, Iceland, Norway and Switzerland.

**Results:** Although the basic orientation of most (OECD) countries is to focus on physical health, the programmes of some countries emphasise other specific priorities, in particular the influence of „social medicine“ conditions (in terms of psychosocial and socio-economic factors on pregnant women, parents and children). The objective of such initiatives is a target-group appropriate service, including psychosocial support services that connect the routinely performed parent-child screening programmes to actual needs.

With regard to the routine screening of pregnant women, it appears there are some large differences in the number and frequency of physical and instrument-based investigations and laboratory tests. Also, in some countries (like Denmark and United Kingdom) non-medical health threats to pregnant women are already included in the screening policies. In the case of early prevention/detection programmes for children (0 to 6 years), some countries (e.g. UK or the Netherlands) have established special screening priorities (in addition to the routine collection of age-appropriate physical development) on the psychosocial development and the social environment of the child.

In most countries, procedures for the identification of risk groups under the existing „screening infrastructures“ have already been established, using specific questions or contact methods. Social medical risk factors (such as domestic violence) and also diseases with socio-medical consequences (e.g. drug abuse) are the ones identified by a special question pattern. Other risks are identified by outreach professionals (for instance midwives or specially trained nurses) in the immediate living environment of the pregnant woman or the family. These experts also serve as contact persons for the target groups and can interface with other health professionals (such as specialist doctors, psychologists, social workers etc.) or health and social services.

**Discussion:** In the countries discussed, parent-child screenings are generally considered to be public health issues, and such countries try to recognise current and potential threats to pregnant women, parents and children. These include medical parameters such as indicators of psychosocial and economic-related issues that promote or determine the development of dis-

report provides insights into parent-child policies of various countries

hand search and expert survey represented the primary information sources

some countries offer additional parent-child screenings – Focus: psychosocial risk profiles

organisation of routine screenings differs amongst countries

high-risk pregnant women and children are paid particular attention in the screening programmes

existing „infrastructures“ combine medical and psychosocial screenings

parent-child screenings and health care services involve diverse professional groups

eases. In this understanding, there are medical responsibilities and competences embodied particularly in detecting medical risk factors (e.g. risk pregnancies). Using some very specific screening guidelines (such as in the UK) and health professionals (such as those of midwives, health visitors or public health nurses), it is possible to amplify and strengthen programmes which screen for social and medical risk factors and improve the care of vulnerable groups (e.g. “teenage mothers” etc.).

**health visiting  
professionals as a direct  
link to vulnerable  
groups**

**Conclusion:** „Policy-Making“ for parent-child screening programmes in (most) countries discussed here, considered the increasing social and medical risk factors that pose potential health threats for pregnant women and/or mothers and fathers with children. Against the background of different (psychosocial and socio-economic) problems, the establishment respectively the expansion of outreach health professionals offering “easy-to-access” services needs to be discussed without stigmatising certain groups of pregnant women, parents and children, though.

# 1 Einleitung

## 1.1 Der Österreichische Mutter-Kind-Pass

Das österreichische Mutter-Kind-Pass Untersuchungsprogramm ist ein klassisches (epidemiologisches) Screeningprogramm an Gesunden, bei dem die Screening-Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Anwendung kommen sollten. Demnach soll die Krankheit, auf welche gescreent wird, in der untersuchten Population ausreichend häufig sein, deren Ursachen bekannt sein, ein symptomfreies Intervall aufweisen und es Möglichkeiten zu deren Diagnose und Therapie geben. Weiters soll eine einfache, geeignete, in der Bevölkerung und von den BehandlerInnen akzeptierte, möglichst kosteneffiziente Screeningmethode vorhanden sein. Während 1974 vier geburtshilfliche Untersuchungen, eine interne Untersuchung und zwei Laboruntersuchungen der Schwangeren sowie eine Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche vorgesehen waren, wurde das Spektrum dieser Untersuchungen im Laufe der Jahre kontinuierlich erweitert [1]. Derzeit umfasst das Mutter-Kind-Pass Untersuchungsprogramm Untersuchungen sowohl der Mutter ab Feststellung einer Schwangerschaft, als auch des Kindes von der Geburt bis zum einschließlich 62. Lebensmonat (~5,2 Jahre) [2]. Dazu gehören fünf geburtshilfliche Untersuchungen, zwei Laboruntersuchungen, eine interne Untersuchung und drei Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren. Weiters sind bis zum 62. Lebensmonat des Kindes insgesamt neun Kindesuntersuchungen, zwei Hüftultraschalluntersuchungen, eine orthopädische Untersuchung, sowie eine HNO-, eine Augen-, und eine augenfachärztliche Untersuchung vorgesehen. Im Falle einer ambulanten Geburt beinhaltet der Mutter-Kind-Pass eine Kontrolluntersuchung des Kindes in der ersten Lebenswoche [2].

Impfungen von Säuglingen und Kleinkindern erfolgen entsprechend dem Österreichischen Impfplan, welcher laut Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates (OSR) jährlich aktualisiert wird [3]. Durchgeführte Impfungen werden sowohl im Mutter-Kind-Pass als auch im internationalen Impfpass, welcher dem Mutter-Kind-Pass beigelegt ist, vermerkt.

Für die Aktualisierung des Mutter-Kind-Passes ist die Mutter-Kind-Pass-Kommission des OSR zuständig. Allerdings fehlt eine standardisierte, transparente Vorgehensweise einerseits in Bezug auf Änderungen im Mutter-Kind-Pass und andererseits in Bezug auf die Kommunikation dieser Änderungen zwischen dem OSR und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger beziehungsweise den Krankenversicherungsträgern [4].

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

**Untersuchungsanzahl und -spektrum wurden im Laufe der Zeit erweitert**

**derzeit in Schwangerschaft:**

**5 geburtshilfliche Untersuchungen**

**1 interne Untersuchung**

**3 Ultraschalluntersuchungen**

**Kind (bis zum 62. Lebensmonat): 9 Untersuchungen (+ orthopädisch, HNO, Augen)**

**Aktualisierung derzeit auf Basis von Entscheidungen einer Kommission des OSR**

**bislang keine systematische Evaluierung/Bedarfsanpassung**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>„Medizin-Zentrierung“</b><br/> <b>Diagnostik/ Versorgung</b><br/> <b>MedizinerInnen</b><br/> <b>vorbehalten</b></p>                              | <p>Der in der heutigen Form existierende Mutter-Kind-Pass ist vorwiegend „medizin-zentriert“ und schließt die Diagnostik/ Versorgung durch andere Berufsgruppen als MedizinerInnen, wie Hebammen, Krankenschwestern/ -pflegern, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc., weitgehend aus. Während die Mutter-Kind-Pass Leistungen in Österreich allen Schwangeren/ Kindern gleichermaßen zur Verfügung stehen, stellen jüngere nationale und internationale Modellprojekte stärker Risikogruppen ins Zentrum der Mutter-Kind-Versorgung.</p>  |
| <p><b>komplexe öffentliche</b><br/> <b>Finanzierung</b></p>  | <p>Die MKP Leistungen werden großteils öffentlich über mehrere Kostenträger finanziert. Flankierend dazu wurde mit im Zeitverlauf unterschiedlichen und oftmals mit Familienleistungen gekoppelten monetären Anreizsystemen versucht, eine möglichst hohe Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu erreichen. Für die Entwicklung eines am heutigen Bedarf der Zielgruppen orientierten Konzepts ist neben der Definition des Bedarfs an Leistungen und Organisationsstrukturen auch ein entsprechendes Finanzierungskonzept notwendig.</p> |
| <h2>1.2 Projektziele</h2>  |   |
| <p><b>Entscheidungsgrundlage</b><br/> <b>für Neuorientierung in</b><br/> <b>der Eltern-Kind-</b><br/> <b>Vorsorge</b><br/> <b>Bedarfsanpassung</b></p> | <p>Das Ziel des Gesamt-Projektes „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ ist, eine Entscheidungsunterstützung für eine Neuorientierung in der Eltern-Kind-Vorsorge in Österreich zu erarbeiten, um es EntscheidungsträgerInnen zu erleichtern, die Vorsorge dem tatsächlichen (heutigen) Bedarf anzupassen. Basierend auf den Teilberichten I-III soll als zusammenführendes Ergebnis des ersten Projektjahres der Bedarf nach Versorgungsleistungen abgeleitet und benannt werden [5].</p>  |
| <p><b>Teil I „Epidemiologie“</b></p>   | <p>Teil I [6] verfolgte das Ziel, das Spektrum von Risikofaktoren sowie Erkrankungen und deren Häufigkeiten in den definierten Zielgruppen abzubilden, die epidemiologischen Daten zusammenzuführen und zu analysieren. Dies soll die Grundlage für eine Bedarfsfeststellung von Leistungen bilden.</p>   |
| <p><b>Teil III: Darstellung von</b><br/> <b>Finanzierungs- und</b><br/> <b>Anreizsystemen</b></p>  | <p>Im Teil III [7] wurde durch die Darstellung der Finanzierungs- und Anreizstrukturen (Kostenträger, Finanzierungsströme, LeistungsempfängerInnen) und der Kosten/Ausgabenstrukturen der derzeitigen Mutter-Kind-Vorsorge (Mutter-Kind-Pass, sowie weiterer Vorsorgemaßnahmen für Schwangere, Neugeborene und Kleinkinder) der derzeitigen IST-Stand abgebildet.</p>   |
| <p><b>Teil II: Vergleich</b><br/> <b>internationaler Policies</b><br/> <b>und Vorgehensweisen</b></p>  | <p>Der vorliegende Teil II umfasst eine Vergleichsanalyse gängiger Praktiken mit ähnlichen Screeninginstrumenten, aber auch Erfahrungen aus internationalen Modellen zu vertiefender Risikogruppen-Versorgung sowie andere innovative Leistungsaspekte.</p>   |

## 1.3 Forschungsfragen

Dieser Berichtsteil II zu länderspezifischen Ansätzen, Zugängen und Modellen beim Schwangeren- und Mutter-/Eltern-Screening wird von folgenden Fragen geleitet:

- ✿ Welche medizinischen und psychosozialen Parameter werden im Rahmen der Mutter-Kind Untersuchungen zu welchen Erhebungszeitpunkten in verschiedenen Ländern erhoben?
- ✿ Welche LeistungserbringerInnen (Gesundheitsberufe aus den Bereichen Medizin und Geburtsvorbereitung, Sozialarbeit, Pflege, Psychologie, Familienberatung etc.) sind im Rahmen der Untersuchungen involviert?
- ✿ Welche länderspezifischen Besonderheiten bzgl. der Leistungsbreite (Serviceumfang) und der Leistungstiefe (Differenzierung nach bestimmten Zielgruppen, wie Schwangere in Hochrisikosituationen, z.B. durch häusliche Gewalt oder Schwangere mit Hochrisikofaktoren, z.B. durch Substanzmissbrauch) gibt es? Wie werden potentielle Risikogruppen (von Schwangeren und Kindern im Alter bis zum Schuleintritt) in den eingeschlossenen Ländern identifiziert?

**Welche medizinischen und psychosozialen Parameter?**

**Wer ist an der Leistungserbringung beteiligt?**

**Gibt es Ziel- bzw. Risikogruppen Besonderheiten bei Screenings und Versorgung?**





## 2 Methodologie

### 2.1 Zielsetzungen

Die primären Zielsetzungen, die mit diesem Studienteil verknüpft sind, umfassen zum einen eine

- ✿ „Ist-Analyse“ bzw. Abbildung der Mutter-/Eltern-Kind Routinescreenings in ausgewählten Ländern,

zum anderen eine

- ✿ Identifikation von „inhaltsreichen“ (innovativen) und zielgruppenspezifischen Leistungen, wobei sich der Innovationsgrad v.a. hinsichtlich des Leistungsspektrums (medizinische und nicht-medizinische Leistungen) und entlang der Bandbreite an Berufsgruppen, die mit Schwangeren bzw. Eltern(teilen) und ihren Kinder im Zuge von Screenings in Kontakt treten, orientiert.

**Zielsetzung: „Ist-Analyse“ zu Routinescreenings**

**Zielsetzung: Darstellung von Leistungen für bestimmte Zielgruppen**

Letztlich sollen die Länderbefunde Hintergrund und/oder Ausgangsbasis für Überlegungen darstellen, wie sich Lerneffekte für andere Mutter- bzw. Eltern-Kind-Screenings erzielen ließen, um Eltern und Kinder ausreichende Unterstützung während der Schwangerschaft sowie rundum die Geburt und in den frühen Jahre nach der Geburt zukommen zu lassen.

### 2.2 Länderanalyse

Die Länderauswahl für die Deskription internationaler Eltern-Kind Screenings stützt sich in den nachstehenden Kapiteln auf eine bewusste Auswahl, wobei folgende Kriterien für eine nähere Betrachtung herangezogen wurden:

- ✿ Verfügbarkeit von Informationen in Deutsch oder Englisch;
- ✿ Länder, die aufgrund erster Literaturrecherchen und aufgrund von Diskussionen mit FachexpertInnen als „good practice“ Beispiele erschienen;
- ✿ Länder, die aufgrund ihrer Historie eine ausgeprägte Public Health Tradition aufweisen und dadurch Gesundheitspolitik als Querschnittsthema diskutieren und gestalten.

**Hintergrund der Länderauswahl**

Die Literatursuche umfasste neben einer systematischen Herangehensweise eine umfassende Handsuche, bei der in erster Linie Policy-Dokumente und Internet Dokumente von öffentlichen Institutionen ausgehoben wurden. Zudem wurden ExpertInnen (aus Verwaltung, verschiedenen Gesundheitsberufen und –institutionen etc.) in den Ländern persönlich (meist per e-mail) kontaktiert. Die Handsuche spielte hierbei eine besonders wichtige Rolle, da wissenschaftliche Journals für den Großteil der benötigten Informationen zur Leistungsbeschreibung keine geeigneten Literaturquellen darstellten.

**Schwerpunkt auf Handsuche und ExpertInnenkontakte**

### Fragebogenerhebung zu Risikogruppen bei Schwangeren und Kindern

Für die Beschreibung von Leistungen und LeistungsanbieterInnen für vulnerable Gruppen von Schwangeren sowie von Eltern und Kinder wurde im Herbst 2010 zudem eine schriftliche Fragebogenuntersuchung durchgeführt.<sup>1</sup> Inhaltlich beschränkte sich der erste Fragebogenteil auf „sozialmedizinische“ Risikofaktoren während der Schwangerschaft (wie etwa „häusliche Gewalt“; Schwangere im Teenage-Alter etc.). Der zweite Teil der Befragung fokussierte auf die Zielgruppe der Kinder (0 bis 6 Jahre), wobei wiederum sozial determinierte Risiken im Vordergrund standen.<sup>2</sup> Bei der Erhebung wurden ExpertInnen aus einem themenspezifischen EU COST-Netzwerk (siehe Kapitel 3.3.3) in 12 europäischen Ländern kontaktiert. Darüber hinaus erfolgte eine Aussendung an die Mitglieder der INAHTA („International Network of Agencies for Health Technology Assessment“, <http://www.inahta.org/>). Insgesamt nahmen 9 ExpertInnen an der schriftlichen Befragung teil. Die Erhebung zeigt die Ergebnisse aus folgenden Ländern: *Deutschland, Großbritannien, Finnland, Irland, Island, Niederlande, Norwegen, Schweden* und der *Schweiz*. Die fachliche Spezialisierung der Befragten ermöglichte allerdings nicht in allen Fällen eine durchgehende Beantwortung der Fragen, wodurch an entsprechenden Stellen bestimmte Länderinformationen zu Früherkennungsprogrammen für Schwangeren mit Risikoprofilen und/oder für Kinder (0 bis 6 Jahre) fehlen.

## 2.3 Review

### Qualitätssicherung durch internen und externen Reviewprozess

Ein interner Berichtsreview erfolgte in verschiedenen Stadien der Projektbearbeitung durch die ProjektleiterInnen, um während der interdisziplinären Projektbearbeitung die thematische Abstimmung der Berichte untereinander zu gewährleisten.

Der Bericht wurde von einer externen Expertin begutachtet, wobei u.a. um die Beurteilung folgender Qualitätskriterien ersucht wurde:

- ✿ „fachliche Korrektheit“ (stimmen die Informationen?);
- ✿ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (wird die Methode richtig eingesetzt?);
- ✿ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (sind die Ergebnisse nachvollziehbar?);
- ✿ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (haben die Ergebnisse eine Relevanz für AnwenderInnen?);
- ✿ „formale Korrektheit“;
- ✿ „Berücksichtigung des aktuellen Stands der Forschung“.

Das LBI-HTA versteht die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen – in Anlehnung an einen „Peer-Review“ Prozess in wissenschaftlichen Fachzeitschriften – als Methode der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Arbeit.

<sup>1</sup> Der Fragebogen findet sich im Appendix.

<sup>2</sup> Die Befragung zu Screenings für Kinder mit Risikofaktoren berücksichtigt allerdings auch physische Beeinträchtigungen (wie Entwicklungsverzögerungen und motorische Beeinträchtigungen), da diese zumeist verschränkt mit sozialer Benachteiligung einhergehen.

## 2.4 Forschungsfoki

Ausgehend von den Leitfragen konzentrieren sich die dargestellten Länderbefunde und Übersichtstabellen auf die Zielgruppe

- ✿ der schwangeren Frauen;
- ✿ Frauen/Eltern mit Neugeborenen;
- ✿ Frauen/Eltern mit Kindern (Altersgrenze Schuleintritt; ca. 6. Lebensjahr).

Folglich stehen bei der Deskription der länderspezifischen Screeningprogramme die Phase vor der Geburt (pränatal), rund um die Geburt (perinatal), nach der Geburt (postnatal) sowie die frühen Kindheitsjahre (bis zum Schuleintritt) im Vordergrund.

Die dargestellte Leistungsbreite und –tiefe, also all jene Untersuchungen, die im Rahmen der Eltern-Kind Früherkennung in den Ländern zur Anwendung kommen, berücksichtigen nur jene Leistungen, die von den öffentlichen KostenträgerInnen im Rahmen der länderspezifischen Gesundheitssysteme gänzlich oder zumindest teilweise finanziert werden. Alle übrigen Leistungen die privat, also bei Inanspruchnahme von den BürgerInnen selbst bezahlt werden müssen, finden keine Berücksichtigung.

Darüber hinaus werden Policies dargestellt, die zum einen das Routinescreening von Eltern-Kindern eines Landes abbilden (zumeist in Form von Mutter-Kind Früherkennungen organisiert), zum anderen erfolgt aber auch die bewusste Fokussierung auf Screenings, die besonders gefährdete Gruppen innerhalb der oben genannten Zielgruppen festlegen. „Routine“ meint hierbei in erster Linie Standard- bzw. Basisuntersuchungen, die sich v.a. auf Untersuchungen des Körpers (z.B. Abtasten) beschränken und gegebenenfalls die Einbeziehung von bestimmten Geräten (z.B. Ultraschall), speziellen Labortest etc. vorsehen.<sup>3</sup> Diese Routine- bzw. Basisscreenings beinhalten jedoch je nach Ausgestaltung Schwerpunkte, die der Identifikation bestimmter vulnerabler Populationen dienen sollen.

Schließlich soll noch auf ein begriffliches Spannungsfeld hingewiesen werden, das bei der Länderanalyse mitgedacht werden muss. Die Definition von „Risiko“ erweist sich gerade im Bereich von Screenings als besonders virulent. Einerseits stellt sich wiederholt die grundlegende Frage nach der Wirksamkeit von Screenings, andererseits ist Bedachtnahme auf eventuelle Stigmatisierungen der Zielgruppen zu legen bzw. entsprechend entgegen zu wirken. Wenngleich sozio-ökonomischer Status oder bestimmtes Risikoverhalten oftmals in engem (statistischem) Zusammenhang mit Problemlagen stehen, die Schwangere und Frauen/Eltern mit Kindern treffen können, sind Screeninginhalte und –abläufe wiederkehrend kritisch zu beurteilen. Beispielsweise wird der Migrationshintergrund von Eltern(teilen)/Kindern in der wissenschaftlichen Literatur sowie in Policy-Dokumenten zumeist als ein gesundheitlicher Risikofaktor genannt, der auch auf die Akzeptanzraten von Früherkennungsprogrammen wirkt. Eine nähere Begriffsbestimmung fehlt jedoch mitunter. Dadurch eröffnet sich beispielsweise die Frage, ob

**Zielgruppen in den Länderanalysen**

**prä-, peri- und postnatale Periode und frühe Kindheit**

**Beschreibung ausschließlich von „öffentlichen Leistungen“**

**Deskription von Routinescreenings und Screeningschwerpunkten für Risikogruppen**

**kritisches Hinterfragen des „Risikobegriffs“ erforderlich**

<sup>3</sup> In manchen Ländern (wie etwa Dänemark) umfassen Eltern-Kind Früherkennungsprogramme neben den „Körperuntersuchungen“ auch Screenings, die das psychische Wohlbefinden oder die sozialen Lebensverhältnisse berücksichtigen.

hierzu auch Personen in einem Land gezählt werden, die bereits in zweiter oder dritter Generation ansässig sind oder etwa jene gemeint sind, die ohne Kenntnisse der Landessprache in einem Land leben? Das kritische Hinterfragen von Begriffen gilt für die Bewertung von Screenings auf „sozialmedizinische“ Risikofaktoren ebenso wie bei „körpermedizinischen“ Risikoparametern.

## 3 Internationale Eltern-Kind Screeningstrategien

### 3.1 Strategien auf supranationaler Ebene

1996 wurde von einer Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ein Leitfaden bzw. Empfehlungen für die „Betreuung der normalen Schwangerschaft“ in Genf präsentiert. Aufgrund des Umfangs kann an dieser Stelle keine detaillierte Beschreibung gegeben werden, es sei aber in Hinblick auf die in ExpertInnenkreisen diskutierte Über-, Unter- und Fehlversorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaften v.a. auf das Kapitel 6 im WHO-Bericht verwiesen: Dieser Empfehlungsteil beschreibt anhand von 4 Kategorien

- ❖ „Maßnahmen, die nachgewiesenermaßen nützlich sind und gefördert werden sollten;
- ❖ Maßnahmen, die eindeutig schädlich oder ineffektiv sind, und abgeschafft werden sollten;
- ❖ Maßnahmen, die bislang noch nicht ausreichend erforscht sind, um eindeutige Empfehlungen aussprechen zu können, und deshalb mit Vorsicht angewandt werden sollten, bis weitere Forschung den Sachverhalt klären kann;
- ❖ Maßnahmen, die häufig unangemessen angewandt werden“ [8, S. 1, 9, S. 48].

Diese Kategorien machen deutlich, dass sich Mutter- bzw. Eltern(-Kind) Früherkennungsprogramme in einem Spannungsfeld zwischen medizinischer Angemessenheit, individuellem Nutzen, Sicherheit (für die Schwangere und das Ungeborene) und der Reduktion von potentiellen oder tatsächlichen Schwangerschaftsrisiken befinden.

**WHO-Empfehlungen  
zum Schwangerschafts-  
screening**

### 3.2 Strategien auf nationaler Ebene

Mittlerweile existieren in Westeuropa seit beinahe 100 Jahren unterschiedliche Konzepte zu pränatalen Screenings. Das erste Programm wurde hierzu 1929 in Großbritannien vom britischen Gesundheitsministerium lanciert [vgl. 10, S. 213]. Zur Dokumentation des Schwangerschaftsverlaufs stehen in mehreren OECD-Ländern Instrumente zur Verfügung, in denen Empfehlungen für pränatale Untersuchungen gegeben werden. Bei Durchführung der angeratenen Untersuchungen werden die Befunde von den involvierten Gesundheitsberufsgruppen eingetragen und verschaffen damit einen Überblick über den Schwangerschaftsverlauf. In manchen Ländern (wie etwa in Österreich) erstrecken sich die empfohlenen Screenings über die Schwangerschaft und den Zeitpunkt der Geburt hinaus und erheben bzw. dokumentieren auch den Gesundheitsstatus des Neugeborenen bzw. Kleinkindes.

**Instrumente zur  
fachlichen  
Dokumentation des  
Schwangerschafts-  
verlaufs**

### 3.2.1 Verfügbarkeit von „Maternal und Child Health Booklets“

#### „Maternal Health Booklets“ als Kommunikationstools

Laut OECD-Bericht 2009 „Doing better for children“ werden in folgenden 9 Ländern „Maternal Health Booklets“ an Schwangere ausgegeben: Australien (einige Bundesstaaten), Österreich, Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, Korea, Portugal und die Türkei. Belgien bietet darüber hinaus ein eigenes Heft für werdende Väter an [vgl. 11, S. 103f.]. Jedoch nicht alle Länder besitzen ein nationales Screeningdokument: In der Schweiz laufen seit etwa 20 Jahren Bemühungen um einen nationalen „Mutterpass“ – bislang ohne Erfolg. Medizinische Fachkreise befürworten zwar die Sinnhaftigkeit und den Nutzen eines solchen Passes, die föderalen Strukturen des Schweizer Gesundheitssystems verhinderten aber bislang die Einführung eines solchen Booklets [vgl. 12, S. 1349]. Nichtsdestotrotz gibt es auch in der Schweiz klare Vorgaben der SozialversicherungsträgerInnen welche Schwangeren-Screenings vorgesehen und auch bezahlt werden.<sup>4</sup>

#### Screeningdokumente tragen zu gesteigertem Sicherheitsgefühl bei

Der Screeningumfang variiert zwischen den einzelnen Ländern teils beträchtlich. Allen Dokumenten gemeinsam ist jedoch die „Kommunikations- und Dokumentationsfunktion“. Hierbei soll zum einen die Schwangere profitieren, indem sie über ihren eigenen Gesundheitszustand und jenem ihres ungeborenen Kindes informiert wird. Zum anderen sollen die Aufzeichnungen den verschiedenen Berufsgruppen untereinander über den Schwangerschaftsverlauf einer Frau Auskunft geben. Zudem wurde von der WHO eine Evidenzanalyse zur „efficacy of pre-natal care“ durchgeführt, die u.a. das Ergebnis hervorbrachte, dass in den eingeschlossenen Studien sowohl die klinische Sicherheit der Untersuchungen als auch die subjektiven Sicherheitsgefühle der Mütter in Gesundheitssystemen mit „Maternal Health Booklets“ höher bewertet werden als in Systemen ohne standardisierte Instrumente [vgl. 11, S. 103f.].

#### separate Instrumente zur Dokumentation der (früh)kindlichen Entwicklung

Während etwa Österreich und Japan ein gemeinsames „Heft“ bzw. Booklet für Mütter und Kinder ausgeben, das die Perioden vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Kleinkindalter umschließt, gibt es in anderen OECD-Ländern getrennte Instrumente. Die OECD nennt hierzu 12 Staaten, die über spezielle „Child Health Booklets“ verfügen: Belgien, Dänemark, Frankreich, Luxemburg, die Niederlande, Neuseeland, Portugal, Polen, die Schweiz, Großbritannien, Australien (einige Bundesstaaten), sowie einige kanadische Provinzen [vgl. 11, S. 108f.]. Deutschland ist im OECD-Bericht nicht genannt, es sei jedoch an dieser Stelle auf das deutsche „Kindergesundheitsheft“ ergänzend hingewiesen, das ebenso einem „Child Health Booklet“ entspricht. Zusätzlich finden sich auch Instrumente in anderen Ländern oder Regionen, wie etwa in Schottland das „Red Book – Personal Child Health Record“, das für alle Kinder, die nach dem 1. Jänner 2010 geboren wurden, verwendet wird<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> z.B. 7 Früherkennungsuntersuchungen; 2 Ultraschallkontrollen (zw. der 10. und 12. SSW und der 20. und 23. SSW – bei Risikoverläufen unbegrenzt mehr); Labortests etc.

<sup>5</sup> [http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2009\\_49.pdf](http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2009_49.pdf), download am 02.09.2010.

### 3.2.2 Elektronische „Maternal und Child Health Booklets“

Mit der Diffusion von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien in den Verwaltungsbereich seit den 1990er Jahren (Stichworte: e-Health, e-Government) veränderte sich schrittweise auch die Organisation von Prozessabläufen im Gesundheitssektor, die in manchen Ländern auch die Mutter-/Eltern-Kind Früherkennungsprogramme betrifft. Dazu werden im Folgenden drei Länderbeispiele dargestellt, die einerseits die elektronische Organisation von pränatalen Screeningprogrammen beschreiben (etwa als Pilotprojekt an einer Schweizer Klinik), andererseits die Einführung einer elektronischen Dokumentationsversion für die Gesundheitsentwicklung von Kindern (Niederlande) skizzieren.

In der Züricher Universitätsklinik für Geburtshilfe wurde bereits 1994 ein Klinikinformationssystem („Perinat“) entwickelt, das seither die gesamte Schwangerschaft inklusive Ultraschall, die Geburt und das Wochenbett elektronisch dokumentiert. Vor diesem Hintergrund wird seit 2004 das Projekt „E-Mutterpass“ (der elektronische Mutterpass) verfolgt, an das zusätzliche Anforderungen gestellt wurden:

- ✿ „Dokument plattformunabhängig lesbar;
- ✿ Elektronischer Speicher ohne Zusatzgerät auf jedem PC lesbar;
- ✿ Datenschutzkompatibel;
- ✿ bezahlbar und in kurzer Zeit realisierbar“ [12, S. 1349].

Wichtigstes Trägermedium ist dabei ein USB-Stick für die Schwangere auf dem die medizinisch relevanten Daten gespeichert sind und mit dem die oben angeführten Anforderungen (etwa in Bezug auf Kosten und rasche technische Umsetzung) leicht erreicht werden konnten. Erste Evaluierungen wiesen 2006 hohe Akzeptanz- und Zufriedenheitswerte (sowohl seitens der Frauen als auch seitens der behandelnden ÄrztInnen) auf. Während erstere v.a. die leichte Handhabung und Verfügbarkeit von Information zu ihrer Schwangerschaft schätzten, berichteten die MedizinerInnen von Vorteilen bezüglich sorgfältigerer Dokumentationsabläufe [vgl. 12, S. 1350].

Seit Ende 2009 müssen in den Niederlanden alle LeistungserbringerInnen im Bereich der Kindergesundheitsversorgung elektronische Aufzeichnungen über ihre PatientInnen führen. Damit soll einerseits die Dokumentation über Kindergesundheitsdaten verbessert werden, andererseits stehen durch die zentrale Erfassung von Basisdaten mehreren autorisierten Gesundheitsprofessionen Informationen über den Gesundheitszustand von Kindern zur Verfügung. Die elektronisch erfassten Daten enthalten abseits des bisherigen Gesundheits- bzw. Krankheitsverlaufes des Kindes auch die allgemeinen Lebensumstände (wie z.B. Wohnverhältnisse) der Familie. Die Einführung dieser elektronischen Gesundheitserfassung von Kindern erfolgte in Holland in drei Phasen: In einem ersten Schritt wurden die Papieraufzeichnungen aller Gesundheitseinrichtungen, die mit Kindergesundheit belangt sind, digitalisiert. Daran anschließend wurden die nötigen digitalen Infrastrukturen geschaffen bevor in einer Pilotphase die Datenerfassung und die Erfahrungen verschiedener Kinderversorgungseinrichtungen mit dem Datentransfer ausgetauscht wurden. Die elektronische Systemerfassung von

**elektronische Screening-dokumente**

**Projekt „E-Mutterpass“ an Schweizer Klinik**

**„Electronic Child Health Record“ in den Niederlanden**

**„CarePlus Child Health“  
Programm in  
Südengland**

Kindergesundheitsdaten erfolgt nun beim erstmaligen Kontakt eines Kindes (bzw. seiner Familie) mit einer Kindergesundheitseinrichtung.<sup>6</sup>

In Südengland implementierte 2008 das britische „National Health Service“ (NHS) in Avon, Gloucestershire und Wiltshire in Kooperation mit Fujitsu das „CarePlus Child Health“ Programm, das von McKesson entwickelt wurde. Dabei handelt es sich um eine webbasierte IT-Plattform, das sowohl der Organisation von Gesundheitsdienstleistungen für Kinder und Jugendliche (0 bis 19 Jahre) innerhalb einer einzelnen (lokalen) NHS-Einrichtung als auch der Vernetzung zwischen mehreren Einrichtungen bzw. mit der lokalen NHS „Strategic Health Authority“ dient. Der Plattformaufbau orientiert sich dabei an zentrale „Meilensteine“ in der Kindesentwicklung bis zum 19. Lebensjahr, wie z.B. Impfpläne; (Vorschul)Gesundheitsthemen; spezielle Kinder- bzw. Jugendlichenbedürfnisse; eine Reihe von „Alarmfunktionen“ bzw. „Flags“ im Falle von besonderen medizinischen Auffälligkeiten. Vorrangiges Ziel dieser elektronischen Plattformlösung ist u.a. die schnellere und einfachere Identifizierung von besonders gefährdeten Kindern und Jugendlichen durch die Vernetzung der zuständigen GesundheitsdienstleisterInnen.<sup>7</sup>

### 3.3 Internationale Evaluierungen und Forschungsnetzwerke

**kaum Evaluierungen zu  
Screeninginstrumenten**

In den meisten Ländern mit Schwangeren- bzw. Eltern- und/oder Kind-Screenings, wurden noch kaum Evaluierungen zu den einzelnen Instrumenten durchgeführt. Zu den wenigen verfügbaren Evaluierungsbeispielen zählen etwa Großbritannien und Norwegen.

#### 3.3.1 Evaluierungserfahrungen aus Großbritannien und Norwegen

**Milieuunterschiede bei  
der Handhabung des  
britischen Child Health  
Booklets**

In Großbritannien wurden in einem 2004 publizierten Bericht regionale Ergebnisse aus Nottingham veröffentlicht, die zeigten, dass das britische „Child Health Record“ Booklet v.a. für Teenage-Mütter und Erstgebärende einen Informationsnutzen darstellt. In einer UK-weiten Studie aus 2006 wurden Mütter mit 9-Monate alten Babies zu den Inhalten des Booklets und zur Nachvollziehbarkeit der Empfehlungen befragt. Rund 93 % der befragten Mütter konnten in dieser Befragung die Inhalte und den Zweck des britischen „Child Health Record“ Heftes wiedergeben und 85 % wussten auch über die Handhabung des Booklets Bescheid. Jedoch weisen die StudienautorInnen darauf hin, dass junge Mütter (anders als in der Nottingham-Untersuchung), AlleinerzieherInnen, BewohnerInnen in sozio-ökonomisch benachteiligten Regionen und Mütter von Großfamilien, deutlich weniger bzw. sehr vage Kenntnisse bezüglich des Kindergesundheitsheftes besitzen. Das mittlerweile abgeschlossene Re-Design des britischen Booklets konnte

<sup>6</sup> <http://www.epractice.eu/files/eGovernment%20in%20NL%20-%20Jan%202010%20-%202013.0.pdf>, download am 04.10.2010.

<sup>7</sup> [http://www.fujitsu.com/downloads/EU/uk/microsite/nhs\\_child\\_health.pdf](http://www.fujitsu.com/downloads/EU/uk/microsite/nhs_child_health.pdf), download am 21.02.2011.



allerdings die individuelle Brauchbarkeit für Mütter (und Väter) nicht steigern, wie in einem Folgebericht aus 2006 festgestellt wurde.

In Norwegen wurden Eltern vor der Einführung eines neuen Kinderheftes hinsichtlich ihrer Akzeptanz zu den vorgeschlagenen Untersuchungen befragt und darüber, inwieweit das Heft auch ihr Wissen über den Gesundheitszustand ihres Kindes steigern könnte. Die Untersuchung zeigte, dass sich zwar beinahe drei Viertel (73 %) der Eltern mit den vorgeschlagenen Inhalten einverstanden zeigten, das Kindergesundheitsheft bzw. die Früherkennungsuntersuchungen per se aber keinen Wissenszuwachs über den Gesundheitszustand des Kindes oder über Serviceeinrichtungen zur Gesundheitsförderung brachten [11, S. 109].

**Elternakzeptanz aber kaum Wissenszuwachs durch neues Kindergesundheitsheft in Norwegen**

### 3.3.2 Laufende Evaluierungen in Deutschland

In Deutschland wurde 2008 die „Sektorübergreifende Arbeitsgruppe zum Mutterpass“ gegründet, die ein Konzept zur Überarbeitung des derzeitigen Screeninginstruments vorbereitet. Bei den ProponentInnen handelt es sich um eine Gruppe von ExpertInnen an der Frauenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Den Problemhintergrund bzw. Anlass für diese Initiative sowie die Absichten, die mit dem Vorschlag für einen „Mutterpass neu“ verknüpft sind, beschreiben die ProjektleiterInnen wie folgt: „Die Entscheidung zu einer Neukonzeption erwuchs vorwiegend aus der Tatsache, dass sowohl die Fehlerquellen zur Datenauswertung im Mutterpass reduziert, als auch Befund- und Anamnesekatalog neu konfiguriert werden müssen, um den Anforderungen wissenschaftlich orientierter evidenzbasierter Schwangerenvorsorge gerecht zu werden. Die Überarbeitung der Definition des Risikobegriffs und die Möglichkeit der Abgrenzung von Niedrig- und Hochrisikoschwangerschaften sind unerlässlich. Der durch die sektorübergreifende Arbeitsgruppe neu konzipierte Mutterpass legt den Fokus auf die normale Schwangerschaft, das Auftreten von Risikofaktoren wird in gesonderten Bereichen dokumentiert. Die Unterscheidung zwischen Zusatzmaßnahmen, Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien und Erkenntnissen der evidenzbasierten Schwangerenvorsorge tragen dazu bei, die Entscheidungsfreiheit der betreuten Frauen herzustellen. Während der Arbeit wurde die Expertise weiterer ReferentInnen berücksichtigt. Insbesondere soll die Identifikation der Schwangeren mit ihrem persönlichen Mutterpass ermöglicht werden und die zielgerichtete Planung des Geburtsortes eingeleitet werden.“<sup>8</sup> Zudem berät inzwischen in Deutschland der „Gemeinsame Bundesausschuss“ (G-BA) Veränderungen bzw. Neuaufnahmen von Leistungen, die den Mutterpass betreffen.<sup>9</sup>

**Überlegungen und Konzept zu einem „Mutterpass neu“ in Deutschland**

Das Bestreben nach einer Überprüfung bzw. einer Neuauflage des deutschen Mutterpasses wird aber auch von ExpertInnen anderorts [siehe etwa 13] gefordert: Vor dem Hintergrund evidenzbasierter Anforderungen, ruft v.a. der im Mutterpass angeführte „Risikokatalog A“ (anamnestische Schwangerschaftsrisiken anhand von 26 Kriterien) Bedenken hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Aktualität hervor. Die Kritik an den derzeitigen Kriterien bezieht sich v.a. auf die fehlende Evidenzbasierung und erfordert

**fehlende Evidenzen im Mutterpass zu Schwangerschaftsrisiken**

<sup>8</sup> <http://www.mh-hannover.de/20170.html>

<sup>9</sup> Telefoninterview mit zuständiger G-BA Sachbearbeiterin für die Be- bzw. Überarbeitung des deutschen Mutterpasses am 05.01.2011.

zukünftig Anstrengungen, um die fehlenden Daten zu erheben. Zudem bewirkt die Zuteilung von Schwangeren in Risikokollektive oftmals zu Ängstlichkeit und Depressivität [vgl. 13, S. 87ff.].

