



Schwangerschaft und Geburt

Eine Studie zur Versorgungssituation in Oberösterreich

Gesundheitsbericht Schwangerschaft und Geburt - Eine Studie zur Versorgungssituation in Oberösterreich

Herausgegeben vom Institut für
Gesellschafts- und Sozialpolitik
Johannes Kepler Universität Linz
Arbeitsgruppe für Sozial- und
Gesundheitsforschung

Wissenschaftliche Leitung und Redaktion

Anna Maria Dieplinger
Agnes Kaiser



JOHANNES KEPLER | JKU
UNIVERSITÄT LINZ



INSTITUT FÜR
GESELLSCHAFTS-
UND SOZIALPOLITIK

ISBN: 978-3-900581-77-0

Druck und Bindung: BTS Druckkompetenz GmbH, Engerwitzdorf

Medieninhaber:

Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

Johannes Kepler Universität Linz

Grafik und Layout: Michael Gusenbauer

Titelbild: Lothar Schultes, geb. 1955.

Dieses Bild mit dem Titel „Junge Mutter“ ist rund um 1980 entstanden.

Linz, 2015



Vorwort

Zu einer guten medizinischen Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft gehört eine ganzheitliche Betrachtung einer nachhaltigen Versorgung. In Oberösterreich haben wir einen sehr hohen gesundheitlichen Versorgungsstandard. Die Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen, das Erkennen von neuen Potentialen und Umsetzen von ganzheitlichen Ansätzen aller AkteurInnen im Gesundheitswesen tragen wesentlich zu einer gerechteren, effizienteren, medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung von Menschen in Oberösterreich bei.

Der erstmalige sozialwissenschaftliche Gesundheitsbericht zu Schwangerschaft und Geburt umfasst statistische Daten, wissenschaftliche Literatur und beinhaltet insgesamt die Meinung von 70 qualitativ befragten Personen. Einerseits wurden betroffene schwangere Frauen befragt und andererseits wurden ExpertInnen zum Thema Schwangerschaft und Geburt Face-to-Face interviewt.

In der Studie geht es darum, notwendige und vorhandene Angebote zielgerichteter auszugestalten. Dabei müssen alle beteiligten Personen und Institutionen enger zusammenarbeiten, um Doppel- Unter- und Fehlversorgungen zu vermeiden. Der Bericht stellt eine Zusammenfassung aus verschiedenen Blickwinkeln dar, welche im Teil Handlungsempfehlungen und Perspektiven einen Überblick über künftige Trends und Versorgungspotentiale bietet.

Der vorliegende Bericht zum Thema „Schwangerschaft und Geburt - eine Studie zur Versorgungssituation in Oberösterreich“ wurde am Institut für Gesellschaft- und Sozialpolitik von der Arbeitsgruppe Sozial- und Gesundheitsforschung in Zusammenarbeit mit den Studierenden des Studiums Sozialwirtschaft im Sommer- und Wintersemester 2014/15 in der Lehrveranstaltung Projektmanagement durchgeführt. Die Studierenden zeichneten sich durch besonders hohes Engagement, theoretisches Fachwissen und statistische Methodenkompetenz sowie kollegialen Teamgeist aus. Viel Arbeit, Geduld und Durchhaltevermögen wurde allen Beteiligten abverlangt. Aus diesem Grund möchten wir – die Lehrveranstaltungsleiterinnen – der Leistung der Studierenden in der Forschung unseren größten Respekt aussprechen. Herzlichen Dank für die gute Teamarbeit!

In Zusammenarbeit entstand der Bericht mit dem Institut für klinische Epidemiologie der Tilak Innsbruck, das nach Genehmigung des Fachbeirates des Geburtenregisters Österreichs die Daten des Geburtenregisters Österreichs zur Verfügung gestellt hat. Hierfür möchten wir uns ganz herzlich bedanken. Unser Dank gilt auch der Abteilung Statistik des Landes OÖ, Statistik Austria, der OÖ Gebietskrankenkasse und der Landes Frauen- und Kinderklinik Linz für die Bereitstellung des Datenmaterials.

Wir bedanken uns beim gesamten Forschungsteam, bei allen ExpertInnen und schwangeren Frauen, die uns für Interviews zur Verfügung standen, bei den Sponsoren, die eine Vervielfältigung des Berichtes möglich gemacht haben, und bei allen Mitwirkenden. Wissenschaft braucht Praxis und Realität – so sind wir stolz, einen Beitrag für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung der oberösterreichischen Bevölkerung leisten zu dürfen.

Dr.ⁱⁿ Anna Dieplinger
Mag.^a Agnes Kaiser

Mitgearbeitet haben:

Thomas Bachmair
Sabrina Berker
Dominik Bramberger
Fatma Dogan
Daniela Etzinger
Katharina Fellingner
Constanze Gamsjäger
Manuela Hainzl
Melissa Halbig
Heike Hartl
Michael Heinisch
Sophie Hötzingler
Michaela Lang
Lisa Marie Larndorfer
Laura Maureder
Sanda Mesanovic
Katarina Mestrovic
Nicole Mülleder
Florian Schiffecker
Clara Schultes
Dominik Stockhammer
Karolin Thalhammer
Michaela Sophia Walch
Irene Waldenberger
Britta Waldmann
Marlene Weingartner

Der Bericht ist entstanden unter der Mitarbeit des Instituts für klinische Epidemiologie der Tilak, Innsbruck, das nach Genehmigung des Fachbeirates des Geburtenregisters Österreichs die Daten des Geburtenregisters Österreichs zur Verfügung gestellt hat.

Danke auch an die Abteilung Statistik des Landes OÖ, Statistik Austria, OÖ Gebietskrankenkasse und die Landes Frauen- und Kinderklinik Linz für die Bereitstellung von Datenmaterial.



Mut zu einem Morgen mit Kindern

Schwangerschaft und Geburt sind zweifellos herausragende Ereignisse im Leben einer Frau, im Zusammenleben eines Paares. Glück, Hoffnung und spannungsvolle Erwartung begleiten zukünftige Eltern durch diese unvergessliche Zeit. So kommt der berechtigte Wunsch nach einem gesunden Kind in der Redewendung „guter Hoffnung sein“ zum Ausdruck.

In diesen aufregenden Wochen und Monaten ist die kompetente Beratung und Begleitung durch Ärztinnen, Ärzte und Hebammen - ob in den Spitälern, im niedergelassenen Bereich oder zu Hause - von großer Bedeutung. Unabhängig vom Wohnort ist der Weg zu Vorsorgeuntersuchungen und später zur Geburt dank eines flächendeckenden Angebotes in Oberösterreich weder weit noch beschwerlich. Die Geburt ist die häufigste medizinische Leistung in unseren Spitälern, daher kommt ihr auch ein großer Stellenwert zu und mit der Landes- Frauen- und Kinderklinik in Linz stellen wir seit vielen Jahren sogar die größte Geburtsklinik Österreichs.

Knapp 14.000 Babys jährlich machen ihren ersten Schrei in unserem Bundesland. Das Jahr 2014 brachte sogar einen Baby-Boom in Oberösterreich. Wir haben mehr Nachwuchs als alle anderen Bundesländer und mehr Nachwuchs als in den Jahren zuvor. Wir wollen und wir brauchen diesen Nachwuchs auch sehr dringend als Gesellschaft.

Es ist eine wichtige Aufgabe des oberösterreichischen Gesundheitssystems, angehenden Eltern einen guten Start in die Elternschaft zu bereiten, Frauen in der Schwangerschaft von der Diagnose bis zum ersten Schrei des Babys und noch darüber hinaus aktiv zu unterstützen. Das ist einer der Gründe, warum laufend in den Aus- und Umbau der Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Spitälern des Landes investiert wird.

Aufgabe der Politik ist es aber auch, die Rahmenbedingungen für die Elternschaft zu optimieren: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist heute ein großes Anliegen vieler Eltern. Hier setzt der politische Schwerpunkt Kinderbetreuung als Signal an die öö. Familien an und will damit Mut zu einem Morgen mit Kindern machen.

Die Geburt eines Kindes ist ein bewegendes Erlebnis, dem aufregende Monate vorangehen. Ich selbst durfte das drei Mal erleben! Daher freue ich mich, dass mit dem Gesundheitsbericht Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich ein Forschungsbericht vorliegt, der auch der Gesundheitspolitik in unserem Bundesland Handlungsperspektiven aufzeigen kann. All dies sind wesentliche Mosaikstücke für ein kinder- und familienfreundliches Land OÖ.

Ihr

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Josef Pühringer". The signature is written in a cursive style.

Dr. Josef Pühringer
Landeshauptmann
Gesundheitsreferent



Vorwort

Liebe Leserin!
Lieber Leser!

Schwangerschaft und Geburt eines Kindes gehören zu den bewegendsten Erfahrungen im Leben und bringen zahlreiche Veränderungen mit sich. Sie sind aber nicht immer nur von Liebe und Freude begleitet, sondern auch von Fragen, Unsicherheiten und Ängsten. Verstärken können sich diese Unsicherheiten noch für Frauen mit besonderen Bedürfnissen wie Teenie-Mütter, eSchwangere mit Beeinträchtigungen oder auch Schwangere mit Migrationsgeschichte.

Dabei ist es entscheidend, den Zugang zu Vor- und Versorge-Möglichkeiten den jeweiligen Anforderungen entsprechend zu gestalten. Neben einer guten medizinischen Versorgung brauchen Frauen während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt des Kindes ganzheitliche Betreuungs- und Beratungsangebote, auch und gerade als psychologische Unterstützung. Daher muss die Beratungsarbeit auch die soziale Lebenssituation der Frauen berücksichtigen.

In dem vorliegenden Forschungsbericht „Schwangerschaft und Geburt“ wurden qualitative und quantitative Daten zu den verschiedenen Ausgangslagen und Risikofaktoren in Oberösterreich gesammelt. Der Bericht vermittelt einen umfassenden Einblick in den IST-Zustand der Betreuung von Schwangeren in Oberösterreich, über historische Vergleiche bis hin zur Befragung verschiedenster Experten und Expertinnen. Dabei gliedert sich der Forschungsbericht in zwei große Teilbereiche: in die Recherche und Statistik zu Schwangerschaft und Geburt in OÖ und in die Perspektiven für schwangere Frauen in Oberösterreich. Basierend darauf können Handlungsperspektiven für Schwangerschaft und Geburt abgeleitet werden.

Sozial-Landesrätin
Mag.^a Gertraud Jahn



Vorwort

Die Zeit der Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes bedeuten für alle Frauen einen neuen Lebensabschnitt und neue Herausforderungen. Der erstmals erstellte Bericht „Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich“ der Arbeitsgruppe für Gesundheits- und Sozialforschung des Instituts für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität beleuchtet diese Lebensphase von Frauen aus unterschiedlichen Perspektiven.

Eine adäquate Versorgung von Schwangeren vor, während und nach der Geburt des Säuglings ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Gesundheitswesens. Nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch ganzheitliche Beratungs- und Betreuungsangebote bilden eine wichtige Unterstützung für Frauen in dieser Zeit.

Der Bericht gibt einen umfassenden Überblick zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von Frauen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt in Oberösterreich. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe forscht dafür an der Schnittstelle zwischen Sozialwissenschaften und Medizin. Neben schwangeren Frauen in unterschiedlichen Situationen und Kontexten kommen auch die verschiedenen AkteurInnen im Gesundheits- und Versorgungswesen zu Wort. Die Erhebungen, Darstellungen, Analysen und Handlungsempfehlungen der Autorinnen bilden einen wertvollen Baustein für den künftigen Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung der neu gegründeten Medizinischen Fakultät an der Johannes Kepler Universität (JKU) Linz. Die vierte Fakultät der JKU Linz tritt mit besonderen, in Österreich bislang noch wenig präsenten Forschungsschwerpunkten an: klinische Altersforschung und Versorgungsforschung.

Die Versorgungsforschung ist ein disziplinenübergreifendes Gebiet, in dem die aktuelle Gesundheitsversorgung und deren Rahmenbedingungen beschrieben und analysiert werden. Ziel ist es, neue Versorgungskonzepte zu entwickeln, deren Umsetzung zu erforschen und darüber hinaus die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen zu evaluieren und zu erhöhen.

An der neuen Medizinischen Fakultät an der JKU Linz wird der fachübergreifenden Zusammenarbeit ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Kooperation und Interdisziplinarität soll besonders an den Nahtstellen wie etwa Medizin und Technik, Sozialwissenschaft, Ökonomie oder Recht gefördert werden. Das Ziel ist, die Spitzenmedizin, die es in Oberösterreich bereits gibt, durch Forschung und Lehre auf den nächsten Level zu heben und damit eine Versorgungsqualität sicherzustellen, die bei den Patientinnen und Patienten ankommt.

Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter
Vizekanzler für den medizinischen Bereich
Johannes Kepler Universität Linz



Gesundheit von Anfang an!

Schokoladepudding? Paprika? Oder beides? Das Baby isst mit, schon im Bauch seiner Mama. Hier werden die ersten Vorlieben für Nahrungsmittel geprägt. Ist die Umgebung mit Rauch belastet, leidet auch das Ungeborene. Um nur zwei Beispiele zu nennen.

Der Grundstein für ein gesundes Leben wird bereits in der Schwangerschaft und in der frühesten Kindheit gelegt. Von Anfang an ist für die OÖGKK Leitgedanke und Programm zugleich. Das heißt für uns als soziale Krankenversicherung den Gesundheitszustand und die Gesundheitschancen möglichst aller Kinder ab dem ersten Lebenstag zu verbessern und zu stärken.

Seit 2011 hat die OÖGKK ein Bündel an Angeboten entwickelt, orientiert an den Bedürfnissen der jungen Eltern und auf Basis wissenschaftlich fundierter Daten. Von Beginn der Schwangerschaft bis zum 3. Geburtstag des Kindes bieten wir oberösterreichweit kostenlos Kurse, Beratungen und umfassende Information zu verschiedensten Themen wie Ernährung, Zahngesundheit, Rauchen, Partnerschaft, psychische Gesundheit, Vorsorge, Impfen und vieles mehr an. Die OÖGKK unterstützt von Anfang an und bleibt im Dialog mit werdenden und jungen Eltern. Ergebnisse einer aktuellen Studie zur Kindergesundheit von „marketmind“ im Auftrag der OÖGKK bestätigen, dass sich junge Eltern in ihrer neuen Rolle gerne von der OÖGKK begleiten lassen und ihr vertrauen.

Der subjektiv wahrgenommene Wissenstand bei Themen wie Ernährung und Zahngesundheit ist gleichbleibend hoch, so die Studie im Vergleich 2011 und 2013/2014. Noch immer sind aber Wissensdefizite vorhanden. Etwa ein Drittel ist sich beispielsweise nicht bewusst, dass Karies ansteckend ist.

Zwei Drittel der Mütter und Väter fühlen sich durch die Elternrolle belastet, auch das kommt in dieser Studie zum Ausdruck. Zeitmangel, finanzielle Sorgen und Belastungen für die Beziehungen liegen den Familien mit kleinen Kindern oft im Magen. Die OÖGKK hat darauf reagiert und neue Angebote wie „Gut begleitet von Anfang an“ oder „Starke Partnerschaft von Anfang an“ entwickelt.

Schwangerschaftstagebuch, Newsletter, Ernährungsworkshops, Raucherentwöhnprogramme, zwei Video-Ratgeber für Schwangerschaft, Geburt und Babys erstes Jahr in mehreren Sprachen und frühe Hilfen für Eltern in belasteten Situationen – die Angebote sind vielfältig und werden stets in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Psychologinnen und Psychologen sowie Ernährungswissenschaftlerinnen entwickelt. Ständig ergänzt um neueste Erkenntnisse aus dem jeweiligen Fachgebiet und mit einem klaren Ziel: Den Babys flächendeckend in ganz Oberösterreich einen gesunden Start von Anfang an zu ermöglichen!

Eine wissenschaftliche Grundlagenarbeit ist die Basis für die Entwicklung wirksamer Versorgungs- und Präventionsprogramme. Daher sind wir froh, dass sich die JKU in Zukunft noch mehr als Gesundheits-Universität positionieren wird.

Mag.ª Dr.ª Andrea Wesenauer
Direktorin der OÖ Gebietskrankenkasse



Vorwort

„Gesundheit ist ein Geschenk, das man sich selber machen muss“ lautet ein schwedisches Sprichwort. Im Zusammenhang mit dem hier vorliegenden Bericht erlaube ich mir die künstlerische Freiheit, es abzuwandeln: Gesundheit ist ein Geschenk, das werdende Eltern ihrem Kind machen können. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen ganz eindeutig, dass die spätere Gesundheit des Kindes bereits im Mutterleib geprägt wird.

Im Rahmen unseres Forschungsschwerpunkts der „ersten 1000 Tage“ beschäftigen wir uns bei Milupa mit dem Zeitfenster zwischen Befruchtung und dem zweiten Geburtstag. Hier werden wichtige Gesundheitsweichen gestellt. Early Life Nutrition - die Versorgung mit Nährstoffen während der Schwangerschaft und im Säuglingsalter - spielt dabei eine entscheidende Rolle für das weitere Leben. Im Zentrum steht dabei der wichtigste positive Programmierer für das spätere Wohlergehen des Kindes: die Muttermilch.

Das Nutricia-Forum für Muttermilchforschung, eine Initiative von Milupa, will daher den wissenschaftlichen Austausch über aktuelle Muttermilchforschung fördern und ausgewählte Projekte in diesem Bereich unterstützen. Unser Anliegen ist es, die Motivation zum Stillen zu verstärken, damit noch mehr Säuglinge noch länger gestillt werden. Wir wissen, wie wichtig professionelle Stillunterstützung für junge Mütter ist und danken allen Beteiligten (Hebammen, Stillberaterinnen, ÄrztInnen), dass sie sich tatkräftig für das Stillen einsetzen.

Der vorliegende Bericht zeigt einmal mehr, dass wir alle auf unser Gesundheitssystem mit Recht stolz sein können. Er zeigt aber auch ganz klar auf, dass es da und dort noch Optimierungspotential gibt. Vor allem wenn es um die Herausforderungen geht, denen werdende Eltern heute gegenüber stehen. Das verstehen wir von Milupa als Arbeitsauftrag für die Zukunft.

Es freut uns sehr, diesen kompetenten Bericht unterstützen zu dürfen.

Ihr

Dr. Christopher Mayr
Milupa Österreich GmbH

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und Übersicht	18
Die Hintergründe der Studie und das Forschungsdesign	22
1. Statistische Informationen zu Schwangerschaft und Geburt	28
1.1 Statistische Zahlen rund um die Geburt	28
1.1.1 Geburten- und Fertilitätsrate	28
1.1.2 Alter der Mutter bei der Geburt	31
1.1.3 Mehrlingsgeburten	32
1.1.4 Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit	32
1.2 Geburtsmodus und medizinische Interventionen	33
1.2.1 Zahlen zur vaginalen Entbindung	33
1.2.2 Kaiserschnitte (Sektionen)	35
1.2.3 Verlegung des Kindes	37
1.3 Frühgeburten und Übertragungen	37
1.3.1 Frühgeborene in der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	38
1.3.2 Entwicklung der Überlebensraten Frühgeborener von den 1970er Jahren bis heute	39
1.4 Die Versorgung und das Angebot rund um die Geburt	40
1.4.1 Das medizinische Personal in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	40
1.4.2 Geburtshilfliche Abteilungen in Kliniken	40
1.4.3 Die ambulante Geburt	40
1.4.4 Die anonyme Geburt und die Babyklappe	41
1.5 Das Wochenbett	41
1.5.1 Die stillfreundlichen, zertifizierten Kliniken in Oberösterreich	42
1.5.2 Die Stillhäufigkeit	43
2. Die Situation schwangerer Frauen in Oberösterreich – Ergebnisse einer qualitativen Studie	46
2.1 Das Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft	46
2.1.1 Ernährung	46
2.1.2 Bewegung	47
2.2 Gesundheitsriskantes Verhalten	48
2.2.1 Tabakkonsum während der Schwangerschaft	48
2.2.2 Alkohol- und Drogenkonsum in der Schwangerschaft	49
2.2.3 Untergewicht und Übergewicht	50
2.2.4 Die Informationsquellen von schwangeren Frauen	50
2.2.5 Kursangebote	51
2.3 Die Familie und soziale Netzwerke	51
2.4 Lebens- und Arbeitsbedingungen	52
2.4.1 Beruflicher Wiedereinstieg	53
2.4.2 Informationen zum Arbeitsrecht von Schwangeren	54
2.5 Informationen zu Geldansprüchen rund um die Geburt	54
2.5.1 Berufliche und finanzielle Belastungen	54
2.5.2 Das Kinderbetreuungsgeld	55
2.6 Gesundheitliche Vorsorge und Versorgung von Schwangeren	55
2.6.1 Der Mutter-Kind-Pass	55
2.6.2 Pränataldiagnostische Maßnahmen	56
2.6.3 Entscheidungen über die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik	58
2.6.4 Reaktionen auf die Ergebnisse der pränataldiagnostischen Untersuchungen	58
2.6.5 Medizinische Aufklärung	59
2.6.6 Zufriedenheit mit der Schwangerenbetreuung	59
2.6.7 Anmerkungen und Wünsche von Schwangeren	60
2.7 Zukunftsperspektiven schwangerer Frauen	61
2.8 Die Perspektiven aus der Befragung	62

3. Schwangere mit besonderen Bedürfnissen	66
3.1 Schwangere mit Migrationshintergrund	66
3.1.1 Vor welchen besonderen Herausforderungen stehen Schwangere mit Migrationshintergrund?	66
3.1.2 Welche Angebote gibt es für Schwangere mit Migrationshintergrund?	67
3.1.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	68
3.2 Schwangere mit Beeinträchtigung	69
3.2.1 Vor welchen besonderen Herausforderungen stehen Mütter mit Beeinträchtigungen?	69
3.2.2 Welche Angebote gibt es für Schwangere mit Beeinträchtigung in Oberösterreich?	70
3.2.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	70
3.3 Schwangere mit Gewalterfahrung	71
3.3.1 Vor welchen Herausforderungen stehen Schwangere mit Gewalterfahrung?	71
3.3.2 Welche Angebote gibt es für Schwangere mit Gewalterfahrung in Oberösterreich?	72
3.3.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	72
3.4 Schwangere Teenager	72
3.4.1 Vor welchen Herausforderungen stehen schwangere Teenager?	72
3.4.2 Welche Angebote gibt es für schwangere Teenager in Oberösterreich?	73
3.4.3 Rechtliche Rahmenbedingungen	74
4. Meinungen von ExpertInnen	78
Mag. Franz Schützeneder	78
Mag. ^a Brigitta Schmidberger	79
Gerlinde Feichtlbauer	81
Dr. ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A.	83
Monika Oberradter, PhD	85
Mag. ^a Martha Scholz	86
Priv.-Doz. Dr. Omar Josef Shebl	88
5. Herausforderungen hinsichtlich der Versorgung aus Sicht von ExpertInnen	92
5.1 Alltägliche Herausforderungen in der Schwangerschaft	92
5.1.1 Unter- und Überversorgung	92
5.1.2 Vereinbarkeit von Familie und Beruf	93
5.2 Der Informationsstand der schwangeren Frauen bzw. Paare, die ein Kind erwarten	94
5.3 Das Angebot rund um Schwangerschaft und Geburt	94
5.3.1 Die Pränataldiagnostik	95
5.4 Verbesserungspotenziale im Angebot	95
5.5 Forschungstrends in Oberösterreich	96
5.6 Die Kooperation der AkteurInnen im Geburtswesen	97
5.6.1 Die Kooperation zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich	98
5.6.2 Die interne Zusammenarbeit in der Geburtshilfe im Krankenhaus	98
6. Maßnahmen, Empfehlungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Oberösterreich	102
6.1 Sicht der ExpertInnen	102
6.2 Sicht der befragten schwangeren Frauen	103
6.3 Sicht der ExpertInnen für Frauen mit besonderen Bedürfnissen	103
7. Verzeichnisse und Literatur	108
7.1 Literatur -und Datenquellen	108
7.2 Abbildungsverzeichnis	118
7.3 Tabellenverzeichnis	119

EINLEITUNG UND ÜBERSICHT

Einleitung und Übersicht

Der vorliegende Bericht zeigt einen Überblick über allgemeine statistische Daten zum Thema Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich bzw. Österreich. Die Versorgung, das Angebot rund um die Geburt, Daten zu Frühgeburten, medizinischen Interventionen und Wochenbett, Stillen etc. werden im ersten Teil des Berichtes dargestellt.

Im zweiten Teil wird das Thema aus der Perspektive schwangerer Frauen und aus der Sicht von ExpertInnen behandelt. Insgesamt wurden im Jahr 2014 70 qualitative Interviews in Oberösterreich geführt. Betroffene Frauen wurden zu Themen wie Ernährung, Bewegung, gesundheitsriskantes Verhalten, Tabakkonsum, Lebens- und Arbeitsbedingungen, diagnostische Maßnahmen und zu ihrer Zufriedenheit mit der Schwangerschaftenversorgung in OÖ befragt.

Ein weiteres Kapitel behandelt die Herausforderungen, Angebote und Rahmenbedingungen für schwangere Frauen mit besonderen Bedürfnissen. Schwangere mit Migrationshintergrund, Schwangere mit Beeinträchtigung, schwangere Frauen mit Gewalterfahrung und schwangere Teenager zählen zu den vulnerablen Gruppen, welche besonderen zusätzlichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Die Bedürfnisse und versorgungsrelevanten Aspekte dieser Gruppen werden in einem separaten Teil dieses Berichtes behandelt.

Die letzten Kapitel des Berichtes behandeln aus der Sicht von ExpertInnen aus dem Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe aktuelle Herausforderungen und Zukunftsperspektiven.

Was die Ergebnisse des Berichtes betrifft, zeigen die statistischen Daten, dass generell die Fertilität sinkt und das durchschnittliche Fertilitätsalter steigt. In OÖ lagen die Geburtenzahlen in der Vergangenheit und aktuell über dem Österreichdurchschnitt. Frauen bekommen in OÖ durchschnittlich 1,55 Kinder, in Österreich beträgt dieser Wert 1,44 (vgl. Statistik Austria 2014b). In OÖ ist mittlerweile jede zweite Frau, die ein Kind bekommt, eine Erstgebärende, Tendenz steigend.

Die medizinischen Daten zeigen einen signifikanten Anstieg beim Anteil der Vakuumentbindungen (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S. 8). Die Rate der Episiotomie (Dammchnitt bei vag. Entbindungen) ist in den letzten sechs Jahren statistisch signifikant gefallen, diese liegt 2013 in OÖ allerdings noch 1,7% über dem Österreichdurchschnitt (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.16). Die Sektiorate liegt in OÖ unter dem österreichischen Durchschnitt, der mittlerweile 30,1% beträgt. Österreichweit hat der Anteil der Sektionen seit 2008 insgesamt um 2% statistisch signifikant zugenommen (+0,8% primäre Sektio, +1,2% sekundäre Sektio) (vgl. Geburtenregister Österreich 2014a, S. 23). In Oberösterreich sind 20,7% der Frauen, die einen Kaiserschnitt bekommen, in Vollnarkose. Das sind um 8% mehr Allgemeinanästhesien bei Sektionen als in Gesamtösterreich. Nach Angaben des Geburtenregisters werden in Oberösterreich 13,3% der Neugeborenen auf eine Neonatologiestation verlegt. In Gesamtösterreich beträgt dieser Wert 6,7%. Im Jahr 2013 kamen im oberösterreichischen Perinatalzentrum Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz (LFKK) insgesamt 307 Frühgeborene zur Welt. Die Überlebensrate (ÜLR) beträgt 93,8%.

Das Angebot der „anonymen Geburt“ für Frauen, die ihr Kind nicht behalten können oder wollen, besteht in Österreich seit 2001 und wurde seither in Oberösterreich 32 mal in Anspruch genommen. Alleine im Jahr 2014 wurden sechs Geburten in der LFKK Linz anonym durchgeführt, was der höchsten Anzahl bisher entspricht (vgl. LFKK Linz 2014; vgl. Amt für Soziales, Jugend und Familie 2014.).

Das Gesundheitsverhalten schwangerer Frauen in OÖ zeigt deutlich, dass sich werdende Mütter sehr genau mit dem Thema Schwangerschaft beschäftigen und auseinandersetzen. Ihnen bewusst, wie wichtig die Themen Ernährung, Bewegung, Vermeidung von Suchtmitteln (Rauchen/Alkohol) und eigenes Wohlbefinden für den Verlauf der Schwangerschaft und die weitere Entwicklung des neugeborenen Kindes sind. Der Großteil der befragten Frauen hat das Essverhalten aufgrund von Übelkeit, Toxoplasmose oder zum Wohle des ungeborenen Kindes verändert. Sie haben mehr und kleinere Portionen gegessen, sich gesünder ernährt, teilweise den Verzehr von Kaffee und Süßspeisen eingeschränkt. Durch die Befragung der Frauen wird sichtbar, dass nur wenige Frauen während ihrer Schwangerschaft sportlich aktiv sind. Es gibt diesbezüglich allgemein in der Bevölkerung einen Aufholbedarf, auch schwangeren Frauen sind mäßiger Sport und Bewegung zu empfehlen.

In der heutigen Zeit gibt es die verschiedensten Möglichkeiten, sich zum Thema Schwangerschaft und Geburt zu informieren. Bücher, Internet, der persönliche Kontakt mit Müttern oder Schwiegermüttern und Freunden, der/die Frauenarzt/-ärztin, Hebammen sowie das Eltern-Kind-Zentrum dienen Frauen vorwiegend als Informationsquellen. Im Zuge dieser Befragung gab mehr als die Hälfte der werdenden Mütter an, einen Geburtsvorbereitungskurs besucht zu haben. Interesse besteht auch an Schwangerschaftsyoga, Schwangerschaftsgymnastik, an einem Schwimmkurs, am Besuch einer Stillgruppe und an Akkupunktur.

Aus der Befragung lässt sich im Bereich Beruf, Vereinbarkeit und finanzielle Aspekte sagen, dass trotz steigender Männerbeteiligung nach wie vor in erster Linie Frauen mit der Betreuung der Kinder beschäftigt sind. Rollenklischees sind in der österreichischen Gesellschaft noch weit verbreitet. Die Ergebnisse bestätigen den Anstieg der Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Kindern, da ausgenommen von fünf Frauen alle Mütter einen Wiedereinstieg spätestens nach 30 Monaten geplant haben. Der Großteil davon geht einer Teilzeitbeschäftigung nach. Darüber hinaus kann man sagen, dass sich schwangere Frauen in Oberösterreich unabhängig von demografischen Daten in einem hohen Ausmaß (d.h. zu mehr bzw. knapp drei Viertel) über finanzielle und arbeitsrechtliche Themen informieren und sich im Großen und Ganzen sehr gut informiert fühlen.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung durch das Fachpersonal sagen knapp drei Viertel der befragten Frauen, zumindest größtenteils mit der Betreuung zufrieden zu sein. Zum Teil gab es unzufriedene Stimmen, wobei die geäußerte Unzufriedenheit letztlich einen Wechsel der betreuenden Fachkräfte zur Folge hatte. Der größte Wunsch der Befragten bezog sich auf ausführlichere Informationen bzw. Beratung während der Schwangerschaft, hier wurde der Wunsch nach ausführlicher Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft geäußert.

34 von 40 befragten Frauen nahmen neben dem Mutter.Kind.Pass Untersuchungen zusätzliche, pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch. Die Frauen beurteilten die medizinische Aufklärung durch die ÄrztInnen als kompetent, fühlen sich allerdings häufig als Laien mit der Entscheidung überfordert. Die Entscheidungen treffen sie vielfach mit ihren Partnern oder auf Anraten des Facharztes/ der Fachärztin. Erlebt werden die Informationen ambivalent, denn einerseits erwarten sich die Frauen durch die Pränataldiagnostik mehr Sicherheit, dass ihr ungeborenes Kind keine Fehlbildungen, Erkrankungen oder Behinderungen hat. Andererseits kann Pränataldiagnostik zu großen Verunsicherungen und Belastungen für die Schwangeren führen, wenn die Testergebnisse auffällig sind.

Abschließend werden in diesem Bericht Maßnahmen, Empfehlungen aus der Sicht der ExpertInnen und Betroffener sowie Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die Darstellung der Ist-Situation von schwangeren Frauen in Oberösterreich bietet eine Grundlage für weitere Perspektiven einer nachhaltigen Entwicklung versorgungsrelevanter Veränderungen im Gesundheitssystem.

DIE HINTERGRÜNDE DER STUDIE UND DAS FORSCHUNGSDESIGN

Die zentralen Fragestellungen des Berichts
Die Methode der Untersuchung und das Forschungsdesign
Die Sekundäranalyse der statistischen Daten
Ablauf des Forschungsprozesses
Das Forschungsdesign

Die Hintergründe der Studie und das Forschungsdesign

Der Gesundheitsbericht: „Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich“ zeigt die Versorgungssituation und das Angebot für Frauen in Oberösterreich.

Die Arbeitsgruppe für Sozial- und Gesundheitsforschung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der Johannes Kepler Universität Linz erarbeitete 2014 in Zusammenarbeit mit 26 Studierenden den vorliegenden Bericht. Der wissenschaftliche Schwerpunkt wurde auf die Darstellung von unterschiedlichen Perspektiven der AkteurInnen und der damit verbundenen Gesundheitsrisiken gelegt. Der Bericht zeigt unter anderem die Situation von Frauen mit besonderem Betreuungsbedarf und erhöhtem Gesundheitsrisiko (zB sehr junge Schwangere, Frauen mit Migrationshintergrund, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, finanzielle Faktoren etc.). In einem Kapitel werden die Aussagen und Expertisen von ExpertInnen zu aktuellen Perspektiven und Handlungsfeldern für den Bereich Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich dargestellt.

Im Rahmen des Projektes werden im ersten Teil des Berichtes statistische Daten für Oberösterreich zum Thema „Gebären, Schwangerschaft und Familie“ deskriptiv dargestellt. Der empirische Teil enthält qualitative Daten von ExpertInnen und betroffenen Frauen. In einem weiteren Kapitel des Berichtes schreiben ExpertInnen zum Thema „Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich“.

Das Forschungsteam:

Dr.ⁱⁿ Anna Maria Dieplinger

Mag.^a Agnes Kaiser

26 Sozialwirtschaft-Studierende der JKU im Sommer- und Wintersemester 2014

Die zentralen Fragestellungen des Berichts

Welche Angebote, Rahmenbedingungen, Prozesse und Maßnahmen zeigen sich rund um das Thema „Schwangerschaft und Geburt“ in Oberösterreich?

Weitere Fragen stellten sich während des Forschungsprozesses:

- Welche Faktoren beschreiben ExpertInnen und schwangere Frauen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich?
- Welche Problemfelder lassen sich bei den Zugängen erkennen?
- Welche Maßnahmen müssten aus Sicht der ExpertInnen entwickelt werden?
- Wie können mögliche Zugangsbarrieren für bestimmte Risikogruppen vermindert werden?
- Welche Themen sind für werdende Eltern rund um Schwangerschaft und Geburt relevant?

Die Dimensionen der Analyse und Untersuchung

- Statistische Daten (Risikogruppen, Daten allgemein)
- Rahmenbedingungen (Strukturen, Versorgung, Angebot, etc.)
- Prozesse (Zugänge, Barrieren, etc.)
- Maßnahmen (vorliegende Angebote, Perspektiven, etc.)
- Handlungsfelder



Die Methode der Untersuchung und das Forschungsdesign

Das Forschungsdesign erfolgte qualitativ nach Mayring (vgl. Mayring 1990, S. 48). Das heißt, die Analyse von statistischen Daten und die Einzelinterviews von ExpertInnen und der befragten schwangeren Frauen wurden nach standardisierten Auswertungsverfahren erhoben und dargestellt. Die Analyse erfolgte nach festgelegten Dimensionen. Der Bericht wurde mit wissenschaftlicher Literatur und mit Daten ergänzt. Die Interviewleitfäden wurden offen, strukturiert und halbstandardisiert verfasst (vgl. Kaiser 2014, S.52f). Nach der Durchführung des Interviews erfolgte die Transkription der Tonaufnahmen. Nach der Paraphrasierung wurden Dimensionen definiert und den Forschungsfragen und Hypothesen zugeordnet (vgl. Kaiser 2014, 56).

Im Zuge der qualitativen Interviews wurden im Zeitraum Juli bis Oktober 2014 in Summe 70 Personen befragt, darunter 30 ExpertInnen und 40 Betroffene zum Thema Schwangerschaft und Geburt. Die Auswahl der Befragten erfolgte nach definierten Kriterien, welche zu Beginn der Untersuchung festgelegt wurden. Die ExpertInnen, die zu aktuellen Handlungsfeldern und Perspektiven in OÖ befragt wurden, zeichneten sich durch eine jahrelange Tätigkeit mit Frauen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt aus. 19 Personen aus folgenden Berufsgruppen wurden ausgewählt:

6 Hebammen	darunter 3 (tlw. leitende) Hebammen aus den Geburtskliniken des Linzer Zentralraums, 3 nebenberuflich/ 1 hauptberuflich freipraktizierende Hebamme(n) unter den Befragten: Leitung des OÖ Hebammengremiums, Hebammenausbildungsleitung der FH für Gesundheitsberufe
3 GynäkologInnen	leitende FachärztInnen aus dem Bereich Gynäkologie, Biologie und Fertilitätsmedizin
3 EntscheidungsträgerInnen des Landes OÖ und der Stadt Linz	aus den Bereichen Gesundheitspolitik, Sanitätsdirektion, Amt für Soziales, Jugend und Familie sowie Familienpolitik.
7 ExpertInnen aus der Psychologie und der psychosozialen Betreuung	6 PsychologInnen (klinische, Gesundheits- und FamilienpsychologInnen, PsychotherapeutInnen in der intra- und extramuralen Eltern- und Mutterberatung) sowie eine Soziologin (Leiterin des Linzer Frauengesundheitszentrums)

Für das Kapitel „Schwangere mit besonderen Bedürfnissen“ erfolgten zusätzlich qualitative Interviews mit 11 ExpertInnen, die mit bestimmten Zielgruppen arbeiten. Hier wurden vier ExpertInnen zum Thema „Migration“, zwei ExpertInnen zu „Frauen mit Gewalterfahrung“, drei ExpertInnen zum Bereich „Schwangere Teenager“ und zwei ExpertInnen zum Thema „Schwangere mit Behinderung“ befragt.

Die Befragung der Betroffenen (40 Frauen) wurde mittels standardisierten qualitativen Interviewleitfäden durchgeführt. 21 der Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. 19 Interviews wurden auf Wunsch der Befragten nicht aufgezeichnet, aber schriftlich dokumentiert. Insgesamt wurden vom 31. Juli bis einschließlich 13. Oktober 2014 40 betroffene Frauen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Milieus befragt. Sample der Befragung der schwangeren Frauen:

DIE HINTERGRÜNDE DER STUDIE UND DAS FORSCHUNGSDESIGN

Befragung zu Schwangerschaft in OÖ – qualitative Befragung, 2014, N=40	
Alter	22-44 Jahre
Wohnsitz Stadt/Land	21 StadtbewohnerInnen
	19 leben in Stadt-Umland bzw. ländlicher Umgebung
Schwanger zum wievielten Kind	22 schwanger zum ersten Kind
	1 Zwillingschwangerschaft erstgebärend
	13 schwanger zum zweiten Kind
	4 schwanger zum dritten Kind
Höchster Bildungsabschluss	9 Lehrabschluss
	3 Fachschule ohne Matura
	17 Matura
	11 Studium
Zeitpunkt der Schwangerschaft	21 Schwangere zwischen 15. und 39. Schwangerschaftswoche
	19 Mütter. alter des jüngsten Kindes: zwischen einer Woche und elf Monaten

Die Sekundäranalyse der statistischen Daten

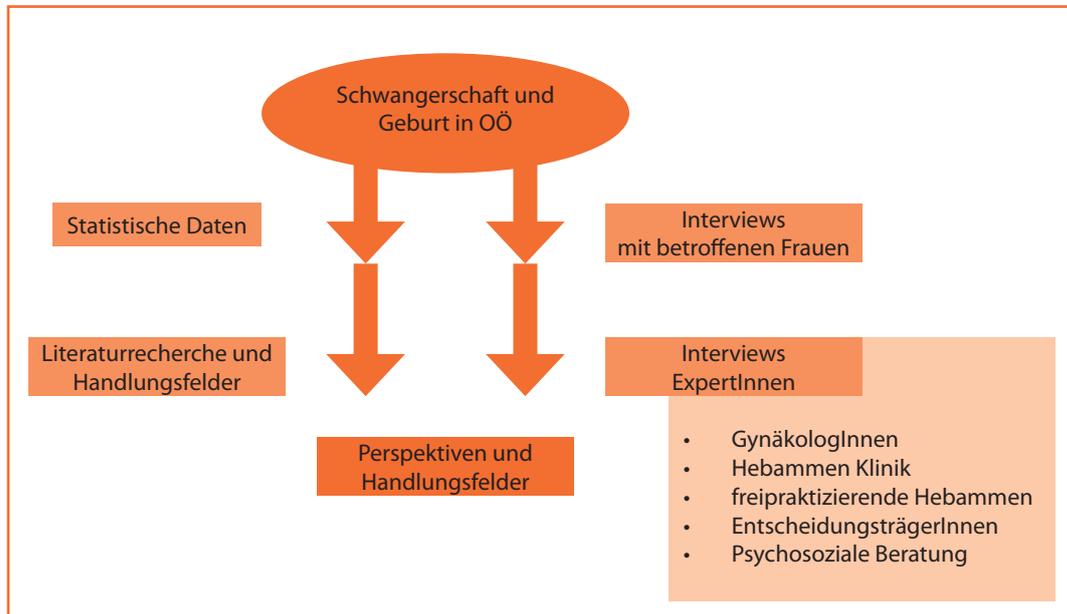
Es wurden Daten rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt vom Österreichischen Geburtenregister, von Statistik Austria, von der Abteilung Statistik des Landes OÖ, von der OÖ Gebietskrankenkasse und von der Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz ausgewertet. Die Daten und Statistiken wurden in einer wissenschaftlichen Sekundäranalyse (nach Medjedović) dargestellt. Nach der Erstellung des Konzeptes und der Formulierung der Recherchethesen – bzw. –fragen erfolgte in der ersten Phase die Gliederung der Daten, die Erstellung eines Ablaufplanes und die Verteilung der Aufgaben. In der zweiten Phase wurden neue Informationen bzw. Daten nach einer Überprüfung und Überarbeitung implementiert und im Gesamtbericht dargestellt.