### 3.3.3 Internationale Forschung zu Eltern-Kind Screenings

#### EU-Netzwerk zu Eltern-Kind Screeningkulturen

Hinsichtlich laufender Forschung zum Thema Mutter- bzw. Eltern-Kind Früherkennungsprogramme haben sich EU-Netzwerke gebildet, wie etwa das COST-Netzwerk „Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Creating a dynamic EU framework for optimal maternity care<sup>10</sup>, das sich speziell mit Screenings von schwangeren Frauen beschäftigt. WissenschaftlerInnen und ForscherInnen aus 12 europäischen Ländern verfolgen in diesem Netzwerk das Ziel „(...) to advance scientific knowledge about ways of improving maternity care provision and outcomes for mothers, babies and families across Europe by understanding what works, for whom, in what circumstances, and by identifying and learning from the best“. Besonderes Augenmerk wird dabei auch auf Gruppen von schwangeren Frauen gelegt, die vielerorts Benachteiligung erfahren (wie z.B. Frauen mit Migrationshintergrund ohne ausreichende Sprachkenntnisse).

#### themenübergreifende Vernetzungen in der EU

Darüber hinaus finden sich weitere (teils laufende/teils abgeschlossene) COST-Netzwerke und andere EU-Projekte, wie etwa das ECRP Netzwerk (Ziel: Entwicklung eines Instruments zur Messung von Erwartungen und Erfahrungen von schwangeren Frauen über europäische Kulturkreise hinweg), das Netzwerk zu „Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe (HOME)“ oder das EURO-PERISTAT Projekt (<http://www.europeristat.com>), das sich der Entwicklung von validen Indikatoren zur Beobachtung und Evaluierung der perinatalen Gesundheitsverläufe in Europa widmet. Vernetzte Forschung zur Kindergesundheit findet beispielsweise im EU-Projekt RICHE (<http://childhealthresearch.eu>) Umsetzung, das u.a. das Ziel verfolgt, die unterschiedlichen Ansätze in der Gesundheitsversorgung von Kindern in Europa und die teils fragmentierten Forschungsergebnisse zum Gesundheitszustand von Kindern zusammenzuführen.

<sup>10</sup> [http://www.cost.esf.org/domains\\_actions/isch/Actions/IS0907-Childbirth-Cultures-Concerns-and-Consequences-Creating-a-Dynamic-EU-Framework-for-Optimal-Maternity-Care](http://www.cost.esf.org/domains_actions/isch/Actions/IS0907-Childbirth-Cultures-Concerns-and-Consequences-Creating-a-Dynamic-EU-Framework-for-Optimal-Maternity-Care)

## 4 Politikgestaltung zu Eltern-Kind Screeningprogrammen

Die Länderübersicht zu den Eltern-Kind Unterstützungshilfen zeigt, dass die Organisation von Screeningleistungen und Berufsgruppen (LeistungserbringerInnen unterschiedlicher Gesundheitsberufe) zweierlei Formen aufzeigen: Zum einen gibt es Länder in denen Teile der Eltern-Kind Früherkennungsprogramme (Untersuchungen, aber auch „Kommunikationsdienste“, wie Beratung, Informationen etc.) zumindest teilweise von „aufsuchenden Berufsgruppen“ geleistet werden (z.B. in Dänemark durch „Community Nurses“). In anderen Ländern (z.B. in Österreich) liegt hingegen der Schwerpunkt auf Eltern-Kind Einrichtungen/Zentren, die aktiv von den Familien bzw. Elternteilen konsultiert werden müssen.

Die Bedeutung solcher organisatorischer Gestaltungsmöglichkeiten wird v.a. dort virulent, wo das Screening auf Risikofaktoren, aber auch die Versorgung von Risikopopulationen im Vordergrund steht – also die medizinisch-therapeutischen Leistungen für bestimmte Risikogruppen von Schwangeren/Eltern und Kleinkindern unter Umständen nicht ausreichend bzw. für diese Gruppen nicht erreichbar ist. Demzufolge kann zwischen vier Gestaltungsoptionen hinsichtlich des Leistungszugangs unterschieden werden, die in unterschiedlicher Weise in Routinestrukturen bzw. Screeningprogrammen eingebettet sind [vgl. 14, S. 96]:

- ❖ Zentralisierte Eltern-Kind Unterstützungshilfen im Rahmen der Früherkennungsprogramme einschließlich dafür vorgesehener Berufsgruppen („universal services“);
- ❖ Bedarfsfeststellung von Eltern-Kind Unterstützungshilfen im Rahmen der Routinescreenings, jedoch Kooperation mit angeschlossenen Eltern-Kind Stellen und Leistungserbringung in multidisziplinären bzw. bereichsübergreifenden ExpertInnenteams;
- ❖ Unterstützungshilfen für Eltern und Kinder, die allen offenstehen, die jedoch aktiv von den Familien aufgesucht bzw. angefordert werden müssen;
- ❖ Zielgruppenspezifische Unterstützung für Eltern(teile) bzw. Familien, die eine Identifikation von Risiken, Bedürfnissen etc. voraussetzt und bedarfsorientiert Leistungen zur Verfügung stellt.

Je nach länderspezifischer Ausgestaltung eines Eltern-Kind Screeningprogrammes stehen demzufolge unterschiedliche Modelle zur Verfügung, die je nach Programmumfang und -tiefe auch die Identifizierung bestimmter Risikofaktoren bzw. -gruppen beabsichtigen.

**unterschiedliche  
Organisation von  
Screenings im  
Länderschnitt**

**vier  
Gestaltungsvorschläge  
zu Screenings**

**variable  
Gestaltungszugänge bei  
Eltern-Kind Screenings**

## 4.1 Policy-Ansätze zu Eltern-Kind Routinescreenings

„Come structures“  
und/oder „Go  
structures“

Beim Schwangeren/Eltern/Kind Routine- bzw. Basisscreening während der prä-, peri- bzw. postnatalen Phasen und der frühen Kindheit (etwa bis zum 6. Lebensjahr) zeigt sich in einigen Ländern, dass neben dem ärztlichen Personal, das phasen- bzw. entwicklungsbezogen die notwendigen Untersuchungen vornimmt, medizinisch-therapeutische SchlüsselakteurInnen eine besondere Rolle in der Behandlung und Betreuung von schwangeren Frauen, Familien bzw. Elternteilen mit Neugeborenen und später Kleinkindern einnehmen. Dabei ergeben sich wiederum Unterschiede in der organisatorischen Umsetzung: Einerseits lassen sich „come structures“ identifizieren, die ein Untersuchungs-, Behandlungs- und Begleitangebot an werdende Eltern(teile), Familien mit Kindern richten, das von diesen aufgesucht werden muss. Dies trifft in der Regel für alle routinemäßig vorgesehenen Eltern-Kind Untersuchungen zu. Darüber hinaus gibt es Länder mit zusätzlichen „go structures“, deren Eltern-Kind Angebote nicht nur an fixen Stellen und Zentren angeboten werden, sondern darüber hinaus auch in Form von „Hausbesuchen“ zur Verfügung stehen.

aufsuchende Dienste  
(„Go structures“) sind in  
vielen Ländern  
„Standard“

In *Dänemark* kommt etwa der Position der „Community Nurse“ eine besondere Rolle bei der routinemäßigen Betreuung von Familien mit Kindern zu (bis zum 18. Lebensmonat – in Ausnahmefällen bis zum Schuleintritt). Neben den zentralen medizinisch-pflegerischen Aufgaben, sind „Community Nurses“ auch auf das Screening von familiären Problemen geschult. Im Bedarfsfall können somit vor Ort (im Idealfall „zu Hause“) Interventionen gesetzt werden oder weitere Berufsgruppen rechtzeitig zu Rate gezogen werden. Zudem werden auch in weiteren Ländern aufsuchende Dienste angeboten (z.B. in Finnland von „Public Health Nurses“, in Großbritannien von „Health Visitors<sup>11</sup>“ oder in Deutschland in einigen Städten von „Familienhebammen“ für sozial gefährdete Familien).

Früherkennungs-  
programme sind  
gesellschafts- und  
gesundheitspolitisch  
geprägt

Dennoch sollten die unterschiedlichen Länderzugänge nicht losgelöst von der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Kultur betrachtet werden, wie das Beispiel *Dänemark* zeigt. Obwohl auch dort aufsuchende Betreuung und Begleitung für Eltern(teile) und Kinder angeboten werden, zeigt sich durch einen gewachsenen „progressive universalism“ eine Gesundheitsinfrastruktur, die es Eltern selbstverständlich(er) macht diese Leistungen für sich und ihre Kinder in Anspruch zu nehmen. Die enge und verschränkte Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Bildungssystems (einschließlich der Kindergärten) erlaubt dadurch bei Bedarf rechtzeitige Interventionen zu setzen, wie in einer europäischen Vergleichsstudie zu Eltern-Unterstützungshilfen für *Dänemark* festgehalten wird: „While these services have a ‚come-structure‘, in that families bring their children to the

<sup>11</sup> „Health Visiting“ ist in Großbritannien ein eigenständiger Beruf, der von staatlich anerkanntem Krankenpflegepersonal oder Hebammen ausgeübt werden kann. Voraussetzung für die Berufsausübung ist eine „postgraduale“, meist 1-jährige Zusatzausbildung. „Health Visitors“ bieten v.a. für Familien mit (Klein)Kindern Unterstützung, wobei erste Kontakte zwischen der Schwangeren bzw. Familie und des „Health Visitors“ bereits während der Schwangerschaft stattfinden (weitere Information sind unter: <http://www.nhs.uk/healthvisiting/details/Default.aspx?Id=807> verfügbar). Die Kernaufgaben der „Health Visitors“ sind im Bericht im Kapitel 7.2.1 angeführt.

setting, parents automatically ‚access‘ the service because their child is already attending, allowing professionals in the setting to identify support needs, and to intervene. That premise is at the heart of the concept of ‚progressive universalism‘ (...) [vgl. 14, S. 95].

## 4.2 Policy-Ansätze zur Identifizierung und Versorgung von vulnerablen Eltern-Kind Gruppen

Länderspezifische Unterschiede bei der Organisation der Eltern-Kind Screeningprogramme ergeben sich nicht nur für den Bereich der Routinescreenings, sondern auch dort, wo besondere Lebenslagen bzw. -umstände zusätzliche, professionelle Hilfestellungen für Eltern und Kinder notwendig machen. Die Bandbreite reicht hier von Leistungen, wie etwa Beratungen zu Fragen rund um die Kindererziehung, bis hin zur Versorgung von Eltern und Kindern, die physischen, psychischen, sozialen etc. Risikofaktoren ausgesetzt sind. Entsprechend bedarf es Mechanismen, um diese besonderen Lebenslagen (oftmals Krisensituationen) von Eltern und Kindern mittels eines Screeningprogrammes erheben zu können. „Hausbesuche“ von (medizinisch/therapeutisch/sozial) geschultem Personal werden in Ländern, wie etwa in Finnland („Public Health Nurse“ während der Schwangerschaft) oder in den Niederlanden (Hebamme nach der Geburt) angeboten, um sowohl medizinische Basisuntersuchungen durchführen als auch das soziale Lebensumfeld der Schwangeren bzw. Eltern und Kinder einschätzen zu können. Im Falle eines zusätzlichen Unterstützungsbedarfs gibt es je nach Land entsprechende Angebote.

Die thematischen Schwerpunkte von Unterstützungshilfen stellen das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Eltern-Kind Routinescreenings dar: Während diese Früherkennungsmaßnahmen v.a. auf „körpermedizinische Parameter“ fokussieren, konzentrieren sich erweiterte Screeningprogramme u.a. auf sozialmedizinische Problemstellungen, die etwa mit kognitiven Beeinträchtigungen, psychischen Erkrankungen, häuslicher Gewalt oder sozio-ökonomischer Benachteiligung einhergehen. Im anglo-amerikanischen Raum werden diese Hilfen unter dem Begriff des „parenting support“ zusammengefasst, wobei hierunter sowohl Hilfen für Eltern als auch deren Kinder verstanden werden. Die Bandbreite an Unterstützungen umfasst dabei Beratungen und Informationsvermittlung ebenso wie konkrete Interventionen. Folglich sind darunter Leistungen zu verstehen, die darauf abzielen (...) to enable parents to enhance their parenting. These include formal and informal interventions to increase parenting skills, improve parent/child relationships, parenting insight, attitudes and behaviours, confidence in parenting and so on“ [vgl. 14, S. 8].

Bei der Betreuung und Begleitung von Risikopopulationen spielen aufsuchende Angebote eine bedeutende Rolle, da sie potentielle Barrieren (wie etwa Skepsis gegenüber den Angeboten, aber auch Unwissenheit über die Möglichkeiten an potentiellen Unterstützungen etc.) überwinden helfen. Hierzu zählt z.B. das niedrigschwellige, standardisierte „HIPPY Programme“ („Home Instruction for Parents of Preschool Youngster“, <http://www.hippy.org.il>), das in Israel entwickelt wurde und mittlerweile (länderspezifisch adaptiert) etwa in Deutschland, Dänemark, in den USA

**zusätzliche Leistungen fokussieren auf sozialmedizinische Probleme**

**„Parenting support“ – professionelle Hilfe für Eltern und Kinder**

**standardisierte Unterstützungen in mehreren Ländern**

und in den Niederlanden eingesetzt wird. Dieses spezielle Programm zur kognitiven und emotionalen Frühförderung von Kindern wird beispielsweise in den Niederlanden unter dem Namen „Opstap (Step-Up) Programme“ geführt.<sup>12</sup> Ein weiteres Beispiel für standardisierte Hilfen ist in Frankreich die „Protection Maternelle et Infantile (PMI)“. Dabei handelt es sich um Leistungen, die zwar universell (für alle Eltern und Kinder) zugänglich sind, das Hauptaugenmerk liegt allerdings auf zielgruppenspezifischen Angeboten (für Eltern und Kinder in Krisensituationen). Die PMI-Einrichtungen sind v.a. in sozial benachteiligten Nachbarschaften eingerichtet und wenden sich an Eltern und Kinder (bis zum 6. Lebensjahr), die besondere soziale, wirtschaftliche und psychologische Bedürfnisse aufweisen. Hausbesuche werden auch in diesem Programm angeboten. Die PMI-Angebote werden in Frankreich etwa von jeder fünften Frau in Anspruch genommen [vgl. 14, S. 38ff.].

### **Vielfalt an Interventions- programmen für (Klein)Kinder**

Grundsätzlich lässt sich quer durch unterschiedliche (westlich, industrialisierte) Länder gerade für (Klein)Kinder eine große Bandbreite an Früherkennungsmaßnahmen und Interventionen erkennen. Hierbei zeigen sich bei letzteren während der frühen Kindheitsjahre zwei grundsätzliche Trends: Zum einen sind die Programme für die unter 3-jährigen Kinder meist durch Hausbesuche von professionellen Gesundheitsberufsgruppen und durch Elternkurse gekennzeichnet. Zum anderen enthalten die Programme für die über 3-Jährigen mehrheitlich Komponenten, die vorwiegend auf die Erziehungskompetenzen der Eltern abzielen bzw. auf die Entwicklungsstadien des Kindes fokussieren. Diese Vielfalt an Interventionsprogrammen für (Klein)Kinder bedingt auch unterschiedliche Ausprägungen

- ✿ bei der Outcome-Messung;
- ✿ bei den Zielgruppen;
- ✿ bei den möglichen Auswahlkriterien für ein Interventionsangebot;
- ✿ bei den involvierten Altersgruppen;
- ✿ beim Leistungsangebot per se;
- ✿ beim Ort der Leistungserbringung;
- ✿ bei den Inanspruchnahmefrequenzen und
- ✿ bei der geographischen (Policy-)Reichweite.

Die folgende OECD-Tabelle liefert hierzu mögliche Unterscheidungsmerkmale:

---

<sup>12</sup> Eine genaue Programmbeschreibung wird im Kapitel 7.4.3 gegeben.

*Tabelle 4.2-1: Dimensionen bei (früh)kindlichen Interventionsprogrammen*

| <b>Dimension</b>              | <b>Beispiele</b>   |
|-------------------------------|--|
| Outcomes                      | Pregnancy outcomes (maternal smoking, diet, pre-natal checks)<br>Birth outcomes (birth weight, prematurity)<br>Child cognitive and socio-emotional development<br>Child behaviour<br>Child physical and mental health (incl. abuse and neglect)<br>Economic (poverty, parental employment, independence from benefits)<br>Parent education (e.g. literacy)<br>Parenting skills |
| Target person or relationship | Child, Parent, Child-parent dyad, Family   |
| Targeting criteria            | Individual child<br>Ethnic minority or migrant status<br>Single parent, first time parents or young parent<br>Family income poverty or material deprivation<br>Parental problems (social isolation, substance abuse, poor mental health)<br>Child health, cognitive or behavioural problems<br>Disadvantaged community (geographic)  |
| Age of focal child            | Ranging from pre-natal to age of compulsory school entry   |
| Location of services          | Home, centre, school, or medical centre  |
| Services offered              | Education of children or parents<br>Links to other social services<br>Health or nutrition related<br>Job related   |
| Intensity of intervention     | Starting age to ending age<br>Hours per week, Weeks per year<br>Individuals or large/small groups  |
| Programme reach               | Nationwide, State or province wide, area wide, single setting  |

*Quelle: Organisation for Economic Co-operation and Development 2009, S. 116 [11].*





## 5 Pränatale Routinescreenings für Schwangere im internationalen Vergleich

### 5.1 Länderübersicht

Vorweg ist festzuhalten, dass pränatale Screenings in den OECD-Ländern beinahe ausschließlich die Mutter und das ungeborene Kind betreffen. Einige Empfehlungen werden auch für werdende Väter ausgesprochen, wie etwa der Verzicht auf Tabakkonsum im Beisein der schwangeren Frau oder Ratschläge die partnerschaftliche Beziehung betreffend. Prinzipiell richten sich pränatale Routinescreenings an die Frau, wie auch die OECD festhält: „However, there is little systematic offered in any OECD country in terms of integrated pre-natal care for mothers and fathers as a dyad, or for fathers alone“ [11, S. 99].

Prinzipiell werden in den meisten OECD-Ländern pränatale Früherkennungsprogramme angeboten, die universell zugänglich und kostenfrei sind. Die gemeinsamen Angebotsinhalte umfassen dabei zumeist die Bereitstellung von Informationen, Schulungen und Beratungen (etwa in Hinblick auf Ernährung), medizinische Screenings und Behandlungen, die die Gesundheit der Schwangeren und des Fötus fördern sollen.

Die Zuständigkeitsbereiche bzw. Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen variieren jedoch zwischen den Ländern teilweise beträchtlich. Diese Unterschiede sind durch die vorherrschende Gesundheitspolitik und –kultur bedingt: In Ländern mit einem eher „medizinorientierten“ Zugang zum Thema Schwangerschaft werden pränatale Screeningprogramme hauptsächlich von FachärztInnen aus dem Bereich Geburtshilfe durchgeführt. In Kulturen mit einem überwiegend sozial fokussierten Zugang spielen Gesundheitsberufsgruppe, wie Hebammen, „Public Health Nurses“ oder „Health Visitors“, eine signifikantere Rolle, wobei mancherorts eine enge Kooperation mit AllgemeinmedizinerInnen festgestellt werden kann (wie z.B. in Großbritannien).

Ebenso gibt es unterschiedliche Ländertraditionen hinsichtlich aufsuchender Dienste (also Hausbesuche durch Gesundheitsberufsgruppen) im Zuge der Schwangerschaft. Während in den meisten Ländern eine „Klinik“ (im weiteren Sinne, d.h. hierzu zählen auch Gesundheitszentren für Schwangere) der primäre Untersuchungsort ist, gibt es in einigen Ländern die Möglichkeit während der Schwangerschaft bestimmte Untersuchungen zu Hause durchführen zu lassen. Diese Option ist etwa in *Dänemark, Schweden, Irland, Island, Neuseeland* und *Großbritannien* gegeben. Hinsichtlich der Anzahl an empfohlenen Untersuchungen für schwangere Frauen zeigen sich teils große Divergenzen zwischen den Ländern, wie die nachstehende OECD-Tabelle zeigt (siehe Tabelle 5.1-1).

Erklärungsversuche für diese Unterschiede ergeben sich etwa durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei den Screeningempfehlungen. Großbritannien empfiehlt etwa 10 Konsultationen, wobei nicht jede eine medizinische Untersuchungen vorsieht. Generell ist zu berücksichtigen, dass die Länderangaben (v.a. in der folgenden Tabelle) auf keiner einheitlichen Beschreibung beruhen. D.h. in manchen Ländern wird jede Untersuchung als einzelne Konsultation gezählt; in anderen Ländern werden wiederum Un-

**kaum Angebote für beide Elternteile**

**pränatales Screening in den meisten OECD Ländern vorhanden**

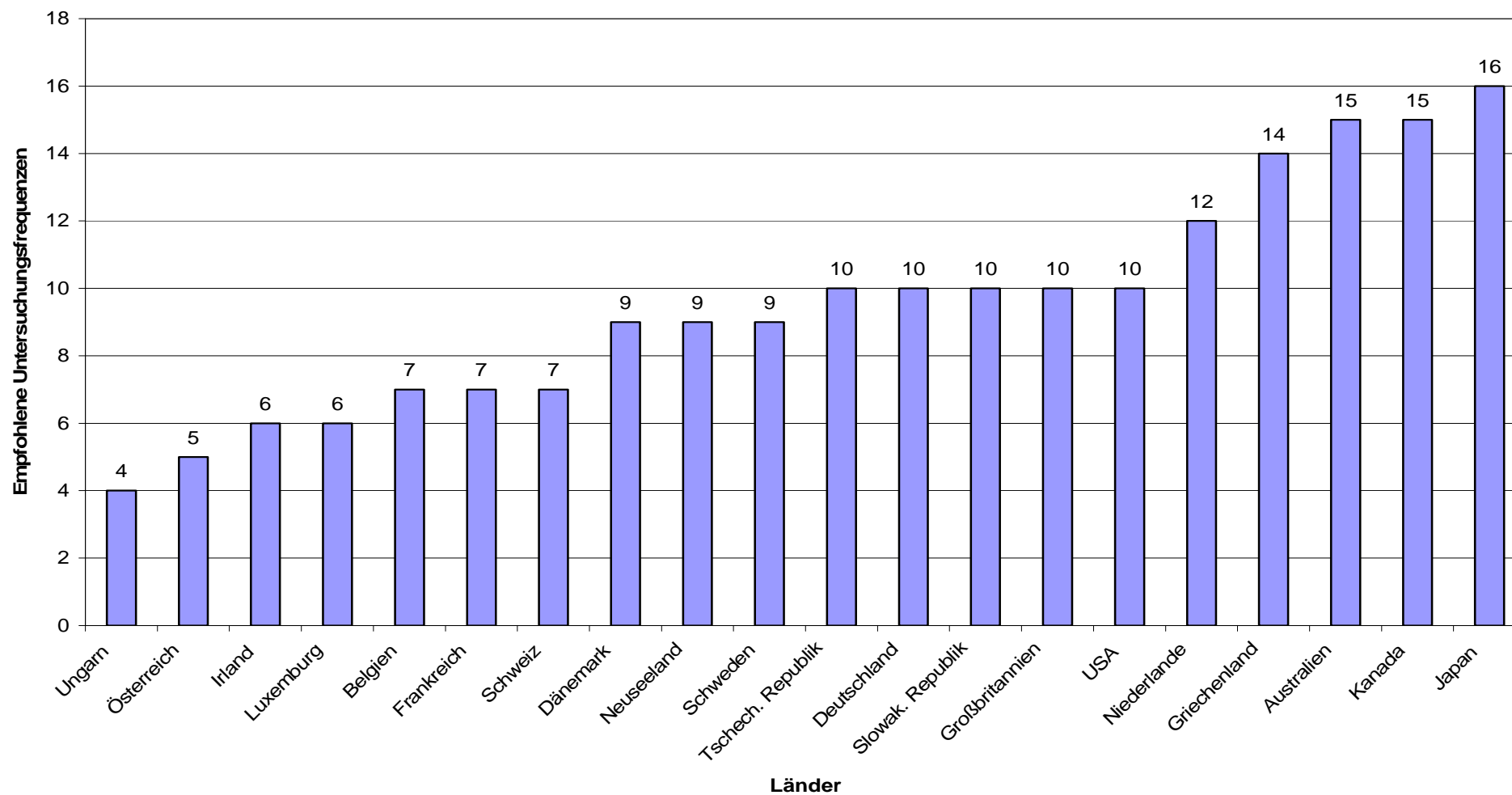
**Zuständigkeiten der Berufsgruppen sind „politisch und kulturell“ gestaltet**

**Teil der Untersuchungen in manchen Ländern auch in Form von „home visits“ möglich**

**teils große Unterschiede in der Anzahl an empfohlenen Screeninguntersuchungen**

tersuchungen zusammengefasst, wodurch sich eine niedrigere Untersuchungsfrequenz für schwangere Frauen ergibt. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der empfohlenen Konsultationen in den meisten Ländern nicht automatisch auch eine ärztliche Untersuchung nach sich zieht. Dadurch kommt es mitunter zu einer höheren Untersuchungsfrequenz, da sich der Kreis der LeistungserbringerInnen erweitert.

Tabelle 5.1-1: Anzahl an empfohlenen Schwangerschaftsuntersuchungen in ausgewählten OECD-Ländern



Quelle: Organisation for Economic Co-operation and Development 2009, S. 101 [11].

### Untersuchungshäufigkeit auch sozial determiniert

Wie bereits aus frühen Untersuchungen aus den 1990er Jahren bekannt ist, zeigen sich bei Frauen bzw. Familien, die pränatale Früherkennungsprogramme in Anspruch nehmen, große Milieuunterschiede bzgl. der Inanspruchnahmeraten. Wesentliche Determinanten, die eine hohe Frequenzhäufigkeit bewirken, sind demzufolge:

- ✿ Hohes Familieneinkommen und hoher Bildungsstatus der Frau;
- ✿ Zugehörigkeit zur dominanten ethnischen Gruppe in einem Land;
- ✿ Höheres Alter und guter Allgemeingesundheitszustand;
- ✿ Gute Kenntnisse zum Leistungsangebot;
- ✿ NichtraucherInnen, in einer partnerschaftlichen Beziehung lebend, ohne häusliche Gewalt [vgl. 11, S. 101].

### Heterogenität in der Organisation von Screeningprogrammen erschwert Vergleichsanalysen

Ein Datenvergleich zu den pränatalen Screenings (etwa zu den genauen Untersuchungsinhalten) über Länder hinweg erweist sich durch die großen Unterschiede in der Bandbreite an Leistungen als schwierig. Die OECD hält dazu fest: „Comparable information on actual visits, visit content, duration, timing, providers' professional qualifications, and place of delivery of the pre-natal care is not available“ [11, S. 101].

### finanzielle Incentives bei Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten

Obgleich die pränatalen Screenings allgemein als Empfehlungen ausgesprochen und angeboten werden, gelten sie in manchen Ländern als Prämisse für die Inanspruchnahme von öffentlichen (finanziellen) Unterstützungen. In Österreich, Finnland, Frankreich, Deutschland, Ungarn und Großbritannien müssen etwa Schwangere ein Minimum an Untersuchungen durchführen lassen, um Zugang zu staatlichen Unterstützungen zu erlangen [vgl. 11, S. 102].

## 5.2 Richtlinien und Empfehlungen in ausgewählten EU-Ländern

### unterschiedliche Policy-Maker in der Erstellung von Guidelines involviert

In einer empirischen Analyse [15] wurden die nationalen Richtlinien der EU-Mitgliedsstaaten zu pränatalen Untersuchungen für „normal“ verlaufende Schwangerschaften (also bei Ausschluss von Schwangerschaftsrisiken) miteinander verglichen. Im Vordergrund stand die Frage, ob nationale Guidelines zu „antenatal care“ in den einzelnen Ländern existieren und welche Tests bzw. Untersuchungen empfohlen werden. Der Vergleich erfolgte vor dem Definitionshintergrund von pränataler Versorgung als „baseline clinical care of all pregnancies of a healthy woman with an uncomplicated singleton pregnancy“ [15, S. 215] – Handlungsempfehlungen für Risikoschwangerschaften sind in dieser Gegenüberstellung dezidiert nicht enthalten. Insgesamt sammelten die AutorInnen Informationen zu 20 EU-Ländern. *Belgien, Zypern, Griechenland, Irland* und *Malta* sind im Vergleich nicht enthalten, da in diesen Staaten im Erhebungszeitraum (Mai bis August 2004) keine nationalen Richtlinien existierten. In 13 Ländern wurden die Richtlinien von der Nationalregierung (zumeist von den Gesundheitsministerien) erstellt. In 4 Ländern waren es nationale Fachgesellschaften für Geburtshilfe und in 3 Ländern wurden von einer Regierungseinrichtung in Kooperation mit einer Fachgesellschaft Richtlinien für pränatale Untersuchungen verfasst. Trotz der überwiegenden Anzahl an staatlichen Körperschaften, die als Herausgeberinnen der Richtlinien auftreten, weisen die StudienautorInnen darauf hin, dass „(...) from these findings, it became clear that a guide-

line has an issuing body, but from this, not necessarily a conclusion can be drawn about who has developed the guideline“ [15, S. 218].

Manche Institution, wie etwa das britische NICE („National Institute of Clinical Excellence“), verfolgt allerdings ein nachvollziehbares und transparentes Zustandekommen der „Guidelines“. Hierzu wird etwa im NICE-Report zu „Antenatal care – routine care for the healthy pregnant woman“ aus 2008 [16] eine genaue Definition zu Guideline gegeben: „A systematically developed tool that describes aspects of a person’s condition and the care to be given. A good guideline makes recommendations based on best research evidence available, rather than opinion. It is used to assist clinician and patient decision making about appropriate health care for specific conditions.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die organisatorische aber auch rechtliche Verortung einer „Guideline“ bzw. Richtlinie von tatsächlich angebotenen (und vom Solidarsystem bezahlten) und empfohlenen Leistungen zu unterscheiden ist.

Die drei nachstehenden Tabellen geben Auskunft über die empfohlenen körperlichen Untersuchungen, geräteunterstützten (technischen) Untersuchungen und die Labortests in 20 EU-Mitgliedsstaaten. Als wichtiger Lesehinweis gilt bezugnehmend auf den vorangegangenen Absatz, dass die Länderinformationen keine Auskünfte über die Abrechnungsmodi geben – d.h. es geht aus den empirischen Daten nicht hervor, inwieweit die empfohlenen Untersuchungen von den öffentlichen Kostenträgern gedeckt sind. Weiters lässt die Heterogenität der Politik- bzw. Gesundheitssysteme keine eindeutige Verwendung des Begriffs „Guideline“ zu.

**diverse Rechts- bzw. Policy-Rahmen für die Verbindlichkeit von Guidelines**

**Empfehlungen in Richtlinien von tatsächlichem Leistungsangebot zu unterscheiden**

Tabelle 5.2-1: Empfehlungen für körperliche Untersuchungen in 20 EU-Ländern<sup>13</sup>

| Untersuchung                                   | LU | DK | S | UK | SF | A | NL | D | F | I | E | P | SL | CZ | H | PL | ES | SK | LT | LV |
|--|----|----|---|----|----|---|----|---|---|---|---|---|----|----|---|----|----|----|----|----|
| Blutdruck                                      | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| BMI  |    |    | ✓ | ✓  | ✓  |   | ✓  |   |   | ✓ | ✓ |   | ✓  | ✓  |   | ✓  |    | ✓  | ✓  | ✓  |
| Brustuntersuchung                              |    |    |   |    | ✓  | ✓ |    |   | ✓ |   | ✓ | ✓ |    | ✓  | ✓ | ✓  |    | ✓  | ✓  | ✓  |
| Beurteilung der Kindesbewegungen <sup>14</sup> |    |    |   |    |    |   | ✓  |   |   | ✓ | ✓ |   | ✓  |    |   |    | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Fetale Lage                                    |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  |    | ✓  | ✓  | ✓  |
| Formale Risikoabschätzung                      |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  |   |   |   | ✓ | ✓ |    | ✓  |   | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Körperliche Untersuchung                       | ✓  |    |   |    | ✓  | ✓ | ✓  |   | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  |   | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Fundusstand                                    | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ |   |   |   | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Gewicht der Mutter                             | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ |   | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Vaginaluntersuchung                            |    | ✓  | ✓ |    | ✓  | ✓ |    | ✓ | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |

Quelle: Bernloehr 2006, S. 215 [15].

### große Heterogenität bei Körperuntersuchungen für Schwangere

Hinsichtlich der körperlichen Untersuchungen zeigt sich, dass sich in den dargestellten Ländern, lediglich die Messung des Blutdrucks übereinstimmend in allen Richtlinien wiederfindet. Bezüglich der übrigen abgefragten Parameter ergeben sich teils große Unterschiede in der Länderverteilung. Während etwa das Wiegen der Mutter ebenso beinahe flächendeckend im Rahmen der Schwangerschaftsuntersuchungen nahe gelegt wird (außer in Spanien), ist die Beurteilung der Kindesbewegungen („Fetal movement count“) nur in einigen wenigen Ländern ein empfohlenes Untersuchungsitem. Hinsichtlich der geräteunterstützten (technischen) Untersuchungen weisen die einzelnen Länder folgende Übereinstimmungen bzw. Abweichungen auf:

<sup>13</sup> LU=Luxemburg; DK=Dänemark; S=Schweden; UK=Großbritannien; SF=Finnland; A=Österreich; NL=Niederlande; D=Deutschland; F=Frankreich; I=Italien; E=Spanien; P=Portugal; SL=Slowenien; CZ=Tschechische Republik; H=Ungarn; PL=Polen; ES=Estland; SK=Slowakische Republik; LT=Litauen; LV=Lettland

<sup>14</sup> „Fetal movement count“

Tabelle 5.2-2: Empfehlungen für geräteunterstützte Untersuchungen in 20 EU-Ländern<sup>13</sup>

| Untersuchung                        | LU | DK | S | UK | SF | A | NL | D | F | I | E | P | SL | CZ | H | PL | ES | SK | LT | LV |
|-------------------------------------|----|----|---|----|----|---|----|---|---|---|---|---|----|----|---|----|----|----|----|----|
| Auskultation (Fetale Herzaktivität) |    | ✓  | ✓ |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |    |
| Kardiotokographie                   |    |    |   |    |    |   |    |   |   | ✓ | ✓ |   | ✓  | ✓  | ✓ |    | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Doppler-Ultraschall                 |    |    | ✓ |    | ✓  |   |    |   | ✓ | ✓ | ✓ |   | ✓  | ✓  | ✓ |    |    |    | ✓  |    |
| Ultraschall, abdominal              |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ |    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ |    | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Ultraschall, transvaginal           |    |    |   | ✓  | ✓  |   | ✓  |   | ✓ |   | ✓ |   | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  |    | ✓  |    | ✓  |

Quelle: Bernloehr 2006, S. 215 [15].

Auch die Richtlinienempfehlungen in den 20 Ländern zu den geräteunterstützten Untersuchungen zeigen kein einheitliches Bild, d.h. für keine der dargestellten Untersuchungen wird in allen einbezogenen Ländern eine Empfehlung ausgesprochen. Überwiegende Übereinstimmungen gibt es länderübergreifend hingegen bei der Auskultation (fetale Herzaktivität) und beim abdominalen Schwangerenultraschall. Nur knapp mehr als die Hälfte der Länder empfiehlt darüber hinaus einen transvaginalen Ultraschall. Die Kardiotokographie und der Doppler-Ultraschall werden für normal verlaufende Schwangerschaften nur in jeweils 9 Ländern vorgeschlagen. Welche Empfehlungen es für Laboruntersuchungen gibt, wird in der nachstehenden Tabelle ersichtlich.

**Länderempfehlungen zu gerätebasierten Untersuchungen unterscheiden sich teils beträchtlich**

Tabelle 1.4-3: Empfehlungen für Labortests in 20 EU-Ländern<sup>13</sup>

| Untersuchung                     | LU | DK | S | UK | SF | A | NL | D | F | I | E | P | SL | CZ | H | PL | ES | SK | LT | LV |
|----------------------------------|----|----|---|----|----|---|----|---|---|---|---|---|----|----|---|----|----|----|----|----|
| Alpha-Fetoprotein                |    |    | ✓ | ✓  | ✓  |   | ✓  | ✓ | ✓ |   | ✓ |   |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  |    | ✓  |
| Atypische Blutgruppen Antikörper |    |    | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ |   | ✓ |   |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  |    | ✓  |
| Blutgruppe                       | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Chlamydia trachomatis            |    |    | ✓ |    | ✓  |   |    | ✓ |   |   |   | ✓ |    | ✓  |   |    | ✓  | ✓  |    |    |
| Fetales Fibronectin              |    |    |   |    |    |   |    |   |   |   |   |   |    |    |   |    |    | ✓  |    |    |
| Gestationsdiabetes <sup>15</sup> |    |    | ✓ |    | ✓  | ✓ |    |   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  |    |    |
| Gonorrhoe                        |    |    |   |    |    |   |    |   |   |   | ✓ | ✓ |    | ✓  |   |    | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Hämoglobin                       | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ |   | ✓ |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Hämoglobinopathie                |    |    |   |    |    |   |    |   |   |   | ✓ | ✓ |    |    |   |    |    | ✓  |    |    |
| Hepatitis B                      | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |    | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  |    | ✓  |
| Hepatitis C                      |    |    | ✓ |    |    |   | ✓  |   |   |   | ✓ |   |    | ✓  |   |    | ✓  | ✓  |    | ✓  |
| HIV                              |    |    | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  |   | ✓ |   | ✓ | ✓ |    | ✓  |   | ✓  | ✓  | ✓  |    | ✓  |
| Lues                             | ✓  |    | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| PAP-Abstrich                     |    |    | ✓ |    |    | ✓ |    | ✓ |   |   | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ |    | ✓  | ✓  |    | ✓  |
| Plazentahormone                  |    | ✓  |   |    |    |   |    |   |   |   | ✓ |   |    |    |   |    |    | ✓  |    |    |
| Rhesusfaktor                     | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Röteln Titer                     | ✓  |    | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |    | ✓  |   |    |    |    |    |    |
| Gruppe B Streptokokken           |    |    |   |    |    |   |    |   | ✓ | ✓ | ✓ |   |    | ✓  |   |    |    |    | ✓  |    |
| Toxoplasmose                     | ✓  |    |   |    | ✓  | ✓ |    |   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  |   |    |    | ✓  |    |    |
| Harnanalyse/Bakteriurie          | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ |    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Harnanalyse/Glukosurie           | ✓  | ✓  | ✓ |    | ✓  | ✓ |    | ✓ | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |
| Harnanalyse/Proteinurie          | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ |    | ✓ | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓  | ✓  | ✓ | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  | ✓  |

Quellen: Bernloehr 2006, S. 215 [15] und eigene Ergänzungen zu Österreich bezüglich Gestationsdiabetes und HIV.