Ablauf des Forschungsprozesses

Der vorliegende Bericht gliederte sich in folgende Prozessphasen:

- Erstellung des Berichtskonzeptes
- Definition der Kernfragen und Hypothesen
- Kontaktaufnahme zu ExpertInnen – explorative Interviews
- Wissenschaftliche Recherche Literatur und Daten
- Erstellung des Interviewleitfadens
- „Pretest“ mit anschließender Überarbeitung
- Kontaktieren der ExpertInnen und Vereinbarung der Interviewtermine
- Durchführung der Interviews
- Transkriptionen der Audioaufzeichnungen
- Auswertung und Analyse der Interviews
- Recherche von Daten und wissenschaftlicher Literatur
- Erstellung Zwischenbericht
- Redigieren und Fertigstellung des Berichts

Das Forschungsdesign



1. STATISTISCHE INFORMATIONEN ZU SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

1.1 Statistische Zahlen rund um die Geburt

1.2 Geburtsmodus und medizinische Interventionen

1.3 Frühgeburten und Übertragungen

1.4 Die Versorgung und das Angebot rund um die Geburt

1.5 Das Wochenbett

1. Statistische Informationen zu Schwangerschaft und Geburt¹

1.1 Statistische Zahlen rund um die Geburt

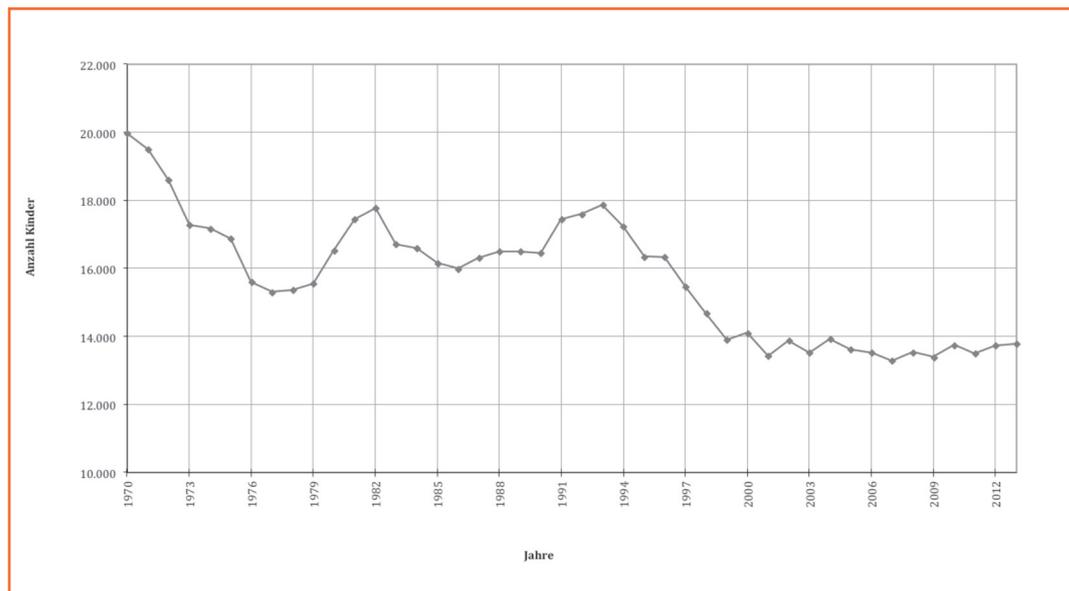
Die Wohnbevölkerung Österreichs im Jahr 2013 betrug 8.507.786 Personen, davon waren 4.352.447 Frauen. Oberösterreich verzeichnete 1.425.422 Personen (vgl. Statistik Austria 2014c).

1.1.1 Geburten- und Fertilitätsrate

Im Jahr 2013 wurden in Österreich 79.330 Kinder lebendgeboren. Die Anzahl der Geburten hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten verringert. Im Jahr 1983 wurden 90.180 Geburten in Österreich verzeichnet (vgl. Statistik Austria, 2014b).

Von den 2013 gemeldeten Geburten fanden 78.145 in einer Krankenanstalt statt, das entspricht 98,5%. 919 Kinder, also knapp 1,2%, wurden zu Hause bei den Eltern geboren. In Entbindungsheimen bzw. in der Wohnung einer Hebamme wurden 193 Geburten (0,2%) gezählt und 16 Kinder wurden auf dem Weg in die Krankenanstalt geboren. 57 Neugeborene kamen an sonstigen Niederkunftsorten zur Welt (vgl. Statistik Austria, 2014a).

Abbildung 1: Oö. Lebendgeborene seit 1970



Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Statistik Austria der natürl. Bevölkerungsbewegung

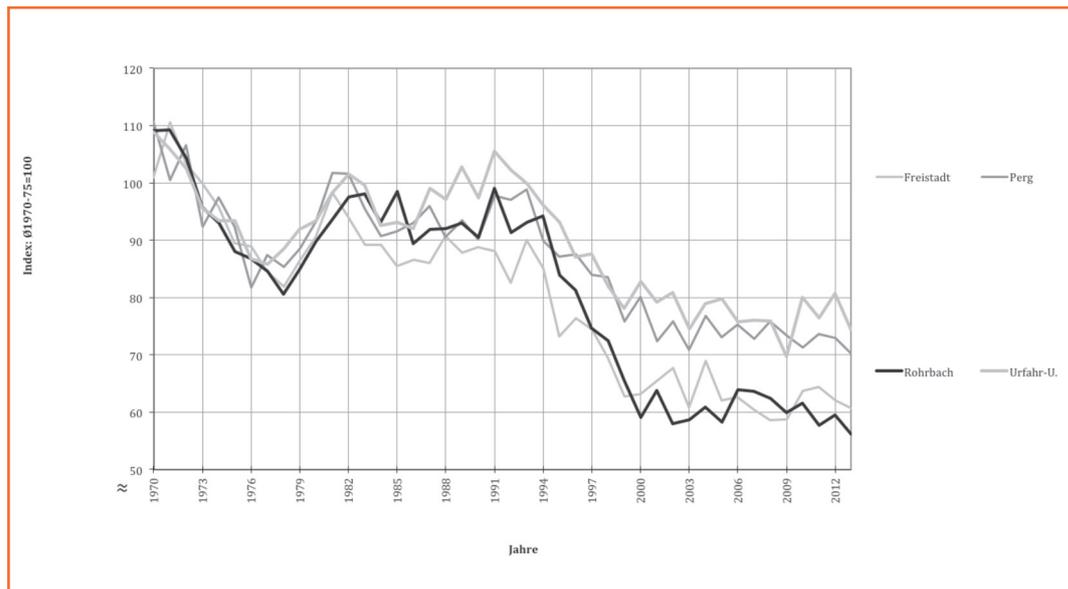
Die allgemeine Geburtenrate gibt die Anzahl an Geburten je 1000 Frauen im Alter zwischen 15 und 50 Jahren an. Der Wert für das Jahr 2013 betrug in Österreich 9,4 Geburten je 1000 Frauen. Im Land Oberösterreich (OÖ) betrug 2013 die Anzahl an lebendgeborenen Säuglingen 13.777, was einer Geburtenrate von 9,7

¹ Hinweis: Das folgende Kapitel enthält Daten sowohl von Statistik Austria als auch vom österreichischen Geburtenregister. Die Zahlen weisen Unterschiede auf, weil sie sich auf verschiedene Meldedaten beziehen. Statistik Austria erstellt die Berichte bevölkerungsbezogen und stützt sich dabei auf den Wohnort der Mutter. Das Geburtenregister dokumentiert Angaben vom Geburtsort des Kindes sowie abteilungsbezogene Daten aller Krankenhausgeburten. Zudem muss auf die Bezugsgrößen Mütter, Kinder bzw. Lebendgeburten geachtet werden.

je 1000 Frauen entspricht. Im Bundesvergleich liegt das Land Oberösterreich an dritter Stelle. Die höchste Geburtenrate verzeichnete das Land Wien mit einem Wert von 10,7, die niedrigste Geburtenrate wurde im Burgenland mit einem Wert von 7,4 festgestellt (vgl. Statistik Austria, 2014b).

Regional betrachtet ist die Geburtenrate in Oberösterreich in den jeweiligen Bezirken ausgeglichen. Lediglich im Einzugsgebiet rund um die Landeshauptstadt Linz ist eine leicht erhöhte Geburtenrate festzustellen (vgl. Statistik Austria, 2014b). Was die Entwicklung der Geburtenzahlen in den einzelnen Bezirken betrifft, werden hier als Beispiel der Linzer Zentralraum und das Mühlviertel dargestellt:

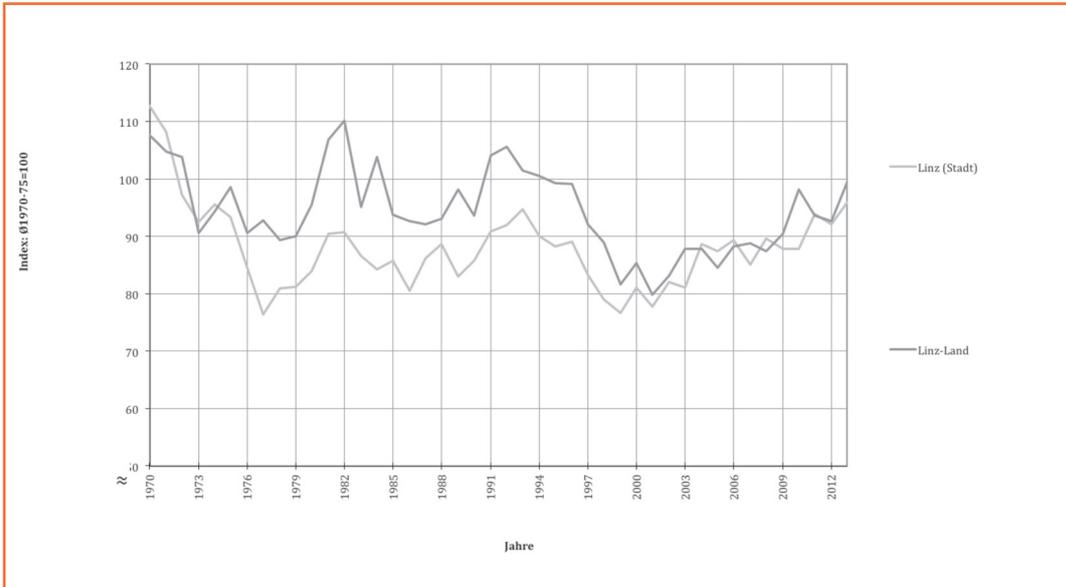
Abbildung 2: Lebendgeborene in den Bezirken des öö. Wahlkreises Mühlviertel seit 1970



Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Statistik Austria; natürl. Bevölkerungsbewegung

Bei dieser Berechnung wurde ein Durchschnitt der Geburtenzahlen aus den Jahren 1970 bis 1975 errechnet und als Index 100 verwendet. So kann ein unmittelbarer Vergleich der Bezirke abgebildet werden. Im Linzer Zentralraum ist eine positivere Geburtenentwicklung als in allen anderen Bezirken zu erkennen. Seit etwa 1990 weisen auch die Städte Wels und Steyr positivere Geburtenzahlen als ihre Vergleichsbezirke innerhalb des Hausruck- und des Traunviertels auf. Im Jahr 2014 verzeichnete Oberösterreich (bis zum 3. Quartal) im Vergleich zum Vorjahr generell ein Geburtenplus von 6,4%. Den österreichweit größten Geburtenzuwachs hatte in diesem Zeitraum der Bezirk Eferding, der mit einem Geburtenplus von 56% in den Medien als „Babyboom-Bezirk“ bezeichnet wurde (vgl. Land OÖ, Abt. Statistik 2014, Tab. „vorläufige Monatsdaten 2014“).

Abbildung 3: Lebendgeborene in den Bezirken des öö. Wahlkreises Linz-Umgebung seit 1970

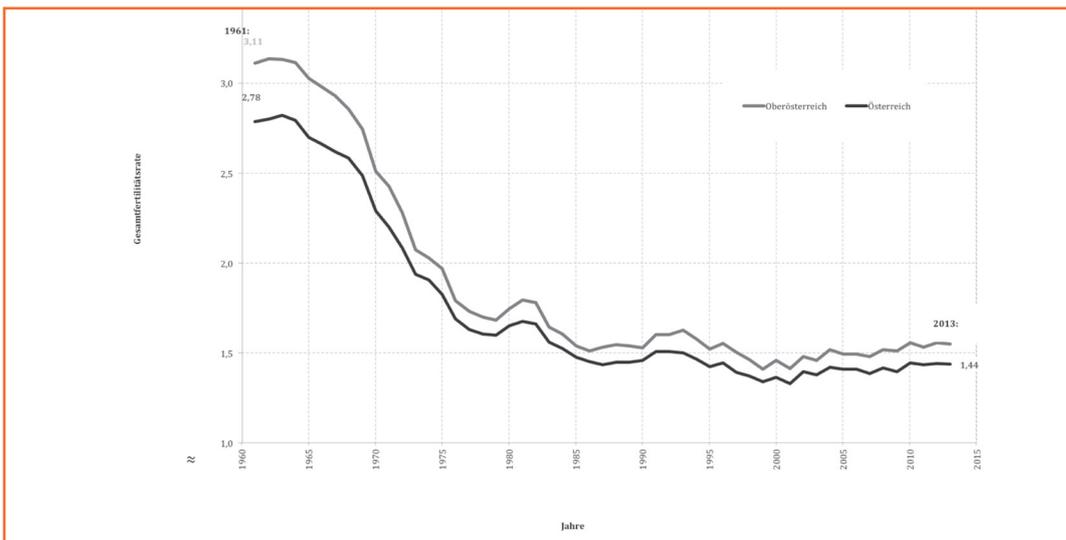


Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Statistik Austria; natürl. Bevölkerungsbewegung

Es werden durchschnittlich mehr männliche Kinder geboren. In den oberösterreichischen Krankenhäusern waren es 2013 zum Beispiel 50,9% männliche, und in Gesamt-Österreich 51,6% männliche Neugeborene (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S. 5).

Frauen in Österreich bekommen im Durchschnitt 1,44 Kinder (Gesamtfertilitätsrate). Dieser Wert der Gesamtfertilitätsrate gibt an, wie viele Kinder statistisch gesehen eine heute 15-jährige Frau bis zu ihrem 50. Geburtstag bekommt. Im Bundesländervergleich hat Oberösterreich mit 1,55 die höchste Gesamtfertilitätsrate. Der niedrigste Wert (1,28) wird im Burgenland verzeichnet (vgl. Statistik Austria, 2014b).

Abbildung 4: Entwicklung der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau seit 1961 – Oberösterreich und Österreich



Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Statistik Austria 2014b

In Bezug auf erst- und mehrgebärende Mütter ist der Vergleich ebenso in der Geburtenstatistik abzulesen. Bei der Hälfte aller Geburten in Krankenhäusern sind die Mütter Erstgebärende. Oberösterreich hat um rund 1% weniger Geburten von Erstgebärenden als Gesamtösterreich. Bei den Anteilen der Mehrgebärenden, die bereits das zweite, dritte, vierte oder weitere Kinder entbinden, ist der Anteil in Oberösterreich geringfügig höher als in Gesamtösterreich (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b. Zahl vorangegangener Geburten im Jahr 2013, S. 15).

Tabelle 1: Zahl vorangegangener Geburten 2013 in OÖ

Parität	Oberösterreich		Österreich	
0 (erstes Kind)	6.562	48,7%	38.933	49,9%
1 (zweites Kind)	4.752	35,2%	26.940	34,5%
2 (drittes Kind)	1.539	11,4%	8.580	11,0%
>=3 (viertes Kind und mehr)	6.31	4,7%	3.591	4,6%
Gesamt	13.484	100,0%	78.044	100,0%

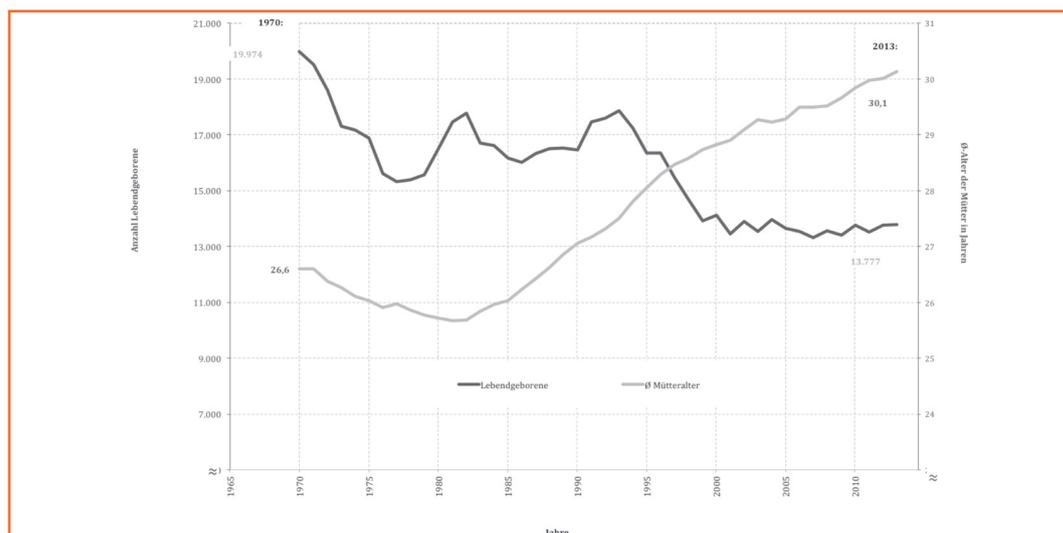
(Basis: Mütter) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

Der Trend sinkender Fertilitätsraten ist auch im Zeitverlauf der Geburtenstatistiken sichtbar. So stieg seit 2008 in OÖ der Anteil der Mütter, die ihr erstes Kind bekommen, von 46% auf 48,7% an, während ein sinkender Anteil an Mehrgebärenden zu verzeichnen ist (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b. Parität 2008-2013, S. 16).

1.1.2 Alter der Mutter bei der Geburt

Die statistischen Bevölkerungsdaten der vergangenen Jahre (vgl. Statistik Austria, 2014h) zeigen, dass das Alter der Mütter bei der Geburt steigt, während die Anzahl der Geburten pro Frau sinkt. So liegen sowohl das durchschnittliche Gebäralter als auch das durchschnittliche Fertilitätsalter (arithmetisches Mittel der Altersverteilung der Fertilitätsraten) mittlerweile bei 30 Jahren. 1984 lagen diese Werte noch zwischen 26 und 27 Jahren. Besonders gestiegen ist das Alter bei der Geburt des ersten Kindes. Das Fertilitätsalter bei der Geburt des ersten Kindes beträgt jetzt 28,8 Jahre; das entspricht einem Anstieg von 1,9 Jahren in den vergangenen zehn Jahren und von 4,7 Jahren im Vergleich zu 1984.

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der oö. Lebendgeborenen und des Durchschnittsalters der Mütter bei der Geburt seit 1970



Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Statistik Austria 2014b

Das Bundesland Oberösterreich verzeichnet den gleichen Trend, dabei sind die Mütter jünger als im Bundesdurchschnitt. Aktuell beträgt in Oberösterreich das durchschnittliche Fertilitätsalter insgesamt 30,1 Jahre und 28,4 Jahre beim ersten Kind.(vgl. Statistik Austria, 2014b).

Im Geburtenregister Österreich wurden, bezogen auf das Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes, folgende Daten erfasst: Der Anteil der Mütter, die älter als 35 Jahre alt sind, beträgt aktuell in Oberösterreich (OÖ) 19,3%, in Gesamtösterreich 22,5% (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.4). In den vergangenen Jahren ist österreichweit ein statistisch signifikanter Anstieg bei den Anteilen der Mütter über 35 Jahren (plus 2,1%) und der Mütter über 40 Jahren (plus 0,7%) zu erkennen (vgl. Geburtenregister Österreich 2014a, S.18; Datenbasis: 2008 bis 2013). In Oberösterreich liegt der Anteil der Mütter über 40 aktuell bei 3,9% und damit genau ein Prozent unter dem Wert für Gesamtösterreich (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.4).

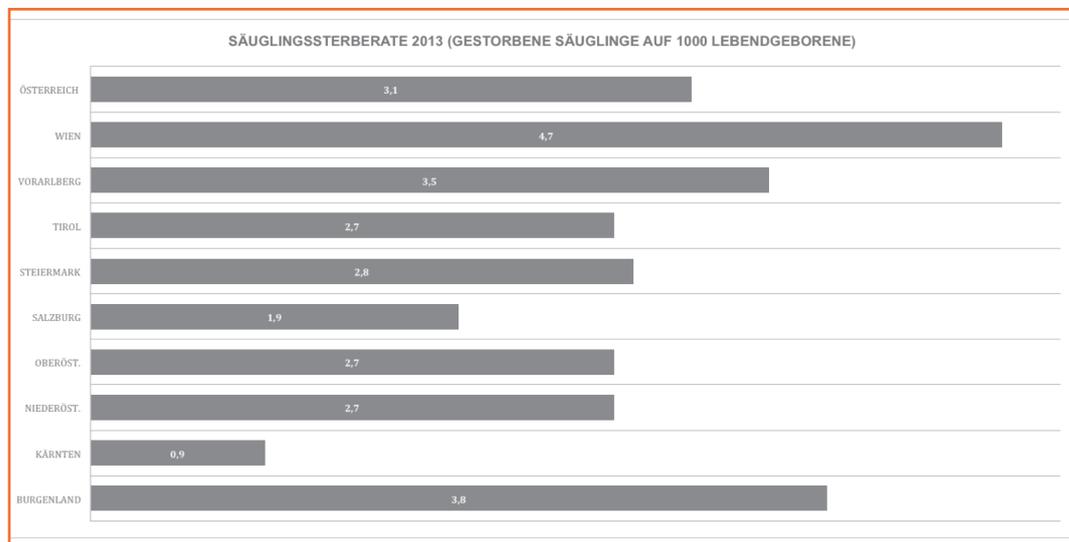
1.1.3 Mehrlingsgeburten

2013 fanden in Österreich bei 1.343 Müttern Zwillingsgeburten statt. In Oberösterreich waren es 218 Mütter mit Zwillingschwangerschaften. Es kamen 436 Zwillingsbabys (Lebendgeburten) in OÖ zur Welt. Das entspricht einem Anteil von 1,7% (Ö) bzw. 1,6% (OÖ) aller Geburten (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.1). Was die Drillingsgeburten betrifft, brachten 2013 in Österreich 34 Mütter Drillinge zur Welt. Vier von ihnen entbanden in Oberösterreich (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S. 2).

1.1.4 Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit

Die Säuglingssterberate – sie umfasst die im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder - ist in den letzten 50 Jahren in Österreich deutlich gesunken. Im Jahr 1960 fielen auf 1000 Lebendgeborene noch 39 verstorbene Säuglinge. Heute beträgt die Säuglingssterberate 3,1. Im bundesweiten Vergleich hat Kärnten mit einem Wert von 0,9 den geringsten Wert. Oberösterreich liegt mit einem Wert von 2,7 an dritter Stelle. In Wien ist die Säuglingssterblichkeit am höchsten mit einem Wert von 4,7 (vgl. Statistik Austria 2014b).

Abbildung 6: Säuglingssterberate 2013



(Basis: Lebendgeborene) Quelle: Statistik Austria 2014b

Geschlechterdifferenziert betrachtet ist festzustellen, dass männliche Säuglinge eine höhere Sterblichkeit aufweisen als weibliche. 2013 betrug die weibliche Säuglingssterberate 2,63. Bei den männlichen Säuglingen war ein Wert von 3,52 zu verzeichnen. Im Vergleich dazu lagen die Werte im Land Oberösterreich für weibliche Säuglingen bei 2,21 und für männliche Säuglinge bei 3,15 (vgl. Statistik Austria 2014b).

Im Jahr 2013 wurden in den österreichischen Kliniken insgesamt 79.443 Kinder geboren. Die Zahl erfasst Kinder ab 500g Körpergewicht bzw. Kinder mit weniger als 500g mit Lebenszeichen nach der Geburt. 426 Kinder - das entspricht einem Anteil von 5,4 Promille - sind 2013 perinatal verstorben (also totgeboren oder bis zum siebten Tag nach der Geburt verstorben). In Oberösterreich wurden 71 Fälle dokumentiert, was einer perinatalen Sterberate von 5,2 Promille entspricht (vgl. Geburtenregister Österreich 2014a, S.6).

1.2 Geburtsmodus und medizinische Interventionen

Vor der Geburt liegen 89% der Kinder in regelrechter Schädellage. Jeweils rund 5% der Kinder liegen in regelwidriger Schädellage oder in Beckenendlage. Eine Querlage kommt bei 0,5% der Geburten vor (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.7).

Im Jahr 2013 erfolgten in OÖ 66,6% der Entbindungen spontan, 7% mit Vakuum, 0,2% als vaginale Beckenendlagenentbindung, 12,9% mit primärem und 13,3% mit sekundärem Kaiserschnitt.

Wie die Kinder in OÖ und vergleichsweise im Durchschnitt Gesamtösterreichs entbunden werden, ist in der folgenden Tabelle zu sehen.

Tabelle 2: Entbindungsart

Entbindungsart	Oberösterreich		Österreich	
Spontan	9.093	66,6%	49.957	63,2%
Vakuum	951	7,0%	5.157	6,5%
Forzeps (Zange)	0	0,0%	59	0,1%
Beckenendlage/Manualhilfe	31	0,2%	130	0,2%
Wendung	0	0,0%	5	0,0%
primäre Sektio (Kaiserschnitt)	1.765	12,9%	12.226	15,5%
sekundäre Sektio (Kaiserschnitt)	1.815	13,3%	11.564	14,6%
Gesamt	13.655	100,0%	79.098	100,0%
Ohne nähere Angaben	5	0,0%	71	0,1%

(Basis: Lebendgeburten 2013) Quelle: Geburtenregister 2014b

Der Anteil an Spontangeburt liegt in OÖ um 3,4% höher als im Österreichdurchschnitt. Die Rate der Vakuumgeburten ist um 0,5% höher als in Gesamtösterreich. In Oberösterreich kommen 26,2% der Kinder per Sektio zur Welt. Die Kaiserschnittrate ist in OÖ um rund fünf Prozentpunkte niedriger als im Österreichdurchschnitt (30,1%).

Im Vergleich zu 2008 gibt es in Oberösterreich um 2% weniger Spontangeburt, insgesamt um 1,4% mehr Kaiserschnitte und um geringfügig weniger (-0,1%) vaginale Beckenendlagenentbindungen. Saugglockenentbindungen (Vakuum) finden aktuell bei 7% der Geburten in OÖ statt. Der Anstieg der Rate bei vaginal entbindenden Operationen von 0,6% kann als statistisch signifikante Steigerung bezeichnet werden (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S. 7f)

1.2.1 Zahlen zur vaginalen Entbindung

In OÖ wurden 2013 mehr als 10.000 Kinder vaginal entbunden. Der Großteil (9.093 Geburten) erfolgte spontan, ein Teil davon waren Saugglocken- (951) oder Steißgeburten (31) (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S. 7).

Die häufigste Entbindungsposition bei Vaginalgeburten ist die im Kreißbett. In OÖ finden 85%, in Gesamtösterreich rund 88% der Lebendgeburt in dieser Position statt. Der Hocker kommt in OÖ bei 6%, öster-

STATISTISCHE INFORMATIONEN ZU SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

reichweit in 3% der Fälle zum Einsatz. Rund 4% der Geburten sind Wassergeburten (OÖ 3,6%, Ö 4,1%) (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.6).

Seit 2008 haben in Oberösterreich die Geburten im Kreißbett um mehr als 6% abgenommen. Die Anzahl der Wassergeburt und anderer Geburtspositionen hingegen steigt an, wie man in der folgenden Tabelle erkennen kann:

Tabelle 3: Entbindungslage bei Vaginalgeburt

Jahr	Kreißbett		Hocker		Wassergeburt		andere	
2008	8.979	91,6%	496	5,1%	282	2,9%	42	0,4%
2009	8.727	90,8%	535	5,6%	299	3,1%	54	0,6%
2010	8.752	86,4%	737	7,3%	308	3,0%	338	3,3%
2011	8.469	85,0%	793	8,0%	329	3,3%	369	3,7%
2012	8.822	85,9%	668	6,5%	322	3,1%	459	4,5%
2013	8.571	85,3%	608	6,1%	357	3,6%	509	5,1%

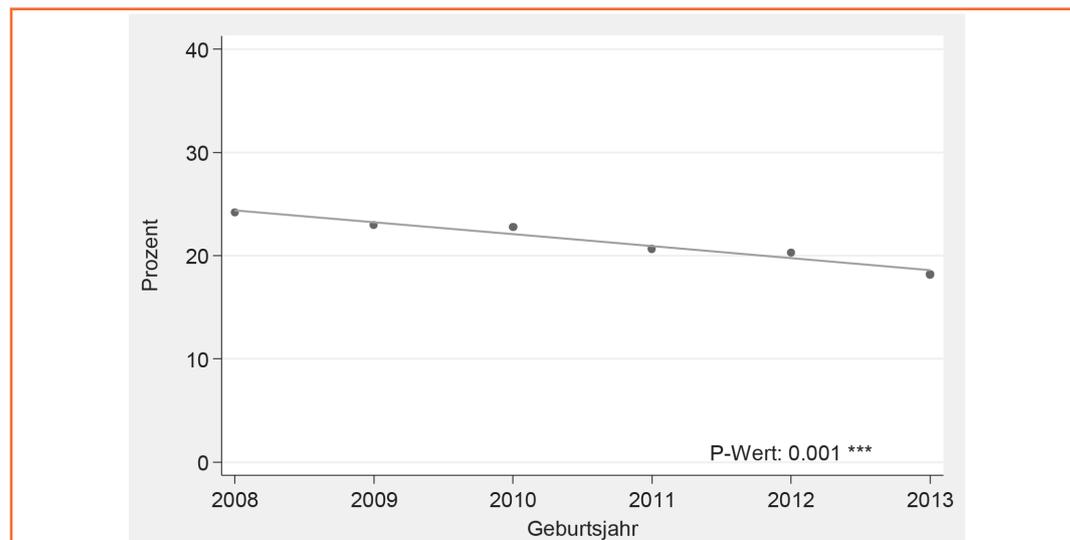
(Basis: Lebendgeburten bei Vaginalgeburt, OÖ) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

Im Median beträgt die Geburtsdauer bei Vaginalgeburten fünf Stunden, das 25%-Perzentil liegt bei drei Stunden, das 75%-Perzentil bei acht Stunden. Mehr als 11% der Geburten dauern länger als 12 Stunden. Dieser Anteil liegt bei Abteilungen mit weniger als 500 Geburten pro Jahr mit 14,5% statistisch signifikant höher. 0,7% der Geburten dauern länger als 24 Stunden (vgl. Geburtenregister 2014a, S. 22).

In OÖ ist in den letzten sechs Jahren ein statistisch signifikanter Anstieg beim Anteil der vaginal entbindenden Operationen (Vakuum und Forzeps; 2013 in OÖ ausschließlich Vakuumentbindungen) zu verzeichnen (P-Wert: 0,025 bei der Signifikanzanalyse vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S. 8). 2013 wurden in Oberösterreich um 92 Säuglinge mehr mit Saugglocke entbunden als noch fünf Jahre davor.

Was die Rate der Episiotomie (d.h. des Dammschnitts) betrifft, fällt auf, dass diese in OÖ statistisch sehr signifikant gefallen ist. 2008 waren es noch 24,2%, also im Vergleich zu 2013 um 6% mehr solche Eingriffe. Mit 18,2% liegt OÖ heute noch etwa 1,7% höher als Gesamtösterreich (16,5%) (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.16)

Abbildung 7: Episiotomierate in OÖ, statistisch hoch signifikant



(Basis: Mütter mit vag. Entbindung) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

Die Anteile an durchgeführten Episiotomien bei vaginalen Entbindungen variieren zwischen den geburts-hilflichen Abteilungen stark. Österreichweit schwanken die Anteile auf Abteilungsebene zwischen 2% und 32,8% (vgl. Geburtenregister Österreich 2014a, S. 22), in OÖ zwischen 8% und 29% (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S. 17).

Schwere Rissverletzungen kommen mit 1,7% in OÖ aktuell sehr selten vor und sind mit Gesamtösterreich vergleichbar (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.19).

Tabelle 4: Schwere Rissverletzungen 2013

Damriss III/IV	Oberösterreich		Österreich	
nein	9.901	98,3%	54.398	98,3%
ja	173	1,7%	963	1,7%
Gesamt	10.074	100,0%	55.361	100,0%

(Basis: Mütter mit vag. Entbindung) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

Aktuell kommt in OÖ bei 15,4% der Vaginalgeburten eine Periduralanästhesie (PDA) zum Einsatz. Österreichweit beträgt der Wert 13,6% (vgl. Geburtenregister Österreich 2014c, S. 1).

1.2.2 Kaiserschnitte (Sektionen)

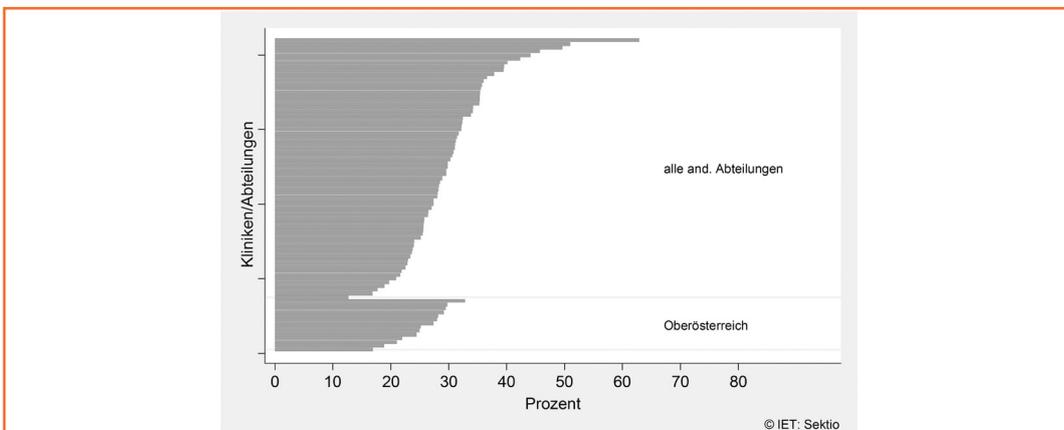
Über einen längeren Zeitraum betrachtet zeigt sich, dass die Sektiorate als globales Phänomen, in vielen Ländern wie auch in Österreich, seit Jahren kontinuierlich ansteigt (vgl. Langer 2012, S.4f; vgl. Gibbons et al. 2010 S. 30).

In Oberösterreich finden aktuell bei 26,2% der Geburten Kaiserschnitte statt. Im Jahr 2008 waren es 24,8%, was in diesem Zeitraum eine statistisch nicht signifikante Steigerung darstellt (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.9; P-Wert 0,425).

Mit der Sektiorate liegt Oberösterreich weiterhin unter dem österreichischen Durchschnitt, der mittlerweile 30,1% beträgt. Österreichweit hat der Anteil der Sektionen seit 2008 insgesamt um 2% statistisch signifikant zugenommen (+0,8% primäre Sektio, +1,2% sekundäre Sektio) (vgl. Geburtenregister Österreich 2014a, S. 23).

In der folgenden Abbildung sind alle österreichischen Geburtshilfeabteilungen abgebildet. Pro Abteilung liegen die Kaiserschnittraten zwischen weniger als 15% und mehr als 60%. Im unteren Bereich der Grafik sind die oberösterreichischen Geburtshilfeabteilungen separat abgebildet. In Oberösterreich bewegen sich die Kaiserschnittraten zwischen weniger als 20% und mehr als 30%.

Abbildung 8: Sektioraten der österreichischen Geburtshilfeabteilungen



(Basis: Mütter mit vag. Entbindung) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

STATISTISCHE INFORMATIONEN ZU SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Man unterscheidet zwischen dem primären und dem sekundären Kaiserschnitt. Bei der primären Sektio ist vor der Geburt bekannt, dass eine Schnittentbindung vorgenommen wird. Stellt sich während der Geburt heraus, dass eine vaginale Geburt nicht erfolgen wird, handelt es sich um eine sekundäre Sektio. Tritt eine lebensbedrohliche Situation für die Mutter oder das Kind ein, so spricht man von einem Akut-Kaiserschnitt (vgl. Geburtenregister Österreich 2013).

In Oberösterreich finden knapp 13% der Geburten als primäre Sektio statt. Im Vergleich zu Gesamtösterreich sind es 2,6% weniger geplante Kaiserschnitte. Der Anteil an primären Sektionen hat in den vergangenen sechs Jahren in OÖ weder signifikant ab- noch zugenommen (vgl. Geburtenregister Österreich S.12).

Tabelle 5: Sekundäre Sektionen

Sekundäre Sektio	Oberösterreich		Österreich	
Nein	11.840	86,7%	67.534	85,4%
Ja	1.815	13,3%	11.564	14,6%
Gesamt	13.655	100,0%	79.098	100,0%

(Basis: Lebendgeburten) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

Auch die sekundäre Sektiorate liegt in OÖ mit 13,3% unter dem Österreichdurchschnitt von 14,6%. Die sekundäre Sektio wurde im Jahr 2013 bei 249 Frauen mehr als im Jahr 2008 angewandt. Das entspricht einer statistisch nicht signifikanten Zunahme von 1,7 Prozentpunkten (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.14).

Folgende Tabelle zeigt die Formen der Anästhesie bei den 2013 durchgeführten Kaiserschnitten.

Tabelle 6: Anästhesie bei Sektio

Anästhesieform	Oberösterreich		Österreich	
Allgemeinanästhesie	670	20,7%	2.672	12,7%
Epi/Periduralanästhesie	583	18,0%	2.938	13,9%
Spinalanästhesie	1.991	61,4%	15.504	73,4%
Gesamt	3.244	100,0%	21.114	100,0%
Ohne nähere Angaben	166	4,9%	1.569	6,9%

(Basis: Mütter mit Sektio)Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

In Oberösterreich sind 20,7% der Frauen, die einen Kaiserschnitt bekommen, in Vollnarkose. Das sind 8% mehr Allgemeinanästhesien bei Sektionen als in Gesamtösterreich. Epi-/Peridural-Anästhesien werden in OÖ bei 18% der Kaiserschnittgeburten angewendet, was ca. 4% über dem Durchschnitt von Gesamtösterreich liegt. Die Spinal Anästhesie liegt mit 61,4% etwa 12% unter dem österreichischen Gesamtdurchschnitt (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.15).

Tabelle 7: Anästhesie bei Sektio

GJ	Allg. Anästhesie		Epi/Periduralanästhesie		Spinalanästhesie	
2008	931	29,5%	875	27,8%	1.346	42,7%
2009	928	30,2%	595	19,4%	1.547	50,4%
2010	913	29,5%	636	20,6%	1.545	49,9%
2011	847	28,8%	520	17,7%	1.576	53,6%
2012	811	27,8%	518	17,7%	1.590	54,5%
2013	670	20,7%	583	18,0%	1.991	61,4%

(Basis: Mütter mit Sektio)Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

Die Anwendung der Spinalanästhesie hat in OÖ seit 2008 um knapp 19% zugenommen, die Epi-/Peridural-Anästhesie kommt beim Kaiserschnitt um etwa 10% seltener zum Einsatz und die allgemeine Anästhesie wird um ca. 9% seltener angewendet (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.15).

1.2.3 Verlegung des Kindes

Nach Angaben des Geburtenregisters werden in Oberösterreich 13,3% der Neugeborenen auf eine Neonatologiestation verlegt. In Gesamtösterreich beträgt dieser Wert 6,7%.

Tabelle 8: Kind verlegt auf Neonatologie

Kind verlegt auf Neonatologie	Oberösterreich		Österreich	
nein	11.741	86,7%	63.746	93,3%
ja	1.806	13,3%	4.566	6,7%
Gesamt	13.547	100,0%	68.312	100,0%
Ohne nähere Angaben	113	0,8%	9.479	12,2%

(Basis: Lebendgeburten) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

Das Geburtenregister Österreich (2014a, S. 25) gibt an, dass Definitionsprobleme bzw. unterschiedliche Dokumentationsgewohnheiten an verschiedenen Geburtskliniken bestehen, was die Verlegung auf die Neonatologie betrifft, sodass zum Teil Verlegungen auf eine Kinderabteilung in diesen Zahlen enthalten sind. Der Anteil der verlegten Kinder auf ein Neonatalzentrum bzw. auf eine Kinderabteilung hat seit 2008 österreichweit um 1,4% statistisch signifikant abgenommen. In Oberösterreich sinkt die Verlegerate seit 2009, wie in der folgenden Tabelle zu sehen ist.

Tabelle 9: Kind verlegt auf Neonatologie in Oberösterreich seit 2008

Geburtsjahr	Nicht verlegt		Verlegt auf Neonatologie	
2008	11.233	84,4%	2.082	15,6%
2009	11.025	83,8%	2.129	16,2%
2010	11.518	84,4%	2.121	15,6%
2011	10.900	84,8%	1.948	15,2%
2012	11.377	85,5%	1.922	14,5%
2013	11.741	86,7%	1.806	13,3%

(Basis: Lebendgeburten Oberösterreich) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

1.3 Frühgeburten und Übertragungen

Als Frühgeborene gelten Kinder, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) auf die Welt kommen. In den meisten Fällen geht damit ein geringes Geburtsgewicht (unter 2.500 g) einher. Auch reif geborene Kinder (also nach der vollendeten 37. Woche Geborene) erreichen nicht immer ein Geburtsgewicht von 2.500 g.

91% der Kinder kommen zwischen der 38. und der 42. Schwangerschaftswoche auf die Welt. Knapp 6% der Geburten finden zwischen der 35. und der 37. Schwangerschaftswoche statt. Zwischen der 23. und 25. Schwangerschaftswoche sind es 0,1% (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b, S.20).

In der folgenden Tabelle sind die Zahlen von OÖ und Gesamtösterreich für das Jahr 2013 dargestellt. Dabei weisen die jeweiligen Prozentanteile kaum Unterschiede auf.

Tabelle 10: Schwangerschaftswoche bei der Geburt

SSW	Oberösterreich		Österreich	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
18+0-21+6	2	0,0%	32	0,0%
22+0-24+6	17	0,1%	113	0,1%
25+0-28+6	44	0,3%	356	0,5%
29+0-33+6	238	1,7%	1.453	1,8%
34+0-36+6	801	5,9%	4.667	5,9%
37+0-41+6	12.420	91,1%	71.907	91,1%
>= 42+0	106	0,8%	376	0,5%
Gesamt	13.628	100,0%	78.904	100,0%
Ohne Angabe	32	0,2%	265	0,3%

(Basis: Lebendgeburten) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

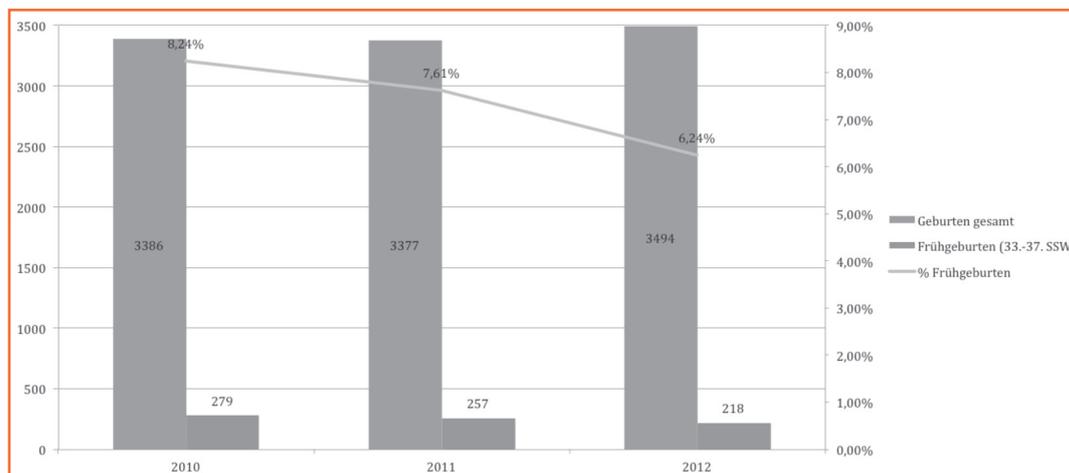
2013 wurden in OÖ 106 Kinder nach Vollendung der 42. Schwangerschaftswoche lebendgeboren (Übertragungen), das entspricht einer Rate von 0,8% (vgl. Geburtenregister Österreich 2014b).