<sup>15</sup> Mittels „oralem Glukosetoleranztest“ (oGTT)



Die Empfehlungen zu den Labortests bei schwangeren Frauen zeigen wiederum einige länderspezifische Unterschiede. Lediglich zur Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors wird in allen 20 EU-Ländern angeraten. Darüber hinaus konnten die StudienautorInnen feststellen, dass Empfehlungen zu Harnuntersuchungen auf Bakterien (in 19 von 20 Ländern), Proteine (18 von 20) und Glukose (17 von 20) mehrheitlich in den nationalen Richtlinien Berücksichtigung finden. Die Bestimmung des Hämoglobinwertes und der Lues sowie ein Labortest auf Hepatitis B werden ebenfalls überwiegend genannt (je in 18 von 20 Ländern). Ein Test zur Bestimmung des fetalen Fibronectins wird hingegen nur in einem Land empfohlen (Slowakische Republik).

Mit diesen drei Tabellen soll zum einen eine Übersicht über die grundsätzlichen Empfehlungen in ausgewählten EU-Staaten gegeben werden, zum anderen aber auch die Unterschiedlichkeiten in den Schwerpunktsetzungen verdeutlicht werden. Wie zuvor erwähnt, ist die Abgrenzung zwischen den Empfehlungen und den tatsächlich durchgeführten Schwangerschaftsuntersuchungen (bei Normalverläufen) nicht ersichtlich.

Die nachfolgenden Länderdarstellungen geben zunächst einen detaillierten Einblick in vorhandene Screening-Policies hinsichtlich „normal verlaufender“ Schwangerschaften. Zudem werden einige grundlegende Parameter (wie etwa zu den Laboruntersuchungen) dargelegt, die standardmäßig durchgeführt werden. Die Versorgung von Schwangeren mit bestimmten Risikoprofilen findet für einige ausgewählte Länder gesonderte Betrachtung (siehe Kapitel 6).

**ansatzweise  
Übereinstimmungen zu  
Labortests für  
Schwangere im  
Ländervergleich**

**Übersichtstabellen zu  
Körper-, Geräte- und  
Laboruntersuchungen  
verdeutlichen die  
unterschiedlichen  
Länderzugänge**

## 5.3 Großbritannien

### 5.3.1 Organisation pränataler Untersuchungen

In Großbritannien gibt es kein landesweit einheitlich verwendetes Instrument zur Dokumentation des Schwangerschaftsverlaufs. Mehrere Initiativen von diversen öffentlichen Einrichtungen und Berufsverbänden zur Umsetzung eines nationalen Schwangerschaftsdokuments verliefen bislang erfolglos. Dennoch wurden einige Dokumente entworfen, wobei die „Pregnancy Notes“ (vom britischen „Perinatal Institute“ entwickelt) die weiteste Verbreitung finden [vgl. 17, S. 34]. Die „Notes“ werden der schwangeren Frau meist im Zuge des „Booking Appointments“ (zwischen der 8. und 12. SSW<sup>16</sup>) von der Hebamme ausgestellt und mitgegeben. Dieses „Record Book“ umfasst alle „Antenatal Notes“ und soll bei jeder Untersuchung mitgebracht werden.<sup>17</sup>

**kein UK-weites  
Dokument - „Pregnancy  
Notes“ am weitesten  
verbreitet**

Die grundlegenden Themenbereiche der „Pregnancy Notes“ umfassen

- ✳ ausführliche Informationen für die schwangere Frau „was während der Schwangerschaft zu erwarten ist“;

---

<sup>16</sup> SSW: Schwangerschaftswoche

<sup>17</sup> <http://www.nhs.uk/conditions/antenatal-health-and-care/pages/introduction.aspx>, download am 07.09.2010.

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Anregungen für Hebammen diverse „Public Health Themen“ anzusprechen, wie z.B. emotionale Belastungen, häusliche Gewalt, AngestelltInnenrechte, Raucherinnenentwöhnung etc.;</li> <li>❖ Themenvorschläge, um Wünsche der Frau hinsichtlich des Geburtsablaufes, sonstige individuelle Anliegen in Erfahrung zu bringen; weiters Hinweise auf diverse öffentliche Einrichtungen und private Initiativen, die für die Schwangere von Interesse bzw. Bedeutung sein könnten;</li> <li>❖ detaillierte Familienanamnese; Hinweise auf pränatale Screenings und die damit verbundenen Limitationen; Hinweise zu vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen;</li> <li>❖ diverse Laboruntersuchungen u.ä. sowie Befundergebnisse etc.<sup>18</sup></li> </ul>      |
| <p><b>NICE empfiehlt Einführung eines evidenzbasierten Instruments</b></p>             | <p>NICE empfiehlt allerdings ein standardisiertes, nationales „Maternity Record Book“, das ein einheitliches Minimumset an Parametern enthalten soll. Auf diese Weise sollte auch gewährleistet werden, dass die pränatale Schwangerschaftsbegleitung eine „evidence-based care“ widerspiegelt [vgl. 16, S. 14].</p>   |
| <p><b>Hebammen und AllgemeinmedizinerInnen als primäre LeistungserbringerInnen</b></p> | <p>NICE spricht sich im „Antenatal report“ dafür aus, dass Schwangerschaftsverläufe ohne Komplikationen in Form von „Midwife- and GP-led models of care“ organisiert werden sollen. Hebammen und AllgemeinmedizinerInnen werden somit in Großbritannien als die primären Ansprechpersonen für Schwangere beschrieben, die gemeinsam Informationsaufgaben und den Ablauf der vorgesehenen Untersuchungen erledigen. Hinsichtlich fachärztlicher Einbindung bei Schwangerschaften ohne Risikopotenzial wird im NICE Bericht folgendes festgehalten: „Routine involvement of obstetricians in the care of women with an uncomplicated pregnancy at scheduled times does not appear to improve perinatal outcomes compared with involving obstetricians when complications arise“ [16, S. 13].</p> |
| <p><b>vertrauensbildende Maßnahmen</b></p>   | <p>Weiters werden Empfehlungen für ein eher „kleines Betreuungsteam“ während der Schwangerschaft ausgesprochen, das im Wesentlichen fachliche Vertrauenspersonen der Frauen umfasst und kontinuierlich zu den Untersuchungszeitpunkten zur Verfügung steht. Ausdrückliche Hinweise finden sich auch für die Untersuchungsumgebung: Damit im Falle von Krisensituationen (z.B. häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, psychiatrische Erkrankungen etc.), aber auch bei Gefährdungen anderer Art (wie z.B. Drogenabusus seitens der schwangeren Frau) ein vertrauensvolles Klima entstehen kann, bedarf es einer entsprechender Bedachtnahme auf die Gestaltung der Besprechungs- und Untersuchungsräume [vgl. 16, S. 13f.].</p>  |
| <p><b>10 pränatale Konsultationen empfohlen</b></p>                                    | <p>Während des Schwangerschaftsverlaufs sind in Großbritannien für erstgebärende Frauen 10 Konsultationen vorgesehen (siehe Tabelle 5.3-3) [vgl. 4, S. 78].</p>  |

<sup>18</sup> <http://www.preg.info/pages/index.htm>, download am 04.09. 2010.

### 5.3.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings

#### Anamnese und allgemeine Befunde

Im Zuge der pränatalen Untersuchungen wird standardmäßig bei Schwangeren der Blutdruck gemessen, die Blutgruppe bestimmt und der Harn untersucht sowie der gesundheitliche Allgemeinzustand der Frau erhoben. Zu den physischen Untersuchungen zählen in Großbritannien

- ✿ die Bestimmung der Größe und des Gewichts der schwangeren Frau, um im Falle von Unter- bzw. Übergewicht rechtzeitig entgegen steuern zu können;
- ✿ die Größenbestimmung des Ungeborenen;
- ✿ eine regelmäßige Blutdruckmessung;
- ✿ die Lagebestimmung des Ungeborenen (etwa in der 36. SSW Palpation des Abdomens).

**Blutdruck, Blutgruppenbestimmung, Harnanalyse und Erhebung des Allgemeinzustandes der schwangeren Frau sind u.a. Teil der Standardscreenings in Großbritannien**

#### Harnuntersuchungen

- ✿ Harnscreening auf Proteine (Screening auf Prä-Eklampsie);
- ✿ Screening auf Bakterien (asymptomatische Bakteriurie).

#### Screening-Policy für pränatale Untersuchungen

In Bezug auf Labortests sieht das „Antenatal Care Programme“ standardmäßig folgende Untersuchungen vor:

**britisches „Antenatal Care Programme“ legt Laboruntersuchungen fest**

*Tabelle 5.3-1: Überblick zu Angebot an Screenings in Großbritannien während der Schwangerschaft*

| Art der Untersuchung | Ja | Nein |
|----------------------|----|------|
| HIV                  | ✓  | ---  |
| Down Syndrom         | ✓  | ---  |
| Hepatitis B          | ✓  | ---  |
| Syphilis (z.B. TPHA) | ✓  | ---  |
| Blutbild             | ✓  | ---  |
| Blutgruppe           | ✓  | ---  |
| Röteln (Rubella)     | ✓  | ---  |
| Cervix-Abstrich*     | ✓  | ---  |
| Fetale Anomalien     | ✓  | ---  |
| Neural tube defect   | ✓  | ---  |
| Syphilis             | ✓  | ---  |
| Tay Sachs Erkrankung | ✓  | ---  |

Quellen: *The NHS Pregnancy Book*, S. 46f.,  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh\\_117166.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_117166.pdf), download am 04.10.2010; <http://www.screening.nhs.uk/policydb.php>, download am 01.10.2010.

\* Routinemäßig nur bei Schwangeren über 25 Jahre

### regionale Unterschiede beim Screeningangebot in Großbritannien

Die konkrete Umsetzung einzelner Screeningverfahren ist jedoch regional unterschiedlich. Folglich ist in Großbritannien das „UK National Screening Committee“ (<http://www.screening.nhs.uk>) zwar für die Policy-Gestaltung von medizinischen Screenings zuständig, letztlich obliegt die Policy-Implementierung jedoch den einzelnen Ländern (England, Nordirland, Schottland und Wales). Die nachstehende Tabelle zeigt beispielhaft drei unterschiedliche Umsetzungsstrategien bei pränatalen Screeningprogrammen für Schwangere:

Tabelle 5.3-2: Beispiele für unterschiedliche regionale Screeningangebote in Großbritannien

| Pränatales Screening                 | England | Nordirland | Schottland | Wales |
|--------------------------------------|---------|------------|------------|-------|
| Fetale Anomalie (inkl. Down Syndrom) | ✓       | ✓          | ---        | ✓     |
| Infektionskrankheiten                | ✓       | ✓          | ✓          | ✓     |
| Sichelzellanämie und Thalassämie     | ✓       | ---        | ---        | ✓     |

Quelle: <http://www.screening.nhs.uk/programmes>, download am 01.10.2010.

Eine genaue Abfolge der vorgesehenen pränatalen Untersuchungen, aber auch der vorgesehenen Beratungs- und Informationsservices ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 5.3-3: Überblick zu allgemein angebotenen Schwangerenuntersuchungen und -leistungen in Großbritannien

| Zeitraumen                               | Routineuntersuchungen und -leistungen durch Hebamme oder Arzt/Ärztin  |
|--|---|
| Erstkontakt mit Hebamme oder Arzt/Ärztin | <ul style="list-style-type: none"> <li>☼ <b>Informationen</b> zur Einnahme von Folsäure und Vitamin-D; zu Ernährung, Diäten und Lebensmittelhygiene; zu Lifestyle-Faktoren, wie Rauchen, Alkoholgenuss oder Substanzmissbrauch, zu pränatalen Screening Tests.</li> <li>☼ Ausführliche Anamnese zu chronischen Erkrankungen, Infektionen, Komplikationen bei vorhergegangenen Schwangerschaften, Erbkrankheiten oder andere familiären Vorbelastungen (wie etwa Spina bifida etc.).</li> </ul>  |
| „Booking appointment“<br>8. – 12. SSW    | <ul style="list-style-type: none"> <li>☼ <b>Informationen</b> zur Entwicklung des Ungeborenen; zur Ernährung; zur körperlichen Betätigung; zu Angebot von pränatalen Screening Tests und Testaufklärung; zum Stillen (inkl. Workshopangebot); zu Basiswissen über eine Schwangerschaft; zu finanziellen Mutterschaftsvergütungen; zu Möglichkeiten der zukünftigen Kindesbetreuung; zu einer Ultraschalluntersuchung in der 8. – 14. SSW und Errechnung des Geburtstermins; zu einer Ultraschalluntersuchung in der 18. – 20. SSW zum Screening von eventuellen Anomalien.</li> <li>☼ <b>Untersuchungen:</b> Abklärung zum Bedarf zusätzlicher Untersuchungen oder sonstiger Unterstützungen; Identifikation von potentiellen Risikofaktoren bzgl. der Geburt, Bestimmung von Körpergewicht und -größe, BMI, Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine); Risikoabschätzung bzgl. Gestationsdiabetes oder Prä-Eklampsie.</li> </ul> |
| 8. – 14. SSW                             | ☼ <b>Untersuchungen:</b> Ultraschall zur Errechnung des voraussichtlichen Geburtstermins, Check der körperlichen Entwicklung des Ungeborenen.   |
| 16. SSW                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>☼ <b>Informationen</b> zur Ultraschalluntersuchung in der 18. – 20. SSW; zu Ergebnissen der bisherigen Screening Tests; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine).</li> <li>☼ <b>Zusätzlich:</b> eventuelle Eisenzugabe im Fall von Anämie.</li> </ul>   |

| Zeitraumen    | Routineuntersuchungen und –leistungen durch Hebamme oder Arzt/Ärztin   |
|---------------|--|
| 18. – 20. SSW | ❖ <b>Untersuchungen:</b> Ultraschall-Check zur körperlichen Entwicklung des Ungeborenen im Hinblick auf eventuelle strukturelle Anomalien.   |
| 25. SSW       | Ergänzendes Untersuchungsangebot bei Erstgebärenden:<br>❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine).   |
| 28. SSW       | ❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine); Angebot und Aufklärung zu zusätzlichen Screening Tests.<br>❖ <b>Zusätzlich:</b> erstmalige Anti-D Prophylaxe bei negativem Rhesusfaktor.  |
| 31. SSW       | Ergänzendes Untersuchungsangebot bei Erstgebärenden:<br>❖ <b>Informationen</b> zu Ergebnissen der bisherigen Screening Tests.<br>❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine).  |
| 34. SSW       | ❖ <b>Informationen</b> zu Ergebnissen der bisherigen Screening Tests.<br>❖ <b>Geburtsvorbereitung:</b> Informationen zum Geburtsvorgang, -ablauf (inkl. Symptome für Geburtsbeginn); Möglichkeiten der Schmerzbehandlung während der Geburt.<br>❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine).<br>❖ <b>Zusätzlich:</b> wiederholte Anti-D Prophylaxe bei negativem Rhesusfaktor. |
| 36 SSW        | ❖ <b>Informationen</b> zum Füttern und zur Pflege des Neugeborenen; zu einer Vitamin-K Verabreichung und zu Screening Tests für das Neugeborene; zur körperlichen Gesundheit der Mutter nach der Geburt; zum „Baby Blues“ und zur postnatalen Depression.<br>❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Lagebestimmung des Ungeborenen; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine).                                      |
| 38. SSW       | ❖ <b>Informationen</b> zu möglichen Maßnahmen, wenn die Schwangerschaft länger als 41 Wochen dauert.<br>❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine).   |
| 40. SSW       | Ergänzendes Untersuchungsangebot bei Erstgebärenden:<br>❖ <b>Informationen</b> zu möglichen Maßnahmen, wenn die Schwangerschaft länger als 41 Wochen dauert.<br>❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine).   |
| 41. SSW       | ❖ <b>Untersuchungen:</b> Größenbestimmung des Uterus; Blutdruckmessung; Harnuntersuchung (Proteine);<br>❖ <b>Zusätzlich:</b> Abklärung von Möglichkeit zur Geburtseinleitung mit der schwangeren Frau.   |

Quelle: *The NHS Pregnancy Book*, S. 42f.,

[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh\\_117166.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_117166.pdf), download am 04.10.2010.

## Zusätzliche Unterstützungshilfen für Schwangere und Kinder

### „Healthy Start“ Projekt in Großbritannien

In Großbritannien wurde ein Ernährungsangebot („Healthy Start“, <http://www.healthystart.nhs.uk>) auf Gutscheinbasis eingeführt („voucher-based nutrition programme“), das für Schwangere (nach der 10. SSW) bestimmt ist, die bereits ein Kind (nicht älter als 4 Jahre) zu versorgen haben und darüber hinaus anspruchsberechtigt für bestimmte staatliche Unterstützungen sind. Zudem gilt dieses Programm für alle Schwangeren, die 18 Jahre oder jünger sind. Das Programm besteht aus wöchentlichen Gutscheinen im Wert von 2,80 Pfund (ca. € 3,30), die für Milch, Obst und Gemüse und Babynahrung verwendet werden können. Vitaminzusatzpräparate werden mit den Gutscheinen gratis abgegeben. Pro Woche kann eine schwangere Frau für sich je einen Gutschein lösen, für jedes zu versorgende Kind zwischen 1 und 4 Jahren können wöchentlich 2 Gutscheine beantragt werden.

### ähnliches Projekt in den USA: „WIC“ Projekt

Ein ähnliches Projekt findet sich übrigens auch in den USA: „WIC – the United States’ Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children“ (<http://www.fns.usda.gov/wic/>). Diese Initiative kann über das US-amerikanische „Medicaid“ in Anspruch genommen werden und richtet sich insbesondere an armutsgefährdete Schwangere. Der Anspruch besteht für diese Gruppen von Frauen während der Schwangerschaft sowie für die Zeit 6 Wochen nach der Geburt. In bestimmten Fällen können die Lebensmittelcoupons auch länger bezogen werden. Wie in Großbritannien gelten die Gutscheine auch in den USA nur für bestimmte Nahrungsmittel – der monatliche Wert beträgt hierfür 37 USD (ca. € 27,20). 1998 wurden für rund 60 % der Kinder und Neugeborenen von Bezieherinnen von Niedrigeinkommen WIC Coupons ausgestellt. Mittlerweile liegen auch mehrere Evaluierungen zur Wirksamkeit dieses Programms vor: Folglich wurde in 24 (von 28) Untersuchungen auf die positiven Effekte auf Geburtsgewicht und andere Neugeborenen-Outcomes hingewiesen – dennoch zeigen sich auch kritische Ergebnisse hinsichtlich ursprünglicher Breiteneffekte durch die Initiative: „WIC may work to improve birth outcomes, but on fewer margins and with less impact than has been claimed by policy analysts and advocates“ [18].

## 5.4 Finnland

### 5.4.1 Organisation pränataler Untersuchungen

#### während der Schwangerschaft im Schnitt 17 Konsultationen

Während der Schwangerschaft sind in Finnland die Mutter-Kind Fachzentren (auf Finnisch: „Neuvola“ – Einrichtungen der nationalen Gesundheitszentren) sowie öffentliche Geburtskliniken die zentralen Versorgungseinheiten. Die primären Aufgaben bestehen in der Überwachung und Unterstützung des Gesundheitszustandes der schwangeren Frau und ihres ungeborenen Kindes. Bei Schwangerschaften mit Normalverläufen werden für Erstgebärende während der pränatalen Phase zwischen 13 und 16 Konsultationen vorgeschlagen; für Schwangere mit Kindern gilt eine Empfehlung von 9 bis 13 Besuchen – für beide Gruppen sind auch drei postnatale Checks vorgesehen (zwei durch eine Hebamme oder einer „Public Health Nurse“ und ein ärztlicher Check). In den letzten Jahren lag die durchschnittliche Untersuchungsfrequenz in den zuständigen Versorgungseinheiten bei 17, wobei im Mittel in etwa dreimal auch die Geburtskliniken aufgesucht wurden [vgl. 19, S. 120f.]. Der überwiegende Teil der pränatalen Screeninguntersuchun-

gen (zw. 12 bis 15 Konsultationen) wird von „Public Health Nurses“, deren Rolle bzw. Aufgaben jenen von Hebammen gleich bzw. sehr ähnlich ist, durchgeführt. Ärztliche Untersuchungen sind in der Regel 2 bis 3 Mal vorgesehen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital nach der Geburt liegt in Finnland bei 3,5 Tagen.

Ab dem Zeitpunkt der Feststellung einer Schwangerschaft beginnt die regelmäßige Kontrolle bzw. Überwachung in einer „Neuvola“. Jede schwangere Frau wird dabei einer „Public Health Nurse“ mit einer Spezialausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe zugeteilt und bekommt einen „Mutterpass“ (auf Finnisch: „Äitiyskortti“) ausgehändigt. Beim ersten Termin mit der „Public Health Nurse“ werden anamnestische Daten erhoben, Erbkrankheiten, Lebensgewohnheiten, Alkoholkonsum, Tabak und Drogen Erfahrungen erfragt. Weiters erfolgt eine erste Blutabnahme (u.a. zur Bestimmung der Blutgruppe) und eine Blutdruckmessung. „Public Health Nurses“ sollten zu Schwangerschaftsbeginn etwa alle 4 Wochen aufgesucht werden.

„Public Health Nurses“ fungieren während der ganzen Schwangerschaft als zentrale Ansprechpersonen für die schwangere Frau. Neben den medizinischen Aufgaben stehen „Public Health Nurses“ auch für Informationen jeglicher Art im Zusammenhang mit der Schwangerschaft zur Verfügung (z.B. auch für Mutterschutzangelegenheiten, finanzielle Unterstützungen etc.).

Im Detail handelt es sich bei den Aufgaben der „Public Health Nurses“ um

- ✿ die Errechnung des voraussichtlichen Geburtstermins;
- ✿ die Überweisung an eine Geburtsklinik für eine erste Ultraschalluntersuchung zur Überprüfung des Gesundheitszustandes des Fötus sowie zur Bestätigung bzw. Änderung des voraussichtlichen Geburtstermins;
- ✿ einen einmaligen Hausbesuch vor der Geburt (bei Wunsch bzw. Bedarf auch öfters möglich);
- ✿ die routinemäßige „Überwachung“ der Entwicklung des Säuglings, Kleinkindes und Schulkindes.

Zudem bieten die finnischen „Maternity Clinics“ spezielle „Antenatal Classes“ für werdende Eltern bzw. AlleinerzieherInnen und ihre FreundInnen an. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos.

Vor der Geburt wird von der „Public Health Nurse“ ein Besuchstermin in der jeweiligen Geburtsklinik der schwangeren Frau vereinbart. Damit wird die Gelegenheit geboten, das Krankenhaussetting kennenzulernen und Informationen zu den Abläufen rund um die Geburt (v.a. auch in Hinblick auf eine eventuelle Schmerzbehandlung) zu erhalten.

## 5.4.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings

Bei den anfänglich, monatlichen Besuchen bei einer „Public Health Nurse“ wird neben Blutdruckmessung, Gewichtsüberprüfung der Mutter, Bestimmung des Hämoglobinspiegels und Harnuntersuchung auf Eiweiß auch die Höhe der Gebärmutter gemessen. Etwa in der 12. SSW erfolgt ein Termin beim Gynäkologen/bei der Gynäkologin in einem Gesundheitszentrum, wo mit einem Ultraschall die Schwangerschaft „festgestellt“ wird. Die Anzahl der Ultraschalluntersuchungen ist in finnischen Städten und Gemeinden unterschiedlich. In Helsinki und die Region rund um die Hauptstadt wer-

**kontinuierliche  
Betreuung durch „Public  
Health Nurses“**

**„Public Health Nurse“  
erfüllt Basisaufgaben im  
Schwangeren-Screening**

**Geburtsvorbereitung für  
Eltern**

**Hausbesuche durch  
„Public Health Nurse“**

**Screening inkludiert 2  
Ultraschallunter-  
suchungen**

**Nationale Screening-  
Policy**

**laufende  
Qualitätsüberprüfungen**

den den schwangeren Frauen kostenlose Ultraschalluntersuchungen in der Zeit zwischen 12. und 14. SSW und in der 18. bis 19. SSW angeboten.

Mit 1. Jänner 2007 ist in Finnland eine Verordnung (1339/2006 update in 280/2009) des Ministeriums für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit in Kraft getreten, das für schwangere Frauen freiwillige und kostenfreie Screeningmaßnahmen vorsieht [vgl. 20, S. 13].

Im „National Screening Decree“ finden sich Vorgaben hinsichtlich institutioneller Zuständigkeiten, den Durchführungsprozessen sowie die Aufforderung zur Evaluierung der angebotenen Maßnahmen. Prinzipiell soll das „National Research and Development Centre for Welfare and Health“ die Durchführung der Screeningprozesse überwachen und die laufenden Screeningprogramme in Kooperation mit dem „National Public Health Institute“ (und anderen öffentlichen Interessensvertretungen) hinsichtlich der gebotenen Qualität evaluieren.<sup>19</sup> Folgende organisatorischen Anforderungen müssen dabei erfüllt sein:

- ✿ Die zuständigen Verwaltungsbezirke haben Sorge zu tragen, dass die Screeningprogramme die erforderlichen Qualitätsstandards erfüllen.
- ✿ Um der Bevölkerung die entsprechenden Screeningmaßnahmen zufriedenstellend und zielgerichtet zur Verfügung stellen zu können, müssen die Verwaltungsbezirke die Qualität der durchgeführten Screenings laufend kontrollieren und die Verlässlichkeit der durchgeführten Screeningtests gewährleisten.

Darüber hinaus wurde mit dem Dekret gesetzlich verankert, dass

- ✿ allen Personen eines Verwaltungsbezirks, die zu einer definierten Screeningpopulation zählen, das Recht zur Teilnahme am Screening gewährt werden muss;
- ✿ die Teilnahme an den Screeningprogrammen freiwillig ist. Die zuständigen Bezirke haben entsprechende Informationen hinsichtlich der Zielsetzungen, dem erwarteten Nutzen und den potentiellen Risiken in Verbindung mit den Screeningmaßnahmen zur Verfügung zu stellen.
- ✿ Die beabsichtigte oder abgeschlossene Teilnahme bzw. die Nicht-Teilnahme an den nationalen Screeningprogrammen darf zu keinen Diskriminierungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen.<sup>20</sup>

<sup>19</sup>[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/health\\_services/primary\\_health/screening](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services/primary_health/screening), download am 29.06.2010.

<sup>20</sup>[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/health\\_services/primary\\_health/screening](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services/primary_health/screening), download am 29.06.2010.



## Screening-Policy für pränatale Untersuchungen

Für schwangere Frauen wurden folgende Screeninguntersuchungen in der Verordnung festgelegt:

*Tabelle 5.4-1: Screeninguntersuchungen während des Schwangerschaftsverlaufs*

| Screeninguntersuchung  | Screening-Intention  |
|--|--|
| Ultraschallbasisuntersuchung während der 10. bis 14. SSW   | Errechnung des voraussichtlichen Geburtstermins; Anzahl der Embryonen u. weiterer Informationsgewinn hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt |
| Combined Test: Blutscreening während der 8. bis 11. SSW und Nackenfaltenscan während der 10. bis 12. SSW | Identifikation von Chromosomendefekten   |
| Triple Test während der 14. oder 15. SSW   | als Alternative zum kombinierten Screening   |
| Ergänzende Ultraschalluntersuchungen während der 18. bis 21. SSW oder nach der 24. SSW                   | zur Bestimmung von eventuell abnormen Wachstumsverläufen   |

Quelle:

[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/health\\_services/primary\\_health/screening](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services/primary_health/screening), download am 29.10.2010.

Die folgende Übersicht gibt weiters Auskunft inwieweit diagnostische Untersuchungen für schwangere Frauen standardmäßig und kostenfrei angeboten werden:

*Tabelle 5.4-2: Überblick zu Angebot an Screenings in Finnland während der Schwangerschaft*

| Art der Untersuchung | Ja  | Nein |
|----------------------|-----|------|
| HIV                  | ✓   | ---  |
| Toxoplasmose         | --- | ✓    |
| Down Syndrom         | ✓   | ---  |
| Hepatitis B          | ✓   | ---  |
| Syphilis (z.B. TPHA) | ✓   | ---  |
| Blutbild             | ✓   | ---  |
| Blutgruppe           | ✓   | ---  |
| Röteln (Rubella)     | ✓   | ---  |
| Antikörpersuchtest   | ✓   | ---  |
| Cervix-Abstrich      | --- | ✓    |

Quellen: Abuzahra 2009, S. 17 [1] und

[http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/health\\_services/primary\\_health/screening](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services/primary_health/screening), download am 29.10.2010.

## 5.5 Niederlande

### 5.5.1 Organisation pränataler Untersuchungen

**standardisierte  
Fragen in der  
„Zwangerschaftskaart“**

In den Niederlanden wird für die pränatalen Aufzeichnungen die „Zwangerschaftskaart“ verwendet, die standardisierte Fragen zum Schwangerschaftsverlauf enthält. Die Dokumentation zu Schwangerschaftsverläufen wird in die jeweiligen nationalen Geburtsregister („National Obstetric Registry Primary Care“ und „National Obstetric Registry Secondary Care“) eingespeist. Teile dieser Aufzeichnungen werden bereits elektronisch erledigt, der Großteil der Schwangerschaftsaufzeichnungen ist allerdings noch in Papierform verfügbar. Aufzeichnungen über Neugeborene, die pädiatrischer Behandlung bedürfen, werden bis zum 28. Tag nach der Geburt geführt und an das „National Neonatal Registry“ übergeben [vgl. 17, S. 18].

**Hebammen sind  
„primary care provider“  
für schwangere Frauen**

In Holland spielen (wie etwa in Deutschland) Hebammen eine zentrale Rolle in den Früherkennungsuntersuchungen von Schwangeren, wobei unterschiedliche Aufgabenbereiche festgestellt werden können. „First line midwives“ fungieren etwa als „primary care providers“ für normale Schwangerschaftsverläufe und arbeiten überwiegend in Gruppenpraxen oder medizinischen Zentren, wo meist auch AllgemeinmedizinerInnen tätig sind und gegebenenfalls zu Rate gezogen werden. Falls ein Spitalsaufenthalt während der Schwangerschaft notwendig ist, werden die Frauen stationär von „clinical midwives“ („second line midwives“) und von FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe (zuständig für die „third line midwifery“) betreut. „Second“ und „third line“ Betreuungen sind allerdings nur für Schwangerschaften mit Risikoverläufen vorgesehen [vgl. 21, S. 5]. Prinzipiell lautet die Empfehlung: „First line where possible, second and third line where necessary“.<sup>21</sup>

**Kompetenzalgorithmus  
bei Risikoverläufen**

Zur Klärung der beruflichen Verantwortungsbereiche wurde in Holland von Hebammen, AllgemeinmedizinerInnen und GynäkologInnen eine „Midwife’s Check List“ entworfen, die bei der Einschätzung von Risikofaktoren unterstützen soll: „The main purpose of the indication list is to provide a guide for risk-selection. The primary obstetric care provider, midwife or GP is primarily responsible for this risk-selection. The Manual is a consensus document showing the agreement reached by the professional groups on their decision-making structure.“<sup>22</sup>

Die Liste enthält exakte Angaben und Beschreibungen von Indikationen, die einen Risikofaktor darstellen und nimmt eine entsprechende Zuteilung hinsichtlich der zuständigen Berufsgruppe (Hebamme/AllgemeinmedizinerIn/GynäkologIn) vor [vgl. 22, S. 2f.].

Die wesentlichen Aufgaben einer Hebamme sind dabei:

**Kernaufgaben der  
Hebammen**

- ✿ Beratung und Informationen zu einer gesunden Lebensführung (psychisch und physisch) und gegen Ende der Schwangerschaft auch zum Geburtsvorgang und –ablauf;

<sup>21</sup> <http://www.parentinginholland.com/pregnancy-and-birth/midwives>, download am 4.09.2010.

<sup>22</sup> [http://europe.obgyn.net/nederland/?page=/nederland/richtlijnen/vademecum\\_eng\\_sec5](http://europe.obgyn.net/nederland/?page=/nederland/richtlijnen/vademecum_eng_sec5), download am 4.10.2010.

- ❖ Wiederholte Untersuchungen zur körperlichen Entwicklung des Fötus;
- ❖ Überweisung an FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe bei Auftreten von Risikofaktoren bzw. -situationen;
- ❖ Wiederholte Gespräche mit beiden Elternteilen zum Schwangerschaftsverlauf und über die Zeit nach der Geburt.

In Holland werden ca. 10 Untersuchungen während der Schwangerschaft empfohlen, die entsprechend dem Versorgungssystem bei Normalverläufen allesamt von den Hebammen durchgeführt werden können. In bestimmten Fällen kann die Untersuchungsfrequenz auch höher (ca. 15 Konsultationen) sein.<sup>21</sup>

**zwischen 10 und 15 empfohlenen Untersuchungen**

## 5.5.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings

Die meisten „körpermedizinischen“ Untersuchungen und Labortests (wie z.B. Test auf Syphilis, Hepatitis B, HIV etc.) erfolgen rund um die 12. SSW. Ein Down Syndrom Screening wird jeder schwangeren Frau angeboten, wobei die Untersuchung nur für Frauen älter als 36 Jahre und bei einem erhöhten Risiko für fetale Anomalien kostenlos ist. Die Screeningberatung ist allerdings generell kostenfrei. Bei diesem Screening kann zwischen einer Nackenfaltenuntersuchung zw. der 11. und 14. SSW und einer Serumanalyse zw. der 9. und 14. SSW gewählt werden. Zytogenetische Diagnostik wird ebenso allen Frauen (> 36 Jahre und ab der 18. SSW) angeboten, allerdings müssen auch hierfür wieder bestimmte Bedingungen erfüllt sein, damit die Kosten gänzlich rückerstattet werden [vgl. 23, S. 23]. Ein Routineultraschall ist für die 20. SSW vorgesehen, um die Organentwicklung des Fötus, die Körpergröße und die Menge/das Volumen des Fruchtwassers festzustellen. Diese Untersuchung wird kostenlos angeboten und kann entweder von einer Hebamme oder von AllgemeinmedizinerInnen durchgeführt werden. Weitere Ultraschall-Screenings rund um die 20. SSW werden bei bestimmten Risikofaktoren für strukturelle Anomalien [vgl. 23, S. 24] gemacht. Letztere dürfen allerdings nur in speziellen pränataldiagnostischen Zentren und von erfahrenen GynäkologInnen durchgeführt werden.

**pränatale Screening-Policy**

## 5.6 Deutschland

### 5.6.1 Organisation pränataler Untersuchungen

In Deutschland erhalten schwangere Frauen einen „Mutterpass“, der die Leistungen und Befunde zu den vorgesehenen, pränatalen Untersuchungen listet. Wie ähnliche Dokumente in anderen Ländern dient das Instrument den unterschiedlichen Berufsgruppen (v.a. den GynäkologInnen und Hebammen) als standardisiertes Informations- und „Kommunikationstool“, um einen Schwangerschaftsverlauf entsprechend nachvollziehen zu können und bei Bedarf entsprechende Interventionen (wie z.B. Überweisung an eine andere/zusätzliche Berufsgruppe) zu setzen [vgl. 17, S. 18].

**standardisierte Fragen zu medizinischen Leistungen und Befunden im deutschen „Mutterpass“**

**GynäkologInnen und Hebammen sind die primären AnsprechpartnerInnen**

In Deutschland sind in die Schwangeren-Screenings FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe und/oder Hebammen (sowie teils Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) eingebunden. ÄrztInnen, die über keine ausreichenden Schwangerschaftskenntnisse bzw. Screeningerfahrungen verfügen, dürfen keine medizinischen Schwangerschaftsinterventionen durchführen [4, S. 77].

**Hebammen zur (Teil)Ausübung der Schwangerschaftsuntersuchungen berechtigt**

Weiters sind Hebammen in Deutschland befugt folgende Untersuchungen durchzuführen und im Mutterpass zu dokumentieren: Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren. Voraussetzungen dafür sind eine ärztliche Anordnung bzw. die Feststellung des normalen Schwangerschaftsverlaufs durch einen Arzt/eine Ärztin. Dennoch entbindet die Delegation von Untersuchungen an die Hebamme den Arzt/die Ärztin nicht „(...) von der Verpflichtung zur Durchführung der von ihm (ihr) vorzunehmenden Untersuchungen (Untersuchung des Urinsediments, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchung, Hämoglobinbestimmung, Ultraschalluntersuchung sowie die Untersuchung bei Risikoschwangerschaft“ [24, S. 6f.]. Die Ultraschalluntersuchungen sind ÄrztInnen vorbehalten.<sup>23</sup>

**12 pränatale Konsultationen empfohlen**

Das deutsche Schwangerschafts-Screening sieht 12 pränatale Konsultationen bei Arzt/Ärztin und/oder bei der Hebamme vor. Die Untersuchungsfrequenz ist jedoch im Ansteigen begriffen: Rund 42 % der deutschen Schwangeren erhalten mehr als die empfohlenen Untersuchungen, wie 2007 die „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung“ feststellte [vgl. 25, S. 15]. Bei Normalverläufen findet zuerst einmal im Monat eine Untersuchung der schwangeren Frau statt; ab der 32. SSW werden die Untersuchungen in 14-tägigen Abständen durchgeführt.<sup>23</sup>

## 5.6.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings

**Erstuntersuchungen lt. deutscher Mutterschaftsrichtlinie**

Bei der Erstuntersuchung werden in Deutschland folgende Parameter erhoben:

- ✿ Die Familienanamnese;
- ✿ Die Eigenanamnese;
- ✿ Die Schwangerschaftsanamnese und
- ✿ die Arbeits- und Sozialanamnese.

Weiters erfolgt eine Allgemeinuntersuchung sowie eine gynäkologische Untersuchung auf eine genitale Chlamydia trachomatis-Infektion. Die weiteren diagnostischen Maßnahmen, die bei der Erstuntersuchung durchgeführt werden sind eine Blutdruckmessung, die Feststellung des Körpergewichts, eine Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchungen (z.B. bei auffälliger Anamnese, Hypertonie, Sedimentbefund), eine Hämoglobinbestimmung, eine Zählung der Erythrozyten. Im Falle von Anhaltspunkten für ein genetisch

<sup>23</sup> [http://www.familienplanung.de/no\\_cache/schwangerschaft/die-schwangerschaft/vorsorgeuntersuchungen/vorsorge-zur-sicherheit/?type=98&print=1,98](http://www.familienplanung.de/no_cache/schwangerschaft/die-schwangerschaft/vorsorgeuntersuchungen/vorsorge-zur-sicherheit/?type=98&print=1,98), download am 16.10.2010.

bedingtes Risiko ist eine ärztliche, humangenetische Beratung und/oder eine humangenetische Untersuchung anzubieten.