1.3.1 Frühgeborene in der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz

Die Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz (LFKK Linz) hat als oberösterreichisches Schwerpunktkrankenhaus für diesen Bericht statistische Daten zur Verfügung gestellt. Mit 3.483 Geburten ist die LFKK Linz nach eigenen Angaben im Jahresbericht 2013 (vgl. LFKK Linz 2014b) die größte Geburtsklinik Österreichs.

Folgende Grafik zeigt die absoluten Geburten- und Frühgeburtenzahlen in der LFKK Linz in den Jahren 2010, 2011 und 2012 sowie den Anteil der Frühgeburten an der Gesamtanzahl. Die Frühgeburten umfassen in dieser Berechnung alle Kinder, die in Schwangerschaftswoche 33+0 bis 36+6 geboren wurden.

Abbildung 9: Frühgeburten in der Frauen- und Kinderklinik



Quelle: LFKK 2014a

Im Jahr 2013 kamen in der Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz (LFKK) insgesamt 307 Frühgeborene zur Welt. Die Überlebensrate (ÜLR) beträgt 93,8%, wobei 19 Frühgeborene verstarben. 10 Kinder kamen mit einem Gewicht zwischen 601g und 700g auf die Welt. Von diesen Kindern überlebten 70%. Mit einem Gewicht von 1001g bis 1250g gab es 19 Frühgeborene, davon überlebten 18 Kinder (Überlebensrate 94,7%).

Eine ÜLR von 100% war bei den Frühgeborenen in der Gewichtskategorie 1751g bis 2000g zu sehen. Hier überlebten alle 18 Frühgeborenen. Bei Frühgeborenen mit mehr als 3000g gab es 97 Fälle. Davon starben 2 Frühgeborene, was eine ÜLR von 97,9% ergibt (vgl. LFKK Linz 2014a).

Folgende Tabelle zeigt diesen Überblick.

Tabelle 11: Frühgeborene 2013

Geburtsgewicht in Gramm	Gesamt	verstorben	ÜLR	verstorben
400-500	1	1	0,0%	100,0%
500-600	9	3	66,7%	33,3%
601-700	10	3	70,0%	30,0%
701-800	6	2	66,7%	33,3%
801-900	3	0	100,0%	0,0%
901-1000	6	0	100,0%	0,0%
1001-1250	19	1	94,7%	5,3%
1251-1500	25	2	92,0%	8,0%
1501-1750	28	1	96,4%	3,6%
1751-2000	18	0	100,0%	0,0%
2001-2500	39	2	94,9%	5,1%
2501-3000	46	2	95,7%	4,3%
> 3000	97	2	97,9%	2,1%
gesamt	307	19	93,8%	6,2%

Quelle: LFKK 2014a

1.3.2 Entwicklung der Überlebensraten Frühgeborener von den 1970er Jahren bis heute

Die Daten der Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz reichen bis in die 1970er Jahre zurück und zeigen, dass sich die Überlebenschancen für Frühgeborene deutlich erhöht haben.

- Überlebensrate (ÜLR) bis 1000g Geburtsgewicht**
 Im Jahr 1976 überlebten in der Linzer Frauenklinik drei von den 17 Neugeborenen, die mit einem Gewicht unter 1001g geboren wurden (ÜLR 18%). 1997 gab es 47 Fälle, wobei 26 Frühgeborene überlebten (ÜLR 55%). Im Jahr 2003 überlebten 34 von 35 der Neugeborenen unter 1001g (ÜLR 97%). 2013 überlebten 26 von 35 Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1001g (ÜLR 74%) (vgl. LFKK Linz 2014a).
- Überlebensrate 1001-1500g Geburtsgewicht**
 1976 überlebten 32 von 64 Kindern (ÜLR 50%). 1997 starb eines der 67 Neugeborenen in der Gewichtskategorie (ÜLR 98%). Sowohl im Jahr 2003 als auch im Jahr 2013 gab es mit 41 Überlebenden von 44 Frühgeburten zwischen 1001g und 1500g identische Zahlen (ÜLR 93%) (vgl. LFKK Linz 2014a).
- Überlebensrate ab 1501g**
 1976 überlebten 35 der 81 Fälle (ÜLR 43%) von Frühgeburten ab einem Geburtsgewicht von 1501g. 1997 überlebten 92 von 114 dieser Frühgeborenen (ÜLR 81%). Im Jahr 2003 überlebten 75 von 79 Kindern (ÜLR 95%) und im Jahr 2013 überlebten 67 von 79 (ÜLR 85%) der Frühgeborenen ab 1501g (vgl. LFKK Linz 2014a).

1.4 Die Versorgung und das Angebot rund um die Geburt

1.4.1 Das medizinische Personal in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2012 gab es österreichweit 1655 berufsausübende Ärztinnen und Ärzte im Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 241 dieser 1655 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten arbeiteten in Oberösterreich (vgl. Statistik Austria, 2014d).

Die Anzahl an praktizierenden Hebammen belief sich im Jahr 2012 in Österreich auf 1975. Bei näherer Betrachtung kann nach dem Beschäftigungsverhältnis der Hebammen in ausschließlich freipraktizierend (307 österreichweit), ausschließlich in Krankenanstalten tätig (659 österreichweit) und in freipraktizierend und in Krankenanstalten tätig (1009 österreichweit) unterschieden werden (vgl. Statistik Austria, 2014d). 339 Hebammen gingen in Oberösterreich ihrem Beruf nach. Darunter fallen 34 freipraktizierende Hebammen, 135 ausschließlich in Krankenanstalten tätige Hebammen und 170 freipraktizierende und in Krankenanstalten tätige Hebammen (vgl. Statistik Austria, 2014d).

1.4.2 Geburtshilfliche Abteilungen in Kliniken

In folgenden 13 oberösterreichischen Kliniken können Frauen ihr Kind zur Welt bringen (Geburtenregister Österreich 2014a, S.8):

- Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz
- Krankenhaus Barmherzige Brüder Linz
- Landeskrankenhaus Bad Ischl
- Landeskrankenhaus Freistadt
- Landeskrankenhaus Kirchdorf
- Landeskrankenhaus Rohrbach
- Landeskrankenhaus Schärding
- Landeskrankenhaus Steyr
- Landeskrankenhaus Vöcklabruck
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
- Standort Wels des Klinikums Wels-Grieskirchen
- Standort Grieskirchen des Klinikums Wels-Grieskirchen
- Krankenhaus St. Josef Braunau

Die Gesamtanzahl an geburtshilflichen Abteilungen in österreichischen Kliniken beläuft sich auf 78. Der Begriff geburtshilfliche Abteilungen beinhaltet sämtliche Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Abteilungen speziell für Frauenheilkunde (Gynäkologie) und die Abteilungen speziell für Geburtshilfe in den österreichischen Kliniken (vgl. Geburtenregister Österreich, 2014a, S.8). In den 78 genannten medizinischen Fachabteilungen für Geburtshilfe und Frauenheilkunde standen im Jahr 2013 österreichweit 3111 Betten in den Kliniken zur Verfügung, davon 520 Betten in Oberösterreich. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt nach einer Geburt dauert in Oberösterreich 3,0 Tage, österreichweit beträgt dieser Wert 2,96 Tage (vgl. Statistik Austria, 2014e).

1.4.3 Die ambulante Geburt

Eine ambulante Geburt, das heißt die Entlassung von Mutter und Kind wenige Stunden nach der Geburt aus dem Krankenhaus, wird in OÖ bei 5,5% der Geburten durchgeführt. Dies sind im Vergleich zu Gesamtösterreich um 1,7% weniger (vgl. Geburtenregister Österreich, 2014b, S.19). Im Fall einer ambulanten Geburt (bis zu 24h Aufenthaltsdauer im Krankenhaus) sowie bei einer stationären Geburt mit „vorzeitiger Entlassung“, also wenn vor dem vierten Tag nach der Geburt das Krankenhaus verlassen wird, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die anschließende Betreuung durch die Hebamme zu Hause (vgl. Österreichisches Hebammengremium 2014, S. 15).

1.4.4 Die anonyme Geburt und die Babyklappe

Wenn eine Frau ihr Kind nicht behalten kann oder möchte, besteht in Österreich seit 2001 das Angebot, das Kind anonym im Krankenhaus zu entbinden. Ziel ist es, heimliche Geburten ohne Betreuung oder Kindesweglegungen und -tötungen zu verhindern. Frauen in prekären Lebenssituationen werden vor den Risiken einer Geburt, die alleine ohne medizinische Betreuung stattfinden würde, geschützt. Das Angebot einer anonymen Entbindung besteht in jedem oberösterreichischen Krankenhaus, das Geburten durchführt, und österreichweit an nahezu allen Geburtskliniken (vgl. Fiala, 2014, o.S.). Der Unterschied zu einer „normalen“ klinischen Geburt ist lediglich, dass keine Angaben über Personalien gemacht werden müssen.

Bei einer anonymen Geburt macht sich die Mutter nicht strafbar. Die Anonymität wird respektiert. Die Frau kann sich während der Schwangerschaft anonym beraten lassen und sich mit medizinischen Fachkräften und mit Krankenhäusern in Verbindung setzen. Die jeweiligen Kosten für Untersuchungen oder für die Geburt werden vom Krankenhaus übernommen. Nach der Geburt besteht die Möglichkeit, das Kind zur Adoption freizugeben (vgl. Fiala, 2004).

Seit der Einführung der Option der „anonymen Geburt“ 2001 wurden in der Landeshauptstadt Linz 32 Fälle von anonymen Entbindungen verzeichnet, 27 davon in der Landes- Frauen- und Kinderklinik. Alleine im Jahr 2014 wurden sechs Geburten in der LFKK Linz anonym durchgeführt, was der höchsten Anzahl bisher entspricht. In den vergangenen Jahren seit 2001 waren pro Jahr zwischen null und drei Geburten pro Jahr verzeichnet, mit Ausnahme des Jahres 2010, wo vier anonyme Geburten stattfanden (vgl. LFKK Linz 2014c; vgl. Amt für Soziales, Jugend und Familie 2014.) Bei anonymen Geburten übernimmt das Amt für Soziales, Jugend und Familie nach der Geburt das Obsorgerecht und sucht Pflege- bzw. Adoptiveltern für das jeweilige Kind.

Wenn Frauen das Angebot der anonymen Geburt nicht wahrnehmen können, haben sie die Möglichkeit, ihr Kind anonym in einem „Babynest“ an einen sicheren und warmen Ort zu bringen. Es handelt sich dabei um eine beheizte, mit einem Bewegungssensor ausgestattete Lade. Da sich die Babyklappen bei verschiedenen Krankenhäusern befinden, wird eine medizinische Versorgung der Kinder gewährleistet. Die Mütter bleiben vollständig anonym und machen sich nicht strafbar. An folgenden vier Krankenhäusern sind in Oberösterreich Babyenster eingerichtet (Land OÖ 2014, o.S.): Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz, Standort Wels des Klinikums Wels-Grieskirchen, Landeskrankenhaus Vöcklabruck und Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried.

1.5 Das Wochenbett

Als Wochenbett wird die Zeit der ersten Wochen nach der Geburt bezeichnet. Es beginnt unmittelbar nach der Entbindung und dauert rund 8 Wochen. Diese Zeit ist von enormen körperlichen und seelischen Änderungen geprägt: Die Gebärmutter bildet sich auf ihre ursprüngliche Größe zurück, mögliche Geburtsverletzungen heilen ab, der Hormonhaushalt stellt sich um und die Milchbildung setzt ein. Dazu kommt der Schlafmangel, den ein Neugeborenes durch seinen nicht vorhandenen Tag-Nacht-Rhythmus bei den Eltern verursacht. Viele Mütter sind neben den körperlichen Veränderungen in der Wochenbett-Zeit seelisch sehr belastet (vgl. Speitel 2014, o.S.).

Mütter sind im Wochenbett besonders gefährdet, in einen depressiven Zustand zu verfallen. Der unter anderem hormonell bedingte „Baby blues“ (=leichte hormonell bedingte depressive Verstimmungen und Angstsymptome) gehört für den Großteil der frisch entbundenen Mütter zum Wochenbett, Schätzungen zufolge sind drei Viertel der Frauen nach der Geburt betroffen. In wenigen Fällen treten lang anhaltende, schwere Depressionen, auch postpartale Depressionen genannt, auf, die auf 8% bis 10% der Frauen geschätzt werden. Das entspricht 8.000 bis 10.000 Fällen pro Jahr (vgl. Riecher-Rössler 2005, S. 375-386).

Aus diesem Grund kümmern sich häufig Frauen bereits vor der Entbindung um eine Hebamme, die das Wochenbett (zu Hause) begleitet und nicht nur bei typischen Komplikationen oder Stillproblemen hilft, sondern für Fragen rund um das Neugeborene und um die psychische Verfassung frischgebackener Mütter Bescheid weiß (vgl. Speitel 2014, o.S.).

Das intramurale Wochenbett (im Krankenhaus) ist in den vergangenen Jahren in der Verweildauer kürzer geworden. Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei einer Spontangeburt im Jahr 1989 in Österreich bei 6,4 Tagen lag, blieben die jungen Mütter im Jahr 2013 im Schnitt nur mehr 3,8 Tage im Krankenhaus. Aus nachfolgender Tabelle wird ersichtlich, dass bei allen Geburtsformen die Tendenz sinkend ist. Einzig bei der Mehrlingsgeburt ist kein Trend zu erkennen (vgl. Statistik Austria 2014g).

Tabelle 12: Durchschnittliche Klinikaufenthalte Jahresstatistiken

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Ohne Null-Tages-Aufenthalte)	1989	1995	2000	2005	2013
Normale Entbindung/Spontangeburt (Einling)	6,4 Tage	5,6 Tage	4,8 Tage	4,3 Tage	3,8 Tage
Zangengeburt oder Vakuumextraktion (Einling)	7,2 Tage	6,5 Tage	5,6 Tage	5,2 Tage	4,5 Tage
Mehrlingsschwangerschaft	9,5 Tage	8,9 Tage	7,9 Tage	9,4 Tage	9,3 Tage
Schnittentbindung (Einling)	11,9 Tage	10,5 Tage	8,7 Tage	7,6 Tage	6,0 Tage

Quelle: Statistik Austria 2014g

1.5.1 Die stillfreundlichen, zertifizierten Kliniken in Oberösterreich – WHO und UNICEF Projekt „Baby-friendly Hospital“

Krankenhäuser mit Geburtenabteilungen in Österreich haben die Möglichkeit, sich als „Baby-friendly Hospital“ zertifizieren zu lassen. Dazu müssen die von WHO und UNICEF ausgearbeiteten „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ umgesetzt werden. Wenn eine Gesundheitseinrichtung alle Voraussetzungen erfüllt, wird es als „Baby-friendly Hospital Gold – zertifiziert nach internationalem Standard“ ausgezeichnet. Diese Auszeichnung entspricht den aktuellen internationalen WHO- und UNICEF-Kriterien und hat eine Gültigkeitsdauer von vier Jahren - d.h. eine Rezertifizierung ist alle vier Jahre erforderlich (vgl. ONGKG 2014a).

Derzeit (Stand Jänner 2014) gibt es in Österreich 14 Baby-friendly Hospitals. Mit dem Klinikum Wels-Grieskirchen und dem Salzkammergut-Klinikum in Bad Ischl befinden sich zwei zertifizierte, stillfreundliche Gesundheitseinrichtungen in Oberösterreich (vgl. ONGKG 2014b).

Zertifizierte „Baby-friendly“ Gesundheitseinrichtungen verfolgen folgende „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ (vgl. ONGKG 2014c):

- Schriftliche Stillrichtlinien haben
- Alle MitarbeiterInnen so schulen, dass sie die Stillrichtlinien umsetzen können
- Alle Schwangeren über Bedeutung und Praxis des Stillens informieren
- Hautkontakt zwischen Mutter und Kind von der Geburt bis zum ersten Stillen ermöglichen
- Das Anlegen und die Aufrechterhaltung der Milchbildung erklären und zeigen
- Nur Muttermilch geben, außer bei medizinischer Notwendigkeit
- 24h-Rooming-In praktizieren
- Zum Stillen nach Bedarf ermuntern
- Gestillten Kindern keine künstlichen Sauger geben
- Die Mütter auf Stillgruppen hinweisen und die Entstehung von Stillgruppen fördern.

Eine wesentliche Bedingung für die Zertifizierung als „Baby-friendly Hospital“ ist die Einhaltung des „Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten der WHO“ (World Health Organization, 1981), der 1981 von der „World Health Assembly (WHA)“ verabschiedet wurde und seither durch regelmäßige Folgeresolutionen ergänzt und aktualisiert wird.

Die 68. Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit 2008 regelt die Anforderungen, Kennzeichnung und Werbung von Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung (vgl. BMG 2008).

1.5.2 Die Stillhäufigkeit

Heute ist unbestritten, dass das Stillen vor allem gesundheitliche Vorteile mit sich bringt. Im Laufe der Zeit haben sich die Zahlen in Österreich, was die Häufigkeit des Stillens angeht, wie folgt verändert: Im Jahr 1985 haben 7% der Frauen ihr Kind im ersten halben Lebensjahr voll gestillt. Im Jahr 1998 stillte fast die Hälfte der Frauen ihr Kind im ersten halben Lebensjahr (46 %). 2006 sank die Anzahl der stillenden Frauen auf etwas mehr als ein Drittel. (vgl. Haschke 1985; ÖBIG 1998; BMGFJ 2007).

Tabelle 13: Stillhäufigkeit in Österreich

„Haben Sie ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten voll gestillt?“		
	Ja	Nein
Untersuchungsjahr 1985	7%	93%
Untersuchungsjahr 1998	46%	54%
Untersuchungsjahr 2006	36%	64%

(Basis: Mütter mit vag. Entbindung) Quelle: Geburtenregister Österreich 2014b

2. DIE SITUATION SCHWANGERER FRAUEN IN OBER- ÖSTERREICH - ERGEBNISSE EINER QUALITATIVEN STUDIE

2.1 Das Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft

2.2 Gesundheitsriskantes Verhalten

2.3 Die Familie und soziale Netzwerke

2.4 Lebens- und Arbeitsbedingungen

2.5 Informationen zu Geldansprüchen rund um die Geburt

2.6 Gesundheitliche Vorsorge und Versorgung von Schwangeren

2.7 Zukunftsperspektiven schwangerer Frauen

2.8 Die Perspektiven aus der Befragung

2. Die Situation schwangerer Frauen in Oberösterreich – Ergebnisse einer qualitativen Studie

Rund 78.000 Schwangere haben im Jahr 2013 in Österreich ein Kind entbunden. In Oberösterreich sind es etwa 13.500 Mütter (Basis Lebendgeburten, vgl. Geburtenregister Österreich 2014b bzw. Statistik Austria 2014b). Im Kapitel "Statistische Informationen zu Schwangerschaft und Geburt" lassen sich nähere Zahlen und Informationen zu Geburten, Fertilität und Geburtenrate nachlesen.

Im Sommer 2014 wurden mittels qualitativer Leitfadeninterviews 40 Frauen in Oberösterreich persönlich zu ihrer Schwangerschaft befragt. Das Alter der befragten Frauen betrug zwischen 22 und 44 Jahre. Befragt wurden Frauen sowohl aus dem Zentralraum Oberösterreichs als auch aus den ländlichen Regionen, Erstgebärende (22 Frauen, davon eine Zwillingsgeburt) und Mehrgebärende (13 Zweit- und vier Drittgebärende).

Anstieg des Fertilitätsalters; die Anzahl der Erstgebärenden steigt, während gleichzeitig der Anteil der Mehrgebärenden sinkt.

Das Fertilitätsalter der Mütter ist in den vergangenen 30 Jahren gestiegen und österreichische Frauen bekommen durchschnittlich weniger Kinder. Folglich gibt es zunehmend ältere Schwangere. Das Fertilitätsalter als arithmetisches Mittel liegt derzeit bei rund 30 Jahren, Tendenz steigend (vgl. Statistik Austria 2014b). Der Anteil der Mehrgebärenden sinkt. Aktuell ist jede zweite Schwangere in Österreich eine Erstgebärende. Nähere Informationen zur Fertilität und zur Geburtenrate in Oberösterreich und Gesamtösterreich sind im Kapitel „Statistische Informationen zu Schwangerschaft und Geburt“ enthalten.

Bei der vorliegenden qualitativen Studie waren von den 40 Befragten 21 Frauen zum Befragungszeitpunkt schwanger, und zwar zwischen der 15. und der 39. Schwangerschaftswoche. 19 Frauen hatten bereits entbunden und wurden zu ihrer vergangenen Schwangerschaft befragt. Ihre Kinder waren zwischen einer Woche und elf Monaten alt. Die Frauen waren zwischen 22 und 44 Jahre alt. 23 Frauen bekamen ihr erstes Kind, 13 gebaren ihr zweites Kind und vier erwarteten ihr drittes Kind.

Mehr als die Hälfte der befragten Frauen fühlen sich gesund.

Hinsichtlich gesundheitlicher Belastungen gaben 25 der 40 interviewten Frauen an, dass sie keinerlei belastende Faktoren in der Schwangerschaft verspür(t)en. Fünf Frauen gaben an, dass sie körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen, Zahnprobleme, Schlafmangel und Schwangerschaftsübelkeit (gehabt) hätten. Mehrere Frauen sprachen von psychosozialen Belastungen wie finanzielle Engpässe (n=4), berufliche Belastungen (n=3), ihre persönliche Gewichtszunahme (n=2) und eine familiäre Veränderungssituation (n=1).

Die individuelle Ausgangslage einer schwangeren Frau hängt neben der Anzahl vorangegangener Schwangerschaften von ihren persönlichen Gesundheitsvoraussetzungen ab. Die Untersuchungen im Mutter-Kind-Pass dienen dazu, beginnende Erkrankungen der Mutter und des Kindes frühzeitig zu erkennen. Bei Risiken in der Schwangerschaft werden die Frauen engmaschiger untersucht (vgl. öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2014b, o.S.).

2.1 Das Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft

2.1.1 Ernährung

Das Essverhalten der Mutter hat Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes.

Das Essverhalten einer schwangeren Frau hat nicht nur Auswirkungen auf das Wachstum eines Embryos, sondern auch auf das spätere Essverhalten und die Gesundheit des Kindes und kann die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinflussen (vgl. Becker et al. 2010, S.36ff).

Die österreichische Ernährungspyramide für Schwangere empfiehlt, zwei Liter Flüssigkeit (idealerweise Wasser) zu trinken und reichlich Obst, Gemüse sowie Getreideprodukte und Kartoffeln in den täglichen Speiseplan aufzunehmen. Der Konsum von Fleisch, Fisch, Milch und Milchprodukten sollte eingeschränkt werden. Werdende Mütter sollten auf die Kalorienaufnahme achten, indem sie die Zufuhr von Ölen, Fetten und Süßigkeiten reduzieren. Es wird auch angeraten, auf „Risikolebensmittel“ zu verzichten. Darunter fallen rohes oder unvollständig durchgegartes Fleisch (zB Beef Tartar), Rohmilch sowie Rohmilchprodukte und rohe Eier. Der Verzehr von Rohwürsten, Innereien, kalt geräuchertem Fisch und rohen Muscheln sollte vermieden werden. Aufgrund einer möglichen Belastung

durch Schwermetalle sind Heilbutt, Thunfisch, Hecht oder Schwertfisch zu meiden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014a, o.S.).

Manche werdende Mütter glauben, dass sie während ihrer Schwangerschaft „für zwei“ essen müssen, was ein Irrglaube ist. Bis zum Ende der Schwangerschaft steigt der Energiebedarf um ca. zehn Prozent, das sind etwa 250 kcal täglich. Der Vitamin- und Mineralstoffbedarf steigt im Gegensatz zum Energiebedarf stärker. Mit Bekanntwerden der Schwangerschaft wird empfohlen, zusätzlich Eisen, Jod und Folsäure zu sich zu nehmen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. 2011, o.S.).

Mehr als zwei Drittel (28 von 40) der interviewten Frauen hat das Essverhalten während der Schwangerschaft verändert. 15 Frauen gaben an, dass sich ihr Essverhalten während der Schwangerschaft dahingehend verändert hat, dass sie mehr und kleinere Portionen gegessen haben, und sich gesünder und abwechslungsreicher ernährten. Sie essen mehr Obst, teilweise wird auf Kaffee und Süßigkeiten verzichtet und sie beschreiben Vorlieben auf bestimmte Lebensmittel. 13 der Frauen, die ihr Essverhalten bewusst veränderten, nannten als Hauptgrund, dass sie das Risiko einer Infektion verringern möchten.

Zehn der 40 Befragten waren von starker Übelkeit in der Schwangerschaft betroffen und änderten daraufhin ihr Essverhalten. Bei einer Mehrgebärenden traten neben Übelkeit noch Sodbrennen und Magenbeschwerden auf. Vier Frauen gaben an, zusätzliche Präparate wie Nahrungsergänzungsmittel, Eisentabletten, Folsäure oder Magnesium zu sich zu nehmen bzw. eingenommen zu haben.

„[...] Nein, ich habe nur am Anfang wegen der Schwangerschaftsübelkeit ein paar Sachen nicht essen können, wie zum Beispiel Fleisch oder Fisch. Ansonsten habe ich genau so weiter gegessen. [...]“ (IP08, Z.5-8)

„[...] Zu Beginn war mir oft übel, besonders bei bestimmten Gerüchen. Aber mittlerweile kann ich wieder alles essen. Versuche halt gesund fürs Kind zu essen [...]“ (IP32, Z.13-15)

„[...] Ich habe zwar mehr gegessen, aber genauso wie vor der Schwangerschaft. [...]“ (IP04, Z.5)

2.1.2 Bewegung

Regelmäßige Bewegung wirkt sich positiv auf die Schwangerschaft aus.

Regelmäßige Bewegung in der Schwangerschaft (3-4-mal 30 Min./Woche) wirkt sich positiv auf den Kreislauf, den Stoffwechsel und die Sauerstoffversorgung von Mutter und Kind aus. Verschiedene Symptome wie zB Verstopfung, Krampfadern, Rückenschmerzen können durch Bewegung gelindert oder vermieden werden (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2013, o.S.). Werdenden Müttern mit Risikofaktoren oder Schwangerschaftsdiabetes wird in Verbindung mit einer Ernährungsberatung eine regelmäßige, sportliche Aktivität empfohlen (vgl. Korsten-Reck 2011, S. 930f).

Schwangere Frauen, welche regelmäßig Sport betreiben, weisen „kein erhöhtes Risiko für Frühaborte, drohende Fehlgeburten oder extrauterine Schwangerschaften“ auf. Folgende Sportarten (die in Absprache mit den behandelnden MedizinerInnen ausgeübt werden sollten) wirken sich in der Schwangerschaft positiv auf Mutter und Kind aus (Kagan/Kuhn 2004, S. 428):

- Radfahren im Flachen (das Körpergewicht wird vom Rad getragen und die Wirbelsäule wird entlastet)
- Walken, Wandern, Jogging, Nordic Walking, Gymnastik
- Schwimmen (vorteilhaft bei Ödemen)
- Krafttraining an Geräten oder mit freien Gewichten unter Beanspruchung verschiedener Muskelgruppen.

Zur Kräftigung der Rückenmuskulatur und um Rückenschmerzen vorzubeugen, sollten regelmäßige Übungen durchgeführt werden. Schwimmen ist eine gelenkschonende Belastungsform. Dabei werden die Nieren mehr durchblutet, die Harnausscheidung erhöht sich und Ödeme werden ausgeschwemmt. Die Wassertemperatur sollte zwischen 20°C und 33°C liegen. Aufgrund eines höheren Verletzungsrisikos bzw. höherer Belastungsintensität oder einer ungewissen Sauerstoffversorgung für das Kind sind für Schwangere die Sport-

DIE SITUATION SCHWANGERER FRAUEN IN OBERÖSTERREICH

arten Mountainbiking, Geräteturnen, Wasserski, alpines Schifahren, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Surfen, Bungee-Jumping, Ballsportarten und Kampfsportarten, Flaschentauchen, Triathlon und Marathon sowie Gewichtheben und Bodybuilding nicht geeignet (vgl. Korsten-Reck 2011, S. 932f).

Von den 40 befragten Oberösterreicherinnen gaben 13 an, dass sie während der Schwangerschaft keinen Sport betrieben haben. Drei von diesen 13 Frauen hatten aufgrund bereits vorhandener Kinder keine Zeit mehr für sportliche Aktivitäten oder nach eigener Angabe genug Bewegung durch das vorhandene Kind. Ebenso drei der 13 Frauen sagten, dass sie vor ihrer Schwangerschaft nicht sportlich waren und dass sich in der Schwangerschaft diesbezüglich nichts verändert hätte. Zwei von 13 haben mit dem Sport aufgehört (wobei sie vorher regelmäßig Rad fahren und Joggen waren). Weitere vier Frauen haben während ihrer Schwangerschaft aufgrund von körperlichen Beschwerden keinen Sport betrieben.

Fünf von 40 befragten machten keine genaue Angabe, sondern sagten, dass sich in Hinsicht auf ihr Bewegungsverhalten nichts verändert hätte. Sieben Frauen haben während ihrer Schwangerschaft weniger Sport betrieben als vorher. Gründe hierfür waren die eingeschränkte Bewegungsfreiheit oder Bedenken, dem Kind zu schaden. Fünf der Interviewten gingen regelmäßig spazieren, machten ansonsten aber keinen Sport. Drei aller befragten Frauen besuchten einen Schwangerschaftsgymnastikkurs.

2.2 Gesundheitsriskantes Verhalten

2.2.1 Tabakkonsum während der Schwangerschaft

Rauchen erhöht die perinatale Sterblichkeit um 150%.

Im Jahr 1957 wurde der Zusammenhang zwischen dem Rauchen in der Schwangerschaft und der erhöhten Frühgeburtenrate festgestellt. Die möglichen Symptome bzw. Erkrankungen fallen unter den Begriff "Fetales Tabaksyndrom". Das Aktiv- und Passivrauchen der werdenden Mütter kann zu Spontanaborten, zu einer vorzeitigen Lösung der Plazenta, zu Entwicklungsstörungen (geringeres Geburtsgewicht, kleinerer Kopfumfang und reduziertes Längenwachstum), zu plötzlichem Herztod des Säuglings und zur Entwicklung kindlicher Krebserkrankungen führen (vgl. Thäle/Schlitt 2011, S.1189f). Mittlerweile ist auch bekannt, dass das Rauchen für 15% aller Frühgeburten sowie für 20-30% aller Fälle von geringerem Geburtsgewicht verantwortlich ist. Rauchen erhöht die perinatale Sterblichkeit um 150% (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum 2003, S.15).

Nimmt die Mutter nach der Geburt den Tabakkonsum wieder auf, kann dies dazu führen, dass der Säugling dem Passivrauch ausgesetzt wird. Passivrauchen kann der Auslöser für verschiedenartige Krankheiten sein (vgl. Thäle/Schlitt 2011, S.1189f). Kinder von aktiv und passiv rauchenden Müttern leiden häufiger an Allergien und Asthma bronchiale. Ebenso hat der Nachwuchs von Raucherinnen ein erhöhtes Risiko für Konzentrationsschwächen und Hyperaktivität. Auch das Risiko für ein Auftreten des plötzlichen Kindstodes ist bei Kindern von Raucherinnen erhöht (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S.108).

Je höher der Zigarettenkonsum, desto größer sind die Wachstumsstörungen.

Die Toxine, die sich im Zigarettenrauch befinden, wirken sich indirekt auf die Plazenta aus und haben eine direkte Wirkung auf die fetalen Zellen. Nikotin gelangt im Zuge der Aufnahme vor allem in Gehirn, Niere, Milz, Lunge und Leber. 15 bis 30 Minuten nach dem Zigarettenkonsum wird der Höchstwert von Nikotin im Fötus erreicht (vgl. Horak et. al. 2011, S. 138). Je höher der Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft ist, umso größer sind die Wachstumsstörungen. Das Geburtsgewicht vermindert sich bei einem Zigarettenkonsum von 20 Stk. täglich um bis zu 350 g, bei einer bis fünf Zigaretten um ca. 120 g. Wird das Rauchen bei Bekanntwerden der Schwangerschaft eingestellt, hat jede Raucherin die Möglichkeit, dass ihr ungeborenes Kind ein ähnliches Geburtsgewicht erreicht wie das eines Neugeborenen einer nichtrauchenden Schwangeren (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum 2003, S. 17).

Den OberösterreicherInnen dürften diese Gefahren allgemein bewusst sein, denn laut dem Institut für Suchtprävention (2005, S. 208) sind 94% der OberösterreicherInnen der Meinung, dass das Rauchen in der Schwangerschaft unbedingt vermieden werden soll.

Informationen über das Rauchverhalten Schwangerer sind für Oberösterreich nicht detailliert vorhanden, denn insgesamt liegen dem Geburtenregister Österreich (2014a, S. 19) nur bei der Hälfte aller Frauen Daten

vor. Bezieht man die Daten auf jene Frauen, bei denen Informationen zum Rauchverhalten vorliegen, so rauchen österreichweit 16,3% in der Schwangerschaft, was einem Rückgang von 1,5% in den letzten sechs Jahren entspricht. Andere Statistiken (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S.381) lassen darauf schließen, dass bis zu ein Drittel der Frauen während der Schwangerschaft ohne Unterbrechung oder Reduktion des Zigarettenkonsums rauchen. Ein Drittel schafft es, endgültig rauchfrei zu werden, und ein weiteres Drittel beginnt nach der Schwangerschaft und Stillzeit wieder zu rauchen.

Von den in Oberösterreich interviewten Schwangeren hat keine einzige angegeben, in der Schwangerschaft geraucht zu haben. 29 der 40 Frauen hatten auch davor nicht geraucht. Die übrigen Befragten (7 Personen hatten davor täglichen Zigarettenkonsum, die anderen gelegentlich) haben nach Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft das Rauchen zur Gänze eingestellt.

„[...] Nein, Rauchen und Schwangerschaft, das ist wirklich ein No-Go. [...]“ (IP33, Z.31-32)

„[...] jetzt bin ich noch überzeugtere Nicht-Raucherin. Also für mich ist das was ganz was Schlimmes ehrlich gesagt, wenn ich eine Schwangere rauchen sehe. [...]“ (IP36, Z.94-96)

2.2.2 Alkohol- und Drogenkonsum in der Schwangerschaft

Als alkoholgefährdet können generell rund 10% der in Oberösterreich lebenden Frauen und Männer bezeichnet werden. Es ist von 2006 bis 2010 ein Rückgang von 2,4% auf 0,8% der Alkoholkrankheit in OÖ zu verzeichnen (vgl. Institut für Suchtprävention 2010, S. 51). Österreichweit wird geschätzt, dass rund 1,2 Millionen Menschen einen Alkoholkonsum haben, der als gesundheitsgefährdend eingestuft wird, wobei ein Viertel davon Frauen sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005, S.142). In Österreich gibt es laut Schätzungen der WHO 25.000 Drogenabhängige, von denen 40% Frauen sind. Ein Drittel davon befindet sich im gebärfähigen Alter. Man nimmt an, dass diese Zahlen unterschätzt werden (vgl. Ludwig Bolzmann Institut Health Technology Assessment 2012, S.46).

Der Alkohol, den eine schwangere Frau zu sich nimmt, gelangt über ihren Blutkreislauf und über die Nabelschnur direkt in den Kreislauf des Ungeborenen.

Der Alkohol, den eine schwangere Frau zu sich nimmt, gelangt über ihren Blutkreislauf und über die Nabelschnur direkt in den Kreislauf des Ungeborenen. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann daher irreversible körperliche und kognitive Schädigungen des Kindes verursachen, die in der Literatur als FAS (fetale Alkohol-Spektrumsstörungen oder fetales Alkoholsyndrom) oder als „Alkoholembryopathie“ bezeichnet werden. Zu den erwiesenen Beeinträchtigungen bei diesen Kindern gehören Wachstumsstörungen, Anzeichen von Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems. Bereits geringer Alkoholkonsum sowie vereinzelte Trinkexzesse können gesundheitliche Beeinträchtigungen beim Ungeborenen hervorrufen. Langzeitschäden erkennt man oft in Form von Verhaltensstörungen und intellektuellen Beeinträchtigungen. Die einzige Therapie um FAS zu vermeiden, ist der hundertprozentige Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft (vgl. Thäle/Schlitt 2011, S.1188; vgl. Institut für Suchtprävention S. 147ff; vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 377).

Von 40 befragten Schwangeren in Oberösterreich gaben lediglich drei Frauen an, sie hätten auch vor der Schwangerschaft gar keinen Alkohol getrunken. Die übrigen 37 Frauen hatten gelegentlich und in unterschiedlichem Ausmaß Alkohol konsumiert. Fast alle befragten Frauen (39 von 40) gaben an, den Alkoholkonsum sofort nach Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft eingestellt zu haben.

„[...] Seit ich wieder schwanger bin konsumiere ich gar keinen Alkohol. [...]“ (IP29, Z.22)

„[...] Ich habe den Alkohol komplett weggelassen seit ich schwanger bin. [...]“ (IP30, Z.23)

„[...] Ich habe vorher auch nicht weiß ich wie viel getrunken, weil ich war's halt auch nicht gewohnt. Ich hab fast nie was getrunken, aber jetzt seitdem ich schwanger bin, auch keine Radler oder so. Ich bin da ganz strikt. [...]“ (IP40, Z.54-56)

Zu den Risikofaktoren drogenabhängiger Schwangerer gelten Mehrfachabhängigkeit, niedriger sozioökonomischer Status sowie hohe Anfälligkeit an Virusinfektionen und Geschlechtserkrankungen. Die Folge von

Drogenkonsum kann für das ungeborene Kind eine intrauterine Abhängigkeit (innerhalb der Gebärmutter) mit einem möglichen intrauterinen oder neonatalen Entzug sein. Dies kann wiederum zu vorgeburtlichen Entwicklungsstörungen oder auch zum intrauterinen Fruchttod führen. Weitere Folgen sind die akute Plazentainsuffizienz, eine Mangelversorgung und diverse Entwicklungsstörungen (vgl. Rohrmeister/ Weninger 2006, S. 80f; vgl. Ludwig Bolzmann Institut Health Technology Assessment 2012, S.46).

2.2.3 Untergewicht und Übergewicht

Der durchschnittliche BMI der Mütter liegt bei 22,5.

Das Geburtenregister Österreich (2014a, S. 18) erhält unter anderem die Daten über Größe und Gewicht der Mütter in Geburtskliniken. 2013 lagen die vollständigen Daten von 84% der Mütter vor. Der Body-Mass-Index (BMI) gilt als das beste indirekte Maß für die Körperfettmasse und wird berechnet, indem man das Körpergewicht (in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter) dividiert (vgl. Statistik Austria 2010, o.S.). Liegt der BMI unter 18,5 oder über 30, spricht man von Unter- bzw. Übergewicht (Adipositas). In diesen Fällen ist eine Ernährungsberatung in Erwägung zu ziehen (vgl. Kirschner 2013, S. 313).

Adipositas kann während der Schwangerschaft zu Komplikationen führen und daher mit Gefahren für Mutter und Kind verbunden sein. Als Hauptursachen für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas werden Überernährung, Fehlernährung und Bewegungsmangel genannt. Diese bilden den Grundstein für diverse, zum Teil schwerwiegende Folgeerkrankungen. Die Risikokonstellation Schwangerschaft und Adipositas birgt ein signifikant erhöhtes Risiko zB für Frühgeburt, Gestationsdiabetes, Hypertonie und Präeklampsie. Die Folgen von Adipositas für das Kind können Totgeburten, Aborte sowie Atemprobleme sein (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 248ff).

Laut dem österreichischen Geburtenregister (2014a, S.19) liegt der durchschnittliche BMI der Mütter bei 22,5. Ein Anteil von 6,7% der Mütter ist untergewichtig (BMI unter 18,5). Grundsätzlich weisen 10,1% der Mütter eine Adipositas auf, wobei 0,9 % von schwerer Adipositas (Grad III, BMI über 40) betroffen sind. In Österreich hat der Anteil der Mütter mit Adipositas seit dem Jahr 2008 um 1,2% signifikant zugenommen.

Im Verlauf der Schwangerschaft kann Adipositas Gefahren für Mutter und Kind mit sich bringen. Um Komplikationen während der Schwangerschaft vorzubeugen, ist es wichtig, dass sich werdende Mütter gesund und ausgewogen ernähren. Um bei adipösen Frauen Schwierigkeiten im Zuge der Schwangerschaft, oder bei der Geburt vorzubeugen, sind engmaschigere Kontrollen erforderlich (vgl. Kirschner 2013, S. 313ff).

2.2.4 Die Informationsquellen von schwangeren Frauen

Informationen durch Internet, Bücher, Familie und Freunde

Das soziale Umfeld ist beim Thema Schwangerschaft und Geburt neben Büchern die bedeutendste Informationsquelle, wie die Auswertung der Schwangereninterviews zeigt. Schwangere wenden sich vorwiegend an weibliche Angehörige aus der Familie oder beraten sich im Freundeskreis, wenn Fragen rund um die Schwangerschaft auftauchen. Zudem informieren sich die Frauen zunehmend im Internet. So gaben 17 von 40 Frauen ihre Mütter oder Schwiegermütter als Informationsquelle rund um das Thema Schwangerschaft an. 14 Frauen fragen bei Bedarf Freundinnen und Freunde, die entweder bereits Kinder haben oder zur selben Zeit schwanger sind. Mehr als die Hälfte (22 der 40 Befragten) nutzen Bücher als Informationsquelle. 16 der befragten Frauen recherchieren im Internet und zehn informieren sich bei ihrem/ihrer Frauenarzt/-ärztin. Neun von 40 Frauen erwähnten im Interview die Mutter-Kind-Box. Von diesen neun Frauen haben fünf die darin enthaltenen Broschüren gelesen. 2 Befragte sprachen mit Hebammen. Weitere zwei Personen haben sich Informationen in einem Eltern-Kind-Zentrum geholt. Vier Frauen gaben an, sich von in ihren früheren Schwangerschaften her schon ausreichend informiert fühlen und sich kein neues Wissen mehr angeeignet zu haben.