Alle weiteren Untersuchungen umfassen im Allgemeinen eine Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, eine Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, Hämoglobinbestimmung, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Kontrolle der kindlichen Herztöne, Feststellung der Lage des Kindes. Zudem sollen im Verlaufe der Schwangerschaft 3 Ultraschall-Screenings durchgeführt werden und zwar jeweils in den Zeiträumen Beginn der 9. bis zum Ende der 12. SSW, Beginn der 19. bis zum Ende der 22. SSW und Beginn der 29. bis zum Ende der 32. SSW. Bei diesen Ultraschalluntersuchungen erfolgt

- ✿ eine genaue Bestimmung des Gestationsalters;
- ✿ eine Kontrolle der somatischen Entwicklung des Feten;
- ✿ eine Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen;
- ✿ eine frühzeitige Erkennung von Mehrlingsschwangerschaften [24, S. 5f.].

**3 Ultraschall-Screenings  
vorgesehen**

## 5.7 Dänemark

### 5.7.1 Organisation pränataler Untersuchungen

In Dänemark wird schwangeren Frauen beim Erstgespräch mit einem Arzt/einer Ärztin bzw. mit einer Hebamme das „Vandrejournale“ ausgehändigt. In diesem Dokument werden physische, psychische und soziale Parameter der Schwangeren von ÄrztInnen und/oder Hebammen zu bestimmten Untersuchungszeitpunkten eingetragen. Das Schwangeren-Screening (ohne Risikoverlauf) ist die gemeinsame Aufgabe von Hebammen und AllgemeinmedizinerInnen. Die Überweisung an GynäkologInnen erfolgt bei Vorliegen von Risikoprofilen.

**standardisierte Fragen  
im „Vandrejournale“**

Während der Schwangerschaft werden 10 ausführliche Gespräche und Untersuchungen angeboten, die entweder von ÄrztInnen und/oder Hebammen durchgeführt werden.

**10 Untersuchungen**

### 5.7.2 Inhalte der Schwangeren-Screenings

Das pränatale Basisscreening bzw. die Standarduntersuchungen umfasst in Dänemark:

**klare Aufgabenteilung  
zwischen ÄrztInnen und  
Hebammen**

- ✿ Ärztliche Aufklärung über Screeningmaßnahmen und -inhalte, Durchführung umfassender Untersuchungen (u.a. Labortests etc.);
- ✿ Weitreichende Beratungen durch Hebammen (sowohl in Bezug auf Gesundheitszustand der Mutter und des Ungeborenen als auch in sozialen Belangen, Fragen zu Partnerschaft, Babypflege etc.);
- ✿ Vorgeburtliche Elternkurse;
- ✿ Nackenfaltenmessung und Risikoabschätzung für Down Syndrom;
- ✿ Ultraschall zur Früherkennung etwaiger physischer Anomalien.

- ✿ Fruchtwasseruntersuchung („Amniozentese“) bei Frauen über dem 35. Lebensjahr [vgl. 26, S. 28].<sup>24</sup>

Die folgende Tabelle fasst die vorgesehenen Untersuchungen zu den jeweils empfohlenen Zeitpunkten zusammen:

*Tabelle 5.7-1: Pränatale Routineuntersuchungen und –zeitpunkte*

| Routineuntersuchung/Gespräch         | SSW       |
|--------------------------------------|-----------|
| Ärztl. Erstgespräch und Untersuchung | 6. – 10.  |
| Erste Hebammen Sprechstunde          | 13. – 15. |
| Hebammen Sprechstunde                | 21.       |
| Medizinische Untersuchung            | 25.       |
| Hebammen Sprechstunde                | 29.       |
| Medizinische Untersuchung            | 32.       |
| Hebammen Sprechstunde                | 35.       |
| Hebammen Sprechstunde                | 37.       |
| Hebammen Sprechstunde                | 39.       |
| Hebammen Sprechstunde                | 41.       |

*Quelle: Center for Forebyggelse 2009, S. 40f. [27].*

## 5.8 Schweden

### 5.8.1 Organisation pränataler Untersuchungen

#### standardisierte Formulare

Schweden weist eine lange Tradition im Schwangeren-Screening auf und verzeichnet Inanspruchnahmeraten von beinahe 100 % [vgl. 28, S. 91]. In Schweden werden unterschiedliche, standardisierte Formulare für den Schwangerschaftsverlauf sowie für die Dokumentation des Geburtsverlaufs und die postpartale Periode verwendet. Die Formulare tragen die Abkürzungen

- ✿ „MHV1<sup>25</sup>“: Anamnestische und sozio-demographische Informationen über die schwangere Frauen; bisherige medizinische Aufzeichnungen und Dokumentation zum bisherigen Schwangerschaftsverlauf etc.;
- ✿ „MHV2“: Aufzeichnungen zu den pränatalen Untersuchungen und
- ✿ „MHV3“: Sozio-ökonomische Angaben bzw. Informationen zum sozialen Status der Schwangeren.

Weiters werden in Schweden Formulare („FV1“, „FV2“ und „FV3“) für die Dokumentation der Geburt verwendet und ein weiteres Formular („FV4“) für die Postpartum Phase. Einige Formularabschnitte werden an das „National Board of Health and Welfare“ zur Eingabe in das schwedische Geburtenregister übersandt.

<sup>24</sup> [http://www.sst.dk/English/Health\\_promotion/Pregnancy/Counselling.aspx](http://www.sst.dk/English/Health_promotion/Pregnancy/Counselling.aspx), download am 30.10.2010.

<sup>25</sup> Diese Abkürzung steht für „Mödrhälsövård“ und beschreibt „Maternal Health Care“.

Die schwangeren Frauen erhalten nach jeder pränatalen Untersuchung eine Kopie der aktualisierten Aufzeichnungen. In der 37. SSW verfasst eine Hebamme eine Zusammenfassung über den bisherigen Schwangerschaftsverlauf und hält Wünsche der schwangeren Frau zum Geburtsvorgang, Schmerzbehandlung während der Geburt etc. fest. Damit sollen (im Falle einer Entbindung im Spital) den GeburtshelferInnen bei der Geburt alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen [vgl. 17, S. 46]. In Schweden sind Hebammen die zentralen Ansprechpersonen für schwangere Frauen und begleiten die Frauen während des ganzen Schwangerschaftsverlaufs. Die Screeningleistungen werden daher in den Bezirksgemeinden überwiegend von dieser Gesundheitsberufsgruppe erbracht.

In Schweden ist eine erste Schwangerschaftsuntersuchung für die 8. bzw. 9. SSW vorgesehen. Danach werden monatliche Untersuchungen empfohlen; ab der 32. SSW erfolgen wöchentliche Kontrollen.

Zu den genaueren Screeninginhalten in Schweden konnten keine Informationen gewonnen werden – daher muss an dieser Stelle das im Bericht übliche Länderkapitel entfallen.

**Hebamme dokumentiert Schwangerschaftsverlauf**

**empfohlene Untersuchungs-frequenzen**





## 6 Identifizierung von sozialmedizinischen Risikofaktoren bei Schwangeren und entsprechende Leistungen

Während in den vorangestellten Kapiteln die Routineuntersuchungen bei schwangeren Frauen in verschiedenen Ländern beschrieben wurden, soll im Folgenden auf jene Faktoren Bedacht genommen werden, die u.a. eine Risikoschwangerschaft determinieren. Hierbei stehen sozialmedizinische Risikofaktoren im Vordergrund; andere potentielle Risikofaktoren für eine Risikoschwangerschaft (wie z.B. Infektionen) werden mit Verweis auf die Zielsetzungen dieses Berichts (siehe Kapitel 2.1) bewusst ausgespart.

### 6.1 Problemhintergrund

Die Frage nach adäquaten Identifizierungsformen bzw. Screeningstrategien ist bei schwangeren Frauen mit Belastungsfaktoren besonders virulent. Schließlich wirken die meisten (v.a. sozio-ökonomischen) Risiken auf die Teilnahmeraten von Screeninguntersuchungen, wodurch die Zielgenauigkeit von Leistungen erschwert wird. Hinzukommt die breite Variation an möglichen Risiken, die physische und/oder psychische Beeinträchtigungen, sozio-ökonomische Benachteiligungen bis hin zu Gewalterfahrungen umfassen können, wie auch in der NICE-Guideline festgehalten wird: „Complex social factors may vary, both in type and prevalence, across different local populations“ [29, S. 10]. Die Wirksamkeit und Treffsicherheit von Interventionen steht besonders häufig in Zusammenhang mit der ethnischen Zugehörigkeit, dem Bildungsniveau und dem Grad an Armut(sgefährdung).

Letztlich bedarf es für identifizierte Risikogruppen jedoch eines flexiblen Interventionsinstrumentariums, das der jeweiligen Zielgruppe und den jeweiligen Risikofaktoren angepasst ist. In diesem Zusammenhang sei noch auf eine internationale Studie (Fiscella 1995 zitiert in [11, S. 103]<sup>26</sup>) hingewiesen, die die Zielgenauigkeit und Wirksamkeit von zwei Angeboten für Schwangere mit Hoch-Risikofaktoren analysierte. Im Zentrum der Studie stand die Frage nach dem Einfluss von vermehrten Hausbesuchen und eines „Case Managements“ auf Geburts-Outcomes (wie etwa auf das Geburtsgewicht des Neugeborenen). Zu diesem Zweck wurden 11 „randomised controlled trials (RCTs)“ aus dem Zeitraum 1985 – 1993 gegenüber gestellt, wobei keine positiven Effekte durch die getroffenen Maßnahmen auf die Geburts-Outcomes gefunden werden konnten. Weitere Evaluierungen (etwa hinsichtlich der Wirksamkeit von Informationsmaterial, Schulungen und direkte Kontakte mit Sozialeinrichtungen) fehlen bislang noch, sodass a priori keine Rückschlüsse auf positive Effekte auf Geburts-Outcomes gezogen werden können. Die Aussagenkraft von Interventionen für Schwangere mit Hoch-Risikofaktoren ist daher weitgehend gering und verlangt nach grundlegenden Überprüfungen. Dieses Ergebnis wird auch im OECD-Bericht „Doing better for children“ festgehalten: „(...) some content is known not to

**diverse Risiken wirken auf Compliance Raten bei gefährdeten Schwangeren**

**Zielgenauigkeit von Interventionen zu hinterfragen**

---

<sup>26</sup> Fiscella, K. (1995). Does Prenatal Care Improve Birth Outcomes? A Critical review. In: *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 85, S. 468-479.

be effective. Much of the variation is a consequence of tradition and local expert judgement” [11, S. 103].

Das folgende Kapitel widmet sich im Kontext der Screenings für (hoch)belastete, schwangere Frauen der Frage nach Möglichkeiten zur „Erreichbarkeit“ und Identifizierung der betroffenen Risikogruppe.

## 6.2 Strategien zur Identifizierung von sozialmedizinischen Risikogruppen

**zwei  
Herangehensweisen zur  
Identifizierung von  
Risikogruppen**

Grundsätzlich lassen sich zwei Hauptstrategien bei der Form der Identifizierung von Personengruppen mit sozialmedizinischen Risikoprofilen ausmachen, wobei diese Vorgehensweisen nicht nur für schwangere Frauen gelten sondern auch für Kinder, die psychosozialen, sozio-ökonomischen oder sonstigen Belastungen ausgesetzt sind. Demnach können Risikogruppen etwa

- ✿ im Zuge der Routinescreenings mit ausgewählten Schwerpunkten (z.B. themenspezifische Fragen zu Drogenkonsum) erschlossen werden und/oder durch
- ✿ verschränkte Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen und Gesundheitsberufe, die unter Umständen nicht direkt den Einrichtungen eines Gesundheitssystems angeschlossen sind (wie z.B. Sozialämter) und die „anlassbezogen“ (etwa bei bekannter Gewaltproblematik in der Familie) auf bestimmte Zielgruppen „screenen“.

**Screening auf  
Risikofaktoren braucht  
institutionenübergreifende  
Kooperation**

Die meisten Länder mit Eltern-Kind Screeningprogrammen berücksichtigen in ihren Screening-Policies für schwangere Frauen und Kinder auch sozialmedizinische Risiken, wobei der Umfang der eingeschlossenen Risiken bzw. der Risikogruppen länderspezifisch unterschiedlich ausfällt. Hinzu kommen weiters Initiativen (oft in Form von regional beschränkten Projekten oder Einzelprojekten), die bestimmte Risikogruppen zu erreichen versuchen, um Risikopotenziale zu minimieren. Letzteres fand etwa mit den „Familienhebammen“ Projekten in Deutschland Umsetzung (siehe Kapitel 6.5.1), wo durch eine enge Zusammenarbeit mit den Sozial- und Jugendämtern, die Identifizierung der Risikogruppen (vulnerable Familien mit psychosozialen und/oder physischen Risikofaktoren) erleichtert wurde.

## 6.3 Zugangsbarrieren und Risikopopulationen

**vielfältige  
Problemhintergründe  
erschweren für  
(manche) Frauen den  
Zugang zu  
Screeningprogrammen**

Das britische NICE veröffentlichte im September 2010 eine Guideline mit dem Titel „Pregnancy and complex social factors“ [29]. Dieses Policy-Dokument gilt als Ergänzung zur Guideline „Antenatal care“ [16] und beschäftigt sich mit Screeninguntersuchungen für schwangere Frauen in schwierigen, sozialen Verhältnissen. Die Notwendigkeit der Richtlinie ergibt sich durch folgende Problemhintergründe: Bei dieser Gruppe von Schwangeren handelt es sich zumeist um Frauen, die pränatale Früherkennungsprogramme weniger häufig in Anspruch nehmen, weil

- ❖ sie mit der Vielzahl an Leistungen und involvierten Berufsgruppen überfordert sind;
- ❖ sie nicht mit den allgemeinen Screeningangeboten vertraut sind;
- ❖ sie aufgrund ihrer schwierigen Lebenssituationen oftmals nicht in der Lage sind, die vorgesehenen Untersuchungen (und Termine) einzuhalten;
- ❖ sie Verständnisschwierigkeiten mit den Angehörigen von Gesundheitsberufen haben;
- ❖ sie aufgrund ihrer Lebenslagen, Angst bzw. Scham gegenüber den Angehörigen von Gesundheitsberufen haben [vgl. 29, S. 5].

Das Auftreten von Risikofaktoren manifestiert sich jedoch in unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregraden, die allesamt eine erhebliche Einschränkung des Alltagslebens der schwangeren Frauen bedeuten und zusätzlich hohe gesundheitliche Risiken für die Frau und das ungeborene Kind bedeuten (können). NICE hat daher in der Guideline vorerst 4 Hauptgruppen von Schwangeren identifiziert, die besonders häufig komplexe, soziale Lebenshintergründe und -umstände aufweisen:

- ❖ Frauen mit Substanzmissbrauch (Alkohol und/oder Drogen);
- ❖ Frauen mit Migrationshintergrund, die erst seit kurzem (innerhalb der letzten 12 Monate) in einem neuen Land leben, AsylwerberInnen, Flüchtlinge und solche, die Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben der Landessprache haben;
- ❖ Junge Frauen unter 20 Jahre;
- ❖ Frauen, die häuslicher Gewalt oder häuslichem Missbrauch (körperlich, psychisch, sexuell, emotional oder finanziell) ausgesetzt sind.

Für die Länderanalyse zu pränatalen Screenings mit Schwerpunkten für sozialmedizinische Risikopopulationen wurden diese 4 Gruppen auch für die LBI-HTA Fragebogenuntersuchung herangezogen – entsprechend dem Forschungsinteresse in diesem Berichtsteil (siehe auch Kapitel 1). Darüber hinaus hatten die ExpertInnen, die zur Fragebogenbeantwortung eingeladen wurden, die Möglichkeit noch zusätzliche Risikokategorien anzugeben – diese Option wurde jedoch nicht in Anspruch genommen.

Schließlich wurden folgende Gruppen von Schwangeren in der Fragebogeneerhebung zu pränatalen Screenings berücksichtigt:

Schwangere Frauen mit dem Risikofaktor

- ❖ Substanzmissbrauch<sup>27</sup>;
- ❖ psychische Erkrankung(en);
- ❖ „bildungsfern“ (max. Pflichtschulabschluss absolviert);
- ❖ Teenage-Alter<sup>27</sup>;
- ❖ häusliche Gewalt<sup>27</sup>;
- ❖ Migrationshintergrund<sup>27</sup>.

Zudem wird im Folgenden stellenweise auf Länderbesonderheiten bei der Versorgung von Schwangeren mit „weiteren“ Risiken hingewiesen.

#### 4 Gruppen von Schwangeren mit sozialen Risikoprofilen

#### 6 Risikokategorien in der Fragebogenuntersuchung

---

<sup>27</sup> Gemäß der NICE-Definition, wie im Kapitel 6.3 zitiert.

## 6.4 Ergebnisse aus der empirischen ExpertInnenbefragung – Teil 1: Schwangere mit sozialen Risikoprofilen

Fragebogenuntersuchung gibt Überblick zu Länderscreenings auf Risikoprofile für Schwangere

In den anschließenden Unterkapiteln werden Fragebogenergebnisse aus acht europäischen Ländern (*Deutschland, Großbritannien, Irland, Island, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Finnland*) präsentiert. Die Darstellung und Interpretation der ExpertInnenbefragung orientiert sich dabei an

- ✿ der allgemeinen Verfügbarkeit von spezifischen Leistungen bzw. Hilfestellungen, die der NICE-Guideline [29] zufolge bei der Betreuung/Begleitung dieser Risikopopulationen eine besondere Rolle spielen;
- ✿ der Verfügbarkeit von Screeninginstrumenten für schwangere Frauen, die den sechs Risikogruppen zugerechnet werden und
- ✿ den dabei involvierten Gesundheitsberufsgruppen bei der Leistungserbringung.

### 6.4.1 Sozialmedizinische Screeningschwerpunkte

„universal access“ vs. „targeted access“

Die unterschiedlichen Policy-Zugänge bei Basisscreenings und bei der Identifizierung und Versorgung von Schwangeren mit sozialmedizinischen Risikofaktoren (wie etwa in den Kapiteln 1.1 und 4.2 beschrieben) stellen den Ausgangspunkt für die nachfolgende empirische Fragebogenuntersuchung dar. Die zugrundeliegende Fragestellung bezieht sich dabei auf die Verortung von Schwangerschaftsleistungen im Gesundheitssystem, d.h. als Teil der Routinescreenings (in der nachfolgenden Tabelle als grün unterlegtes Feld mit „Routine“ gekennzeichnet) oder als Teil eines erweiterten Früherkennungsprogramms für Risikogruppen (als rot unterlegtes Feld mit „Risiko“ beschrieben), denen in erster Linie eine unterstützende bzw. begleitende Funktion zugeschrieben wird und weniger eine „körpermedizinische“ Intervention.

Tabelle 6.4-1: Übersicht zu Leistungsangeboten im Rahmen von Routineprogrammen für Schwangere bzw. für spezielle Risikogruppen von schwangeren Frauen

| Spezielle Angebote für Schwangere bzw. werdende Eltern   | D       | UK      | IRL     | IS      | NL      | NOR     | CH      | SF      |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Psychologische Beratung  | kA      | Risiko  | Risiko  | Risiko  | Risiko  | Risiko  | Risiko  | Routine |
| Hausbesuche  | Routine | Routine | --      | --      | Routine | Risiko  | --      | Routine |
| Unterstützung durch Sozialarbeit   | kA      | Risiko  | Routine | Risiko  | --      | kA      | Risiko  | Routine |
| Beratung/Informationen zu Ernährung und Wohlbefinden   | Routine | Routine | Risiko  | Routine | Risiko  | --      | Risiko  | Routine |
| Beratung/Informationen zu „Eltern-Skills“, im Umgang mit Neugeborenen und zu einer gesunden Lebensführung    | Routine | Risiko  | --      | Routine | Routine | kA      | Routine | Routine |
| Professionell moderierte Peer-Gruppentreffen zum Erfahrungsaustausch zw. werdenden Eltern                    | Risiko  | Routine | --      | --      | Routine | --      | --      | Routine |
| Informationen bzw. Sensibilisierung für Schwangerschaftsanzeichen, die einer medizinische Abklärung bedürfen | --      | Routine | Risiko  | Risiko  | --      | Routine | Risiko  | Routine |

Legende: -- (Angebot nicht vorgesehen); kA (keine Angaben)

## Länderspezifische Teilergebnisse<sup>28</sup>

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Hausbesuche sind in Irland nicht Teil des Standardprogramms</b></p>   | <p>In <i>Irland</i> sind einige Leistungen (wie z.B. die „Beratung/Informationen zu Ernährung und Wohlbefinden während der Schwangerschaft“) Teil von „Antenatal Education Classes“, die auf freiwilliger Basis von allen Schwangeren in Anspruch genommen werden können. Diese Leistungen zählen allerdings nicht a priori zum irischen Screeningprogramm für Schwangere. Ebenso wenig sind „Hausbesuche“ Teil des Routinecurriculums. Frauen nach einer komplikationslosen Entbindung und ohne Risikofaktoren während der Schwangerschaft können jedoch auf Wunsch das „Early Transfer Home Scheme“ (d.h. die Spitalsentlassung nach Hause ca. 6 bis 24 Stunden nach der Geburt) in Anspruch nehmen, das die Möglichkeit einer täglichen, häuslichen Nachbetreuung durch eine Hebamme über einen Zeitraum von 5 Tagen hinweg vorsieht.</p>  |
| <p><b>Reichweite von Zusatzangeboten variiert in Deutschland</b></p>  | <p>In <i>Deutschland</i> sind „Beratungen/Informationen zu Ernährung, Wohlbefinden“ und „Schulungen zu Eltern-Skills etc.“ zwar Teil vieler pränataler Beratungen, jedoch variiert die Angebotsbreite je nach der Zuständigkeit der Krankenkasse. Beim Angebot zu den „Peer-Gruppentreffen“ zum Erfahrungsaustausch ist anzumerken, dass diese nur für Risikogruppen und überwiegend ehrenamtlich angeboten werden.</p>   |
| <p><b>verschiedene Angebotsregelungen in Großbritannien aufgrund unterschiedlicher Kompetenzzuständigkeiten</b></p> | <p>In <i>Großbritannien</i> gibt es aufgrund unterschiedlicher Kompetenzzuständigkeiten in den 4 Ländern teils unterschiedliche Zielgruppenorientierungen – d.h. die Unterscheidung zwischen Routineangebote und Angebote für spezielle Zielgruppen von schwangeren Frauen ist zwischen England, Wales, Schottland und Nordirland oft verschieden geregelt. Die Ergebnisse in diesem Fragebogen beziehen sich überwiegend auf England, wobei auch hier auf lokaler Ebene Unterschiede im Leistungsangebot vorkommen können.</p>   |
| <p><b>Finnland weist sehr breites Leistungsspektrum bei Standardscreenings auf</b></p>                              | <p><i>Finnland</i> sticht bei den untersuchten Ländern insofern hervor als dass, das pränatale Screeningprogramm eher „universell zugängliche“ als zielgruppenspezifische Leistungen (wie etwa in der <i>Schweiz</i>) vorsieht. Zudem bietet <i>Finnland</i> als einziges Land alle abgefragten Leistungen an. Auffallend ist, dass allgemeine Beratungen (v.a. in Bezug auf „Eltern-Skills“) eher zum Standardprogramm in den abgefragten Ländern zählen als etwa psychologische Beratungen (letzteres trifft wiederum nur für <i>Finnland</i> zu). Dies könnte v.a. mit der grundlegenden Zielabsicht psychologischer Unterstützung (Beratungen in erster Linie für Personen in Krisen- oder Risikosituationen), den unterschiedlichen standesrechtlichen Prämissen, die für die Ausübung diverser Beratungstätigkeiten notwendig sind, und der unterschiedlichen Kostenintensität zusammenhängen. Aufsuchende Dienste („Hausbesuche“) werden standardmäßig in <i>Deutschland</i>, in <i>Großbritannien</i>, in den <i>Niederlanden</i> und in <i>Finnland</i> angeboten.</p> |

<sup>28</sup> Hierbei und in der Folge handelt es sich um Zusatzinformationen, die nur manche ExpertInnen additiv im jeweiligen Länderfragebogen zur Verfügung gestellt haben.

## 6.4.2 Verfügbarkeit von Screeninginstrumenten für Schwangere mit Risikofaktoren

Um die Screening-Policies für schwangere Frauen mit Risikoprofilen in den einzelnen Ländern in Erfahrung zu bringen, wurden die ExpertInnen gebeten, die Verfügbarkeit von standardisierten Instrumenten jeweils zu den Risikofaktoren „Substanzmissbrauch“, „psychische Erkrankung(en)“, „Bildungsferne“ (max. Pflichtschulabschluss absolviert)“, „Teenage-Alter“, häusliche Gewalt und „Migrationshintergrund“ einzuschätzen.

**ExpertInnen beurteilen  
Screeningangebot für  
Schwangere mit Risiken**

Tabelle 6.4-2: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor SUBSTANZMISSBRAUCH

| Screeningschwerpunkt:<br>SUBSTANZMISSBRAUCH  | D  | UK   | IRL | IS   | NL   | NOR  | CH   | SF |
|--|----|------|-----|------|------|------|------|----|
| Screening-Policy für SUBSTANZMISSBRAUCH bei Schwangeren  | Ja | kA   | Ja  | Ja   | Nein | Ja   | Ja   | Ja |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | Ja | Nein | kA  | Nein | Nein | Nein | Nein | Ja |

Legende: kA (keine Angaben)

Tabelle 6.4-3: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor PSYCHISCHE ERKRANKUNG(EN)

| Screeningschwerpunkt:<br>PSYCHISCHE ERKRANKUNG(EN)   | D  | UK | IRL  | IS | NL   | NOR  | CH   | SF |
|--|----|----|------|----|------|------|------|----|
| Screening-Policy für PSYCHISCHE ERKRANKUNG(EN) bei Schwangeren   | Ja | Ja | Nein | Ja | Nein | Nein | Nein | Ja |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | Ja | Ja | kA   | Ja | Nein | Nein | Nein | Ja |

Legende: kA (keine Angaben)



Tabelle 6.4-4: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere, BILDUNGSFERNE Frauen

| Screeningschwerpunkt:<br>BILDUNGSFERNE   | D    | UK   | IRL  | IS   | NL   | NOR  | CH   | SF   |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Screening-Policy für BILDUNGSFERNE Schwangere  | Nein | Ja   | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | Nein | Nein | kA   | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |

Legende: kA (keine Angaben)

Tabelle 6.4-5: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor TEENAGE-ALTER

| Screeningschwerpunkt:<br>TEENAGE-ALTER   | D  | UK   | IRL  | IS   | NL   | NOR  | CH   | SF   |
|--|----|------|------|------|------|------|------|------|
| Screening-Policy für Schwangere im TEENAGE-ALTER   | Ja | Ja   | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | Ja | Nein | kA   | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |

Legende: kA (keine Angaben)

Tabelle 6.4-6: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor HÄUSLICHE GEWALT

| Screeningschwerpunkt:<br>HÄUSLICHE GEWALT  | D  | UK | IRL  | IS | NL   | NOR  | CH   | SF |
|--|----|----|------|----|------|------|------|----|
| Screening-Policy für Schwangere in HÄUSLICHER GEWALT   | Ja | Ja | Nein | Ja | Nein | Nein | Nein | Ja |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | Ja | Ja | kA   | Ja | Nein | Nein | Nein | Ja |

Legende: kA (keine Angaben)

Tabelle 6.4-7: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für schwangere Frauen mit Risikofaktor MIGRATIONSHINTERGRUND

| Screeningschwerpunkt:<br>MIGRATIONSHINTERGRUND   | D  | UK | IRL  | IS   | NL   | NOR  | CH   | SF |
|--|----|----|------|------|------|------|------|----|
| Screening-Policy für Schwangere mit MIGRATIONSHINTERGRUND  | kA | Ja | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | kA |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | kA | Ja | kA   | Nein | Nein | Nein | Nein | kA |

Legende: kA (keine Angaben)

## Länderspezifische Teilergebnisse

Bezüglich des Risikofaktors SUBSTANZMISSBRAUCH während der Schwangerschaft lässt sich für *Irland* festhalten, dass im Zuge des ersten Untersuchungstermins standardmäßig themenbezogene Fragen gestellt werden und eine Harnprobenuntersuchung vorgenommen wird. Für Schwangere mit Suchtverhalten werden zudem eigene Informationen zur Verfügung gestellt.<sup>29</sup> Für PSYCHISCH ERKRANKTE schwangere Frauen gibt es in *Irland* keine nationale Screening-Policy. Einzelne Spitäler bieten jedoch spezielle „Mental Health Support Services“ an, die zum einen schwangere Frauen mit psychischer Vorerkrankung betreuen, zum anderen aber auch Frauen mit postpartaler Depression. Screeningfragen zur psychischen Gesundheit der Frau werden üblicherweise im Rahmen des ersten Untersuchungstermins und bei den Folgeterminen gestellt. Für die psychische Betreuung bzw. Begleitung der Frauen sind üblicherweise PsychiaterInnen und Hebammen zuständig. Für HÄUSLICHE GEWALT gibt es in *Irland* für schwangere Frauen ebenfalls keine nationale Screening-Policy, jedoch wird in manchen Spitälern vereinzelt auf diesen Risikofaktor „gescreent“. Spezifische Fragen werden hierzu beim Erstkontakt mit der Frau und in Abwesenheit des Partners von Fachpersonen gestellt.

In *Großbritannien* werden alle schwangeren Frauen beim ersten „Booking Appointment“ nach einem eventuellen SUBSTANZMISSBRAUCH befragt. Für ein Screening auf PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN wird in Großbritannien (siehe auch nachfolgende Antworten zu *Finnland*) die „Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS)<sup>30</sup>“ verwendet. Die Frage nach Erfahrungen zu HÄUSLICHER GEWALT ist Teil des Standardfragenkatalogs (der in einer geschützten Umgebung vorgelegt wird). Schwangeren Frauen, die solchen Gefahren ausgesetzt sind, stehen in *Großbritannien* (allerdings regional unterschiedlich häufig), speziell ausgebildete Hebammen sowie die Frauenschutzeinrichtungen zur Verfügung. Schwangere mit MIGRATIONSHINTERGRUND bekommen zumeist einen Übersetzungsdienst angeboten – allerdings variiert die Qualität dieser Leistungen teils beträchtlich. Der ethnische Hintergrund wird in *Großbritannien* v.a. im Zusammenhang mit bestimmten Screenings (wie etwa auf Sichelzellanämie und Thalassämie) erhoben.

In *Island* werden schwangeren Frauen (standardisierte) Fragen beim Erstkontakt zum Thema HÄUSLICHE GEWALT gestellt. Schwangeren, die solchen Gefahren ausgesetzt sind, werden schließlich engmaschige Hilfestellungen angeboten. Frauen mit MIGRATIONSHINTERGRUND bekommen in *Island* bei Bedarf eine fachgerechte Übersetzung im Rahmen der pränatalen Untersuchungs- und Ultraschalltermine zur Verfügung gestellt. Schriftliches Informationsmaterial für werdende Eltern muss zudem in mehrere Sprachen übersetzt werden.

**Screening-Policies in Irland für Suchtverhalten vorhanden**

**Screenings auf psychische Erkrankungen und häusliche Gewalt nur vereinzelt in irischen Spitälern etabliert**

**umfassendes Screening auf sozialmedizinische Risikoprofile in Großbritannien umgesetzt**

**Island hebt Screening-Policy auf häusliche Gewalt und entsprechende Unterstützungshilfen für schwangere Frauen hervor**

<sup>29</sup> Diese Informationen sind auch online verfügbar unter:

[http://www.drugs.ie/downloadDocs/Substance\\_Misuse\\_in\\_Pregnancy.pdf](http://www.drugs.ie/downloadDocs/Substance_Misuse_in_Pregnancy.pdf)

<sup>30</sup> Der EPDS Fragebogen erhebt die Stimmungslage der letzten 7 Tage. Der Fragebogen kann bereits während der Schwangerschaft verwendet werden – postnatal wird die EPDS wiederholt ausgefüllt mit einem Mindestabstand von 2 Wochen.

|   |   |
|---|---|
| <b>„Mutterpass“ in Deutschland screent „formal“ u.a. auf Alter und häusliche Gewalt</b> | Bezüglich des Risikofaktors TEENAGE-ALTER bietet in <i>Deutschland</i> der „Mutterpass“ eine Ankreuzmöglichkeit („Schwangere unter 18 Jahren: „Ja/Nein“), die im Zuge der Anamnese ausgefüllt wird. Hinsichtlich HÄUSLICHER GEWALTERFAHRUNGEN findet sich im deutschen Mutterpass ebenfalls eine Ankreuzmöglichkeit („Ja/Nein“), die unter die Rubrik „Besondere psychische Belastungen (z.B. familiäre oder berufliche)“ subsumiert ist.                           |
| <b>Übersetzungsangebot für schwangere Migrantinnen in Finnland</b>                      | In der <i>Schweiz</i> existiert für schwangere Frauen mit MIGRATIONSHINTERGRUND keine nationale Screening-Policy – lokale Initiativen finden jedoch in einzelnen Spitälern Umsetzung. In <i>Finnland</i> kümmern sich auf Wunsch der Frau bzw. bei Bedarf die „Maternity Clinics“ um die Bereitstellung von ÜbersetzerInnen. Dabei handelt es sich um eine Gratisleistung sofern die Frau die allgemeinen sozialversicherungstechnischen Voraussetzungen erfüllt.   |
| <b>in Finnland Screenings auf drei Risikofaktoren v.a. mittels Fragebögen</b>           | In <i>Finnland</i> wird SUBSTANZMISSBRAUCH bei Schwangeren mit einem Fragebogen (10 Fragen) zu Alkohol- oder sonstigem Drogenkonsum in den Mutter-Kind Fachzentren bzw. in den Geburtskliniken erhoben. Für ein Screening auf PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN wird die „Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS) <sup>30</sup> “ verwendet. HÄUSLICHE GEWALT an schwangeren Frauen wird in <i>Finnland</i> ebenfalls mittels Fragebogen (7 Fragen) zu erheben versucht. |
| <b>keine Screenings für bildungsferne Schwangere</b>                                    | Für BILDUNGSFERNE SCHWANGERE (d.h. Frauen, die maximal über einen Pflichtschulabschluss verfügen) existieren in den untersuchten Ländern keinerlei Screeninginstrumente, die insbesondere den Bildungshintergrund der Frauen erheben bzw. berücksichtigen.  |

### 6.4.3 Zuständigkeiten von Gesundheitsberufen bei der Betreuung und Beratung von Schwangeren mit sozialen Risikoprofilen

#### Zuordnung von Berufsgruppen für Leistungserbringung

Die befragten ExpertInnen wurden weiters gebeten, die jeweiligen Angebote für die 6 Zielgruppen den involvierten Gesundheitsberufen zuzuordnen. Damit soll eine Übersicht zur medizinischen, therapeutischen und psychosozialen Kompetenzverteilung in den jeweiligen Ländern gegeben werden. Für die Zuteilungen wurde eine Auswahl an Berufsgruppen vorgeschlagen – darüber hinaus bestand für TeilnehmerInnen an der Befragung die Möglichkeit, die Liste zu erweitern. Die nachstehende Aufzählung beschreibt die Berufsgruppen inkl. der Abkürzungen, die in den Übersichtstabellen verwendet wurden:

- ✿ Facharzt bzw. Fachärztin ohne genauerer Zusatzbezeichnung (FÄ)<sup>31</sup>
- ✿ „General Practitioner“/Arzt bzw. Ärztin für Allgemeinmedizin (GP)
- ✿ Hebamme
- ✿ PsychologIn (PSY)
- ✿ PsychotherapeutIn (PTH)
- ✿ SozialarbeiterIn (Soz.A.)

<sup>31</sup> Die Medizinbereiche werden im Falle von spezifizierten Antworten seitens der befragten ExpertInnen jedoch gesondert in Fußnoten an den entsprechenden Stellen ausgewiesen (z.B. wenn etwa explizit „PsychiaterIn“ als Antwortkategorie hinzugefügt wurde).

✿ „Public Health Nurse“ (PHN)

Aufgrund teils fehlender Antworten werden einige Länderergebnisse nicht in den beiden folgenden Tabellen sondern im daran anschließenden Fließtext dargestellt.

Tabelle 6.4-8: Übersichtstabelle zu Berufsgruppen und Leistungsumfang für schwangere Frauen mit Risikofaktor SUBSTANZMISSBRAUCH

| Leistungen nach Berufsgruppen  | D                | UK      | IRL              | IS     | NL         | NOR                      | CH                       | SF                 |
|--|------------------|---------|------------------|--------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Psychiatrische Betreuung   | FÄ/PSY/PTH       | FÄ/PTH  | FÄ <sup>32</sup> | FÄ     | kA         | GP/Soz.A./Hebamme        | PSY/PTH                  | FÄ                 |
| Psychologische Beratung  | FÄ/PSY/PTH       | PTH     | Hebamme          | PSY    | GP/Hebamme | Soz.A.                   | PSY/PTH                  | PSY                |
| Psychotherapie   | PTH              | PTH     | PTH              | kA     | kA         | kA                       | PSY/PTH                  | PTH                |
| Hausbesuche  | kA <sup>33</sup> | Hebamme | kA               | kA     | kA         | Soz.A.                   | kA                       | PHN/Soz.A./Hebamme |
| Sozialarbeit (für Alltagserledigungen <sup>34</sup> )  | kA               | kA      | Soz.A./Hebamme   | Soz.A. | kA         | kA                       | kA                       | Soz.A.             |
| Beratung/Informationen zu Ernährung und Wohlbefinden   | Hebamme          | Hebamme | GP/PHN/Hebamme   | kA     | kA         | FÄ/GP/PHN/Soz.A./Hebamme | Hebamme                  | Hebamme            |
| Beratung/Informationen zu „Eltern-Skills“, im Umgang mit Neugeborenen und zu einer gesunden Lebensführung    | Hebamme          | Soz.A.  | kA               | kA     | kA         | Soz.A./Hebamme           | Hebamme                  | PHN/PSY/Hebamme    |
| Professionell moderierte Peer-Gruppentreffen zum Erfahrungsaustausch zw. werdenden Eltern                    | Hebamme          | Hebamme | Hebamme          | kA     | kA         | kA                       | Diverse BG <sup>35</sup> | PHN/Soz.A.         |
| Informationen bzw. Sensibilisierung für Schwangerschaftsanzeichen, die einer medizinische Abklärung bedürfen | kA               | Hebamme | Hebamme          | kA     | kA         | Hebamme                  | Hebamme                  | PHN/Hebamme        |

Legende: kA (keine Angaben)

<sup>32</sup> Hinzugefügte Anmerkung seitens ExpertIn: „PsychiaterIn“

<sup>33</sup> Hausbesuche werden von Hebammen unabhängig der Risikogruppe (aber auch bei „normal“ verlaufenden Schwangerschaften) durchgeführt – jedoch keine spezifischen Hausbesuche für schwangere Frauen mit SUBSTANZMISSBRAUCH.