„[...] Familie, Freunde, Bücher und aus ein paar Foren aus dem Internet wo ich mich mit anderen Schwangeren austauschen kann. [...]“ (IP32, Z.29-30)

„[...] Im Bekanntenkreis redet man natürlich schon auch, da tauscht man sich schon aus. Meine Schwester ist auch gerade schwanger, die ist jetzt 3 Monate vor mir dran und beim ersten war sie 7 Monate vor

mir dran. [...]“ (IP16, Z. 29-32)

„[...] Ich habe das meiste im Internet nachgeschaut, wenn ich irgendwas wissen wollte. Weil so habe ich nicht viele Informationen gehabt. Oder ich habe irgendwelche gefragt die schon mal schwanger waren, hauptsächlich meine Mama [...]“ (IP01, Z.29-31)

„[...] Ich habe die Mutter-Kind-Box bekommen. Da sind viele Broschüren dabei mit den wichtigsten Informationen[...]“ (IP06, Z.29-30)

„[...] Ich habe mich vor der ersten Schwangerschaft bewusst dazu entschieden, keine Bücher zu lesen oder mich im Internet zu informieren. Die schlaun Anekdoten der Verwandtschaft bzw. Familie waren ausreichend [...] Beim zweiten Kind wusste ich schon was auf mich zukommt[...]“ (IP38, Z.37-41)

2.2.5 Kursangebote

Das Angebot an Kursen ist sehr umfassend und informativ.

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an geburtsvorbereitenden Kursen, unter denen Schwangere auswählen können. Darunter zum Beispiel Kurse für Paare und Frauen, Partnerabende, Yoga oder Bauchtanz für Schwangere, Gymnastik, Geburtsvorbereitung im Wasser, Kurse für Frauen mit Kindern bis hin zu Angeboten für Geschwisterkinder oder Großeltern. Das Ziel der überwiegend von Hebammen geleiteten Geburtsvorbereitungskurse besteht darin, „grundlegende Informationen über den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, über Wochenbett und Stillen, das Leben mit dem Baby, über Veränderungen in Alltag und Partnerschaft“ zu vermitteln (vgl. Österreichisches Hebammengremium 2014, o.S.).

Mehr als die Hälfte der Befragten (23 von 40) haben bereits einen Geburtsvorbereitungskurs während ihrer Schwangerschaft besucht bzw. haben sie vor, einen solchen zu besuchen. Von den 23 Frauen haben vier zusätzlich noch an einem Yogakurs teilgenommen. Drei Erstgebärende möchten zusätzlich zum Geburtsvorbereitungskurs entweder einen Yogakurs, einen Schwimmkurs oder die Stillgruppe besuchen. 14 von 40 Personen haben während ihrer Schwangerschaft keine Kurse besucht. Von diesen 14 Frauen haben 11 bereits Kinder.

„[...] Den Kurs hat eine Hebamme gemacht und die hat zwar schon alles von der Geburt erklärt, aber hauptsächlich ist es dann um die Zeit nach der Geburt gegangen. Von der Babypflege angefangen und so weiter. Es war ganz super und ich habe mir sie auch ausgesucht für die Nachbetreuung nach der Geburt. [...]“ (IP08, Z. 39-43)

„[...] Vor dem ersten Kind haben wir obligatorisch einen Geburtsvorbereitungskurs gemacht - weniger sinnvoll. Wer möchte schon wissen, wie eine Saugglocke funktioniert? Jedoch der Besuch des Kreißzimmers hat etwas Angst genommen. [...]“ (IP38, Z.46-49)

2.3 Die Familie und soziale Netzwerke

Das familiäre und soziale Netz ist für Schwangere sehr wichtig.

Für Frauen stellt eine Schwangerschaft eine neue, in vielen Fällen noch unbekannte Herausforderung dar. Das familiäre und private Umfeld ist als Stütze daher wichtig. Von 40 befragten Frauen, gaben 31 im Rahmen der Studie „Schwangerschaft und Geburt in OÖ“ an, dass sie in einer Partnerschaft leben oder verheiratet sind. Neun Frauen machten zu ihrem Familienstand keine Angabe.

Im Jahr 2013 lebten in Oberösterreich 42.800 sogenannte Ein-Eltern-Familien, also Familien mit nur einem Elternteil. Ein hoher Anteil (34.800) waren alleinerziehende Mütter. Knapp 200.000 Familien bestanden aus zwei Elternteilen, davon waren ca. 172.000 Paare verheiratet. Die durchschnittliche Kinderzahl in Ein-Eltern-Familien lag bei 1,39 Kindern. Die durchschnittliche Kinderzahl in Paarbeziehungen lag etwas höher, mit 1,78 Kindern pro Familie (vgl. Statistik Austria 2013a, o.S.). Im Jahr 2013 gab es österreichweit knapp 16.000 Ehescheidungen; verglichen mit dem Jahr 2003, in dem es rund 19.000 Ehescheidungen gab, lässt sich ein Rückgang verzeichnen. Oberösterreich liegt mit 2.346 Scheidungen nach Wien und Niederös-

terreich an dritter Stelle (vgl. Statistik Austria 2013b, o.S.).

33 der 40 befragten Frauen gaben an, dass sich ihre Familie und das private Umfeld über die Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft durchwegs gefreut und dass sie nur positive Rückmeldungen bekommen hätten. Von den anderen sieben Frauen kamen bei zwei zwar positive Rückmeldungen, allerdings waren Freundinnen neidisch wegen eigenem Kinderwunsch, bei einer Frau machten sich die Angehörigen Sorgen, ob die Schwangere ihre Ausbildung beenden wird.

Die zwei jüngeren Befragten, beide 22 Jahre alt, gaben an, dass die Reaktionen anfangs nicht sehr positiv waren, vor allem von Seiten der eigenen Mütter. Beide Frauen waren zum Zeitpunkt, als sie von der Schwangerschaft erfuhren, erst seit kurzem in einer Partnerschaft.

„[...]Meine Mutter hatte zuerst zwei bis drei schlaflose Nächte, es war eine schwierige Situation. Ich lebe noch zu Hause, mein Freund lebt noch zu Hause. Wir waren gerade ein halbes Jahr zusammen, als ich erfahren habe, dass ich im dritten Monat schwanger bin [...]“ (IP04, Z.82-85)

„[...]Ich nahm ja die Pille und bin trotzdem schwanger geworden [...] wir waren beide, mein Freund und ich, etwas geschockt zu Anfang. Ich habe lange gebraucht bis ich mich damit abgefunden habe[...]wir waren außerdem erst drei Monate lang ein Paar. Dementsprechend hat auch meine Mama reagiert, die war richtig geschockt[...]“ (IP01, Z.80-88)

Bereits während der Schwangerschaft wird darüber nachgedacht, wer die Kinderbetreuung übernehmen kann, wenn private Erledigungen anstehen, wenn man selbst krank wird, oder wieder ins Berufsleben einsteigen möchte. Eine gut organisierte Betreuung des Kindes ist unerlässlich und führt zu einer Entlastung der Elternteile (vgl. Krainer/Nolden 2011, S.288).

Auf die Frage, ob es Menschen gibt, die die Frauen rund um die Geburt und in der ersten Zeit mit dem Baby unterstützen, gaben die meisten Frauen (38 von 40) an, dass sie Hilfe bekommen bzw. bekommen haben. 27 Frauen nannten als Unterstützung ihre Familie und ihren Partner, zusätzlich zählen fünf von diesen 27 Befragten auf ihre Freunde. Vier Frauen werden eine Betreuungshebamme beanspruchen oder haben dies schon getan. Elf Frauen machten keine genaueren Angaben.

2.4 Lebens- und Arbeitsbedingungen

Es ist eine große Herausforderung für Frauen, Familie und Beruf zu vereinen.

Schwangerschaft und Geburt bedeuten eine große Veränderung für die gesamte Lebenssituation werdender Eltern. Dieses Ereignis wirkt sich unter anderem auf die berufliche Laufbahn und in der Folge auf die finanzielle Situation der Mutter bzw. der Eltern aus.

Laut der Familien- und Haushaltsstatistik stehen immer noch insbesondere Frauen vor der Herausforderung, Beruf und Familie zu vereinbaren. Vergleicht man Frauen und Männer im Alter von 25 bis 49 Jahren ohne betreuungspflichtige Kinder, sind mittlerweile nur relativ geringe geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Erwerbsbeteiligung erkennbar. Lebt mindestens ein betreuungspflichtiges Kind (unter 15 Jahren) im Haushalt, führt dies bereits zu deutlich größeren Differenzen bei der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern. Hier betragen die männlichen Erwerbsquoten 96,6%, die weiblichen 79,2% (vgl. Statistik Austria 2014a, o.S.).

Teilzeitbeschäftigung ist besonders bei Frauen mit Kindern vorrangig.

Der Anstieg der Erwerbsbeteiligung der Frauen ist vorwiegend auf den starken Anstieg von Teilzeitarbeit zurückzuführen. Besonders Frauen mit Kindern unter 15 Jahren sehen häufig in der Teilzeitbeschäftigung die einzige Möglichkeit, neben den Betreuungsaufgaben einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Während rund 71% der berufstätigen Frauen im Alter von 25 bis 49 Jahren mit Kindern unter 15 Jahren teilzeitbeschäftigt sind, beträgt die Teilzeitquote bei Frauen ohne betreuungspflichtige Kinder 32%. Frauen mit betreuungspflichtigen Kindern gehen zu 47,0% einer Teilzeit- und nur zu 19,7% einer Vollzeitbeschäftigung nach. Mit steigendem

Alter der Kinder nimmt die Zahl der vollzeitbeschäftigten Frauen zu. Für Frauen mit Kindern unter 3 Jahren im Haushalt spielt neben der Teilzeit vor allem die Elternkarenz eine wichtige Rolle. Die Einschränkung der Erwerbsarbeit bedeutet für viele Frauen eine schlechtere Stellung am Arbeitsmarkt sowie bei der sozialen Absicherung (vgl. Statistik Austria 2014a, o.S.).

Über ganz Österreich betrachtet hat sich die Betreuungsquote bei unter 3-Jährigen im Bereich der instituti-

onellen Betreuung von 4,6% im Jahr 1995 auf 15,8% im Jahr 2009 mehr als verdreifacht (vgl. Statistik Austria 2014a, o.S.).

2.4.1 Beruflicher Wiedereinstieg

Der Wiedereinstieg ins Berufsleben und die Zeit mit ihren Kindern ist den Frauen wichtig.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviewdaten der Erhebung in OÖ spiegeln den Bericht der Statistik Austria wieder. Der überwiegende Anteil der Frauen plant eine Teizeitbeschäftigung.

Der Großteil der befragten Frauen (35 von 40) hat einen Wiedereinstieg in den Beruf nach maximal 3 Jahren geplant. Eine der Frauen hat eine stundenweise Rückkehr ab dem 5. Monat geplant. Der größte Teil der Frauen (17 von 40) plant eine Rückkehr in den Beruf nach 24 Monaten. Von allen vierzig befragten Frauen, haben vier Frauen einen Wiedereinstieg nach zwölf Monaten, eine Frau nach 14 Monaten und drei Frauen nach 20 Monaten geplant. Eine Frau möchte nach 26 Monaten wieder arbeiten, drei Frauen nach 30 Monaten und eine Person möchte nach 36 Monaten in den Job zurückkehren. Bei drei der werdenden Mütter war die genaue Rückkehr noch offen, wobei der voraussichtliche Wiedereinstieg nach einer Zeitspanne zwischen zwölf und 24 Monaten geplant war. Der überwiegende Teil der Befragten (22 von 35) hat eine Teilzeitbeschäftigung geplant. Das Ausmaß der Teilzeitbeschäftigung liegt zwischen einer stundenweisen Beschäftigung von 5 Stunden und maximal 30 Stunden. Bei den anderen 13 Frauen wurden keine genauen Angaben zum Stundenausmaß gemacht. Drei Personen konnten noch keine genauen Angaben zu ihren Berufsplänen machen. Die Befragten konnten zum Zeitpunkt des Interviews noch keine genauen Angaben über den Wiedereinstieg in den Beruf machen. Die Zeit mit den Kindern in den ersten Jahren ist einigen Befragten sehr wichtig.

„[...] Der Große ist eben im Kindergarten und den Kleinen darf ich mitnehmen. In meinem beruflichen Umfeld muss man sowieso schauen, dass man bald wieder was tut, da kann ich ja nicht drei Jahre daheim bleiben, da würde ich alles vergessen [...]“ (IP11, Z.127 – 130)

„[...] Also grundsätzlich habe ich da jetzt nicht so einen Stress [...] und ich denke mir, wenn sie dann in den Kindergarten geht dass es dann mal wieder ein Thema wird, dass man wieder anfängt[...]“ (IP16, Z.81 – 87)

„[...] Das lass ich jetzt mal auf mich zukommen. Momentan kann ich da noch gar nichts sagen, weil ich noch gar nicht weiß wie alles wird [...]“ (IP17, Z.72 -73)

„[...] Ich werde immer versuchen viel Zeit mit den Kindern zu verbringen [...] Über das Arbeiten habe ich derzeit noch nicht nachgedacht, ehrlich gesagt [...]“ (IP02, Z.96 - 101)

Wenige Väter gehen in Karenz – Tendenz aber steigend.

Trotz steigender Tendenz gibt es immer noch wenige Väter mit aufrechtem Dienstverhältnis, die Kinderbetreuungsgeld beziehen. Bei Männern mit Kindern unter 15 Jahren überwiegt, bezogen auf das Ausmaß der Erwerbstätigkeit, der Anteil der Vollzeitbeschäftigten mit 87,6% (vgl. Statistik Austria 2014a, o.S.). Laut einer quantitativen Studie zum Kinderbetreuungsgeld nach der Reform 2008, die österreichweit durchgeführt wurde, ist für den überwiegenden Teil (57,4%) der BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld die Beteiligung des Partners aus finanziellen Gründen nicht möglich. Des Weiteren wird von 24,1% der Befragten argumentiert, dass es dem Partner beruflichen Schaden würde und 18,3% sind der Meinung dass eine Beteiligung beim Arbeitgeber nicht durchgesetzt werden könnte. Bei 17,7% will die Mutter die Kinderbetreuung selbst übernehmen (vgl. Bundesministerium für Familien und Jugend 2009, S.22).

In der oberösterreichischen Befragung gaben drei der 40 interviewten Frauen an, das Modell der Papakarenz mit zwei Monaten Väterkarenz in Anspruch nehmen zu wollen.

Bei der Bekanntgabe der eigenen Schwangerschaft stieß der Großteil der befragten Frauen durchwegs positive Reaktionen des Arbeitgebers und der Kollegen. Eine einzige der Befragten berichtete über negative Reaktionen sowohl vom Vorgesetzten als auch von den Kollegen. Bei ihr stellte die Schwangerschaft für den Arbeitgeber einen personellen Engpass dar.

2.4.2 Informationen zum Arbeitsrecht von Schwangeren

Laut Arbeiterkammer muss nach Bekanntwerden der Schwangerschaft der Dienstgeber darüber informiert und diesem der voraussichtliche Geburtstermin bekanntgegeben werden (vgl. Portal der Arbeiterkammern 2014, o.S.).

„[...] Also Informationsmaterial gibt es wirklich sehr viel und sehr Gutes mit vielen Beispielen, aber es kommen dann trotzdem wieder irgendwelche Fragen auf, wo du dir denkst, das hat mir jetzt diese Broschüre noch nicht beantwortet [...]“ (IP15, Z.144 – 147)

Unselbständig erwerbstätige Mütter und Väter haben Anspruch auf Karenz bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres des Kindes, wenn sie mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt leben. Auf Karenz, das bedeutet Freistellung von der Arbeitsleistung gegen Entfall des Entgelts, besteht ein Rechtsanspruch, und dieser kann durch den/die Arbeitgeber/in nicht verweigert werden. Die Karenz beginnt im Normalfall acht bzw. zwölf Wochen nach der Entbindung des Kindes. Die Arbeit ist nach dem Ende der geltend gemachten Karenz, d. h. spätestens am 2. Geburtstag des Kindes, wiederaufzunehmen. Die Karenz kann zwischen Vater und Mutter zweimal geteilt werden, jeder Teil muss aber mindestens zwei Monate betragen. Beim ersten Wechsel der Karenz können die Eltern einen Monat lang gleichzeitig Karenz in Anspruch nehmen. In diesem Fall verkürzt sich die Maximaldauer der Karenz um einen Monat. Kinderbetreuungsgeld kann während der gleichzeitigen Inanspruchnahme einer Karenz lediglich von einem Elternteil bezogen werden. Der Kündigungs- und Entlassungsschutz beginnt mit der Bekanntgabe, frühestens aber vier Monate vor Antritt der Karenz und endet vier Wochen nach Ende einer Karenz bzw. eines Karenzteiles (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2014, o.S.).

Hinsichtlich arbeitsrechtlicher Faktoren gaben 27 von den 40 befragten Frauen an, sich informiert zu haben. Mehr als die Hälfte der Frauen (15 von 27) wurden von ihrem Arbeitgeber informiert. Für einige der Frauen (sechs von 27) war der Bekanntenkreis Informationsgeber bezüglich arbeitsrechtlicher Fragen. Fünf dieser 27 Frauen bekamen die Informationen aus dem Internet. Von den 27 Personen gaben fünf die Arbeiterkammer und vier die Gebietskrankenkasse als Informationsquelle an. Eine aller befragten Personen nannte Broschüren als Hauptquelle für arbeitsrechtliche Themen.

Zwölf der befragten Frauen holten keine Informationen zu arbeitsrechtlichen Themen ein. Fünf gaben an, dass ihnen bereits vor der Schwangerschaft alles bekannt war bzw. dass sie keine Information benötigten. Drei der Frauen waren selbständig und gaben an, sie benötigten keine arbeitsrechtlichen Informationen. Eine andere, selbstständig tätige Befragte beurteilte besonders aus ihrer beruflichen Situation heraus die Informationsbeschaffung als eher schwierig. Sie holte sich die benötigten Informationen von ihrem Steuerberater und von der Landwirtschaftskammer.

„[...] Dahingehend wird man schon während der Schwangerschaft von der OÖGebietskrankenkasse sehr gut informiert und erhält dazu auch sehr viel Lesematerial [...]“ (IP38 Z.90 – 91)

2.5 Informationen zu Geldansprüchen rund um die Geburt

2.5.1 Berufliche und finanzielle Belastungen

Die schwangeren Frauen beziehungsweise jungen Mütter wurden auch hinsichtlich derzeitiger finanzieller oder beruflicher Belastungen befragt. Vier der 40 Befragten gaben finanzielle Sorgen an und drei der 40 Frauen erwähnten berufliche Herausforderungen.

„[...] Naja ich mein, man überlegt sich schon wie es finanziell weiter geht. Wir haben jetzt die große Wohnung und mehr Ausgaben und weniger Einkommen [...]“ (IP33, Z.197-199)

„[...] außer der Ausbildung eigentlich nichts [...]“ (IP10, Z.146) „[...] ich muss halt bald zum Lernen anfangen. Wenn ich die Prüfung im September überstanden habe dann wird das schon [...]“ (IP10, Z.143 -144)

„[...] Ich arbeite in einem Krankenhaus und hier ist die Arbeitsbelastung trotz Schwangerschaft sehr hoch [...]“ (IP35, Z. 73 – 74)

2.5.2 Das Kinderbetreuungsgeld

Das Kinderbetreuungsgeld soll einen wichtigen Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf leisten. Aktuell bietet das Kinderbetreuungsgeldgesetz zwei Systeme zur Auswahl (vgl. Bundesministerium für Familien und Jugend 2014, o.S.):

- Pauschalleistung (insgesamt vier Varianten, Stand 2014): Das pauschale Kinderbetreuungsgeld erhalten Eltern unabhängig von einer vor der Geburt des Kindes ausgeübten Erwerbsarbeit.
- einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld: Das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld soll als Einkommensersatz dienen.

Eine für Österreich durchgeführte Studie des österreichischen Instituts für Familienforschung der Universität Wien zum Kinderbetreuungsgeld nach der Reform 2008 ergab, dass die Bezieherinnen des Kinderbetreuungsgeldes sich in einem sehr hohen Ausmaß über das Kinderbetreuungsgeld informiert fühlen. Mehr als zwei Drittel (68,3%) fühlen sich sehr gut bzw. eher gut informiert. Weniger als ein Zehntel (8,7%) fühlt sich eher bzw. sehr schlecht informiert. Drei Viertel der Befragten geben auch an, dass ihnen der Zuschuss zum Kinderbetreuungsgeld bekannt ist, was den hohen Grad der Informiertheit noch unterstreicht (vgl. Bundesministerium für Familien und Jugend 2009, S.42).

Die durchgeführte Befragung bestätigt die Angaben obiger Studie. Mehr als drei Viertel (34 der 40) der befragten Personen gaben an, sich bezüglich finanzieller Leistungen während bzw. nach der Schwangerschaft Informationen geholt zu haben. Der überwiegende Teil (23 von 34) dieser Frauen gab die OÖ Gebietskrankenkasse als gute Informationsquelle an, elf Personen informierten sich im Internet, sieben Personen über Broschüren, vier Personen gingen zur Arbeiterkammer, zwei Personen erhielten Infos vom Arbeitgeber, eine Person über das Finanzamt und eine Person gab das Gemeindeamt als Informationsgeber an. Drei der 34 erhielten die Informationen bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und einige Frauen (vier von 34) erhielten Informationen aus dem Bekanntenkreis. Nur ein geringer Teil aller befragten Frauen (sechs von 40) hat keine Informationen eingeholt.

Sechs der befragten Frauen hatten Schwierigkeiten, an die gewünschten Informationen zu finanziellen Leistungen zu kommen. Zwei aller interviewten Frauen fühlten sich ausreichend und gut informiert.