<sup>34</sup> Wie z.B. für Wohnungssuche oder Unterbringung in betreuten Wohneinheiten (bei dieser Gruppe von schwangere Frauen etwa im Falle von Obdachlosigkeit)

<sup>35</sup> Diverse Berufsgruppen ohne nähere Angaben

Tabelle 6.4-9: Übersichtstabelle zu Berufsgruppen und Leistungsumfang für schwangere Frauen mit Risikofaktor PSYCHISCHE ERKRANKUNG(EN)

| Leistungen nach Berufsgruppen  | D                | UK         | IRL                | IS         | NL | NOR                              | CH                          | SF                     |
|--|------------------|------------|--------------------|------------|----|----------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Psychiatrische Betreuung   | FÄ/PSY/PTH       | FÄ/PSY/PTH | Hebamme            | FÄ/GP      | FÄ | FÄ/GP/PSY/PTH/<br>Soz.A./Hebamme | PSY/PTH                     | FÄ                     |
| Psychologische Beratung  | FÄ/PSY/PTH       | PSY/PTH    | Hebamme            | PSY        | GP | PSY /PTH                         | PSY/PTH                     | PSY                    |
| Psychotherapie   | PTH              | PTH        | PTH                | kA         | FÄ | kA                               | PSY/PTH                     | PTH                    |
| Hausbesuche  | kA <sup>33</sup> | Soz.A.     | kA                 | Hebamme    | kA | PHN/Soz.A.                       | Soz.A/<br>Hebamme           | PHN/Soz.A./<br>Hebamme |
| Sozialarbeit (für Alltagserledigungen <sup>34</sup> )  | kA               | kA         | Soz.A./<br>Hebamme | Soz.A.     | kA | Soz.A                            | Soz.A                       | PHN/Soz.A. /           |
| Beratung/Informationen zu Ernährung und Wohlbefinden   | Hebamme          | Hebamme    | kA                 | kA         | kA | kA                               | kA                          | PHN/Hebamme            |
| Beratung/Informationen zu „Eltern-Skills“, im Umgang mit Neugeborenen und zu einer gesunden Lebensführung    | Hebamme          | Hebamme    | Hebamme            | kA         | kA | kA                               | kA                          | PHN/Hebamme            |
| Professionell moderierte Peer-Gruppentreffen zum Erfahrungsaustausch zw. werdenden Eltern                    | Hebamme          | Hebamme    | Hebamme            | FÄ/PHN/PSY | kA | kA                               | Diverse<br>BG <sup>35</sup> | PHN/Hebamme            |
| Informationen bzw. Sensibilisierung für Schwangerschaftsanzeichen, die einer medizinische Abklärung bedürfen | kA               | Hebamme    | Hebamme            | kA         | kA | kA                               | kA                          | PHN/Hebamme            |

Legende: kA (keine Angaben)

## Länderspezifische Teilergebnisse

**Hebammen und „Public Health Nurses“ spielen eine zentrale Rolle in der Begleitung von Schwangeren mit Abhängigkeitserkrankungen**

Prinzipiell lässt sich für *Deutschland* bei der Kompetenzverteilung für die aufgezählten Leistungen festhalten, dass die Zuständigkeiten und Angebote der einzelnen Berufsgruppen je nach Krankenkasse der schwangeren Frau variieren können. Aus diesem Grund kann keine einheitliche Zuordnung bzw. Zuständigkeit angegeben werden – vielmehr handelt es sich bei den Angaben um eine grundsätzliche Tendenz, wobei Abweichungen aber auch Überschneidungen zwischen den Berufsfeldern möglich sind. Bei Frauen mit SUBSTANZMISSBRAUCH zeigt sich am Beispiel *Deutschland* sehr gut, wo angrenzende „medizinisch-beratende Interventionen“ von „nicht-ärztlichen Gruppen“ (etwa von Hebammen) übernommen werden.<sup>36</sup> In *Großbritannien* werden schwangere Frauen bei einer positiven Vorgeschichte an eine speziell ausgebildete Hebamme für Suchterkrankungen oder an spezielle Schwangereneinrichtungen überwiesen. Weitere Beispiele für die Einbeziehung von Gesundheitsberufen bei der Beratung/Begleitung von Schwangeren, die alkohol- und/oder drogenabhängig sind, wären etwa die *Niederlande* oder *Finnland*. Bei der psychologischen Beratung werden in *Holland* etwa Hebammen bei dieser Risikogruppe eingesetzt. In *Finnland* werden Hausbesuche v.a. durch „Public Health Nurses“ und SozialarbeiterInnen geleistet.

**„Stadt-Land“ Gefälle bedingt regionale Angebotsunterschiede**

In *Island* werden für die Gruppe der schwangeren Frauen mit PSYCHISCHER ERKRANKUNG Hausbesuche durch Hebammen v.a. zu Beginn der Schwangerschaft angeboten. Am Fall *Island* lässt sich aber auch beispielhaft ein Umstand darstellen, der sowohl die Angebotsbreite als auch die Kompetenzzuständigkeiten über Risikogruppen hinweg, in mehreren Ländern determiniert: die regionale bzw. lokale Zugehörigkeit/Ansässigkeit der Schwangeren. Professionell moderierte Peer-Gruppentreffen werden etwa in *Island* für schwangere Frauen mit PSYCHISCHER ERKRANKUNG(EN) angeboten – allerdings stehen solche Angebote durch FachärztInnen/„Public Health Nurses“ und Hebammen nur in der Hauptstadt (Reykjavik) zur Verfügung. In der *Schweiz* gibt es (wiederum von lokalen Initiativen ausgehend) zielgruppenspezifische Gruppen für psychisch erkrankte Schwangere, die zumeist von Hebammen bzw. „Public Health Nurses“ geleitet werden. In *Deutschland* stehen neben den Angeboten im niedergelassenen Bereich, spezielle Mutter-Kind Kliniken für Schwangere (etwa mit Essstörungen, Depressionen oder bei Suizidgefährdung) zur Verfügung (auch hier ist aber die Krankenkassenzugehörigkeit der Frau zu beachten).

**in Island eigene Betreuung für Schwangere mit Gewalterfahrungen vorhanden**

In *Island* werden schwangere Frauen, die HÄUSLICHER GEWALT ausgesetzt sind, von „Domestic Abuse Support Workers“ betreut, die mit lokalen Frauenhäusern kooperieren. Generell ergeben die Fragebogenantworten zu erkennen, dass für schwangere Frauen, die in ihrem nahen Umfeld mit Gewalttättern zu tun haben, keine speziellen Angebote bestehen. Zentrale Bedeutung kommt jedoch den bestehenden Betreuungs- und Schutzstrukturen zu, wie sie von Frauenhäusern, Frauen(wohn)gruppen etc. angeboten werden (wie z.B. in den ExpertInnenantworten aus *Deutschland* extra erwähnt). Die Rolle der verschiedenen Berufsgruppen ist beim „Screening“ auf häusliche Gewalt eine sehr unterschiedliche und vielfältige: Zum einen werden ÄrztInnen dazu angehalten auf Anzeichen häuslicher Gewalt zu achten, zum anderen sind es wiederum Hebammen und „Public Health Nurses“ (wie z.B.

<sup>36</sup> Eine genaue Beschreibung zur Kompetenzverteilung in *Deutschland* zwischen ÄrztInnen und Hebammen findet sich auch im Kapitel 5.6.1.



in *Finnland*), die im Kontakt mit der schwangeren Frau mit diversen Beratungen und Informationen betraut sind. Aber auch anderen Gruppen, wie etwa jener der SozialarbeiterInnen (z.B. in *Irland*), wird hierbei eine besonders zentrale Rolle zuteil, da wichtige Fragen, wie die nach einer dauerhaften Unterkunft, für die Sicherheit der Frau rasch geklärt werden müssen.

Ausführliche Angaben zu den involvierten Gesundheitsberufen für schwangere Frauen mit MIGRATIONSHINTERGRUND konnten lediglich aus der *Schweiz* gewonnen werden. Wie in der Einleitung (Kapitel 3.2.1) zuvor angemerkt, gibt es in der *Schweiz* keine einheitlichen Screeningprogramme, wodurch auch die Einbeziehung der Berufsgruppen kein landesweites Bild widerspiegelt sondern vielmehr einen Trend. Insofern sind es v.a. auch hier die psychosozialen Berufe und die Hebammen, die bei der Betreuung von schwangeren MigrantInnen mitwirken. Professionelle Übersetzungsarbeit wird in der *Schweiz* zumeist von SozialarbeiterInnen geleistet bzw. organisiert. In *Irland* müssen die Kosten für Übersetzungen üblicherweise von den Frauen selbst übernommen werden – bei der Geburt werden allerdings in den meisten Spitälern bei Bedarf ÜbersetzerInnen kostenfrei zur Verfügung gestellt. In *Deutschland* gibt es regional unterschiedliche Angebote (wie etwa Schulungen und Informationsmaterial zur Geburtsvorbereitung auf Türkisch). Fremdsprachenübersetzungen sind aber in *Deutschland* standardmäßig nicht vorgesehen.

Für schwangere, BILDUNGSFERNE Frauen und für schwangere Frauen im TEENAGE-ALTER wurden in *Großbritannien* im Rahmen einer „Teenage Pregnancy“ Strategie von der britischen Regierung eigene Hebammenstellen geschaffen, wo besondere Unterstützungen für junge und/oder bildungsferne Schwangere angeboten werden. Zu den übrigen Ländern können diesbezüglich keine Angaben zu den involvierten Berufsgruppen gemacht werden.

In *Finnland* gibt es weiters spezielle Empfehlungen bezüglich Screening- und Interventionsmöglichkeiten für schwangere Frauen mit Risikoprofilen – allerdings sind diese Dokumente ausschließlich auf Finnisch verfügbar.<sup>37</sup>

Anhand von Deutschland und Dänemark werden im Folgenden die Policies zweier Länder dargestellt, die Aufschluss über Empfehlungen und Umsetzungsstrategien in Bezug auf spezielle Interventionsangebote für schwangere Frauen mit Risikoprofilen geben.

**psychosoziale  
Berufsgruppen nehmen  
zentrale Rolle in der  
Begleitung von  
schwangeren Frauen  
mit Migrations-  
hintergrund ein**

**Großbritannien hat  
Strategie für  
schwangere Teenagers  
entworfen**

**2 Länderbeispiele für  
Zielgruppen-Policies**

---

<sup>37</sup> Für substanzabhängige, schwangere Frauen (<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>; [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf)); für Schwangere mit psychischer Erkrankung (<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/95635027-3393-4b29-8db5-fb1a8d51d4c3>); [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf)); für schwangere Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung (<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aec0e987-38de-4d2a-8244-c5edffbf4d84>); [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf)); für schwangere Frauen mit Migrationshintergrund ([http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf))

## 6.5 Länderbeispiel: Deutschland

|  |   |
|--|---|
| <b>Prävention durch „Frühe Hilfen“</b>           | 2007 wurde das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH - <a href="http://www.fruehehilfen.de/">http://www.fruehehilfen.de/</a> )“ vom deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geschaffen. TrägerInnen des NZFH sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) mit Sitz beim BZgA in Köln.  |
| <b>Definition und Reichweite der Leistungen</b>  | <p>„Frühe Hilfen“ beschreiben und umfassen lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe 0 bis 3 Jahre. Zu den „Frühen Hilfen“ zählen v.a. folgende Gesundheitsbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Medizinische Vorsorge und Gesundheitsförderung;</li> <li>✿ Schwangerschaftsbegleitung und -beratung;</li> <li>✿ Frühförderung;</li> <li>✿ Kinder- und Jugendhilfe.</li> </ul>   |
| <b>Zielgruppen</b>                               | Die Angebote richten sich grundsätzlich an alle (werdenden) Eltern im Sinne einer primären Prävention, wobei sich „Frühe Hilfen“ insbesondere auch an Familien mit Risikoprofilen (sekundäre Prävention) wenden. Gerade für letztere Gruppe bedarf es sorgfältiger Informationen, die auf eine nicht-diskriminierende Art ermöglicht, besonders belastete Familien zu erkennen und entsprechende Hilfen anzubieten.   |
| <b>Zielsetzungen</b>                             | <p>Die Hauptziele, die mit dem deutschen Zentrum für „Frühe Hilfen“ verfolgt werden, sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ durch „Frühe Hilfen“ schon in der Schwangerschaft die Entwicklungsmöglichkeiten und das gesunde Aufwachsen von Kindern zu ermöglichen;</li> <li>✿ den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung möglichst früh durch Prävention zu verbessern;</li> <li>✿ die Erziehungskompetenz der (werdenden) Eltern zu verbessern;</li> <li>✿ den Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens für werdende Eltern sowie für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern zu fördern.</li> </ul> |
| <b>breite Kooperation zwischen Institutionen</b> | Ein wesentliches Charakteristikum des NZFH besteht in der vernetzten Zusammenarbeit, die sowohl Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens, der Jugend- und Sozialarbeit, der Frühförderung, Schwangerenberatung und Frauenunterstützungseinrichtungen umschließt.  |
| <b>7 Qualitätsdimensionen</b>                    | <p>Das deutsche BMFSFJ formulierte 7 Anforderungen an „Frühe Hilfen“, um die Qualität, Treffsicherheit und Nachhaltigkeit der Leistungen zu gewährleisten. Demnach müssen „Frühe Hilfen“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ systematisch und umfassend Zugang zu den Zielgruppen finden;</li> <li>✿ systematisch und objektiv Risiken erkennen;</li> <li>✿ Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren;</li> <li>✿ Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen;</li> <li>✿ Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung;</li> <li>✿ Verankerung der Hilfe im Regelsystem;</li> </ul>   |

- ❖ Vernetzung und verbindliche Kooperation der AkteurInnen.

Um die vorangestellten Zielsetzungen und die Qualitätsdimensionen erreichen bzw. einhalten zu können, wurden dem NZFH drei grundlegende Aufgabenbereiche zugeordnet:

#### Aufgabenbereiche des NZFH

- ❖ Erstellung einer Wissensplattform, die Informationen zu den eingesetzten Modellen und zu Praxisbeispielen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stellt;
- ❖ Öffentlichkeitsarbeit, um Wissenstransfer zwischen den unterschiedlichen AkteurInnen zu fördern und den Aufbau von „Frühen Hilfen“ weiter voran zu treiben;
- ❖ Anregung und Unterstützung für die diversen AkteurInnen von „Frühen Hilfen“, sowohl für EntscheidungsträgerInnen in Ländern und Gemeinden, PraktikerInnen als auch für ProgrammevaluatorInnen.

Im Folgenden werden dem thematischen Fokus dieses Kapitels entsprechend, „Frühe Hilfen“ während der Schwangerschaft für Frauen/Eltern mit Risikoprofilen dargestellt. Weitere Beispiele für „Frühe Hilfen“ für Eltern und Kinder in Krisensituationen werden an späterer Stelle im Kapitel 7.5.3 beschrieben.

### 6.5.1 Aufsuchende Dienste durch Familienhebammen

Im deutschen Bundesland Sachsen-Anhalt<sup>38</sup> und im Landkreis Osnabrück<sup>39</sup> werden seit 2002 bzw. 2006 Familienhebammen für die Präventionsarbeit mit werdenden Müttern bzw. mit sozial gefährdeten Familien beschäftigt, um die „Lücke zwischen medizinischer Betreuung und sozialer Unterstützung zu schließen“ [30, S. 378]. Eine aktive Länderförderung gibt es hierzu auch in Baden-Württemberg, wo der Einsatz von Familienhebammen sowie von Familien-Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen mit jährlichen Anstoßfinanzierungen unterstützt werden. Modellhafte Projekte gibt es auch in Thüringen, wo Hausbesuchsprogramme erprobt werden [vgl. 31, S. 153]. Bei den Zielgruppen, die in diesen Projekten begleitet werden, handelt es sich v.a. um Schwangere, Mütter<sup>40</sup> bzw. Familien, die schwierigen gesundheitlichen und psychosozialen Risikosituationen exponiert sind. Dabei handelt es sich u.a. um:<sup>41</sup>

#### Abfederung von gesundheitlichen und psychosozialen Risiken

---

<sup>38</sup> Nähere Projektinfos siehe: <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/praxisprojekte/familienhebammen-im-land-sachsen-anhalt-sachsen-anhalt/>, download am 15.11.2010.

<sup>39</sup> Nähere Projektinfos siehe: <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/praxisprojekte/familienhebammen-im-landkreis-osnabrueck-niedersachsen/>, download am 15.11.2010.

<sup>40</sup> Das Projekt richtet sich v.a. an Mütter mit Kindern im 1. Lebensjahr.

<sup>41</sup> <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/praxisprojekte/familienhebammen-im-land-sachsen-anhalt-sachsen-anhalt/>, download am 15.11.2010.

- ❖ Psychosoziale Risikofaktoren: Gestörte Mutter-Kind bzw. Eltern-Kind Beziehungen; Suchtprobleme, Gewalterfahrungen bzw. –potenzial in der Familie; Straffälligkeit eines Familienmitglieds; Verdacht auf Kindesmisshandlung bzw. –vernachlässigung; soziale Benachteiligung bzw. erschwelter Zugang zu Hilfen (z.B. Familien in Armut, Überschuldung, kinderreiche Familien, Analphabetinnen, Migrantinnen, Asylwerberinnen etc.); sonstige psychische Belastungen; ungewollte Schwangerschaften.
- ❖ Gesundheitliche Risikofaktoren: Chronische Erkrankungen (z.B. Hepatitis, Epilepsie, HIV/AIDS, körperliche Behinderung der Mutter/des Vaters, Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung).

|  |   |
|--|---|
| <b>Zielsetzungen</b>   | Das vorrangige Ziel der Arbeit von Familienhebammen besteht einerseits in der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von vulnerablen Familien, andererseits in der Mobilisierung und Stärkung von individuellen und sozialen Ressourcen. Zu diesem Zweck wurden in Deutschland freiberufliche Hebammen mit zusätzlichen sozialrechtlichen, sozialpflegerischen und medizinischen Kenntnissen (insbesondere auch in Hinblick auf die Entwicklung und Versorgung von Säuglingen) ausgestattet. Hebammen verfügen über einen einfachen und weitgehend barrierefreien Zugang zu den Zielgruppen v.a. zu jenen, die ansonsten nur schwer über etablierte Hilfesysteme erreicht werden können <sup>42</sup> . Die aufsuchende Arbeit der Familienhebammen in den Wohnungen/Häusern der Frauen bzw. Familien stellt ein zentrales Element dieser Projekte dar und ermöglicht bei Bedarf situationsgerechte Interventionen. |
| <b>Projektevaluierung weist auf positive Veränderungseffekte hin</b> | Mittlerweile wurden in Osnabrück auch erste Evaluierungen zum Einsatz von Familienhebammen durchgeführt. Mit Hilfe von direkten Veränderungsmessungen (Beantwortung von Fragen nach der Veränderung der Situation zum Ende der Betreuung) wurden die Angaben von 590 Frauen ausgewertet. Die Kernergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: <sup>43</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bei 80 % der betreuten Frauen und Kinder wurde eine Verbesserung der Ausgangssituation erreicht.</li> <li>❖ Positive Veränderungen ließen sich für alle Problemlagen erzielen – allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.</li> <li>❖ Die größten Erfolge gab es in den Bereichen „Abbau von Überforderung und Ängsten“; „Verbesserung des Wissens“; „angemessene pflegerische Versorgung des Kindes“; „Verbesserung der Mutter-Kind Beziehung“; „Verbesserung der gesundheitlichen Situation“.</li> </ul>              |
| <b>Qualitätsdimensionen</b>  | Zu den Erfolgsfaktoren werden u.a. das gute Vertrauensverhältnis zwischen Hebammen und KlientInnen sowie die intensive Kooperation mit den SozialarbeiterInnen (KoordinatorInnen im Auftrag der Jugendämter) gezählt. Dadurch konnten in Osnabrück die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, um eine anschlussfähige Weiterbetreuung durch sozialpädagogische FamilienhelferInnen zu gewährleisten [vgl. 30, S. 368ff.].   |

<sup>42</sup> In den USA existieren im Ansatz ähnliche Projekte. Allerdings werden die Zielgruppen dort v.a. von speziell geschulten Pflegekräften betreut, die wiederum über günstige Voraussetzungen für das Erreichen der belasteten Familien verfügen.

<sup>43</sup> Weitere Detailergebnisse finden sich in Windorfer 2009, [30].

Das weiträumigere Angebot an Familienhebammen wurde Mitte Dezember 2010 von der deutschen Familienministerin angeregt. Demzufolge soll die Finanzierung von Familienhebammen, die bisher nicht flächendeckend gesichert ist, verbessert werden: Zwischen 2012 und 2015 sollen jährlich € 30 Mio. bereitgestellt werden, um einem breiteren Kreis an Frauen bzw. Familien diese Präventionsleistungen zur Verfügung stellen zu können. Der Bedarf an diesen „Frühen Hilfen“ wird von der Ministerin auf etwa 60.000 Familien in Deutschland geschätzt.<sup>44</sup>

**deutsches  
Familienministerium  
plant Ausweitung von  
Leistungen durch  
„Familienhebammen“**

## 6.5.2 Programmbeispiel

### „Projekt Wiege – STEEP<sup>TM+SM</sup>“

Dieses Projekt, das in Brandenburg und Hamburg durchgeführt wird, ist für (werdende) Mütter und Paare konzipiert, die unterschiedliche (meist kumulierte) Risikofaktoren aufweisen. Ziel ist es zum einen mittels des STEEP<sup>TM</sup>-Programmes („Steps towards effective and enjoyable parenting“) den Übergang zur Elternschaft effektiv zu begleiten. Dadurch sollen bereits während der Schwangerschaft hochbelastete Familien auf das Zusammensein mit dem Kind vorbereitet werden. Zum anderen richten sich diese „Frühe Hilfen“ auch an Risikofamilien mit Kindern. Beiden Zielgruppen sollen beständige Eltern-Kind Bindungserfahrungen vermittelt werden. Das Projekt umspannt einen Zeitraum vom Zeitpunkt der Schwangerschaftsfeststellung bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes.

**Vorbereitung auf  
positive  
Bindungserfahrungen**

STEPP<sup>TM</sup> ist ein bindungstheoretisches Frühinterventionsprogramm in dem sowohl Einzelberatungen, Gruppenkontakte und „Medien“ eingesetzt werden, um Eltern-Kind Interaktionen zu besprechen, zu erklären und darzustellen. Hierbei wird auf vier Ebenen angesetzt:

**Methode und  
4 Ebenen-Ansatz**

- ❖ **Verhaltensebene:** Bei Familien mit Kindern wird der interpersonelle Umgang beobachtet, auf Video aufgezeichnet und das Ergebnis gemeinsam betrachtet;
- ❖ **Repräsentationsebene:** Erfahrungen der (werdenden) Eltern aus ihrer eigenen Kindheit werden aufgespürt und ihre Auswirkungen auf den Umgang mit dem Kind besprochen;
- ❖ **Soziale Unterstützung:** Sowohl professionelle HelferInnen als auch Peers (Gruppenkontakte) leisten Hilfestellungen
- ❖ **Beziehungsebene:** (Werdende) Eltern sollen Balance finden zwischen stimmiger Zuwendung und notwendiger Distanz.

<sup>44</sup>[http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/43905/Schroeder\\_kuendigt\\_staerkeren\\_Einsatz\\_von\\_Familien-Hebammen\\_an.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/43905/Schroeder_kuendigt_staerkeren_Einsatz_von_Familien-Hebammen_an.htm), download am 14.12.2010.

<sup>45</sup> <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehehilfen/praxisprojekte/wie-elternschaft-gelingt-wiege-steep-brandenburg/>, download am 15.11.2010.

## 6.6 Länderbeispiel: Dänemark

### Empfehlungen zur Betreuung und Begleitung von Schwangeren mit Risikofaktoren

Das dänische Gesundheitsministerium hat 2009 einen umfassenden Bericht zum Schwangeren-Screening [vgl. 27]<sup>46</sup> publiziert, der sich u.a. auch mit schwangeren Risikogruppen befasst. Analog zu den Risikogruppen, die auch in der LBI-HTA Fragebogenuntersuchung die wesentlichen Zieldimensionen darstellten, formulierte das Gesundheitsministerium Empfehlungen in der Betreuung und Begleitung von Schwangeren, die sozialen Risikofaktoren bzw. -situationen ausgesetzt sind. Hierbei wird auch auf die Notwendigkeit von klaren Policy-Vorgaben (um eine möglichst engmaschige Betreuung dieser Gruppen zu gewährleisten) und auf die eindeutigen Zuständigkeiten verschiedener Berufsgruppen hingewiesen. Demnach ist auf der Makroebene, die öffentliche Verwaltung v.a. für folgende Punkte zuständig:

- ✿ Richtlinienerstellung zu häuslichen Besuchen durch Betreuungspersonen;
- ✿ Errichtung von interdisziplinären Netzwerken, die unterschiedliche Gesundheitsberufe mit einbeziehen;
- ✿ Richtlinienerstellung zum konkreten Leistungsbedarf für unterschiedliche Risikogruppen von schwangeren Frauen.

### interdisziplinäre Betreuungsarbeit

Auf der Mikroebene sind es v.a. ÄrztInnen und Hebammen, die eine zentrale Rolle spielen und letztlich aufgrund der Empfehlungen die Betreuungsarbeit ausführen. Aufgrund der Risikofaktoren erfolgt die medizinische Behandlung meist ausschließlich durch FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe, wobei auch hier enge Kooperationen mit den Hebammen und anderen Gesundheitsberufen bestehen. Um einen möglichst stabilen Kontakt zur schwangeren Frau aufrecht zu erhalten, soll eine Person einer Berufsgruppe als Ansprechperson (für die Schwangere und auch für die anderen BetreuerInnen) dienen. Zudem sind häufigere Hausbesuche (als bei Normalverläufen) anzubieten, um zum einen zusätzliche Hilfen rechtzeitig einleiten zu können, aber auch um vorhandene (Familien)Ressourcen kennenzulernen und zu fördern.

Im Folgenden werden (auszugsweise) die Empfehlungen des dänischen Gesundheitsministeriums bei der Betreuung von schwangeren Frauen mit diversen sozialen Risikoprofilen dargelegt, wie etwa:<sup>47</sup>

- ✿ Substanzmissbrauch;
- ✿ Psychische Erkrankung(en);
- ✿ „Bildungsferne“ (max. Pflichtschulabschluss absolviert);
- ✿ Teenage-Alter;
- ✿ Alleinerzieherinnen;
- ✿ Häusliche Gewalt;
- ✿ Migrationshintergrund.

<sup>46</sup> Dieser Bericht ist nur auf Dänisch verfügbar und konnte für die Erstellung der vorliegenden Studie nur teilweise übersetzt werden.

<sup>47</sup> Weitere Empfehlungen werden seitens des dänischen Gesundheitsministeriums auch für schwangere Frauen gegeben, die Opfer von Vergewaltigung(en), Inzest oder anderer Gewalterfahrungen wurden; weiters für Schwangere mit Flüchtlings- bzw. Asylstatus und für schwangere Frauen, die Opfer einer Beschneidung sind.

## Substanzmissbrauch

- ❖ Etablierung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Betreuungsperson(en) und der schwangeren Frau (und soweit als möglich des Partners/der Partnerin);
- ❖ Weitestgehende Abstinenz zu erreichen bzw. den Substanzkonsum weitgehend einzuschränken; Begleitprogramm erstellen (das auch den Partner/die Partnerin mit einbezieht);
- ❖ Psychologische und/oder psychiatrische Begleitung bzw. Behandlung;
- ❖ Fokussierung auf Reduktion von Schwangerschafts- und Geburtsrisiken und auf Abfederung der psychosozialen Risikosituationen der Schwangeren;
- ❖ Im Falle einer notwendigen Unterbringung des Neugeborenen bedarf es einer rechtzeitigen (bereits während der Schwangerschaft) sozialen Abklärung hinsichtlich möglicher Optionen, die weitestgehend die Interesse von Mutter/Eltern und Kind berücksichtigen;
- ❖ Beratung bzgl. zukünftiger Schwangerschaftsverhütung etc.

**Fokus auf  
Abstinenz/Reduktion  
von Substanzkonsum  
u.a. durch engmaschige  
Betreuung**

## Psychische Erkrankung(en)<sup>48</sup>

- ❖ Detailgenaue Anamnese inkl. vergangener und gegenwärtiger psychischer Erkrankung(en);
- ❖ Engmaschige Kontaktaufnahme mit der schwangeren Frau, um bei Bedarf rasch, psychiatrische Behandlung anbieten zu können; das Team sollte aus Hebammen, GynäkologInnen und PsychiaterInnen bestehen; v.a. im letzten Trimester sind Hausbesuche durch einen „Health Visitor“ angeraten;
- ❖ Hinsichtlich einer eventuellen Medikation: Betreuungsperson(en) müssen sich vergewissern, dass die Frau im Umgang geschult und „compliant“ ist;
- ❖ Überprüfung vorhandener (sozialer) Ressourcen (z.B. seitens des Partners/der Partnerin) für psychische Krisensituationen;
- ❖ Erstellung eines genauen Geburtsplanes und einer Tagesstruktur für die (zumindest ersten) Tage nach der Geburt;
- ❖ Nach der Geburt: „Beobachtung“ der Mutter-Kind Beziehung; nach einer Spitalsentlassung: Gewährleistung von Betreuungsstrukturen (unter Bedachtnahme von vorhandenen Ressourcen innerhalb der Familie bzw. Partnerschaft);
- ❖ Kontinuierliches Betreuungsangebot für die Mutter/Eltern und das Kind über die perinatale Phase hinaus etc.

**Angebot an häufigeren  
Hausbesuchen v.a.  
gegen Ende der  
Schwangerschaft**

## „Bildungsferne“, schwangere Frauen

- ❖ Unterstützung der schwangeren Frauen in diversen Entscheidungsfindungsprozessen;
- ❖ Abklärung und Einschätzung vorhandener, sozialer Ressourcen durch Betreuungsperson(en);

**lösungs- und  
ressourcenorientierte  
Unterstützungen**

---

<sup>48</sup> Die Empfehlungen erwähnen hierbei insbesondere Erkrankungen aus dem schizo-  
phrenen Formenkreis, bipolare affektive und andere schwere Störungen.

- ✿ Angebot an Schwangerschaftskursen, die v.a. ein „Skills-Training“ für die Zeit nach der Geburt beinhalten sowie Informationen zu einer gesunden Lebensführung für Mutter/Eltern und Kind(er);
- ✿ Abklärung und Einschätzung zum Bedarf an externer Unterstützung (z.B. in psychosozialer, sozialer oder ökonomischer Hinsicht);

### Teenage-Alter

#### Austausch in Peergruppen fördern

- ✿ Einschätzung der Reife der jungen, schwangeren Frau;
- ✿ Abklärung und Einschätzung vorhandener, sozialer Ressourcen durch Betreuungsperson(en);
- ✿ Angebot von moderierten Peergruppen-Treffen, um Austausch und Kontakt zu anderen Teenage-Schwangeren herzustellen;
- ✿ Unterstützung der schwangeren Teenager in diversen Entscheidungsfindungsprozessen;

### Alleinerzieherinnen

#### Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation

- ✿ Erstellung eines sozialen „Netzwerkplans“ gemeinsam mit der schwangeren Frau, um die Breite und Tiefe von persönlichen Ressourcen und sozialen Netzwerken einschätzbar zu machen;
- ✿ Gesprächsangebote zur Alltagsbewältigung während der Schwangerschaft;
- ✿ Hilfestellung bei der Identifizierung von Rollenbildern und –modellen von Alleinerzieherinnen;
- ✿ Angebot an Kontaktherstellung zu anderen schwangeren Frauen (die nicht in einer Partnerschaft leben) in Form von Gruppentreffen oder zu einzelnen Frauen.

### Häusliche Gewalt

#### Angebote müssen Frauen umgehendes „Verlassen“ des gewalttätigen Umfeldes ermöglichen

- ✿ Betreuungsangebot muss der schwangeren Frau ein möglichst rasches Verlassen der häuslichen Gewaltsituation sowie die Unterbringung in einer geschützten Fraueneinrichtung ermöglichen; falls Ersteres seitens der Frau nicht möglich/gewünscht wird: Mitbetreuung des gewalttätigen Mannes in Form von z.B. psychoedukativen Maßnahmen, Therapien etc. – in jedem Fall aber engmaschige Wiederbestellungen/Hausbesuche;
- ✿ Unterstützung beim Berichten/Melden der häuslichen Gewalt;
- ✿ Abklärung und Einschätzung vorhandener, sozialer Ressourcen durch Betreuungsperson(en);
- ✿ Abklärung und Behandlungsangebot bei Angsterkrankungen, Depressionen etc.

### Migrationshintergrund

#### sprachliche Barrieren mit kompetenten Übersetzungsangeboten überwinden

- ✿ Professionelle ÜbersetzerInnen in Kontaktsituationen mit Betreuungsperson(en) bereitstellen;
- ✿ Bedachtnahme auf interkulturelle Unterschiede zum Thema Schwangerschaft allgemein und bei bestimmten (Krisen)Situationen im speziellen (z.B. Geburtsvorgang);



- ✿ Kontaktnetzwerk mit der schwangeren Frau besprechen, d.h. gemeinsame Abklärung von unklaren Schwangerschaftssituationen, die eine Kontaktaufnahme mit der Hebammen bzw. dem Arzt/der Ärztin erfordern etc.



## 7 Eltern-Kind Routinescreenings und Interventionsangebote für (hoch)belastete Familien

### 7.1 Länderübersicht

Mit der Geburt eines Kindes rücken in OECD-Ländern überwiegend die Spitäler und Geburtskliniken in das Zentrum der Aufmerksamkeit, da die meisten Geburten in diesen Institutionen stattfinden. Die Rate an Hausgeburten ist nur in der Türkei (2003: 21 %) und in den Niederlanden (1992: 31 %) überproportional hoch. Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer im Spital zeigt sich in Ländern mit einem eher „Medizin-zentrierten“ Zugang zum Thema Schwangerschaft eine deutlich längere Verweildauer der Mütter mit ihren Neugeborenen. Umfassende, empirische Befunde, dass lange Spitalsaufenthalte mit besseren Gesundheits-Outcomes bei den Neugeborenen korrelieren, fehlen allerdings weitgehend.

**Unterschiede in der Länge der Spitalsaufenthalte**

Darüber hinaus werden einige Leistungen (wie etwa Beratungen und Hilfestellungen beim Stillen, aber auch Beratungen und Interventionsangebote bei sozialen Belastungssituationen), die in manchen Ländern in den Spitälern angeboten werden, in den Niederlanden, Großbritannien und Neuseeland im Wohnbereich der Frau/Familie von „Health Visitors“, „Public Health Nurses“ oder Hebammen erbracht.

**„Hausbesuche“ durch ProfessionistInnen**

Die folgenden Kapitel beschreiben zum einen die angebotenen Routinescreenings für Eltern und Kinder in ausgewählten Ländern; zum anderen wird eine Übersicht über spezielle Angebote bzw. Leistungen für Eltern und Kinder in (psychozialen) Krisensituationen gegeben. Wie bereits zuvor wird auch nachstehend auf die Rolle unterschiedlicher Gesundheitsberufe bei der Durchführung der Screenings als auch bei der Erbringung von Eltern-Kind Leistungen in den Ländern geachtet.

## 7.2 Großbritannien

### 7.2.1 Eltern-Kind Routinescreenings

In Großbritannien werden vom „National Screening Committee“ folgende Screeningangebote für Neugeborenen empfohlen und angewandt:

*Tabelle 7.2-1: Überblick zu Screeningangeboten für Neugeborene in Großbritannien*

| Art der Untersuchung              | Screeningangebot |
|-----------------------------------|------------------|
| Sichelzellanämie (Neugeborene)    | ✓                |
| PKU                               | ✓                |
| MCADD                             | ✓                |
| Neugeborenen Hörscreening         | ✓                |
| Entwicklungsbedingte Hüftluxation | ✓                |
| Zystische Fibrose (Neugeborene)   | ✓                |
| Kryptorchismus                    | ✓                |
| Kongenitaler Hypothyreoidismus    | ✓                |
| Kongenitaler Herzfehler           | ✓                |
| Kongenitaler Katarakt             | ✓                |

Quelle: <http://www.screening.nhs.uk/policydb.php>, download am 01.10.2010.

**größtenteils  
flächendeckendes  
Screeningangebot für  
Neugeborene und  
Kleinkinder**

Anders als bei den pränatalen Screeningprogrammen in Großbritannien, gibt es bei den Screenings für Neugeborene und Kleinkinder nur marginale Unterschiede zwischen den Regionen. Das britische Screening-Committee informiert in der folgenden Tabelle über das Angebot von 3 Screeningverfahren, die zur Gänze in Großbritannien zur Anwendung kommen. Die fehlende schottische Screening-Policy für die Neugeborenen- und Kleinkind-Untersuchungen wird folgendermaßen erklärt: „Not currently a national screening programme but routinely carried out throughout NHS Scotland<sup>49</sup>“.

*Tabelle 7.2-2: Überblick zu Screeningprogrammen für Neugeborene und Kleinkinder in Großbritannien*

| Postnatales Screening                      | England | Nordirland | Schottland | Wales |
|--|---------|------------|------------|-------|
| Neugeborenen- und Kleinkind-Untersuchungen | ✓       | ✓          | ---        | ✓     |
| Newborn Blood Spot <sup>50</sup>           | ✓       | ✓          | ✓          | ✓     |
| Neugeborenen Hör-Screening                 | ✓       | ✓          | ✓          | ✓     |

Quelle: <http://www.screening.nhs.uk/programmes>, download am 01.10.2010.

<sup>49</sup> <http://www.screening.nhs.uk/programmes>, download am 01.10.2010.

<sup>50</sup> Screening auf Phenylketonurie, kongenitalem Hypothyreoidismus, Sichelzellanämie, Cystische Fibrose und Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel, verfügbar unter <http://newbornbloodspot.screening.nhs.uk/>, download am 24.11.2010.

Zudem erstellte das NHS Empfehlungen [32] für die standardmäßigen Neugeborenen- und Säuglingsuntersuchungen (von der Geburt bis ca. 6 bis 8 Wochen nach der Geburt).

Diese Empfehlungen werden etwa bei den peri- und postnatalen „Neugeborenen- und Kleinkind-Untersuchungen“ in England angewandt: Dabei handelt es sich um ein Elternangebot mit dem Neugeborene (bis spätestens ca. 72 Stunden nach der Geburt) von „Kopf bis Fuß“ untersucht werden. Diese Ganzkörpersuchung des Kindes wird schließlich nach 6 bis 8 Wochen nach der Geburt wiederholt und enthält folgende Untersuchungsschritte: Eine allgemeine Beurteilung des physischen Zustandes des Neugeborenen sowie spezielle Untersuchungen der Augen, des Herzens, der Hüften und bei männlichen Kindern, der Hoden. Bei Säuglingen werden darüber hinaus die motorischen Fähigkeiten überprüft. Das NHS empfiehlt weiters die zeitgleiche Untersuchung der Säuglinge und der Mütter: „Where possible, the 6 – 8 week examination should be combined with the mother’s postnatal examination and the infant’s vaccination to provide a ‚one stop service‘“ [32, S. 6]. Diese Untersuchungen sollen gleichzeitig genutzt werden, um folgende Screenings bzw. Beratungen durchführen zu können:

- ✿ Überprüfung eventuell vorausgegangener Schwangerschaftsprobleme und sonstiger Familienbelastungen;
- ✿ Beratungen zur Säuglingspflege, Stillen, Vitamin-K, Hepatitis B etc.
- ✿ Identifizierung von Müttern bzw. Eltern mit Risikofaktoren – besonderes Augenmerk soll auf Depression, häusliche Gewalt, Substanzmissbrauch, Lernschwierigkeiten und sonstige psychische Erkrankungen gelegt werden;
- ✿ Beratungen und Informationen zu lokalen Unterstützungsnetzwerken bei Bedarf (v.a. zu den lokalen Gesundheitszentren);
- ✿ Beratungen und Informationen bzgl. zusätzlicher Unterstützungshilfen bei besonderen Belastungssituationen [vgl. 32, S. 6].

Hinsichtlich der Durchführung der genannten Untersuchungen werden in den Empfehlungen Hebammen, AllgemeinmedizinerInnen, „Health Visitors“ und KinderärztInnen genannt, wobei hier primär die Kompetenz der DienstleisterInnen und nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe im Vordergrund steht<sup>51</sup>: „Competence is an outcome: it describes what someone can do. In order to measure reliably someone’s ability to do something, there must be clearly defined and widely accessible standards through which performance is measured and accredited [32, S. 5].

Zu den Aufgaben der „Health Visitors“<sup>52</sup> in Großbritannien zählen u.a.:

- ✿ Präventivleistungen, wie Impfungen;
- ✿ Ernährungsberatung für Kinder und Eltern;
- ✿ Diagnostik und Behandlung von leichten Kindeserkrankungen;
- ✿ Problemstellungen im Zusammenhang mit dem Verhalten des Kindes;
- ✿ Überprüfung der kindlichen Entwicklungsschritte.

<sup>51</sup> Die NICE Empfehlungen weisen darauf hin, dass sowohl von Hebammen als auch von ÄrztInnen laufende Fortbildungen („post-basic learning“) verlangt werden [29].

<sup>52</sup> Hinsichtlich einer genauen Berufsbeschreibung sei auf die Fußnote 11 hingewiesen.

### **Standard-Checks der Neugeborenen**

**umfassendes Screening auf weitere Risikofaktoren und ausführliche Beratungsleistungen**

**berufliche Kompetenz als zentrales Qualitätskriterium für „Outcomes“ – Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe ist von sekundärer Bedeutung**

**„Health Visitors“ erfüllen Basisaufgaben sowohl bei Screenings als auch bei der Eltern-Kind Versorgung**

## 7.2.2 Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen

**britisches  
Gesundheitsministerium  
veröffentlichte  
Programmlinie „Healthy  
Child Programme“**

2009 präsentierte das britische Gesundheitsministerium das „Healthy Child Programme“ [33] das auf einem früheren Policy-Dokument<sup>53</sup> basiert. Das „Healthy Child Programme“ umfasst sowohl allgemeine Empfehlungen für die Erbringung von Eltern-Kind Leistungen („universal services“) und nimmt Bezug auf Eltern und Kinder, die sich aus verschiedenen Gründen in Krisensituationen befinden bzw. potentielle Risikofaktoren aufweisen („progressive services“).

**„kontaktintensive“  
Betreuungsangebote für  
Eltern und Kinder mit  
Risikoprofilen**

In Großbritannien werden unterschiedliche Programme für AlleinerzieherInnen bzw. Eltern und Kinder mit Risikoprofilen angeboten. Eine umfassende Darstellung aller Leistungen kann an dieser Stelle nicht geleistet werden, als Beispiel sei jedoch etwa das „Family Nurse Partnership Programme“ genannt: Dabei handelt es sich um ein Programm, das in England angeboten wird und das vermehrte Hausbesuche durch Krankenpflegepersonal für sehr junge, erstmalig werdende Eltern vorsieht. Die Leistungen können für die Zeitspanne Schwangerschaftsbeginn bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden.

**„Health Visitors“ werden  
auch als Krisen-  
managerInnen aktiv**

Prinzipiell kommt in Großbritannien der Berufsgruppe der „Health Visitors“ auch in familiären Ausnahme- bzw. Krisensituationen eine bedeutsame Rolle als BeraterInnen und Kontaktpersonen zu anderen Sozial- bzw. Gesundheitseinrichtungen zu. Solche Situationen können sich etwa durch Substanzmissbrauch eines Elternteils ergeben, aber auch durch postnatale Depressionen, sozio-ökonomische Krisenevents (wie Jobverlust) oder durch eine psychische Erkrankung innerhalb der Kernfamilie. Die Bedeutung der „Health Visitors“ wird auch mit den Ankündigungen der britischen Public Health Ministerin, Anne Milton, im Oktober 2010 unterstrichen:<sup>54</sup>

- ❖ Die Zahl an „Health Visitors“ soll in Großbritannien bis 2015 um beinahe 50 % auf 4.200 angehoben werden.
- ❖ Die universitären Trainingsprogramme für „Health Visiting“ sollen verbessert werden.
- ❖ Das Berufsbild des/der „Health Visiting“ ExpertIn soll erneuert und attraktiver gestaltet werden.

<sup>53</sup> Dabei handelt es sich um den „National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services“ aus 2004.

<sup>54</sup> [http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleases/DH\\_120742](http://www.dh.gov.uk/en/MediaCentre/Pressreleases/DH_120742), download am 15.11.2010.

### 7.2.3 “The Healthy Child Programme”

Das NHS-Programm “The Healthy Child Programme” umfasst eine Reihe von Basisuntersuchungen, Screeningtests, Impfungen und Eltern-Informationen, die die Gesundheit und Entwicklung von Kindern (0 bis 5. Lebensjahr) betreffen.<sup>55</sup> Das Programm wird üblicherweise in Zusammenarbeit mit dem/der zuständigen AllgemeinmedizinerIn („local GP“), der/die für die lokale Betreuung zuständig ist, oder dem lokalen Kindergesundheitszentrum angeboten. Einige der Basisuntersuchungen für Kinder können auch zu Hause, am Wohnort der Eltern, durchgeführt werden. An diesem Programm sind unterschiedliche „Health Visitors“ beteiligt, die je nach Bedarf und Leistung mit den Eltern und Kindern in Kontakt treten (z.B. Hebammen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, „Early Years Support Staff“ etc.). Zudem handelt es sich um ein „variables“ Programm, das sich auch an den Bedürfnissen bzw. Lebensumständen der Eltern und Kinder orientiert. Familien, die zusätzliche Unterstützung(en) benötigen werden entsprechend betreut: „The Healthy Child Programme offers plenty of support for children and families who need it. The health visitor will make sure that your child has an individual Healthy Child Plan, which reflects your particular strengths, needs and choices.“<sup>56</sup>

**britisches Screeningprogramm für Kinder nimmt Bedacht auf zusätzliche Bedürfnisse**

Kurz vor oder nach der Geburt eines Kindes, bekommen Eltern in England das „Personal Child Health Record (PCHR)“ ausgehändigt.<sup>57</sup> Aufgrund des roten Umschlags wird dieses Screeninginstrument auch „Red Book“ genannt mit Hilfe dessen die wichtigsten Entwicklungsschritte während der (früh)kindlichen Entwicklung erhoben werden. Das Kindergesundheitsheft sollte zu jeder Kontrolle bzw. Untersuchung in einem Kindergesundheitszentrum mitgebracht werden. Ebenso soll das Booklet beim Kontakt mit folgenden Gesundheitsberufen vorgelegt werden: „Health Visitor“; HausärztIn; Hebamme; LogopädIn, ZahnärztIn, „School Nurse“.

**„Red Book“ – Kindergesundheitsheft in England**

Die angebotenen Routinescreenings für Kinder umfassen z.B.

- ✿ Hörscreening bei der Geburt;
- ✿ Blutuntersuchungen (z.B. Sichelzellanämie);
- ✿ Untersuchungen der Herzfunktionen, der Hüfte und der Augen.

<sup>55</sup> Für Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe 5 bis 19. Lebensjahr wurde vom britischen Gesundheitsministerium ein eigenes Programm entwickelt: „Healthy Child Programme – From 5 – 19 years old“, verfügbar unter: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_108866.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_108866.pdf)

<sup>56</sup> <http://www.nhs.uk/Planners/birthtofive/Pages/Checkingdevelopment.aspx>, download am 15.11.2010.

<sup>57</sup> Eine PCHR-Version ist unter [http://shop.healthforallchildren.co.uk/pro.epl?DO=IMAGE&ID=pchr\\_alts\\_jun03](http://shop.healthforallchildren.co.uk/pro.epl?DO=IMAGE&ID=pchr_alts_jun03) verfügbar.

### 7.2.4 Schottland: „Red Book – Personal Child Health Record“

#### „Red Book“ – Neues Kindergesundheitsheft in Schottland

In Schottland wurde mit 1. Jänner 2010 ein eigenes Dokument („Red Book“) zur Erfassung der (früh)kindlichen Gesundheit lanciert, das dem englischen Heft sehr ähnlich ist. Die Zielgruppe dieses Instruments sind wiederum Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahre. Das schottische Heft wird üblicherweise vom „Health Visitor“, einer „Public Health Nurse“ oder der Hebamme nach der Geburt (etwa am 10. Tag) an die Mutter/die Eltern ausgehändigt. Es ist auch die Aufgabe dieser Berufsgruppen den Heftinhalt und den –zweck der Mutter/den Eltern zu erklären und darauf hinzuweisen, dass das „Red Book“ zu jeder Kindesuntersuchung (z.B. durch AllgemeinmedizinerInnen, ZahnärztInnen, bei Spitalsaufenthalten, TherapeutInnen, wie etwa Logopädie) mitzunehmen ist.

#### Kernbereiche im Booklet: physische und psychische Entwicklung

Die Inhalte des „Red Book“ umfassen Checklisten zum physischen und psychischen Entwicklungsstatus des Kindes und legen einen zusätzlichen Schwerpunkt auf den kindlichen Zahnstatus (das Heft enthält eigene „Dental Care Notes“). Für Kinder mit Down-Syndrom finden sich ergänzende Charts zum Entwicklungsstatus sowie Informationen für die Eltern und die mit dem Kind befassten Gesundheitsberufe.

#### Eltern haben Möglichkeit, Einträge vorzunehmen – Förderung von Kommunikation mit Gesundheitsberufen

Das „Red Book“ ist als dynamisches Kommunikationstool zu verstehen, das sowohl Angehörigen von Gesundheitsberufen als auch den Eltern die Möglichkeit für Einträge bietet. Die Inhalte sind nur in Englisch verfügbar, allerdings gibt es ein allgemeines Informationsblatt in acht weiteren Sprachen. Detailinformationen können über die Homepage der schottischen Regierung abgerufen werden: <http://www.scotland.gov.uk>

## 7.3 Finnland

#### flächendeckende Versorgung bereits in den 1940er Jahren

Die Errichtung von öffentlichen Geburts- und Kinderkliniken in den 1940er Jahren gilt als wichtiger Meilenstein in der finnischen Gesundheitspolitik. Gemäß der 1944 geschaffenen gesetzlichen Grundlage, wurde jeder Verwaltungsbezirk zur Betreibung einer Geburts- und Kinderklinik verpflichtet, wobei die angebotenen Leistungen kostenlos zur Verfügung gestellt werden mussten. 1946 gab es bereits 1.500 solcher Kliniken in Finnland und das flächendeckende Angebot wird mit nachhaltig positiven Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Müttern und Kindern (v.a. in Hinblick auf deren Lebenserwartung) in Verbindung gebracht [vgl. 34, S. 104].

#### Neugestaltung der Mutter-Kind Versorgung durch „Public Health Act“ von 1972

Darüber hinaus wurde in den frühen 1970er Jahren ein „Policy Shift“ in der Ausrichtung der Gesundheitspolitik vorgenommen. Mit dem „Public Health Act“ (1972) wurden die Schwerpunkte zunehmend auf Präventivmaßnahmen und ambulante Behandlungen bzw. Betreuungen gelegt. KELA („The Social Insurance Institution of Finland“) ist für die Bereitstellung von Leistungen der staatlichen Sozialversicherung zuständig. Grundsätzlich sind alle EinwohnerInnen Finnlands anspruchsberechtigt – unabhängig ihrer finanziellen Situation. „Public Health Care“ wird in Finnland in öffentlichen Gesundheitszentren und in öffentlichen Krankenhäusern geleistet. Im Zuge der Gründung solcher Gesundheitszentren wurde auch die Mutter-Kind Versorgung neu geregelt, die seither eigene Mutter-Kind Fachzentren („Neuvola“ – siehe Kapitel 5.4.1) umfassen. Die zusätzlichen Kosten für die



Bereitstellung solcher Zentren müssen, dem „Public Health Act“ zufolge, sowohl von der Nationalregierung als auch den regionalen Verwaltungseinheiten getragen werden [vgl. 35, S. 11].

### 7.3.1 Eltern-Kind Routinescreenings

Nach der Entbindung in einer Geburtsklinik bleibt die „Neuvola“ während der ersten Monate (und darüber hinaus zumindest bis zum Schuleintritt) der zentrale Betreuungsort für Mütter/Eltern und ihre Kinder. Die zuvor betreuende „Public Health Nurse“ kommt aber zusätzlich nach der Krankenhausgeburt auch zweimal nach Hause (auf Wunsch der Mutter/der Eltern auch öfters). Die wesentliche Aufgabe der „Public Health Nurse“ besteht nun in der Überwachung und Kontrolle der Entwicklung des Säuglings (hierunter fallen z.B. Leistungen wie Wiegen, Messen, Impfen etc.).

Darüber hinaus wird ca. 2 Wochen nach der Geburt für die Mutter ein „Postnatal Check“ bei einem Arzt/einer Ärztin vereinbart, der u.a. eine internistische Untersuchung umfasst. Dabei wird eine Bestätigung vom Arzt/von der Ärztin ausgestellt, die die Voraussetzung für den Bezug der staatlichen Elterngeldleistungen darstellt [vgl. 36, S. 5ff.].

Die Untersuchung der Kleinkinder erfolgt ebenfalls in den „Neuvas“: Grundsätzlich sind 16 „check-ups“ vorgesehen, von denen 5 von einem Arzt/einer Ärztin und 11 von „Public Health Nurses“ durchgeführt werden. Altersgemäß sind pro Jahr für unter 1-jährige 8 bis 10 Untersuchungen, für 1 bis 2-jährige 4 Untersuchungen und anschließend eine jährliche Untersuchung bis zur Schulreife vorgesehen [vgl. 34, S. 103]. Generell besteht in Finnland eine enge Zusammenarbeit zwischen den „Neuvas“, den Kindergärten und den Vorschulen. Das Ziel dieser Kooperationen ist das „(...) gesundheitliche und soziale Gesamtprofil eines Kindes bis zum Schuleintritt<sup>58</sup>“ zu vervollständigen.

Mit Schuleintritt übernehmen eigens für Schulen ausgebildete „Public Health Nurses“ die medizinischen Basisuntersuchungen der Schulkinder [vgl. 36, S. 21]. Die Betreuungskette setzt sich mit dem Schuleintritt fließend fort, da bisherige medizinische Informationen von den Mutter-Kind Fachzentren digital an die „Public Health Nurses“ in der Schule bzw. den SchulärztInnen zur Verfügung gestellt werden.<sup>58</sup>

Die folgende Tabelle beinhaltet eine zusammenfassende Übersicht zu den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Finnland:

**„Public Health Nurse“ ist zentrale Betreuungsperson nach der Geburt**

**ärztliche Untersuchung als Voraussetzung für staatliche Unterstützung**

**Kompetenzaufteilung zw. „Public Health Nurses“ und ÄrztInnen**

**durchgehende Betreuungskette und digitale Datenweitergabe**

Tabelle 7.3-1: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Finnland

| Finnland                                     |  |
|--|--|
| Anzahl der Untersuchungen bis Schuleintritt  | 16 Untersuchungen bis zum Schuleintritt (0 bis 7 Jahre), davon zw. 8 bis 10 Untersuchungen im 1. Lebensjahr  |
| Anzahl der Untersuchungen nach Schuleintritt | Für Schulkinder bis zum 18. Lebensjahr jährlich eine Früherkennungsuntersuchung durch „Public Health Nurse“<br>Zusätzlich innerhalb der ersten 9 Schuljahre drei umfassende Früherkennungsuntersuchungen durch „Public Health Nurse“ und ÄrztInnen |
| Teilnahmemodus                               | freiwillig   |
| LeistungserbringerInnen vor Schuleintritt    | Gesundheitszentren und Kinderkrankenhäuser<br>„Public Health Nurses“ (in den Zentren und Hausbesuche)  |
| LeistungserbringerInnen nach Schuleintritt   | Schulgesundsteam („Public Health Nurses“ in der Schule und Arzt/Ärztin)<br>SchülerInnenbetreuungsteam (LehrerInnen, „Public Health Nurse“, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen)  |
| Inanspruchnahme                              | 96 – 97 %  |
| Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme       | k.A.   |

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006, S. 38 [37].

### 7.3.2 Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen

#### „Infrastrukturen“ als geeignete Plattformen für Risikoerkennung und -prävention

Durch die organisatorische Zentralisierung der Früherkennungsuntersuchungen in den Mutter-Kind Fachzentren und die kontinuierliche Betreuung durch „eine“ Person (im Wesentlichen durch eine bestimmte „Public Health Nurse“) besteht eine effiziente Infrastruktur für die Erkennung von sozialen (und gesundheitlichen) Risikofaktoren. Das Fachpersonal ist dazu angehalten, „(...) allererste Anzeichen – ob versäumter Termin oder Auffälligkeiten – sofort als Warnsignal wahrzunehmen“<sup>58</sup>. Zudem sind die „Public Health Nurses“ in ein multiprofessionelles Netzwerk aus PsychologInnen, FachärztInnen, SozialarbeiterInnen, LogopädInnen und PhysiotherapeutInnen eingebunden.

#### soziale Unterstützung - Unterkunft

Bezüglich bestimmter Risikogruppen stehen spezielle Angebote zur Verfügung, die oft über „Public Health Nurses“ vermittelt werden. Schwangere Frauen und Frauen mit Säuglingen ohne Unterkunft und/oder mit häuslicher Gewalterfahrung sowie obdachlose Paare mit Säuglingen können sich in Finnland an „First House“ wenden, wo vorübergehend eine Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Die primären Aufgaben dieser privat finanzierten und finnlandweiten Einrichtung gliedern sich in die Bereiche „Homes“ (Unterkunft und Unterstützung in der frühen Kinderpflege, -erziehung in einem multiprofessionellen Team), „Shelters“ (Unterkunft und Zuflucht für Mütter und Kinder in häuslicher Gewalt) und „Community Care“ (aufsu-

<sup>58</sup> <http://www.jgk.be.ch/site/neuvola.pdf>, download am 17.07.2010.

chende Dienste in den Wohnstätten der KlientInnen, wie Anleitungen zur Kinderpflege, -erziehung etc.).<sup>59</sup>

Grundsätzlich obliegt die Ausgestaltung von Sozialdiensten für Eltern und ihre Kinder den jeweiligen Verwaltungsbezirken. Die Bereitstellung dieser Dienste ist jedoch gesetzlich festgelegt und für die Regionalbehörden verpflichtend. Bei Familien mit Kindern mit schwierigen sozialen Verhältnissen werden daher bei Bedarf Hilfestellungen zur Erziehung von Kindern gegeben. Diese Beratungsdienste können bei folgenden Umständen in Anspruch genommen werden: Bei Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, persistierenden Schulproblemen, Life-Events wie Todesfälle, Erkrankungen etc., bei Scheidung der Eltern. Zudem werden auch soziale Angelegenheiten geregelt sowie medizinische und psychologische Checks durchgeführt. Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen haben überdies Anrecht auf einen Abklärungs- bzw. Behandlungstermin innerhalb von drei Monaten [vgl. 38, S. 1ff.]. In Finnland gibt es eine Vielzahl an Empfehlungen in Bezug auf Screening- und Interventionsmöglichkeiten für Kinder mit Risikofaktoren – diese Dokumente sind jedoch ausschließlich auf Finnisch verfügbar.<sup>60</sup>

**gesetzliche Sozialdienste für Kinder und Eltern**

## 7.4 Niederlande

### 7.4.1 Eltern-Kind Routinescreenings

Die Betreuung der Mutter und des Neugeborenen erfolgt bei Normalverläufen nach der Geburt durch Hebammen und „Maternity Care Assistants“ (MCAs). Falls eine weitere medizinische Abklärung notwendig sein sollte, werden AllgemeinmedizinerInnen konsultiert – fachärztliche Konsultationen werden je nach Ernsthaftigkeit der Lage verordnet. Diese Form der Betreuung ist in Holland die häufigste, da hier auch die meisten Hausgeburten zu verzeichnen sind. Bei Entbindungen im Krankenhaus werden die Frauen und Neugeborenen allerdings fachärztlich betreut [vgl. 21, S. 2]. Zudem können Mütter mit Neugeborenen einige Tage nach der Geburt die Dienste von „Kraamzorg“ („Maternity Nursing Care“) in Anspruch nehmen. Dabei unterstützen speziell ausgebildete „Maternity Nurses“ („Kraamverzorgster“) die Mutter in den ersten Tagen nach der Geburt zu Hause. Diese spezielle Berufsgruppe, die in unabhängigen Non-Profit Vereinen organisiert ist und gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzungen erfüllen müssen,

**umfassende Betreuung der Mutter nach der Geburt zu Hause durch „Maternity Nurses“**

<sup>59</sup> [http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/in\\_english/](http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/in_english/), download am 17.07.2010.

<sup>60</sup> Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen ([http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf)); Kinder mit motorischen Einschränkungen ([http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf)); Kinder mit häuslicher Gewalterfahrung ([http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf)); Kinder mit Migrationshintergrund ([http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf)).

**Mütter bzw. Eltern  
müssen Leistungen  
beantragen**

steht dabei nicht in Konkurrenz zu den Hebammen – vielmehr ergänzen sich diese beiden Berufsgruppen bei ihren Aufgaben in der postnatalen Versorgung der Mütter und ihrer Neugeborenen.

Prinzipiell steht das „Maternity Nursing Care“ allen Müttern mit Neugeborenen offen, allerdings bedarf es einer Antragsinitiative seitens der Mütter bzw. Eltern. Bei diesen Unterstützungsleistungen werden nicht nur Anleitungen zur Pflege und Fütterung des Neugeborenen zur Verfügung gestellt, sondern bei Bedarf auch Betreuungsaufgaben für eventuell weitere (im Haushalt lebende) Kinder übernommen (wie z.B. Nahrungszubereitung). Üblicherweise unterstützt eine „Maternity Nurse“ die Mutter und ihr Neugeborenes über einen Zeitraum von ca. 8 Tagen, wobei sie durchschnittlich zwischen 3 und 6 Stunden pro Tage im Haushalt anwesend ist. Während dieser Zeit wird auch ein Dossier geführt („Kraamdossier“), in welchem der postnatale Gesundheitszustand und die körperliche Entwicklung von Mutter und Kind festgehalten werden. Diese Aufzeichnungen stehen auch den involvierten Berufsgruppen bei den Folgeuntersuchungen zur Verfügung. Im Falle von auftretenden Gesundheitsproblemen bei der Mutter bzw. ihrem Neugeborenen wird (je nach Schweregrad der Erkrankung) der/die zuständige AllgemeinmedizinerIn bzw. die Hebamme zugezogen. Die Leistungen, die von den „Maternity Nurses“ angeboten werden, sind größtenteils für Mütter bzw. die Eltern durch die gesetzliche Sozialversicherung gedeckt, wobei durchschnittlich ein Selbstbehalt von € 3,50 pro Stunde übernommen werden muss. Für Personen mit erweitertem Versicherungsschutz sind die Leistungen zur Gänze gratis [vgl. 14, S. 78f.].

**durchgehende  
Versorgungskette für o  
bis 19-Jährige in  
holländischen  
Gesundheitszentren**

Prinzipiell gibt es in den Niederlanden für Kinder und Jugendliche von 0 bis 19 Jahre speziell ausgerichtet Gesundheitsleistungen, deren Bereitstellung in den Verantwortungsbereich der Gemeinden fällt und von den lokalen Gesundheitseinrichtungen des GGD („Gemeentelijke Gezondheidsdienst“ – „Municipal and Regional Health Service“) angeboten werden. Zu den Versorgungsaufgaben in den lokalen GGD-Einrichtungen zählen in erster Linie

- ✿ die Durchführung von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zu vorgegeben Entwicklungszeiträumen und von Impfungen;
- ✿ die Überweisung an medizinisches Fachpersonal bei Bedarf einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung;
- ✿ die Präventionsarbeit bezüglich Alkohol- und Drogenmissbrauch.<sup>61</sup>

Darüber hinaus wurde 2008 begonnen die lokalen GGD-Einrichtungen mit den neu geschaffenen „Youth and Family Centres“ („Centrum voor Jeugd en Gezin“) zu verschränken, deren Tätigkeitsbereich nicht nur auf Gesundheitsthemen beschränkt ist, sondern Eltern auch Unterstützung bei Erziehungsfragen anbietet. Die landesweite Errichtung von „Youth and Family Centres“ muss laut gesetzlichen Vorgaben bis 2011 abgeschlossen werden.<sup>62</sup>

<sup>61</sup> <http://www.youthpolicy.nl/youthpolicy/Factsheets/Health%20Services.pdf>, download am 03.09.2010.

<sup>62</sup> <http://www.nji.nl/youthpolicy/Factsheets/Family%20Policy.pdf>, download am 06.10.2010.

Die medizinische Grundversorgung und Prävention wird in Holland für Kinder von 0 bis 4 Jahre in den „Consultatiebureaus“ („Child Health Clinic“) angeboten. Diese Baby- bzw. Kleinkinderzentren sind Teil der GGD-Institutionen und erste Anlaufstellen im Falle von Kindergesundheitsproblemen. In Holland nehmen rund 97 % der Eltern die Dienste dieser Gesundheitszentren, die von den Gemeinden bereitgestellt und finanziert werden, in Anspruch [vgl. 14, S. 78f.]. Neben den medizinischen Untersuchungen ist der Fokus auf die allgemeine (medizinische, psychische und soziale) Entwicklung des Kindes von der Geburt bis zu seinem/ihrer vierten Lebensjahr gerichtet. Einige Tage nach der Geburt wird von einer regional zuständigen Hebamme auch ein Hausbesuch vorgenommen. Dabei wird das Neugeborene gemessen und gewogen und Informationsmaterial zur Kindergesundheit und –entwicklung für die Eltern hinterlassen. Zudem bekommen die Eltern bzw. der/die AlleinerzieherIn ein Booklet („Het Groeiboek“ - „Growth Book“), in welchem die Untersuchungszeiträume sowie Angaben zu Größe und Gewicht des Kindes festgehalten sind. Ferner werden Eltern auf Extraseiten eingeladen, die wichtigsten Entwicklungsschritte ihres Kindes aufzuzeichnen.<sup>63</sup> Das anschließende Untersuchungs- und Beratungsangebot in den Gesundheitszentren umfasst für die Altersgruppe 0 bis 4 Jahre insgesamt 14 Checks in die ÄrztInnen, Krankenschwestern bzw. –pfleger und Hebammen eingebunden sind. Neben der Durchführung von Impfungen werden u.a. Hüftkontrollen, Augen, körperliches Wachstum und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (wie sitzen, stehen, gehen etc.) überprüft. Die Krankenschwestern bzw. –pfleger geben bei Bedarf den Eltern Hilfestellung bei Füttern und Erziehung.

**Versorgung von Kleinkindern - 0 bis 4 Jahre in Kleinkindzentren**

*Tabelle 7.4-1: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in den Niederlanden*

| <b>Niederlande</b>                     |   |
|--|---|
| Anzahl der Untersuchungen              | 17 Untersuchungen (9 Untersuchungen zw. 0 und 1 Jahr; 2 im Alter von 1 bis 2 Jahren; 3 im Alter von 2 bis 4 Jahren; 3 im Alter von 5 bis 19 Jahren)   |
| Teilnahmemodus                         | freiwillig  |
| LeistungserbringerInnen                | Einrichtungen auf Gemeindeebene („Consultatiebureaus“) bis zum Alter von 4 Jahren; anschließend Jugendgesundheitsfürsorge der Gemeinden   |
| Inanspruchnahme                        | 96 % Teilnehmeraten bei 0 bis 1 Jahr; ca. 85 % bei nachfolgenden Untersuchungen. Die Verantwortlichkeit liegt nicht allein bei den Eltern, sondern die regionalen Untersuchungszentren sind verpflichtet, Eltern und Kinder zu erreichen. |
| Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme | k.A.  |

*Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006, S. 41 [37].*

<sup>63</sup><http://www.parentinginolland.com/babies-and-toddlers/consultatiebureau>, download am 17.09.2010.

## 7.4.2 „Youth Family Centres“: Kompetenzbündelung und Schnittstellen

Mit der Schaffung der „Youth and Family Centres“ wird in Holland das Ziel verfolgt, alle notwendigen Leistungen bei der Elternberatung und –unterstützung zu bündeln. Demzufolge besteht das Ziel in „(...) connecting, upgrading and strengthening the already available support on growing up and parenting“. Die Realisierung dieser Zentren erfolgt unter der Prämisse, dass bedarfsorientierte Eltern-Kind Unterstützung „easily accessible, recognizable and close to home“ erfolgen muss.<sup>64</sup>

**holländische Gemeinden  
haben „Servicepflicht“**

Prinzipiell ist die Unterstützung von Eltern bei der Kindererziehung integraler Bestandteil holländischer Familienpolitik. Im Gesundheitsbereich besteht eine Art „Unterstützungspflicht“ für Familien mit Kindern (z.B. durch Services im Rahmen der „Child Health Clinics“, die schrittweise in die „Youth and Family Centres“ integriert werden), die durch den „Social Support Act“ geregelt und gedeckt sind. Gemäß dieser gesetzlichen Grundlage sind die Gemeinden für folgende Elternservices zuständig:

- ✿ Elterninformation;
- ✿ „Aufspüren“ („spotting“) von potentiellen Problembereichen;
- ✿ Anleitung und Beratung in der Kindererziehung;
- ✿ Pädagogische Unterstützung;
- ✿ Betreuungskoordination auf lokaler Ebene.

**„Youth and Family  
Centres“ vermitteln  
zwischen familien-  
bezogenen  
Lebensbereichen**

Die „Youth and Family Centres“ spielen dabei eine besonders zentrale Rolle, da sie neben der Umsetzung der vorangestellten Elternleistungen auch für die nachfolgenden Basisservices im Kontext angebotener Elternunterstützungen zuständig sind:

- ✿ „Youth Health Care“ (umfasst die „Child Health Clinics“ und lokale GGD-Gesundheitseinrichtungen für Familien und Kinder);
- ✿ Kooperation mit „Youth Care“;
- ✿ Kooperation mit „Youth Education“.

Dadurch sind die neu geschaffenen „Youth and Family Centres“ nicht ausschließlich mit körpermedizinischen Gesundheitsthemen von Familien mit Kindern befasst, sondern sie sind in den Gemeinden auch Schnittstellen für angrenzende Policy-Bereiche, wie psychologische Beratung, Jugendwohlfahrt und schulische Belange.<sup>65</sup>

<sup>64</sup><http://www.nji.nl/youthpolicy/Factsheets/Youth%20and%20Family%20Centres.pdf>, download am 15.09.2010.

<sup>65</sup><http://www.nji.nl/youthpolicy/Factsheets/Youth%20and%20Family%20Centres.pdf>, download am 15.09.2010.

### 7.4.3 Zusätzliche Unterstützungsprogramme (Beispiele)

#### „Upbringing and So!“

Das „Netherlands Youth Institute“ entwickelte basierend auf Ansätzen der sozialen Lerntheorie ein Elternprogramm („Upbringing and So!“ – „Opvoeden & Zol!“), das auf Kinder von 4 bis 12 Jahre fokussiert und die „positive Einflussnahme“ auf Kinder fördern möchte. Im Zentrum stehen „Skills“ und Techniken, wie Eltern ihre Wahrnehmung, aber auch ihre Achtsamkeit hinsichtlich der kindlichen Bedürfnisse schärfen können und auf diese Weise positive Veränderungen in der Familiendynamik erzielt werden können. Das Programm, in dem Eltern auch „Hausaufgaben“ zu erledigen haben, besteht aus 6 Trainingseinheiten und wird mediengestützt (DVDs) angeboten. Die Kursmaterialien sind außer auf Holländisch in 5 Sprachen verfügbar (u.a. Türkisch, Marokkanisch-Arabisch etc.) [vgl. 14, S. 84].

**Elternprogramm soll „positive Einflussnahme“ auf Kinder fördern**

#### „Opstap (Step-Up) Programme“

Dieses Unterstützungsprogramm ist für Eltern mit Kindern zwischen 2 und 4 Jahren gedacht und wird bislang nur vereinzelt (in Ballungsräumen) angeboten. Über einen Zeitraum von 2 Jahren sollen Eltern bei der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung ihrer Kinder durch Peer-Unterstützung zu Hause begleitet werden. Die Unterstützung wird dabei 14-tägig von Paraprofessionellen („Neighbourhood Mothers“) geleistet, die unter professioneller Anleitung und Supervision aufsuchende Unterstützungs- und Bratungsleistungen anbieten. Das Programm ist stark strukturiert und achtet in den Empfehlungen besonders auf die milieubedingten Hintergründe der Familien. Neben den Einzelkontakten werden auch Gruppensitzungen angeboten, um die Netzwerke unter den Familien zu stärken. Das niederländische „Youth Institute“ sieht die Bedeutung und den Erfolg dieses Programms v.a. im Erreichen von Familien mit Migrationshintergrund (die kein oder sehr wenig Niederländisch sprechen), von Familien mit niedrigem Bildungsniveau und von Familien, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Durch die „Peer-Arbeit“ können v.a. sozio-kulturelle und sprachliche Barrieren abgebaut werden. Evaluierungen weisen darüber hinaus auf verbesserte Outcomes bei den Schulleistungen der Kinder hin [vgl. 14, S. 85].

**Elternunterstützungen durch Peergruppen**

### 7.4.4 Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen

Die „Youth and Family Centres“ können von den Gemeinden jedoch auch in besonderen Krisensituationen als Anlaufstelle eingesetzt werden. Für außerordentliche familiäre Krisenfälle werden dabei „Local made-to-measure“ Services angeboten, die den jeweiligen Problemen „maßgeschneidert“ angepasst werden. Die Leistungen kommen dabei meist aus den Bereichen Kinderfürsorge, allgemeine Sozialarbeit, Jugendwohlfahrt, Schuldnerberatung, aber auch Schwangerschaftsüberwachung (durch AllgemeinmedizinerInnen, GeburtshelferInnen) von schwangeren Frauen, die erhöhten Gesundheitsrisiken oder sozialen Risiken ausgesetzt sind.<sup>66</sup>

**„Youth and Family Centres“ bieten weitestgehend „maßgeschneiderte“ Lösungen bei Familienproblemen**

<sup>66</sup><http://www.nji.nl/youthpolicy/Factsheets/Youth%20and%20Family%20Centres.pdf>, download am 15.09.2010.

**„Youth Care Agencies“ –  
Anlaufstelle für Familien  
in Krisensituationen**

Weiters wurde in Holland mit dem „Youth Care Act<sup>67</sup>“ (2005) eine gesetzliche Grundlage für eine klientInnenorientierte und kohärente Versorgung bzw. Betreuung geschaffen, die speziell auf Familien mit ihren Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen fokussiert. Im Zentrum stehen „Youth Care Agencies“, die in allen 12 niederländischen Regionen errichtet wurden und die seither als Anlaufstelle für familiäre Krisen aller Art gelten. Um ein möglichst flächendeckendes Angebot zur Verfügung zu stellen (Sichtwort: ländlicher Raum), wurden zudem mehrere „Field Offices“ eingerichtet. Das umfassende Leistungsangebot dieser öffentlich finanzierten Einrichtungen und die Reichweite der involvierten Berufsgruppen und Institutionen stellen die wesentlichen Charakteristika der „Youth Care Agencies“ dar. Demnach werden nicht nur Leistungen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung bzw. Krankenbehandlung angeboten, sondern bei Bedarf auch „soziale Maßnahmen“ gesetzt (wie etwa Fremdunterbringung bei Gefährdung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen).

**Zielgruppen**

Die Zielgruppe der „Youth Care Agencies“ sind primär Eltern, Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre), die schwere Entwicklungs- bzw. Erziehungsverläufe aufweisen und „(...) who cannot be helped through the general systems that provide education, healthcare and social support“ [39, S. 6].

**zeitlicher Rahmen und  
Form der Unterstützung  
wird an Bedürfnisse der  
KlientInnen angepasst**

Die Anspruchsdauer und der Leistungsumfang sind grundsätzlich offen: Unterstützung kann etwa von wenigen Stunden pro Woche über einige Monate hinweg in einem ambulanten Setting in Anspruch genommen werden oder es werden Leistungen in einer außerfamiliären, professionellen Organisation beansprucht, wobei auch hier kürzer- und längerfristige Perioden möglich sind. Jedes Jahr nehmen rund 5 % der holländischen Kinder und Jugendlichen (ca. 160.000) „spezielle“ (d.h. nicht routinemäßige) Behandlungs- und Betreuungsleistungen aufgrund von Krisensituationen in Anspruch. „Youth Care Agencies“ spielen in diesem Zusammenhang eine besonders zentrale Rolle, da sie als „One-stop“ Einrichtung für weitere Betreuungsprogramme dienen [vgl. 14, S. 82].

**Zuständigkeitsbereiche  
der „Youth Care  
Agencies“**

Gemäß der gesetzlichen Bestimmung sind die „Youth Care Agencies“ für folgende Betreuungsbelange zuständig:

- ✿ „Care funded by the provincial authorities in the context of Youth Care Act (previously known as ‘youth assistance’);
- ✿ Mental healthcare for young people, paid through the Exceptional Medical Expenses Act;
- ✿ Specific care for young people with minor mental handicaps, also provided under the Exceptional Medical Expenses Act;
- ✿ Civil detention in special centres, funded in the context of the Youth Detention Centres Act” [39, S. 5].

**„Youth Care Agencies“  
bieten Unterstützungen,  
betonen allerdings die  
Autonomie und  
Eigenverantwortung der  
Familien**

Die Art und der Schweregrad der Krisensituation sind Indikatoren sowohl für die Art der angebotenen Unterstützung als auch für die institutionellen Zuständigkeiten. Die niederländischen GesetzgeberInnen weisen jedoch ausdrücklich daraufhin, dass die prinzipielle Verantwortung für die Erziehung bzw. Betreuung von Kindern innerhalb der Kernfamilie liegt und „Youth Care Agencies“ nur für Krisenfälle zuständig sind. Damit sollen die Autonomie von Familien und die vorhandenen Krisenbewältigungsstrate-

<sup>67</sup> <http://www.nji.nl/youthpolicy/Publications/The%20Youth%20Care%20Act.pdf>, download am 30.08.2010.



gien innerhalb von Familien besonders hervorgehoben werden und staatliche Interventionen bestimmten Gruppen für den Bedarfsfall vorbehalten bleiben. In Krisensituationen sind die „Wege“ zu den institutionalisierten Hilfen jedoch vielfältig und reichen von Eigeninitiativen zur Kontaktaufnahme (etwa seitens der Eltern) bis zu Überweisungen von PatientInnen durch AllgemeinmedizinerInnen an die „Youth Care Agencies“. Prinzipiell sind Konsultationen in diesen Spezialeinrichtungen erst dann möglich, wenn die Angebote und Hilfestellungen der lokalen Betreuungs- und Beratungsorganisationen nicht ausreichend sind. In diesem Fall übernimmt eine „Youth Care Agency“ die Betreuungsaufgaben der Eltern und entscheidet darüber, welche Hilfestellungen angebracht scheinen – dies beinhaltet auch entsprechende Überweisungen an kooperierende FachexpertInnen<sup>68</sup> [vgl. 39, S. 8].

#### 7.4.5 Zusätzliche Unterstützungshilfen für Eltern

Unterstützungshilfen für Eltern werden flächendeckend von verschiedenen Organisationen angeboten, wie lokale Gesundheitseinrichtungen, „Youth Care Offices“, „Youth and Family Centres“ etc. Das Angebot umfasst großteils „Elternkurse“ in denen der Kompetenzerwerb im Umgang mit Kindern (meist Kurse für 4- bis 12-Jährige und 12- bis 18-Jährige) in Alltags- aber v.a. in Krisensituationen vermittelt wird. Das Trainingspersonal besteht aus „Health Care Nurses“, SozialarbeiterInnen und –pädagogInnen oder ElternberaterInnen aus privaten Organisationen.

**speziell geschultes  
Trainingspersonal  
bietet verschiedene  
Elternkurse an**

Darüber hinaus werden auch zielgruppenspezifische Unterstützungshilfen für bestimmte Populationen angeboten: Hierzu zählen etwa Kinder in Trennungsfamilien, AlleinerzieherInnen oder Eltern, deren Kinder eine körperliche Behinderung und/oder Intelligenzminderung aufweisen. Außerdem werden Elternkurse speziell für Familien mit Migrationshintergrund angeboten [vgl. 14, S. 83].

**zusätzliche Kurse und  
Programme auch für  
spezielle Zielgruppen**

## 7.5 Deutschland

### 7.5.1 Eltern-Kind Routinescreenings

Mitte 1971 wurde das deutsche Früherkennungsprogramm für Kinder eingeführt, das seither Leistungen von der Geburt eines Kindes bis zu seinem sechsten Lebensjahr umfasst. Insgesamt besteht das Screeningprogramm aus 10 Untersuchungen („U-Untersuchungen“) mit denen der allgemeine Gesundheitszustand, die altersadäquate Entwicklung ärztlich (von FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde) untersucht werden, um mögliche körperliche und psychische Krankheiten, Probleme oder Auffälligkeiten rechtzeitig zu erkennen. Zusammengefasst werden folgende Bereiche bei jeder „U-Untersuchung“ erfasst:

**10 „U-Untersuchungen“  
für Kinder**

---

<sup>68</sup> <http://www.youthpolicy.nl/youthpolicy/Factsheets/Juvenile%20Law.pdf>,  
download am 30.08.2010.

- ✿ Eingehende körperliche Untersuchung (Brust-, Bauch-, Geschlechtsorgane, Skelettsystem, Haut, Sinnesorgane, Motorik und Nervensystem);
- ✿ Überprüfung der Entwicklung mit altersgemäßen Schwerpunkten (z.B. Beweglichkeit und Geschicklichkeit, Sprechen und Verstehen);
- ✿ Zusätzliche Schwerpunkte und Beratungen (je nach Alter des Kindes), wie z.B. Allergievorbeugung, Unfallverhütung, Kariesprophylaxe, aber auch sonstige nicht-körperbezogene Probleme hinsichtlich der Entwicklung eines Kindes.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen detaillierten Überblick zu den weiteren altersentsprechenden Beratungen und Untersuchungen:

*Tabelle 7.5-1: Überblick zu den Schwerpunkten in den deutschen „U-Untersuchungen“*

| Abkürzung | Zeitpunkt/-raum         | Schwerpunkte  |
|-----------|-------------------------|---|
| U1        | Nach der Geburt         | Wiegen, Messen, lebenswichtige Funktionen, Abklärung v. Fehlbildungen etc., Verabreichung von Vitamin-K Tropfen, Blutentnahme etc.  |
| U2        | 3. bis 10. Lebenstag    | Verabreichung von Vitamin-K Tropfen, Rachitis Vorbeugung durch Vitamin-D, Fluoridversorgung, Stillberatung, Vorbeugung des plötzlichen Säuglingstodes, Anraten auf Beobachtung der Farbe und Beschaffenheit des Stuhls, Impfberatung etc.   |
| U3        | 4. bis 5. Lebenswoche   | Verabreichung von Vitamin-K Tropfen, Ultraschall der Hüftgelenke, altersgerechte Entwicklung, zahngesunde Ernährung, Vorbeugung des plötzlichen Säuglingstodes, Unfallverhütung, Impfberatung etc.  |
| U4        | 3. bis 4. Lebensmonat   | Bewegungsverhalten, Seh- und Hörvermögen, mögliche Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Ernährung und Verdauung, Unfallverhütung, 1. Teilimpfung <sup>69</sup> etc.  |
| U5        | 6. bis 7. Lebensmonat   | Bewegungsverhalten, Körperbeherrschung, Seh- und Hörvermögen, Beratung zur weiteren Ernährung des Kindes, Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Unfallverhütung, 3. Teilimpfung (falls noch ausstehend) etc.   |
| U6        | 10. bis 12. Lebensmonat | Bewegungsverhalten, Seh- und Hörvermögen, sprachliche Entwicklung und Verhalten des Kindes, Zahnpflege, mögliche Schwierigkeiten beim Trinken, Essen und bei der Verdauung, 4. Teilimpfung (falls noch ausstehend) <sup>70</sup> etc.   |
| U7        | 21. bis 24. Lebensmonat | Bewegungsverhalten, Seh- und Hörvermögen, Sprechen und Verstehen (z.B. Zweiwortsätze sprechen, kleine Aufforderungen verstehen), mögliche Schwierigkeiten im Verhalten des Kindes (z.B. Schlafstörungen) etc.   |
| U7a       | 34. bis 36. Lebensmonat | Bewegungsverhalten, Seh- und Hörvermögen, Sprechen und Verstehen (z.B. Sätze mit 3 bis 5 Wörtern sprechen, auf Körperteile zeigen, nach denen gefragt wird etc.), mögliche Schwierigkeiten im Verhalten des Kindes (z.B. Schlafstörungen), Fluoridversorgung der Zähne, Überprüfung des Impfstatus etc. |

<sup>69</sup> Für die 2. Teilimpfung muss ein Extratermin gegen Ende des dritten Lebensmonats vereinbart werden.

<sup>70</sup> Gegen Ende des 12. Lebensmonats steht zusätzlich die 1. Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken an; ab vollendetem 12. Lebensmonat steht die Einmalimpfung gegen Meningokokken an.

| Abkürzung | Zeitpunkt/-raum         | Schwerpunkte   |
|-----------|-------------------------|--|
| U8        | 46. bis 48. Lebensmonat | Urinuntersuchung, Seh- und Hörvermögen, Sprechen, Verstehen und Aussprachefehler (z.B. in Sätzen sprechen, Verwendung der „Ich-Form“, Stottern, unverständliche Aussprache), mögliche Schwierigkeiten im Verhalten des Kindes (z.B. Durchschlafstörungen, Einnässen, Kontaktschwierigkeiten etc.), Zähne und Kiefer, Überprüfung des Impfstatus etc. |
| U9        | 60. bis 64. Lebensmonat | Urinuntersuchung, Blutdruckmessung, körperliche und geistige Entwicklung, Seh- und Hörvermögen, Sprach- und Aussprachestörungen, Sprachverständnis, mögliche Verhaltensauffälligkeiten, Beweglichkeit und Geschicklichkeit, Überprüfung des Impfstatus, 1. Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten etc.                       |

Quelle: <http://www.ich-geh-zur.u.de>, download am 01.10.2010.

Die „U7a“ wurde erst 2008 in das Screeningprogramm aufgenommen, um die vorherige Lücke zw. 21. und 24. sowie dem 46. bis 48. Lebensmonat zu schließen, und eine Untersuchung der >3-Jährigen gewährleisten zu können. Da viele Kinder spätestens in diesem Zeitraum in eine Kindertagesstätte kommen, wurde die „U7a“ von den gesetzlichen Krankenkassen eingeführt, um neben einer Überprüfung der körperlichen Entwicklung v.a. eine qualitative Feststellung des Hörens, Sehens und Verstehens des Kindes vorzunehmen.

**Erweiterung um „U7a“ – Fokus auf „Hören, Sehen, Verstehen“**

Nach der „U9“ steht noch für Jugendliche zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr die „J1“ (Jugendlichenuntersuchung) zur Verfügung. Hierbei können sich Jugendliche bei Kinder- und JugendärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen oder InternistInnen untersuchen und beraten lassen – die „J1“ ist, wie die „U1“ bis „U9“, eine kostenlose Untersuchung. Weiters gibt es in Deutschland seit 2006 noch zusätzlich, aber bisher noch nicht als Kassenleistungen refundiert, die „U10“ (zw. 7. und 8. Lebensjahr), die „U11“ (zw. 9. und 10. Lebensjahr) und die „J2“ (zw. 16. und 18. Lebensjahr). Zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr gibt es darüber hinaus noch spezielle Untersuchungen bzw. Maßnahmen, die die Zahngesundheit des Kindes bzw. Jugendlichen betreffen. Ab dem 12. Lebensjahr werden die jährlichen Untersuchungen in ein „Bonusheft“ eingetragen. Sollte im Erwachsenenalter die Notwendigkeit auf Zahnersatz bestehen, so dienen diese Eintragungen als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Zuschüsse.

**zusätzliche Untersuchungen teils ohne Refundierung**

Zur Dokumentation der ärztlichen Befunde gibt es in Deutschland (in modifizierter Form seit 1977) das „Gelbe Heft“, das den Eltern nach der Geburt von der Entbindungsstation oder durch die Hebamme ausgehändigt wird und zu den einzelnen „U-Untersuchungen“ mitgenommen werden muss. Die FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde vermerken in diesem Kinderuntersuchungsheft des „Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ die Befunde zu den Vitalfunktionen und finden darin weiters die Möglichkeit, um Entwicklungsschäden oder sonstige Auffälligkeiten festzuhalten [vgl. 31, S. 217ff.].

**Kinderuntersuchungsheft – das „Gelbe Heft“**

Hinsichtlich der Inanspruchnahmeraten der „U-Untersuchungen“ belegen rezente Daten, dass die Teilnahme mit den Lebensjahren des Kindes, d.h. v.a. vom 2. Lebensjahr bis zum Vorschulalter, abnimmt. Dies betrifft insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien sowie Kinder mit Migrationshintergrund. Aus diesem Grund lancierte das BZgA die Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ mit der v.a. Familien mit Risikoprofilen zur Teilnahme

**rückläufige Teilnahmeraten von Risikokindern**

bewegt werden sollen. Zusätzlich haben einige deutsche Bundesländer lokale Initiativen geschaffen, die etwa ein gesetzlich verankertes Einladungsverfahren für die Früherkennungsuntersuchungen vorsehen (wie z.B. seit 2008 in Thüringen).

## 7.5.2 Zusätzliches Unterstützungsprogramm (Beispiel)

### Präventionsassistenz

#### verstärkte Prävention im niedergelassenen Bereich

Abseits der bundesweit festgelegten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, gibt es in Deutschland in manchen niedergelassenen Kinder- und Jugendordinationen das Angebot der „Präventionsassistenz“, das als Beispiel für eine innovative Präventionsmaßnahme in Modellpraxen eingeführt wurde. In Deutschland starteten 2003 Pilotkurse für eine Fortbildung zur Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin (<http://www.praeventionsassistentin.de>). Seit 2007 gibt es dazu ein Curriculum der deutschen Bundesärztekammer im Umfang von 84 Stunden. Ziel dieser Ausbildung ist die Minimierung bzw. Verhinderung von umweltbedingten bzw. -beeinflussten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen durch gezielte Präventionsberatung der Eltern und Betroffenen. Die Fortbildung richtet sich v.a. an Kranken- und Kinderkrankenschwestern, Hebammen und Ordinationsgehilfinnen im niedergelassenen Bereich und in Kinder- und Jugendkliniken.

#### Prävention durch Kommunikation

Im Vordergrund der Präventionsassistenz steht die regelmäßige Vermittlung von primären Präventionsthemen, die Unterstützung bzw. Ergänzung der ärztlichen Empfehlungen bzw. Beratungen (z.B. vor oder nach der ärztlichen Konsultation in der Ordination), die PatientInnen- und Familienorientierung. Dadurch sollen Präventionsthemen inhaltlich und zeitlich aufgewertet werden und auch zu einer Entlastung der Kinder- und JugendärztInnen führen. Präventionsassistentenstellen sind allerdings in Deutschland nicht Teil des Basisscreenings von Kindern und Jugendlichen, sondern gelten als „freiwilliges Zusatzangebot“ von bestimmten Kinder- und Jugendgesundheitsseinrichtungen.

#### Angebotsausweitung nach Österreich geplant

Bisher haben in Deutschland 530 Personen das Curriculum zur Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin absolviert – für Österreich ist eine Ausweitung der Kurse ab 2011 geplant.

## 7.5.3 Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen

#### Modellprojekt zur verbesserten Prävention von Kindes- und Familiengefährdungen

Im Rahmen der „Frühen Hilfen“ (siehe Kapitel 6.5) wurde das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ an je 2 Standorten (jeweils im urbanen und ländlichen Raum) in 4 deutschen Bundesländern initiiert. Ziel dieses Projekts war „(...) die frühe Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter“ [31, S. 59]. Zu diesem Zweck wurden interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen entwickelt, mit Hilfe derer zielgruppenadäquate Angebote für die frühe Kindheit geschaffen bzw. optimiert werden konnten.

Neben einem umfassenden Zielekatalog, der mit diesem Modellprojekt verfolgt wurde, sei insbesondere auf die Entwicklung eines „Risikoinventars für Frühe Hilfen“ hingewiesen: Hierbei wurde ein „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ entworfen, der sich als Grob-screening für eine frühe und präventive Risikoerfassung für die Zeit rund um die Geburt im Gesundheitsbereich eignet. Der zeitliche Einsatz dieses Fragebogens in der perinatalen Phase wird von den ProjektextpertInnen als ein besonders günstiger identifiziert, da hier meist ein enger und niedrigschwelliger Kontakt zur Mutter bzw. den Eltern besteht. Der detaillierte Inhalt dieses Vorschlags für ein Screeninginstrument für Familien mit Risikofaktoren kann im „Werkbuch Vernetzung“ des „Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen“ eingesehen werden (2010, S. 170ff.).<sup>71</sup>

**Vorschlag für ein  
Grob-screening von  
Risikofamilien**

## 7.5.4 Weitere Initiativen für (risikobelastete) Familien in deutschen Bundesländern

### Bayern

Die Landesregierung unterstützt die Kommunen seit Mitte 2009 mit einem Regelförderprogramm (€ 16.500 pro Jahr und Vollzeitstelle) zur flächendeckenden Etablierung von „Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi)“. Ziel ist es, belastete Familien rechtzeitig zu erreichen und bedarfsorientiert zu unterstützen. Um Misshandlung und Vernachlässigung weitgehend zu vermeiden, sollen daher Eltern in Überforderungssituationen besonders in der Problembewältigung, Kinderpflege und -gesundheit durch ein interdisziplinäres Netzwerk an Gesundheits- und Sozialberufen gefördert werden. Mit einer neuen Gesetzesnorm (Art. 14 GDVG) wurden in Bayern zudem verbindliche Regelungen zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen geschaffen: Folglich besteht für Personensorgeberechtigte u.a. die Pflicht, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen. Die konsequente Einhaltung dieser Untersuchungen ist Voraussetzung für „Landesleistungen“, wie Antrag auf Landes-erziehungsgeld, Anmeldung in einer Kindertagesstätte und bei der Schulin-ganguntersuchung [vgl. 31, S. 154].

**landesrechtliches  
Regelwerk zur  
Erreichung von  
belasteten Kindern**

### Rheinland-Pfalz

Eine gesetzliche Verankerung für eine effektive Vernetzung aller Institutionen und DienstleisterInnen in der Kinder- und Jugendhilfe und im Gesundheitswesen wurde auch in Rheinland-Pfalz ins Leben gerufen. Zu den vernetzten Programmen zählen u.a. ein landesweites Einladungswesen für die Früherkennungsuntersuchungen sowie die Etablierung interdisziplinärer, lokaler Kooperationen: Demnach fördert das Land den Aufbau von verbindlichen Vernetzungsstrukturen vor Ort mit € 7,- pro Kind (zw. 0 und 6 Jahren). Der Wissenstransfer zwischen den teilnehmenden Organisationen läuft u.a. über eine „Servicestelle für Beratung, Fortbildung und Transfer“ beim Landesjugendamt Rheinland-Pfalz [vgl. 31, S. 154].

**Prävention durch  
gesetzliches  
Einladungswesen**

**Vernetzung der  
Programme zur  
Errichtung nachhaltiger  
Strukturen**

<sup>71</sup> Auch online verfügbar unter:

[http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch\\_Vernetzg\\_100420.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzg_100420.pdf), download am 04.10.2010.

## 7.6 Dänemark

### 7.6.1 Eltern-Kind Routinescreenings

#### Hebammen unternehmen Erstuntersuchung des Neugeborenen

In Dänemark werden nach einer Schwangerschaft ohne Risikoverlauf, Neugeborene unmittelbar nach der Geburt (im Spital) von einer Hebamme untersucht. Dabei handelt es sich um ein Basisuntersuchungsprogramm bei dem der körperliche Zustand des Kindes mittels „Apgar score<sup>72</sup>“ erhoben wird. Bei Auffälligkeiten oder unklaren Befunden werden PädiaterInnen zur weiteren Abklärung hinzugezogen [vgl. 27, S. 162f.].

#### Hausbesuche von „Health Visitors“

Einige Tage nach der Geburt werden kostenlose Hausbesuche von „Health Visitors“ (meist speziell ausgebildetes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit dem Schwerpunkt Kinder und Familien) geleistet. Dabei werden Hilfestellungen bei Stillproblemen, allgemeine Informationen und Ratschläge zur Elternschaft, zur (früh)kindlichen Entwicklung und zur Pflege gegeben.<sup>73</sup> Bis zum Vorschulalter sind 7 Untersuchungen durch AllgemeinmedizinerInnen vorgesehen. Ab Schuleintritt werden die Kinder in der Schule entweder von einem Arzt/einer Ärztin oder einer „School Nurse“ regelmäßig untersucht [vgl. 26, S. 124].

Tabelle 7.6-1: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Dänemark

| Dänemark                                    |   |
|---|---|
| Anzahl der Untersuchungen bis Schuleintritt | Je eine Untersuchung innerhalb der ersten 5 Wochen, innerhalb der ersten 5 Monate und bis zum Ende des 1. Lebensjahres; jeweils eine weitere im Alter von 2, 3, 4 und 5 Jahren. Grundsätzlich läuft das Programm für Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr.   |
| Teilnahmemodus                              | freiwillig  |
| LeistungserbringerInnen vor Schuleintritt   | Die 7 (kostenlosen) Untersuchungen bis zum 5. Lebensjahr werden meist von AllgemeinmedizinerInnen durchgeführt. Hausbesuche werden von „Health Visitors“ während des 1. Lebensjahres angeboten.   |
| Inanspruchnahme                             | Teilnahmeraten variieren zwischen 65 und 95 %. Die ersten 3 Untersuchungen bis zum einschl. 12. Lebensmonat werden von ca. 93 bis 95 % der Eltern wahrgenommen. Im 2. Lebensjahr liegt die Teilnahmerate bei 75 %, im 3. Lebensjahr bei 70 %, im 4. Lebensjahr bei 65 % und im 5. Lebensjahr bei 80 % (beim letzten Termin sind zugleich Impfungen vorgesehen). |
| Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme      | k.A.  |

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006, S. 37 [37] und [http://www.sst.dk/English/Health\\_promotion/Pregnancy/Counselling.aspx](http://www.sst.dk/English/Health_promotion/Pregnancy/Counselling.aspx), download am 30.10.2010.

<sup>72</sup> Punkteschema zur Beschreibung des klinischen Zustandes des Neugeborenen nach der Geburt.

<sup>73</sup> [http://www.sst.dk/English/Health\\_promotion/Pregnancy/Counselling.aspx](http://www.sst.dk/English/Health_promotion/Pregnancy/Counselling.aspx), download am 30.10.2010.

## 7.6.2 Zusätzliches Unterstützungsprogramm (Beispiel)

### „Firm Footing“<sup>74</sup>

„Firm Footing“ ist ein lokal angebotenes Eltern-Kind Präventionsprogramm, das vom dänischen Sozialministerium als besonders erwähnenswert befunden wurde. Das Programm baut auf dem Konzept der Ressourcenorientierung auf und beabsichtigt Eltern-Kind Interaktionen positiv zu fördern. Zu diesem Zweck bekommen die Eltern einerseits „Fachwissen“ zur kindlichen Entwicklung, andererseits Anregungen im Umgang mit Alltagssituationen vermittelt. Zur Zielgruppe für „Firm Footing“ gehören Eltern mit Kleinkindern im Alter zwischen 18 und 36 Monate. Über vier Themenabende hinweg werden u.a. die Bereiche, kindlicher Schlaf, Nahrung und Bewegung etc. gemeinsam mit FamilientherapeutInnen erarbeitet. Das Programm ist stark praxisorientiert (etwa durch Nachstellen von Szenen, Zuhilfenahme von Bühnenbildern, Videoanalysen etc.) und die Eltern sind gefordert ihre „Werkzeuge“ mit der Gruppe zu diskutieren [vgl. 14, S. 31].

**Stärkung der Eltern-Kind Interaktionen durch Ressourcenaktivierung**

## 7.6.3 Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen

In Dänemark stehen für Familien, die aufgrund von Krisensituationen (meist in Zusammenhang mit Kommunikations- bzw. Erziehungsproblemen) sozial-therapeutische, sozial-pädagogische oder sonstiger Unterstützungshilfen bedürfen, häusliche Unterstützungen zur Verfügung („Targeted Intervention“). Hierbei handelt es sich vornehmlich um Interventionsleistungen, die zu Hause bei den Familien von SozialpädagogInnen erbracht werden. Ein wesentlicher Grundgedanke, der mit der dänischen Policy zur Versorgung von Familien in Krisensituationen verfolgt wird, ist die Einbeziehung aller Familienmitglieder und nicht die ausschließliche „Behandlung“ von einzelnen Familienmitgliedern: „(the) individual family-based approach (...) specifies that intervention should address the whole family and not merely its component parts“ [14, S. 32].

**Möglichkeiten sozialpädagogischer Hilfen**

Zu den angebotenen Leistungen zählen in erster Linie „soziale Dienste“, wie Unterstützung bei der Erledigung von Alltagstätigkeiten (z.B. Kochen, gemeinsames Spielen mit den Kindern), die die Grundlage für Familien- und Einzelgespräche mit Familienmitgliedern bieten. Zudem können SozialarbeiterInnen über einen längeren Zeitraum hinweg für die Kinder in einer Risikofamilie zum Einsatz kommen, die in ihrer professionellen Rolle eine Vermittlungsposition (etwa zum Kindergarten, Vorschule etc.) einnehmen. Hiermit sollen die (sozialen, psychischen, emotionalen etc.) Entwicklungen begleitet und beobachtet werden [vgl. 14, S. 26f.].

**hauptsächlich soziale Interventionen**

---

<sup>74</sup> Mehr Informationen (allerdings nur auf Dänisch) unter:  
<http://servicestyrelsen.dk/born-og-unge/evidensbaserede-programmer/inspirationskatalog/mere-fast-grund-under-fodderne-mfguf>

## 7.7 Schweden

### 7.7.1 Eltern-Kind Routinescreenings

**schwedischer  
Kindergesundheitspass  
zur Dokumentation der  
kindlichen Entwicklung**

In Schweden bekommen Eltern nach der Geburt ihres Kindes einen „Kindergesundheitspass“ („Barnets hälsobok“), der für Kinder bis einschließlich 6 Jahre konzipiert ist. Dieses Heft dient der Erfassung von Untersuchungen im Rahmen des Basisscreenings von Kindern (peri- und postnatale Phase und frühe Kindheit) und erfüllt folgende Zwecke:

- ✿ Informationsquelle für Eltern bezüglich Wachstum und Entwicklung des Kindes;
- ✿ „Kommunikationsinstrument“ zwischen Eltern und den zuständigen Kindergesundheitszentren, welches auch Raum für Elternnotizen vorsieht;
- ✿ Dokumentationsmöglichkeiten für Kindergesundheitszentren hinsichtlich erfolgter Untersuchungen, Diagnosen und Befunde und Protokollierung von Impfungen;
- ✿ Verbindendes Instrument zu anderen Gesundheitseinrichtungen.

Der „Kindergesundheitspass“ ist u.a. bei Konsultationen folgender Gesundheitsinstitutionen bzw. –berufen von den Eltern vorzulegen: Kindergesundheitszentren, Bezirksarzt bzw. –ärztin, Krankenhaus/-pflege, LogopädInnen, PsychologInnen, ZahnärztInnen etc.

**Krankenschwestern sind  
wesentliche  
Akteurinnen in den  
Routinescreenings**

Wie auch einige Länderbeispiele zuvor schon gezeigt haben (etwa in Finnland), nimmt das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal eine besonders zentrale Rolle bei der Dokumentation und Beobachtung der (früh)kindlichen Entwicklung ein. Die nachstehende Tabelle beschreibt den Inhalt und die zeitlich vorgesehenen Kinderuntersuchungen im schwedischen „Kindergesundheitspass“:



*Tabelle 7.7-1: Inhalt des schwedischen „Kindergesundheitspasses“*

| <b>Basisprogramm</b>                           |  |
|--|--|
| Innerhalb einer Woche nach Heimkehr nach Hause | Hausbesuch einer Krankenschwester eines Kindergesundheitszentrums  |
| Während des 1. Monats                          | Wöchentlicher Besuch einer Krankenschwester; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung                              |
| Während des 2. Monats<br>Zwischen 6 – 8 Wochen | Ca. alle 14 Tage Besuch einer Krankenschwester<br>Ärztliche Untersuchung; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung |
| 2. Monat                                       | Besuch einer Krankenschwester; „Muttergespräch“  |
| 3. Monat                                       | Besuch einer Krankenschwester; Impfung   |
| 4. Monat                                       | Besuch einer Krankenschwester  |
| 5. Monat                                       | Besuch einer Krankenschwester; Impfung   |
| 6. Monat                                       | Ärztliche Untersuchung; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung   |
| 8. Monat                                       | Besuch einer Krankenschwester; Kontakttest   |
| 10. Monat                                      | Ärztliche Untersuchung; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung   |
| 1. Lebensjahr                                  | Besuch einer Krankenschwester; Impfung   |
| 1,5. Lebensjahr                                | Ärztliche Untersuchung; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung; Impfung  |
| 2,5. od. 3. Lebensjahr                         | Besuch einer Krankenschwester; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung; Sprachentwicklung                         |
| 4. Lebensjahr                                  | Besuch einer Krankenschwester; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung; Sehen; Gehör und Sprachentwicklung        |
| Zw. 5. und 6. Lebensjahr                       | Besuch einer Krankenschwester oder eines Arztes/einer Ärztin; Gesundheitsuntersuchung; Beurteilung der Kindesentwicklung; Impfung    |

Quelle: „Barnets hälsobok“

Vor allem während der ersten beiden Monate besteht ein enger Kontakt zwischen den Familien und den Kinderschwestern bzw. -pflegern, die bei Bedarf mehrmals pro Woche die Familie zu Hause besuchen. Im Falle von physischen oder sozialen Auffälligkeiten wird vom Gesundheits- bzw. Krankenpflegepersonal ein Bericht an das Sozialamt verfasst, das infolge für weitere Interventionen zuständig ist. Die Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern wird mit nahezu 99 % angegeben [vgl. 37, S. 41ff.].

**enge Kontaktpflege zwischen Familien und Gesundheitsberufen durch Hausbesuche**

## 7.7.2 Eltern-Kind Versorgung in Krisensituationen

**„Kontaktpersonen“  
bieten Unterstützung  
bei familiären Krisen**

Der schwedische „Social Services Act“ regelt eine Reihe von sozialen Maßnahmen, die insbesondere Eltern und Kinder mit Risikoprofilen zukommen sollen. Unter anderem wurde für Familien in Krisensituationen die Position einer eigenen „Kontaktperson“ geschaffen, die Kindern (und Jugendlichen) Unterstützung bei der Erledigung von schulischen Aufgaben, bei der Lösung von „Alltagsproblemen“ bzw. belastenden Situationen und bei der Freizeitgestaltung bieten soll. Prinzipiell kann jede Familie od. jeder Elternteil um die Beiziehung einer „Kontaktperson“ ansuchen – letztlich entscheidet jedoch nach einer genauen Familienanamnese ein/e SozialarbeiterIn über die Notwendigkeit. „Kontaktpersonen“ können auch gerichtlich eingesetzt werden in Familien mit Gewalterfahrungen oder bei elterlichem Substanzmissbrauch. „Kontaktpersonen“ können zwar keiner „professionellen Berufsgruppe“ zugerechnet werden, sie werden aber von staatlicher Seite bestellt und bezahlt, müssen bestimmte Ausbildungsmodulare absolvieren und befinden sich bei staatlichen Sozialeinrichtungen unter Supervision. Alle 6 Monate werden die Hilfestellungen der „Kontaktpersonen“ evaluiert, wobei die Unterstützung für Familien in Krisensituationen mehrere Jahre dauern kann [vgl. 41, S. 39f.].

## 7.7.3 Zusätzliche Unterstützungshilfen für Eltern

**Rechtsanspruch auf  
staatliche  
Unterstützungshilfen  
für Eltern**

Darüber hinaus besitzen Eltern einen Rechtsanspruch auf Unterstützungshilfen („Parenting Support“), wobei die Ausgestaltung dieser Eltern-Kind Hilfen den jeweiligen Verwaltungsbezirken und Gemeinden obliegt. Im Allgemeinen umfassen die „Hilfeprogramme“ Gruppentrainings für Schwangere (und PartnerInnen) sowie für Eltern mit Kindern (bis zum ersten Lebensjahr) und werden sowohl in den „Maternity and Child Health Care Centres“ als auch in den „Familienzentren“ angeboten. Die schwedische „Child Rights Policy“ bildet hierfür die legislative Grundlage, die die Unterstützungshilfen, wie folgt umrahmt: „Support in parenthood, comprising support and education initiatives for parents with children in different age groups and with different situations and needs“ [41, S. 39].

## 7.8 Ergebnisse aus der empirischen ExpertInnenbefragung – Teil 2: Kinder mit sozialen Risikoprofilen

**4 Risikokategorien in  
der Fragebogenunter-  
suchung**

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, intendierte die LBI-HTA Fragebogenuntersuchung u.a. Länderinformationen zu Screeningmaßnahmen von Kindern (0 bis 6 Jahre) mit sozialmedizinischen Risikoprofilen zu gewinnen. Wiederum standen die NICE-Kategorien (siehe Kapitel 6.3) bei den Fragen zu den Screeningmethoden für Kinder mit Risikofaktoren im Vordergrund, wobei das Fragebogeninstrument teils abgeändert bzw. ergänzt werden musste, um die „Lebenswelten“ bzw. Risikoprofile möglichst genau abzeichnen zu können. Die internationalen ExpertInnen, die sich an der Untersuchung beteiligten, hatten wiederum die Möglichkeit, die vorgegebenen Risikoprofile zu ergänzen. Folgende Risikofaktoren bei Kindern wurden berücksichtigt:

- ✿ Intelligenzminderung;
- ✿ Motorische Entwicklungsstörungen;
- ✿ Häusliche Gewalt<sup>27</sup>;
- ✿ Migrationshintergrund<sup>27</sup>.
- ✿ Frühgeburtlichkeit<sup>75</sup>

### Verfügbarkeit von Screeninginstrumenten für Kinder mit Risikofaktoren

Analog zur methodischen Vorgehensweise im Ergebnisteil zu Screeningmethoden von Schwangeren mit sozialmedizinischen Risikofaktoren (siehe Kapitel 6.4.2), werden auch im Folgenden die unterschiedlichen Screening-Policies für Kinder (0 bis 6 Jahre) in den jeweiligen Ländern (*Irland, Island, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Finnland, Schweden*)<sup>76</sup> beschrieben.

**Beschreibung der Screening-Policies für Kinder mit Risikoprofilen in 7 Ländern**

---

<sup>75</sup> Ergänzung aus den Fragebogenantworten aus *Island*

<sup>76</sup> Für Deutschland und Großbritannien konnten im Rahmen dieses Fragebogenteils keine Ergebnisse gewonnen werden, da die Antworten der ExpertInnen ausblieben.

Tabelle 7.8-1: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor INTELLIGENZMINDERUNG

| Screeningschwerpunkt:<br>INTELLIGENZMINDERUNG  | IRL | IS | NL   | NOR | CH   | SF | S  |
|--|-----|----|------|-----|------|----|----|
| Screening-Policy für Kinder mit INTELLIGENZMINDERUNG   | Ja  | Ja | Nein | kA  | Nein | Ja | Ja |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | kA  | Ja | Nein | kA  | Nein | Ja | Ja |

Legende: kA (keine Angaben)

Tabelle 7.8-2: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor MOTORISCHE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

| Screeningschwerpunkt:<br>MOTORISCHE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN  | IRL | IS | NL | NOR  | CH   | SF | S  |
|--|-----|----|----|------|------|----|----|
| Screening-Policy für Kinder mit MOTORISCHEN ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN                                      | Ja  | Ja | Ja | Ja   | Nein | Ja | Ja |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | kA  | Ja | Ja | Nein | Nein | kA | Ja |

Legende: kA (keine Angaben)

Tabelle 7.8-3: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor HÄUSLICHE GEWALT

| Screeningschwerpunkt:<br>HÄUSLICHE GEWALT  | IRL | IS   | NL | NOR  | CH   | SF | S    |
|--|-----|------|----|------|------|----|------|
| Screening-Policy für Kinder in HÄUSLICHER GEWALT   | kA  | Nein | Ja | Nein | Nein | Ja | Nein |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | kA  | Nein | Ja | Nein | Nein | Ja | Nein |

Legende: kA (keine Angaben)

Tabelle 7.8-4: Übersichtstabelle zu Screening-Policy für Kinder mit Risikofaktor MIGRATIONSHINTERGRUND

| Screeningschwerpunkt:<br>MIGRATIONSHINTERGRUND   | IRL | IS | NL   | NOR  | CH   | SF | S    |
|--|-----|----|------|------|------|----|------|
| Screening-Policy für Kinder mit MIGRATIONSHINTERGRUND  | kA  | Ja | Nein | Nein | Nein | kA | Nein |
| Spezielle Dokumentation für diese Risikogruppe (z.B. im Rahmen eines Mutter/Kind Heftes/Booklets etc.) | kA  | Ja | Nein | Nein | Nein | kA | Nein |

Legende: kA (keine Angaben)

## Länderspezifische Teilergebnisse

### geringe Antworttiefe zu Screening-Policies für Kinder mit Risikofaktoren

Grundsätzlich geben die nachfolgenden Fragebogenergebnisse zu erkennen, dass die Screening-Policies für Kinder mit Risikoprofilen in den meisten (eingeschlossenen) Ländern weitaus weniger elaboriert sind, als etwa Screeningmaßnahmen für schwangere Frauen in Risikosituationen. Dies könnte an der Relevanz der vorgegebenen Risikokategorien liegen – allerdings wurden (außer von den ExpertInnen aus *Island* und der *Schweiz*) keine weiteren sozialmedizinischen Risikofaktoren bei Kindern von den ExpertInnen ergänzt. Hinsichtlich der involvierten Berufsgruppen bzw. den angebotenen Leistungen für diese speziellen Populationen stehen ausschließlich Informationen aus *Irland* und aus *Island* zur Verfügung, wobei sich diese auf Kinder mit INTELLIGENZMINDERUNG beschränken. Erschwerend für die Ergebnisdarstellung ist weiters die Sprachbarriere, da der Großteil der weiterführenden Informationen (z.B. Policy-Dokumente) nur in den Landessprachen verfügbar ist.

Nachstehend finden sich die Antworten der ExpertInnen zu den einzelnen Gruppen von Kindern, die diversen Belastungssituationen ausgesetzt sind. Darüber hinaus werden an entsprechender Stelle die angebotenen Leistungen und die beauftragten Gesundheitsberufe dargestellt. Da die ExpertInnenantworten zu den beteiligten Gesundheitsberufen in diesem Kapitel nicht so ergiebig ausfielen (wie etwa im Kapitel 6.4.3), werden die Nennungen an entsprechender Stelle nachfolgend ausgewiesen und nicht in einem eigenen Kapitel dargestellt.

### Sozialmedizinischer Risikofaktor INTELLIGENZMINDERUNG

In den *Niederlanden* und in der *Schweiz* gibt es keine spezielle Screening-Policy hinsichtlich INTELLIGENZMINDERUNG und für *Norwegen* konnten dazu ebenso keine Ergebnisse gewonnen werden. Die Antworten aus *Finnland* verweisen auf eine existierende Screening-Policy, die allerdings nur auf Finnisch verfügbar ist.

### breites Leistungsangebot für Kinder mit Intelligenzminderung in Irland und Island

In *Irland* und in *Island* werden spezielle Screeningtests<sup>77</sup> hinsichtlich des (mental und motorischen) Entwicklungsstatus eines Kindes verwendet. Der Umfang der angebotenen Leistungen für diese Risikogruppe und die LeistungserbringerInnen stellen sich in *Irland* und in *Island* folgendermaßen dar:

In *Irland* erhalten Kinder mit INTELLIGENZMINDERUNG und deren Eltern, je nach Bedarf und Krankheitsbild:

- ✿ Psychologische Diagnostik und Beratung;
- ✿ Sprachheiltherapie (zuständige Berufsgruppe: LogopädInnen);
- ✿ Physiotherapie;
- ✿ Pflegeleistungen (zuständige Berufsgruppen: „Public Health Nurse“ und „Early Intervention Team“ v.a. bei Vorschulkindern);
- ✿ Elternberatung (zuständige Berufsgruppe: SozialarbeiterInnen).

<sup>77</sup> „BRIGANCE Screens“ für Kinder mit 2,5 und mit 4 Jahren; „PEDS – Parents’ Evaluation of Developmental Status“ für Kinder von 0 bis 8 Jahre

In *Island* bekommen Kinder mit INTELLIGENZMINDERUNG und deren Eltern an folgenden staatlichen Einrichtungen Unterstützung:

- ✿ „Centre for Child Development and Behaviour“ (zuständige Berufsgruppen: KinderärztInnen; PsychologInnen; BeschäftigungstherapeutInnen; SozialarbeiterInnen);
- ✿ “The State Diagnostic and Counselling Centre” (zuständige Berufsgruppen: KinderärztInnen; PsychologInnen; BeschäftigungstherapeutInnen; SozialarbeiterInnen; LogopädInnen; PhysiotherapeutInnen; SozialpädagogenInnen);
- ✿ “Primary Health Care Centres” (zuständige Berufsgruppen: KinderärztInnen; PsychologInnen; “Public Health Nurses”; AllgemeinmedizinerInnen).

In *Schweden* wird im Rahmen des allgemeinen Säuglings- bzw. Kleinkind-Screenings (im 2., 6. 10. und 18 Lebensmonat und anschließend im 3., 4. und 5. Lebensjahr) versucht, etwaige INTELLIGENZMINDERUNGEN bei Kindern zu identifizieren. Die aktuelle Screening-Policy befindet sich allerdings derzeit unter Begutachtung, da viele Kinder bis zur Schuleinschreibung nicht erfasst werden. Die Screening-Daten werden in *Schweden* in einem „Child Health Care Record“ erfasst, das dem Kind „folgt“ und den entsprechenden Gesundheits- aber auch Bildungseinrichtungen zur Einsicht und Ergänzung zur Verfügung steht.

„begleitende“  
Kindergesundheitsakte  
in Schweden

### Sozialmedizinischer Risikofaktor MOTORISCHE ENTWICKLUNGSSTÖRUNG

Wie aus den Fragebogenantworten der einzelnen Länder hervorgeht, wird die motorische Entwicklung eines Kindes in den meisten Ländern im Verlauf der standardmäßig vorgesehenen Kinderuntersuchungen eingeschätzt (z.B. in den *Niederlanden*). Eine eigene Screening-Policy wurde von keinem/r ExpertIn genannt. In *Schweden* werden diese Untersuchungen entweder von einem/r AllgemeinmedizinerIn oder einem Kinderarzt/einer Kinderärztin durchgeführt. Hierfür werden spezielle Checklisten verwendet (nur auf Schwedisch verfügbar). Ähnliche Diagnostikinstrumente gibt es auch in *Island* und in *Norwegen* erfolgt (wiederum routinemäßig) die motorische Entwicklungsüberprüfung 6 Wochen nach der Geburt und rund um das 1. Lebensjahr.

motorische  
Entwicklungsüber-  
prüfung meist im Zuge  
der Früherkennungs-  
untersuchungen

### Sozialmedizinischer Risikofaktor HÄUSLICHER GEWALT

Keine speziellen Screening-Policies für Kinder, die HÄUSLICHER GEWALT ausgesetzt sind gibt es in *Island*, *Norwegen*, *Finnland* und der *Schweiz*. In den *Niederlanden* gibt es ein Policy-Dokument, das Kinder- und JugendärztInnen und Krankenpflegepersonal für Hinweise auf häusliche Gewalt bei Kindern und Jugendlichen sensibilisieren soll (nur auf Holländisch verfügbar). In *Schweden* wurde kürzlich ein Programm zur Verhinderung von „Schütteltraumata“ („Baby shaken syndrom“) bei Säuglingen lanciert, in das Kinderkliniken und die schwedischen „Child Health Care Centres“ eingebunden sind. Präventionsarbeit soll v.a. durch die Beratung und Betreuung der Eltern während des 1. Lebensjahres des Kindes durch eine („zugeteilte“) „Public Health Nurse“ gewährleistet werden. Zusätzlich wird in *Schweden* bereits während der Schwangerschaft auf etwaige Gewaltanzeichen bei den standardmäßigen Beratungs- und Untersuchungsterminen der

keine speziellen  
Screeningmaßnahmen  
auf häusliche Gewalt bei  
Kindern

Frauen geachtet (durch spezielle Fragen nach Gewalterfahrungen innerhalb der Familie/Partnerschaftsbeziehung).

### Weitere Risikofaktoren

physische  
Einschränkungen und  
sozialmedizinische  
Folgen rechtzeitig  
abfedern

Die ExpertInnenantworten aus *Island* weisen weiters auf sozialmedizinische Risiken durch Frühgeburten hin. Folglich werden „Frühchen“ (mit einem Geburtsgewicht von 1500 Gramm oder weniger und einer Geburt vor der 32. SSW) in den isländischen „Centres of Prevention, Education, Research and Development“ und in den „Primary Health Care“ Zentren von KinderärztInnen und „Public Health Nurses“ betreut. Ziel der Screening-Policy ist es möglichst früh Behandlungs- und Beratungsangebote für Eltern und deren frühgeborenen Kinder bereit zu stellen, um nachfolgende, sozialmedizinische Risiken zu verhindern bzw. gering zu halten. Leider sind keine näheren Informationen (etwa über Dauer der Begleitprogramme und „Tiefe“ des Leistungsprogrammes) auf Englisch verfügbar.

Zum potentiellen Risikofaktor MIGRATIONSHINTERGRUND konnten bis auf *Island* aus keinem anderen Land Informationen hinsichtlich existierender Screening-Policies und spezieller Leistungsangebote gewonnen werden. Allerdings findet sich in den Antworten aus *Island* der Kommentar, dass grundsätzlich Kindern mit MIGRATIONSHINTERGRUND die gleichen Screenings, Leistungen und Unterstützungen zu Teil werden wie allen anderen Kindern. Aus diesem Grund wurde die Frage nach dem Vorhandensein einer speziellen Screening-Policy in Tabelle 7.8-2 vom/von der ExpertIn mit „Ja“ beantwortet.



## 8 Diskussion und Schlussfolgerung

In Hinblick auf die Kernergebnisse dieses Berichts sei zu Beginn nochmals auf die Leitfragen (siehe Kapitel 1.3) verwiesen: Hierbei standen internationale Screening-Policies im Zentrum des Forschungsinteresses, die die prä-, peri- und postnatale Phase sowie die frühe Kindheit (etwa bis Schuleintritt) betreffen und sowohl medizinische als auch psychosoziale Parameter der schwangeren Frau sowie der Eltern mit Kinder (0 bis 6 Jahre) umfassen. Zudem wurde ein Hauptaugenmerk auf die dabei involvierten LeistungserbringerInnen (Gesundheitsberufsgruppen) gelegt. Angesichts teils überwiegend „Medizin-zentrierter“ Programme (i.S. von körpermedizinischen und „technologiedominanten“ Zugängen) wurde insbesondere auf Screenings fokussiert, die psychosoziale Risiken der schwangeren Frau bzw. werdenden Eltern sowie der Eltern mit Kinder, abzufedern versuchen. Letzteres begründet sich v.a. im Interesse an zielgruppen- und bedarfsorientierten Programmen, die in anderen Ländern (z.B. Großbritannien und Niederlande) in das Leistungsangebot bereits teilweise Eingang gefunden haben.

Grundsätzlich fällt für die Phase der Schwangerschaft auf, dass die Anzahl an empfohlenen Schwangerschaftsuntersuchungen (bei „Normalverläufen“, d.h. ohne Risikopotenzial) zwischen den Ländern mitunter stark variiert. Eine nähere Betrachtung der Früherkennungsinhalte lässt jedoch erkennen, dass manche Curricula abseits von (medizinischen) Untersuchungen, Schwerpunkte auf Beratungen legen, wodurch die Konsultationsfrequenz steigt. Hinsichtlich der Inhalte der medizinischen Screeninguntersuchungen zeigen sich bei manchen eingeschlossenen Ländern große Unterschiede in der Empfehlung körperlicher und geräteunterstützter Untersuchungen sowie im Einsatz von Labortests. Weiters ergaben die analysierten Programme Besonderheiten, die vorrangig die folgenden Themenbereiche betreffen:

- ✿ Die Screeningorganisation (d.h. die Kompetenzverteilung hinsichtlich der beteiligten Gesundheitsberufsgruppen) sowie die
- ✿ Berücksichtigung von sozialmedizinischen Risikofaktoren in den Screening-Policies ausgewählter Länder.

Interessant im Hinblick auf innovative Organisationskonzepte beim Schwangeren-Screening erscheint das Angebot mancher Länder (z.B. in Großbritannien und Dänemark), bestimmte Teile der Früherkennungsprogramme auch zu Hause durchführen zu lassen. Hierbei sind es zumeist Hebammen oder speziell ausgebildete Krankenschwestern, die die schwangere Frau zu Hause besuchen und somit auch einen Eindruck über deren Lebenssituation bekommen. Darüber hinaus gab der Ländervergleich zu erkennen, dass die oben genannten nicht-ärztliche Berufsgruppen generell bei Schwangerschaften ohne Risikoverläufe in den eingeschlossenen Ländern (Großbritannien; Finnland; Niederlande; Deutschland; Dänemark und Schweden) eine zentrale Rolle bei der Durchführung der empfohlenen Untersuchungen und Beratungen spielen. Weiters sind AllgemeinmedizinerInnen (etwa in Großbritannien; Niederlande, Dänemark) bedeutsame AkteurInnen beim Basisscreening von schwangeren Frauen, während FachärztInnen v.a. Schwangere mit Risikoverläufen medizinisch behandeln und beraten.

**Fokus auf  
Routinescreenings und  
sozialmedizinische  
Fragestellungen**

**Heterogenität in den  
Empfehlungen als  
Spiegel  
unterschiedlicher  
Screeningkulturen**

**aufsuchende Angebote  
bereits während der  
Schwangerschaft**

**Screening auf soziale Risikoprofile braucht verschränkte Zusammenarbeit über Politikbereiche und Institutionen hinweg**

Hinsichtlich erweiterter Früherkennungsprogramme für schwangere Frauen mit sozialmedizinischen Risikofaktoren (wie etwa Substanzmissbrauch; psychische Erkrankungen; häusliche Gewalt etc.) wurde mittels einer Fragebogenuntersuchung unter europäischen GesundheitsexpertInnen versucht, die Screening-Policies in ausgewählten Ländern zu erheben. Außerdem standen die Leistungsbreite für diese Population und die beteiligten Gesundheitsberufe im Vordergrund der schriftlichen Befragung. Hierbei ergaben die Fragebogenantworten, dass die Identifizierung von Risikogruppen in den meisten Ländern im Rahmen der allgemeinen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt. Mittels (teils standardisierter) Fragebögen bzw. speziellen Fragen im Rahmen der Beratungsbesuche wird versucht, etwaige psychosoziale Risiken ausfindig zu machen und entsprechende Interventionen anzubieten. Zudem wird mancherorts (z.B. in Deutschland) durch eine verschränkte Zusammenarbeit (etwa von Sozialamt und Gesundheitsberufen) versucht, Schwangere bzw. Familien mit bekannten Risiken mit speziellen Angeboten (Stichwort „Familienhebammen“ in Deutschland) zu erreichen. Manche Länder haben (z.B. Dänemark und Großbritannien) bereits sehr ausführliche Screeningprogramme entworfen, die auch auf die weiterführende Versorgung von identifizierten Risikogruppen Bedacht nehmen.

**Identifikation von sozialen Risikogruppen durch niedrigschwellige Zugänge und Strukturen**

Bei der Gestaltung der Screening-Policies für Neugeborene/Säuglinge sowie von Kindern (bis zum Schuleintrittsalter) und deren Eltern zeigt sich (je nach Land) ebenfalls eine starke Einbeziehung von nicht-ärztlichen Berufsgruppen, wobei wiederum die Gruppe der Hebammen und „Public Health Nurses“ überwiegen. Auffallend ist eine sich ergänzende Aufteilung zwischen FachärztInnen und anderen Gesundheitsberufen, wie etwa anhand des Beispiels der „Präventionsassistenten“ in manchen deutschen Kinderarztpraxen ersichtlich wird. Hierbei handelt es sich zwar nicht um ein Angebot im Rahmen der routinemäßigen Früherkennungsprogramme für Kinder (und Eltern), allerdings zeigen erste Ergebnisse, dass durch ergänzende Angebote manche Beratungen und Präventionsprogramme schneller Umsetzung und Aufwertung finden. Ein besonderes Merkmal beim Basisscreening von Kindern (z.B. in Schweden; Finnland) sind Hausbesuche (zumeist von Hebammen oder „Public Health Nurses“), die abseits der Abklärung des kindlichen Entwicklungsstatus auch eine Einschätzung zur Lebenssituation des Kindes bzw. der Familie geben sollen. Bei den Screening-Policies zu (hoch)belasteten Kindern und Familien ergab die Fragebogenuntersuchung abermals zu erkennen, dass die Identifizierung von Risikokindern bzw. –familien größtenteils in die Standardcurricula zu den Früherkennungsuntersuchungen eingebettet ist. Hausbesuche gelten hierbei (neben anderen Faktoren) als Prämisse für eine Risikoeinschätzung und letztlich für eine Identifizierung von Kindern mit Risikoprofilen.

**gesellschaftlichen Kontext bei einer Adaptierung von Screenings und Leistungen beachten**

Abschließend ist festzuhalten, dass diese Länderanalysen helfen sollen, um kreative Prozesse hinsichtlich einer Adaptierung bestehender Eltern-Kind Screeningprogramme anzustoßen - ohne jedoch die jeweiligen Länderbesonderheiten in Hinblick auf die unterschiedliche Gestaltung der Gesundheitssysteme, der unterschiedlichen Kompetenzlagen der verschiedenen Gesundheitsberufe, das sozio-kulturelle Umfeld und das gesellschaftspolitische Verständnis von Eltern-Kind Früherkennungsprogrammen und anschließenden Interventionen außer Acht zu lassen.

## 9 Limitationen

Die bewusste Fokussierung auf Länder erlaubt keine umfassende Darstellung von Eltern-Kind Screeningprogrammen. Insofern wurden in diesem Bericht nur jene Länder abgebildet, die entweder aufgrund der Forschungsfragen besonderen Erkenntniswert versprachen oder aus methodisch-organisatorischen Gründen (wie z.B. Sprachbarriere; Bereitschaft von internationalen ExpertInnen zur Teilnahme an der Fragebogenuntersuchung) eingeschlossen wurden.

Weiters gestaltete sich der Risikobegriff schwierig, da sich die Einschätzung von Risiken oftmals standardisierten Instrumenten entzieht. Die Grenze zwischen „Normal- und Risikoverlauf“ kann unter Umständen fließend sein und obliegt letztlich den Einschätzungen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen, die mit Schwangeren bzw. Eltern(teilen) mit Kindern in Kontakt sind. Schließlich sind diese (begründeten) Einschätzungen von ExpertInnen auch notwendig, um ungewünschte Effekte, etwa durch Stigmatisierungen von Menschen, zu vermeiden. Darüber hinaus wurden (bewusst) nicht alle Risikofaktoren während einer Schwangerschaft bzw. während der Kindheit berücksichtigt. Die Konzentration auf psychosoziale Risiken schließt jedoch die Bedeutung und Tragweite von anderen Risiken keinesfalls aus.

**bewusste  
Länderauswahl  
analog zu den  
Fragestellungen des  
Berichts**

**Begriffe „Normal- und  
Risikoverläufe“ sind  
kritisch zu hinterfragen  
und kontextabhängig**

**Fokussierung auf  
sozialmedizinische  
Risikofaktoren bei  
Schwangeren, Familien  
und Kindern**



## 10 Literatur

- [1] Abuzahra M, Zechmeister I, Wild C. Mutter-Kind-Pass - Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment 2009.
- [2] Bundesministerium für Gesundheit. Mutter-Kind-Pass. 2011 [cited 02.03.2011]; Available from: [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern\\_und\\_Kind/Mutter\\_Kind\\_Pass](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass)
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Impfplan 2011 Österreich Evidenz-basierte Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates (Impf Ausschuss: 12. Oktober 2010). 2011 [cited 20.01.2011]; Available from: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/0/CH1100/CMS1038913010412/impfplan\\_2011.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/0/CH1100/CMS1038913010412/impfplan_2011.pdf)
- [4] Mossialos EA, Merkur S, Ladurner J. Antenatal care in Austria and selected countries Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. 2010 [cited 03.03.2011]; Available from: [http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/Merkur\\_Antenatal%20Care%20in%20Austria.pdf](http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/Merkur_Antenatal%20Care%20in%20Austria.pdf)
- [5] Piso B, Wild C, Winkler R, Warmuth M. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil IV: Synthese der Teile 1-3, Handlungsempfehlungen Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [6] Warmuth M, Mad P, Piso B, Wild C. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [7] Zechmeister I, Loibl T, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil III: Ökonomische Dimensionen der Eltern-Kind-Leistungen in Österreich: Ist-Erhebung von Finanzierungs- und Kostenstrukturen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [8] Department of Reproductive Health & Research, World Health Organization. Safe Motherhood: Care in Normal Birth 1996 [cited 15.12.2010]; Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
- [9] Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin PuGAeV. Humanisierung von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach. AKF-INFO 2009) Vol.9(1 [cited 14.09.2010]; Available from: [http://www.akf-info.de/uploads/media/AKF-Info\\_01\\_09.pdf](http://www.akf-info.de/uploads/media/AKF-Info_01_09.pdf)
- [10] Luyben AG, Fleming VEM. Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery*. 2005;21(3):212-23.
- [11] Organisation for Economic Co-operation and Development. Doing better for children. Paris: OECD 2009.
- [12] Zimmermann R. Der E-Mutterpass: Eine Gesundheitskarte für Schwangere. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2007;88(33):1349-51.
- [13] Schild RL, Schling S. Evidenzlage des Anamnesekatalogs im Deutschen Mutterpass. *Gynäkologe*. 2009;42(2):87-92.
- [14] Boddy J, Statham J, Smith M, Ghatge D, Wigfall V, Hauari H. International perspectives on parenting support: non-English language sources. London: Department for Children, Schools and Families 2009.

- [15] Bernloehr A, Smith P, Vydelingum V. National guidelines on antenatal care: A survey and comparison of the 25 member states of the European Union. *European Clinics in Obstetrics and Gynaecology*. 2006;2(4):213-22.
- [16] National Institute for Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. 2008 updated June 2010 [cited 03.03.2011]; Available from: <http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=89310>
- [17] Kateman H, Herschderfer K. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project (MCP<sup>2</sup>) Current Practice in Europe and Australia. A descriptive study. 2005 [cited 03.03.2011.]; Available from: <http://www.mcp2.ca/english/documents/IntlReptFinal9Jul05.pdf>
- [18] Joyce T, Racine A, Yunzal-Butler C. Reassessing the WIC effect: evidence from the Pregnancy Nutrition Surveillance System. *Journal of policy analysis and management* : [the journal of the Association for Public Policy Analysis and Management]. 2008;27(2):277-303.
- [19] Laes E, Gissler M. Health in pregnant women. In: Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, Teperi J, eds. *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute : Ministry of Social Affairs and Health 2006:120-1.
- [20] Ritvanen A. [Prenatal Screening Policies in] Finland. In: Boyd B, Garne E, eds. *Eurocat surveillance of congenital anomalies Special Report: Prenatal Screening Policies in Europe*. Newtownabbey: EUROCAT 2010:13-6.
- [21] Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*. 2009;9:18.
- [22] Poorter J. Primary Health Care in the Netherlands: The nature, structure, financing, regulation, supply of, and training and demand for primary health care in the Netherlands. International Publication Series Health, Welfare and Sport (Nr20) 2005 [cited 04.03.2011.]; Available from: <http://english.minvws.nl/en/folders/cz/2005/primary-health-care.asp>
- [23] de Walle H. [Prenatal Screening Policies in] The Netherlands. In: Boyd B, Garne E, eds. *Eurocat surveillance of congenital anomalies Special Report: Prenatal Screening Policies in Europe*. Newtownabbey: EUROCAT 2010:23-5.
- [24] G-BA - Der Gemeinsame Bundesausschuss. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). 2010 [cited 01.12.2010.]; Available from: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-429/RL\\_Mutter-2010-02-18.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-429/RL_Mutter-2010-02-18.pdf)
- [25] Schücking BA. Vom Mutterpass zur Risikoschwangerschaft und zur High Tech-Geburt. Eine Bestandsaufnahme für Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe 2009. In: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin Psychotherapie und Gesellschaft, ed. *Humanisierung von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach*. Berlin: AKF e.V. 2009:AKF-INFO 9(1):15-7.
- [26] Ministry of Health and Prevention. Health Care in Denmark. 2008 [cited 03.11.2010]; Available from: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~/\\_media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2008/UK\\_Healthcare\\_in\\_dk/pdf.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/UK_Healthcare_in_dk/pdf.ashx)
- [27] Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for Svangreomsorgen. 2009 [cited 04.03.2011]; Available from: <http://www.sst.dk/publ/publ2009/CFF/gravide/svangreomsorgen.pdf>

- [28] Glengård A, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health systems in transition: Sweden. Title on web homepage: HiT country profiles. 2005;7(4):i-130.
- [29] National Institute for Health and Clinical Excellence. Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors. Quick reference guide. NICE Clinical Guideline 110 2010 [cited 04.03.2011.]; Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13167/50817/50817.pdf>
- [30] Windorfer A. Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2009;58(5):368-83.
- [31] Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. 2010 [cited 03.11.2010]; Available from: <http://www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/werkbuch-vernetzung/>
- [32] NHS Antenatal and Newborn Screening Programmes. Newborn and Infant Physical Examination Standards and competencies. 2008 [cited 03.03.2011]; Available from: <http://newbornphysical.screening.nhs.uk/getdata.php?id=10616>
- [33] Department of Health. Healthy Child Programme Pregnancy and the first five years of life. [Guidance] 2009 [cited 03.03.2011]; Available from: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_118525.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_118525.pdf)
- [34] Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland - Health system review. Title on web homepage: HiT country profiles. 2008;10(4):168.
- [35] Teperi J, Vuorenkoski L. Health and health care in Finland since the Second World War. In: Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, Teperi J, eds. *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute : Ministry of Social Affairs and Health 2006:8-12.
- [36] Hoppu U, Talasniemi H, Työministeriö Maahanmuutto-osasto. Having children in Finland. 2nd rev. ed. [Helsinki]: Ministry of Labour Edita [jakaja] 1997.
- [37] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. 2006 [cited 02.03.2011]; Available from: [http://www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/user\\_upload/kindergesundheit-info.de/Fachkraefte/Downloads/recherche-gesamt\\_01.pdf](http://www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/user_upload/kindergesundheit-info.de/Fachkraefte/Downloads/recherche-gesamt_01.pdf)
- [38] Ministry of Social Affairs and Health. Statutory Social and Health Services in Finland. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health (Nr 2005:7) 2006 [cited 03.03.2011.]; Available from: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3674.pdf&title=Statutory\\_Social\\_and\\_Health\\_Services\\_in\\_Finland\\_en.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3674.pdf&title=Statutory_Social_and_Health_Services_in_Finland_en.pdf)
- [39] Ministry of Health Welfare and Sport. Youth in the Netherlands The Youth Care Act. International Publication Series Health, Welfare and Sport (Nr21) 2005 [cited 03.03.2011.]; Available from: <http://english.minvws.nl/en/folders/djb/2005/youth-care-in-the-netherlands.asp>

- [40] G-BA - Der Gemeinsame Bundesausschuss. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). 2009 [cited 02.03.2011.]; Available from: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-379/RL\\_Kinder\\_2009-06-18\\_2.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-379/RL_Kinder_2009-06-18_2.pdf)
- [41] Berg T, Vink C. Child and Youth Social Care Systems Abroad Lessons on strategies and systems from England, Germany, Norway and Sweden. 2009 [cited 02.03.2011.]; Available from: <http://www.nji.nl/publicaties/JeugdzorginEuropa.pdf>



# 11 Appendix A: LBI-HTA Questionnaire on MATERNITY and CHILD HEALTHCARE - Focus: Risk Populations

## Background information for experts:

Since information on standard medical screenings and treatments for pregnant women and children is widely available, **this survey deliberately focuses on socio-medical issues which primarily refer to screenings and services that are related to risk factors during pregnancy (prenatal), after the childbirth (perinatal) and which supposedly impact on the development of children (postnatal).**

- Intention of this survey
  - To learn about screening strategies in your country concerning high risk pregnant women and high risk children (0 to 6 yrs. old)
  
- Definition and population scope
  - In the context of this survey, the term RISK POPULATION covers all those groups of
    - pregnant women;
    - women with their newborn(s) and
    - mothers resp. parents with their children (from 0 to 6 yrs. old)that experience **high risk potentials** regarding their health status **due to various factors** such as their risk behaviour (e.g. drug abuse), mental illnesses/retardation, ethnical background, psychological and/or physical impairments etc.
  
- The thematic foci of the questionnaire encompasses
  1. Screening strategies in your country to identify the above described risk populations;
  2. The range of services/support provided to those groups and
  3. the range of service providers that are involved in screening and treatment processes.
  
- Scope of services for the described risk populations and scope of providers
  - Your answers should refer **only to those services and service providers in your country that are fully or partly covered by the public health insurance** (i.e. all services that need to be paid “out-of-pocket” are excluded in this survey).

**THANK YOU FOR YOUR CO-OPERATION!**

In general, which of the following services belong to the “**standard maternity services**” that **ALL pregnant women** are offered in your country? Which ones are **exclusively provided to risk populations amongst pregnant women** and which services are **not provided at all**?

| Type of service provided to ALL pregnant women  | Part of the standard maternity services | Provided exclusively to risk populations amongst pregnant women | Not provided at all      |
|---|---|---|--------------------------|
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Social work   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to ‘learn from each other’ etc.         | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>78</sup> :   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

<sup>78</sup> Please specify!

## Part A: Pregnant women and risk factors

A1) Are there any **specific and formalised procedures** in order to identify the following risk populations (**amongst pregnant women**)?

### RISK FACTOR: **Substance abuse**

#### **Risk population – PREGNANT WOMEN**

|   |            |                          |
|---|------------|--------------------------|
| Is there a <b>screening policy</b> for pregnant women with <b>SUBSTANCE ABUSE</b> in your country?  | YES        | <input type="checkbox"/> |
|   | NO         | <input type="checkbox"/> |
|   | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <b><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for pregnant women with substance abuse in your country.</u></b> |            |                          |
| Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)            | YES        | <input type="checkbox"/> |
|   | NO         | <input type="checkbox"/> |
|   | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?  | Weblink:   |                          |

Remark(s):

**A2) Which services are particularly provided to pregnant women with substance abuse and who are the service providers? If a service is not applicable, please ignore!**

| Type of service for pregnant women with substance abuse   | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | GP                       | Med. Specialist          | Public health nurse      | Psychologist             | Psychotherapist          | Social worker            | Midwife                  | Other: <sup>79</sup>     |
| Psychiatric treatment   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Social work (for everyday life handling, active house search etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to 'learn from each other' etc.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>80</sup> :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

<sup>79</sup> Please specify!

<sup>80</sup> Please specify!

**RISK FACTOR: Mental illnesses**

**Risk population – PREGNANT WOMEN**

|  |            |                          |
|--|------------|--------------------------|
| <p>Is there a <b>screening policy</b> for <b>pregnant women</b> with <b>MENTAL ILLNESSES</b> in your country?</p>                            | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for pregnant women with mental illnesses in your country.</u></p> |            |                          |
| <p>Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)</p>      | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <p>Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?</p>  | Weblink:   |                          |

Remark(s):

A3) Which services are particularly provided to pregnant women with mental illnesses and who are the service providers? **If a service is not applicable, please ignore!**

| Type of service for pregnant women with mental illnesses  | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | GP                       | Med. Specialist          | Public health nurse      | Psychologist             | Psychotherapist          | Social worker            | Midwife                  | Other: <sup>81</sup>     |
| Psychiatric treatment   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Social work (for everyday life handling, active house search etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to 'learn from each other' etc.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>82</sup> :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

<sup>81</sup> Please specify!

<sup>82</sup> Please specify!

RISK FACTOR: **Early school leavers****Risk population – PREGNANT WOMEN**

|   |            |                          |
|---|------------|--------------------------|
| Is there a <b>screening policy</b> for <b>pregnant women</b> who are <b>EARLY SCHOOL LEAVERS</b> in your country?                                   | YES        | <input type="checkbox"/> |
|   | NO         | <input type="checkbox"/> |
|   | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <b><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for pregnant women who are early school leavers in your country.</u></b> |            |                          |
| Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)                    | YES        | <input type="checkbox"/> |
|   | NO         | <input type="checkbox"/> |
|   | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?  | Weblink:   |                          |

Remark(s):

**A4) Which services are particularly provided to pregnant early school leavers and who are the service providers? If a service is not applicable, please ignore!**

| Type of service for pregnant early school leavers   | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | GP                       | Med. Specialist          | Public health nurse      | Psychologist             | Psychotherapist          | Social worker            | Midwife                  | Other: <sup>83</sup>     |
| Psychiatric treatment   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Social work (for everyday life handling, active house search etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to 'learn from each other' etc.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>84</sup> :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

<sup>83</sup> Please specify!

<sup>84</sup> Please specify!



**RISK FACTOR: Pregnant teenagers**

**Risk population – PREGNANT WOMEN**

|  |            |                          |
|--|------------|--------------------------|
| <p>Is there a <b>screening policy</b> for <b>PREGNANT TEENAGERS</b> in <b>your country</b>?</p>  | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>If <u>yes</u>, please provide a short description of the screening strategy for <u>pregnant teenagers</u> in your country.</b></p> |            |                          |
| <p>Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)</p>  | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <p>Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?</p>  | Weblink:   |                          |

Remark(s):

**A5) Which services are particularly provided to pregnant teenagers and who are the service providers? If a service is not applicable, please ignore!**

| Type of service for pregnant teenagers  | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | GP                       | Med. Specialist          | Public health nurse      | Psychologist             | Psychotherapist          | Social worker            | Midwife                  | Other: <sup>85</sup>     |
| Psychiatric treatment   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Social work (for everyday life handling, active house search etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to 'learn from each other' etc.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>86</sup> :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

<sup>85</sup> Please specify!

<sup>86</sup> Please specify!

**RISK FACTOR: Domestic violence in the family**

**Risk population – PREGNANT WOMEN**

|  |   |
|--|---|
| Is there a <b>screening policy</b> for <b>pregnant women</b> who experience(d) <b>DOMESTIC VIOLENCE</b> in your country?                                   | <p>YES <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Don't know <input type="checkbox"/></p> |
| <b><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for pregnant women who experience(d) domestic violence in your country.</u></b> |   |
| Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)                           | <p>YES <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Don't know <input type="checkbox"/></p> |
| Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?   | Weblink:  |

Remark(s):

**A6) Which services are particularly provided to pregnant women who experience(d) domestic violence and who are the service providers? If a service is not applicable, please ignore!**

| Type of service for pregnant women and domestic violence  | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | GP                       | Med. Specialist          | Public health nurse      | Psychologist             | Psychotherapist          | Social worker            | Midwife                  | Other: <sup>87</sup>     |
| Psychiatric treatment   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Social work (for everyday life handling, active house search etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to 'learn from each other' etc.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Domestic abuse support worker   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>88</sup> :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

<sup>87</sup> Please specify!

<sup>88</sup> Please specify!

**RISK FACTOR: Different ethnic background**

**Risk population – PREGNANT WOMEN**

|  |            |                          |
|--|------------|--------------------------|
| <p>Is there a <b>screening policy</b> for <b>pregnant women</b> with <b>DIF-FERENT ETHNIC BACKGROUND</b> in your country?</p>                                  | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <p><b><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for pregnant women with different ethnic background in your country.</u></b></p> |            |                          |
| <p>Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)</p>                        | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <p>Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?</p>  | Weblink:   |                          |

Remark(s):

**A7) Which services are particularly provided to pregnant women with different ethnic background and who are the service providers? If a service is not applicable, please ignore!**

| Type of service for pregnant women with ethnic background   | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | GP                       | Med. Specialist          | Public health nurse      | Psychologist             | Psychotherapist          | Social worker            | Midwife                  | Other: <sup>89</sup>     |
| Psychiatric treatment   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Social work (for everyday life handling, active house search etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to 'learn from each other' etc.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>90</sup> :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Is there a professional interpreter provided? YES:  NO:

Remark(s):

<sup>89</sup> Please specify!

<sup>90</sup> Please specify!

RISK FACTOR: **Other**<sup>91</sup>**Risk population – PREGNANT WOMEN**

|  |            |                          |
|--|------------|--------------------------|
| Is there a <b>screening policy</b> for <b>pregnant women</b> with in <b>your country</b> ?   | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <b><u>If yes</u></b> , please provide a short description of the <b>screening strategy for <u>pregnant women with</u></b> in <b>your country</b> . |            |                          |
| Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)                   | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?   | Weblink:   |                          |

Remark(s):

---

<sup>91</sup> Please specify!

A8) Which services are particularly provided to pregnant women with <sup>92</sup> and who are the service providers? **If a service is not applicable, please ignore!**

| Type of service for pregnant women with   | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | GP                       | Med. Specialist          | Public health nurse      | Psychologist             | Psychotherapist          | Social worker            | Midwife                  | Other: <sup>93</sup>     |
| Psychiatric treatment   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychological counselling   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapy   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Home visits   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Social work (for everyday life handling, active house search etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-training with a focus on nutrition and well-being   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specific targeted birth and parents pre-training about parenting skills, infant skills and healthy lifestyles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionally moderated peer group meetings to exchange experiences, to 'learn from each other' etc.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Awareness training on pregnancy signs and symptoms that require to contact medical staff                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other <sup>94</sup> :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

<sup>92</sup> Please specify!

<sup>93</sup> Please specify!

<sup>94</sup> Please specify!



## Part B: Children (0 to 6 yrs.) and risk factors

B1) Are there any **specific and formalised procedures** in order to identify the following risk populations amongst children (0 to 6 yrs.)?

### RISK FACTOR: **Mental retardation**

#### Risk population – Children (0 to 6 yrs.)

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Is there a <b>screening policy</b> for children with <b>MENTAL RETARDATION</b> in your country?</p>  | <p>YES</p> <p>NO</p> <p>Don't know</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p><b><u>If yes</u></b>, please provide a short description of the screening strategy for <b><u>children with mental retardation</u></b> in your country.</p> |  |   |
| <p>Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)</p>                       | <p>YES</p> <p>NO</p> <p>Don't know</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?</p>   | <p><b>Weblink:</b></p>                 |   |

Remark(s):

**B2) Which services are particularly provided to children with mental retardation and who are the service providers? Please indicate services and service providers!**

| Type of service for children with mental retardation | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

| RISK FACTOR: <b>Motor functions disorders</b>   |            |                          |
|---|------------|--------------------------|
| <b>Risk population – Children (0 to 6 yrs.)</b>   |            |                          |
| <b>Is there a screening policy for children with MOTOR FUNCTIONS DISORDERS in your country?</b>   | YES        | <input type="checkbox"/> |
|   | NO         | <input type="checkbox"/> |
|   | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <b><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for children with motor functions disorders in your country.</u></b> |            |                          |
| Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)                | YES        | <input type="checkbox"/> |
|   | NO         | <input type="checkbox"/> |
|   | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?  | Weblink:   |                          |

Remark(s):

**B3) Which services are particularly provided to children with motor functions disorders and who are the service providers? Please indicate services and service providers!**

| Type of service for children with motor functions disorders | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>RISK FACTOR: Domestic violence</b> |
|---------------------------------------|

|   |  |
|---|--|
| <b>Risk population – Children (0 to 6 yrs.)</b> |  |
|---|--|

|   |  |     |                          |    |                          |            |                          |
|---|--|-----|--------------------------|----|--------------------------|------------|--------------------------|
| <p>Is there a <b>screening policy</b> for <b>children</b> who experience(d) <b>DOMESTIC VIOLENCE</b> in your country?</p>                                   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">YES</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">NO</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Don't know</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | YES | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| YES   | <input type="checkbox"/>   |     |                          |    |                          |            |                          |
| NO  | <input type="checkbox"/>   |     |                          |    |                          |            |                          |
| Don't know  | <input type="checkbox"/>   |     |                          |    |                          |            |                          |
| <p><b><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for children who experience(d) domestic violence in your country.</u></b></p> |  |     |                          |    |                          |            |                          |
| <p>Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)</p>                     | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">YES</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">NO</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Don't know</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | YES | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| YES   | <input type="checkbox"/>   |     |                          |    |                          |            |                          |
| NO  | <input type="checkbox"/>   |     |                          |    |                          |            |                          |
| Don't know  | <input type="checkbox"/>   |     |                          |    |                          |            |                          |
| <p>Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?</p>   | <p>Weblink:</p>  |     |                          |    |                          |            |                          |

Remark(s):

**B4) Which services are particularly provided to children who experience(d) domestic violence and who are the service providers? Please indicate services and service providers!**

| Type of service for children with domestic violence | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

|   |
|---|
| <b>RISK FACTOR: Different ethnic background</b> |
|---|

|   |  |
|---|--|
| <b>Risk population – Children (0 to 6 yrs.)</b> |  |
|---|--|

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>Is there a screening policy for children with DIFFERENT ETHNIC BACKGROUND in your country?</b></p>  | <p>YES</p> <p>NO</p> <p>Don't know</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p><b><u>If yes, please provide a short description of the screening strategy for children different ethnic background in your country.</u></b></p> |  |   |
| <p>Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?)</p>             | <p>YES</p> <p>NO</p> <p>Don't know</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?</p>   | <p>Weblink:</p>                        |   |

Remark(s):

**B4) Which services are particularly provided to children with different ethnic background and who are the service providers? Please indicate services and service providers!**

| Type of service for children with different ethnic background | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):



RISK FACTOR: **Other**<sup>95</sup>**Risk population – Children (0 to 6 yrs.)**

|  |            |                          |
|--|------------|--------------------------|
| Is there a <b>screening policy</b> for <b>children with</b> _____ <b>in your country?</b>  | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| <b>If yes, please provide a short description of the screening strategy for <u>children with</u> _____ in your country.</b>      |            |                          |
| Is there <b>any screening documentation</b> (e.g. a booklet involving formalised screening questions for this particular group?) | YES        | <input type="checkbox"/> |
|  | NO         | <input type="checkbox"/> |
|  | Don't know | <input type="checkbox"/> |
| Is there any information on the Internet regarding this particular screening policy?   | Weblink:   |                          |

Remark(s):

<sup>95</sup> Please specify!

**B5) Which services are particularly provided to children with <sup>96</sup>and who are the service providers? Please indicate services and service providers!**

| Type of service for children with | Service providers        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remark(s):

---

<sup>96</sup> Please specify!