„[...] Ich tu mir da schon bisschen schwer, weil ich gar nicht so genau weiß was es überhaupt alles gibt und vor allem wo man da hingehen muss [...]“ (IP03, Z.104 – 106)

„[...] Wir wohnten eher ländlich, da haben wir nicht wirklich was vorgeschlagen bekommen [...] Wir haben von der Gemeinde nach der Geburt erfahren wo wir überall hinmüssen, zur Gebietskrankenkasse und zum Finanzamt [...]“ (IP02 Z.105 – 110)

„[...]die Broschüren, man kriegt ja eh überall was und da ist das eh super erklärt. Wir waren auch bei der Gebietskrankenkasse und haben einen Beratungstermin mal machen lassen. Aber heutzutage kann man eigentlich eh alles im Internet schnell mal nachlesen [...]“ (IP36, Z.404 – 407)

„[...] Auf der Gebietskrankenkasse und im Finanzamt habe ich nachgefragt. Die sind alle sehr kompetent, da reicht ein Anruf [...]“ (IP08, Z.89 – 90)

2.6 Gesundheitliche Vorsorge und Versorgung von Schwangeren

2.6.1 Der Mutter-Kind-Pass

In Österreich wird die Betreuung von Schwangeren seit 1974 mit dem System des Mutter-Kind-Passes (MKP) geregelt. Der MKP dient der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder (bis zum 5. Lebensjahr). Seit der Einführung des MKP konnte die Müttersterblichkeit von 19,5% auf 2.6% gesenkt werden. Die

Säuglingssterblichkeit betrug im Jahr 1974 noch 2,35%. 2013 lag sie bei weniger als 0,4% (vgl. öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2014b, o. S.).

Die Schwangerenversorgung ist gesetzlich geregelt und hat zum Ziel, dass jede Schwangere, nachdem eine Schwangerschaft festgestellt wurde, den Mutter-Kind-Pass erhält. Mit einem Anspruchsbeleg der Krankenkasse bekommen auch nicht krankenversicherte Frauen den MKP ausgestellt. Solange die Untersuchungen von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen der Sozialversicherungsträger durchgeführt werden, ist die Inanspruchnahme kostenlos. Zuständige Stellen sind Gynäkologin/Gynäkologe, Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner, Ambulatorien, Schwangerenberatungsstellen und Ambulanzen von Entbindungsabteilungen (vgl. § 1. ff MuKiPassV 2002). Laut Geburtenregister Österreich (2014a, S. 18) haben fast alle Mütter (98,3%), die im Krankenhaus entbinden, einen Mutter-Kind-Pass.

Das Untersuchungsprogramm des MKP besteht derzeit aus fünf ärztlichen Untersuchungen während der Schwangerschaft und neun ärztlichen Untersuchungen während der ersten 62 Lebensmonate des Kleinkinds. Zusätzlich dazu werden drei Ultraschalluntersuchungen empfohlen. Eine seit 1. November 2013 eingeführte Erneuerung ist die kostenlose einstündige Hebammenberatung, die zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche in Anspruch genommen werden kann (vgl. § 3 ff MuKiPassV). Sie „[...] beinhaltet Informationen zum Verlauf einer Schwangerschaft, zur Geburt, zum Wochenbett, zum Stillen, über gesundheitsförderndes Verhalten in diesem Zeitraum und über weitere Unterstützungsmöglichkeiten.“ (§ 5a MuKiPassV Hebammenberatung)

Ein Bericht über den österr. Mutter-Kind-Pass im internationalen Vergleich zeigt, dass die Inanspruchnahme von MKP-Untersuchungen auch deutlich vom allgemeinen Rückgang an Geburten beeinflusst wird (vgl. Ludwig Boltzmann Institut 2009, S.9f.).

Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichnete im ersten Quartal 2013 zum Beispiel 2.330 Frauen, die in diesem Zeitraum die erste MKP-Untersuchung (1. Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche) bei einem Vertragsarzt in Oberösterreich durchgeführt haben (vgl. OÖGKK, 2014).

Bezüglich der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen während der Schwangerschaft gab es unter den 40 befragten, oberösterreichischen Schwangeren verschiedene Meinungen, auch wenn diese Untersuchungen großteils als bedeutend angesehen wurden. Vereinzelt wurde die Sinnhaftigkeit der Mutter-Kind-Pass Untersuchung beim Arzt/bei der Ärztin bei gesunden Frauen und Kindern in Frage gestellt.

„[...] Mir war es nur wichtig, dass ich öfter zu Untersuchungen gehen kann. [...]“ (IP07, Z.77)

„[...] ist man leider ziemlich oft bei FrauenärztInnen[...]“ (IP38, Z.52)

Der österreichische Mutter-Kind-Pass wird derzeit in einer Facharbeitsgruppe, bestehend aus ExpertInnen aus verschiedenen Fachgesellschaften und Institutionen, weiterentwickelt. Initiiert wurde dieses Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit. Bis 2014 wurden internationale und nationale Praxisbeispiele analysiert und mit den Erkenntnissen wurde nach Absprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein Prozessablauf für die Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes beschlossen. Teil eins war die Bildung der Facharbeitsgruppen, welche Empfehlungen und Kommentare abgeben. Teil zwei ist ein „reality check“ dieser Ergebnisse (vgl. Reinsperger, Piso, Eltern-Kind-Vorsorge neu, 2014, S.13 ff).

2.6.2 Pränataldiagnostische Maßnahmen

In einer Schwangerschaft stellen sich viele Frauen die Frage, ob ihr Kind gesund ist oder nicht. Die Pränataldiagnostik umfasst spezielle, medizinische Untersuchungen, um das Risiko von Fehlbildungen oder genetischen Erkrankungen des Fötus zu diagnostizieren. Durch Fortschritte in der Pränatalmedizin konnte das kindliche „Outcome“ bei bestimmten Erkrankungen wesentlich verbessert werden. Die Gesundheit des Kindes kann jedoch nicht zu 100% vorausgesagt werden, da nur ein begrenztes Spektrum an Erkrankungen und Beeinträchtigungen beim Ungeborenen diagnostiziert werden kann (vgl. Ministerium für Gesundheit 2011, S.47).

In der Pränataldiagnostik unterscheidet man zwischen nicht-invasiven und invasiven Untersuchungen (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2010, S.10ff):

Nicht-invasive Methoden werden außen am Körper der schwangeren Frau durchgeführt.

- Bei der Ultraschalluntersuchung werden Schallwellen ausgesandt, welche von den Organen und den Weichteilen reflektiert werden. Diese Untersuchung kann über die Bauchdecke oder die Scheide durchgeführt werden. Es lässt sich zum Beispiel bereits in den ersten Wochen der Schwangerschaft überprüfen, ob es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft handelt, Fehlbildungen werden erkannt, der Herzschlag wird registriert, zudem kann eine Eileiterschwangerschaft ausgeschlossen werden.
- Zwischen der 11. und der 14. Schwangerschaftswoche lässt sich mittels Ultraschall eine Nackenfaltenmessung (Nackendickemessung) beim Kind durchführen. Hierbei wird die Dicke der Nackenfalte beim Kind gemessen. Die Messung gibt Hinweise auf das Down-Syndrom (Trisomie 21) oder andere Chromosomenveränderungen.
- Ebenfalls zwischen der 11. und der 14. Schwangerschaftswoche kann man durch einen Combined Test die Wahrscheinlichkeit für eine Chromosomenveränderung (Trisomie 21, Trisomie 13 und Trisomie 18) des ungeborenen Kindes, abhängig vom Alter der Mutter, errechnen. Diese Untersuchung ist eine Kombination aus Nackendickemessung und Blutuntersuchung der Mutter.
- Der Triple-Test erfolgt zwischen der 16. und 18. Schwangerschaftswoche. Anhand einer Blutabnahme bei der Mutter wird das Verhältnis von drei bestimmten Hormonen gemessen. Durch diese Untersuchung kann ein Risiko für eine Chromosomenveränderung unter Berücksichtigung des Alters der Frau, ihres Körpergewichts, ehemaliger Schwangerschaften mit einem Kind mit Chromosomenveränderung und die exakte Schwangerschaftsdauer errechnet werden. Mit diesem Test soll das Risiko einer eventuellen Behinderung abgeschätzt werden; er dient als Entscheidungshilfe dafür, ob die Frau eine Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) durchführen lassen soll (vgl. Bleichrodt, 2014).
- Ab der 20. Schwangerschaftswoche kann man mit Hilfe des Dopplerultraschalls (Sonographie) die Sauerstoffversorgung des Kindes überprüfen. Durch eine Farbcodierung am Ultraschallbild erkennt man die Blutströme in den Gefäßen.
- Das Organscreening wird zwischen der 20. und 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine Untersuchung via Ultraschall über die Bauchdecke, wo die inneren Organe des Kindes untersucht werden. Bei Auffälligkeiten werden noch zusätzliche Untersuchungen wie zum Beispiel die Fruchtwasseruntersuchung, durchgeführt (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2010, S.12).

Von **invasiven Methoden** spricht man, wenn mittels Punktion in den Körper der untersuchten Frau eingegriffen wird. Zu diesen Untersuchungen zählen die Chorionzottenbiopsie/Plazentabiopsie und die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung).

- Die Chorionzottenbiopsie ist eine Untersuchung, bei der mittels Einstich mit einer Punktionsnadel durch die Bauchdecke Gewebe aus der sich entwickelnden Plazenta entnommen wird. Dieser Eingriff erfolgt unter Ultraschallkontrolle und lokaler Betäubung. Das entnommene Gewebe wird auf Chromosomenveränderungen untersucht. Diese Untersuchung lässt sich ab der 11. Schwangerschaftswoche durchführen. Bei einem unklaren Befund wird zusätzlich eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt.
- Bei der Amniozentese wird eine dünne Nadel durch die Bauchdecke in die Fruchtblase gestochen und Fruchtwasser entnommen. Dies erfolgt unter Ultraschallkontrolle. Die im Fruchtwasser vorhandenen kindlichen Zellen werden auf Chromosomenveränderungen untersucht. Der Vorteil dieser Untersuchung liegt in der klaren Aussage über genetische Veränderungen. Sie kann ab der 16. Schwangerschaftswoche erfolgen (vgl. Hager/Grießler/IHS 2012, S.8f).

Mit invasiven Methoden sind folgende Risiken verbunden: Bei der Chorionzottenbiopsie können manchmal Bauchschmerzen oder leichte Blutungen auftreten. Die Amniozentese kann eventuell einen Blasensprung, Infektionen, Krämpfe, Wehen oder Blutungen hervorrufen. Auch besteht das Risiko einer Fehlgeburt, welches bei der Chorionzottenbiopsie zwischen 0,5 und 2 Prozent schwankt und bei der Amniozentese zwischen 0,5 und 1 Prozent liegt (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2010, S.13).

2.6.3 Entscheidungen über die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik

Die Hälfte der befragten Frauen nehmen zusätzliche diagnostische Maßnahmen in Anspruch.

Von den 40 befragten Frauen führten alle die regulären Ultraschalluntersuchungen des Mutter-Kind-Passes bei ihren GynäkologInnen durch und entschieden sich zum Großteil (34 von 40) auch für die Inanspruchnahme zusätzlicher, pränataldiagnostischer Maßnahmen. 20 dieser Frauen (im Alter von 31 bis 44) nannten als Grund, dass sie gegebenenfalls Probleme bezüglich der Gesundheit des Kindes frühzeitig wissen wollten. Die übrigen 14 Frauen (welche sich im Alter von 22 bis 29 befanden) sahen pränataldiagnostische Maßnahmen als allgemeine Schwangerschaftsvorsorge an.

Sechs Frauen entschieden sich gegen pränataldiagnostische Tests (Nackenfaltenmessung, Combined Test, Organscreening...). Die Entscheidung für eine Untersuchung lag laut Angaben der Schwangeren nicht nur bei der Frau selbst, sondern wurde mitbeeinflusst vom Partners, vom sozialen Umfeld und/oder von den ÄrztInnen.

„[...] Die Nackenfaltenmessung wollte ich nicht unbedingt machen, aber mein Mann wollte auf Nummer sicher gehen. [...]“ (IP10, Z. 72-3)

Die Ergebnisse unserer Studie decken sich mit jenen einer Studie des Instituts für Höhere Studien Wien (Hager und Griebler 2012). Laut dieser Untersuchung fehlt den Frauen oft das notwendige Wissen bezüglich der jeweiligen Methoden, um eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können. „Frauen tragen dabei stets das Risiko, eine Entscheidung zu treffen, die nicht die „richtige“ ist. Dies ist von Ambivalenzen und Ängsten begleitet.“ (vgl. Hager/ Griebler/IHS 2012, S. 22)

Die am meisten in Anspruch genommenen pränataldiagnostischen Zusatzuntersuchungen sind die Nackenfaltenmessung und das Organscreening. Zehn der 40 Befragten nahmen ausschließlich die Nackenfaltenmessung in Anspruch. Neun der 40 interviewten Frauen ließen ausschließlich das Organscreening durchführen. Sowohl für eine Nackenfaltenmessung als auch für ein Organscreening entschieden sich zehn der 40 befragten Frauen. Fünf der befragten Frauen ließen das Ungeborene durch zusätzliche Methoden wie Herzultraschall und Chorionzottenbiopsie (Plazentabiopsie) untersuchen.

„[...] Das Organscreening wäre auch nicht notwendig gewesen, aber ich wollte es trotzdem sehen. Wenn was gewesen wäre, hätte man nach der Geburt gleich helfen können. [...]“ (IP09, Z. 44-48)

„[...] Hätte ich diese Tests nicht machen lassen, würde ich mich ständig fragen „was wäre wenn dein Kind was hat und du warst zu geizig ums testen zu lassen?“ [...]“ (IP32, Z.50-52)

„[...] Aufgrund der Frühkarenz und der Fehlgeburten wurde es uns zu einem Herzultraschall und der Chorionzottenbiopsie angeraten. [...]“ (IP26, Z. 49)

2.6.4 Reaktionen auf die Ergebnisse der pränataldiagnostischen Untersuchungen

Es besteht eine ambivalente Einstellung zu pränataldiagnostischen Maßnahmen.

Aus den Befragungen ging hervor, dass ambivalente Einstellungen bezüglich pränataldiagnostischer Maßnahmen vorhanden sind. Diese bewegen sich im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Sicherheit und der Angst vor Ergebnissen, die unter Umständen verunsichernd wirken und erneut Entscheidungen erfordern.

Es entsteht bei vielen Frauen eine innere Unruhe, denn man muss bei einem positiven Ergebnis eine Entscheidung treffen. Die Frauen sind sich bewusst, dass sie mit der jeweiligen Entscheidung leben müssen. Diese Entscheidung ist für sie psychisch sehr belastend. Sie machen sich Gedanken, wie der Alltag mit einem Kind mit Behinderung aussehen wird. Hat man die volle Unterstützung des Partners, kann man irgendwann wieder einem Beruf nachgehen (vgl. Hager/Griebler/IHS 2012, S.22).

Andere Frauen wiederum erwarten sich durch diese Tests ein höheres Maß an Sicherheit. Sie wünschen sich die Gewissheit, dass das ungeborene Kind gesund ist. Besonders bei Risikoschwangerschaften besteht die Gefahr einer Behinderung des ungeborenen Kindes. Für einen Teil der Befragten (6 Frauen) stellte die prä-

nataldiagnostische Untersuchung eine Entscheidungshilfe für einen etwaigen Schwangerschaftsabbruch im Falle einer Behinderung dar.

„[...] Ja, ich habe mir gedacht wegen dem Down Syndrom, das war mir schon wichtig. Ich bin eh davon ausgegangen, dass alles passt, aber halt einfach auf Nummer sicher gehen.[...]“ (IP17, Z. 47-49)

„[...] es war für mich eher als Beruhigung, ein Sicherheitsaspekt also, die Nackenfaltenmessung wollte ich einfach für mich als Beruhigung haben und das Organscreening wollte ich einfach auch haben falls irgendwas wäre das man es bald genug weiß und dementsprechend dann Maßnahmen treffen kann wenn das Kind da ist oder vorher eben schon wenn es notwendig ist.[...]“ (IP15, Z. 84-88)

„[...] nächste Woche werde ich schon 41 und weil das Risiko mit dem Alter ja steigt, haben wir jetzt eben ein Risiko von 1:3 gehabt für das Down-Syndrom. [...]“ (IP33, Z.237-239)

„[...] Sicher würde ich mein Kind auch lieben, wenn es behindert wäre und man keine Tests durchführen könnte. Da man dies allerdings kann und man auf Nummer sicher gehen kann, hätte ich zu einer Abtreibung tendiert.[...]“ (IP32, Z. 58-61)

2.6.5 Medizinische Aufklärung

Frauen werden in OÖ gut informiert. Hinsichtlich der Pränataldiagnostik besteht jedoch Aufklärungs- bzw. mehr Informationsbedarf.

Generell lässt sich aus den Interviews erkennen, dass sich alle Frauen von den FrauenärztInnen gut informiert fühlten über die Möglichkeiten und medizinischen Maßnahmen der Pränataldiagnostik. Es hat sich gezeigt, dass besonders jene Frauen, die über 30 Jahre alt sind, gleich zu Beginn der Schwangerschaft ausführliche Informationen bekommen haben.

„[...] Ich bin gleich aufgeklärt worden, weil ich bei der Schwangerschaft über 35 Jahre alt war, Risikoalter bei Schwangerschaften und das ist das erste was du in die Hand bekommst. [...]“ (IP05, Z. 83-88)

Wie in der Studie von Hager und Grießler (2012, S. 22f), ist es für die schwangeren Frauen oft nicht einfach zu entscheiden, ob und welche pränataldiagnostischen Methoden sie in Anspruch nehmen sollten. Diese Entscheidungsfindung gestaltet sich, wie auch die oberösterreichischen Befragten bestätigten, äußerst schwierig. Auf viele Schwangere wirkt die Pränataldiagnostik verunsichernd. Die schwangere Frau muss für sich selbst entscheiden, ob sie eine Risikoabklärung möchte oder ausschließlich mit der Hoffnung auf ein gesundes Kind leben soll (vgl. Hager/Grießler/IHS 2012, S. 23). Hier ist die Gesundheits- und Entscheidungskompetenz der Frauen durch möglichst begreifbare und ausgewogene Information zu unterstützen.

2.6.6 Zufriedenheit mit der Schwangerenbetreuung

Die befragten schwangeren Frauen sind mit der medizinischen Betreuung in OÖ sehr zufrieden.

Die Schwangeren in Oberösterreich beurteilen ihre individuelle Betreuung durch das Fachpersonal überwiegend positiv. Werden die Antworten der Frauen auf eine Notenskala übertragen, ergibt sich bei knapp der Hälfte (18 von 40) aller Befragten ein „Sehr gut“. Diese Frauen waren mit der fachlichen Betreuung überaus zufrieden. Das medizinische Personal wird von ihnen als fachlich kompetent und nett bis sehr nett bezeichnet. Die Befragten haben in diesen Fällen das Gefühl, sie können sich auf den Facharzt/die Fachärztin verlassen und ebenso im Gespräch nachfragen. Dadurch fühlen sie sich auch durchaus wohl und gut bis sehr gut aufgehoben. Hohe Zufriedenheitswerte wurden bezüglich der Hebammenbetreuung während und nach der Geburt im Wochenbett angemerkt. Weitere 13 Personen, also fast ein Drittel der Befragten, bekundeten grundsätzliche Zufriedenheit bzw. gaben sie Antworten, die in Schulnoten als „Gut“ einzuordnen sind. Diese Personen fanden die Versorgung in Ordnung und hatten keine negativen Anmerkungen. Vier der Befragten waren nur zum Teil zufrieden und berichteten über einzelne negative Erfahrungen mit Fachkräften. Diese Frauen fühlten sich medizinisch zwar gut versorgt, hätten sich allerdings mehr Informationen von ihren ÄrztInnen erwartet.

DIE SITUATION SCHWANGERER FRAUEN IN OBERÖSTERREICH

„[...]Mein Arzt kümmert sich richtig gut um mich, ich kann immer vorbei kommen und immer anrufen, egal was ist. Ich brauche auch keinen Termin [...] Da fühlt man sich dann schon sicher, wenn was ist dann kann ich mich auf jeden Fall auf ihn verlassen.[...]“ (IP03, Z.53-57)

„[...]Sehr zufrieden. Sowohl auf ärztlicher Seite, als auch was ich bisher von Hebammenseite mitgekriegt habe [...]“ (IP15, Z.62-63)

„[...] Im Großen und Ganzen gut. Ich war immer bei meinem Frauenarzt. Ich habe zwar zu wenige Informationen bekommen, aber er ist fachlich ganz gut und deswegen wollte ich auch dort bleiben und ich bin auch nach wie vor dort. [...]“ (IP05, Z.66-68)

„[...] Naja, wenn ich jetzt nicht so viel nachgefragt hätte, glaube ich, wüsste ich nicht so viel. Das ist halt das, was ich wirklich mühsam finde. [...]“ (IP40, Z.123-124)

Vier der 40 befragten Personen würden ein „Nicht genügend“ vergeben. Sie waren unzufrieden mit der ihnen gebotenen medizinischen Versorgung. Als Folge der Unzufriedenheit haben daher drei der Frauen ihren betreuenden Arzt/ihre betreuende Ärztin in der Schwangerschaft gewechselt. Die Betroffenen waren nach dem Wechsel wieder zufriedener mit der medizinischen Betreuung.

„[...] Leider nicht so [...] Es gab viele Missverständnisse, viele Behandlungsarten die nicht hätten sein müssen [...] Ich war dann selbst nicht mehr ganz „rund“, da ich einfach nicht mehr wusste, wem ich noch glauben soll. [...]“ (IP08, Z.34-42)

„[...] Ich habe die Frauenärztin gewechselt, weil ich mit ihr unzufrieden war. Es ist von FrauenärztIn zu FrauenärztIn verschieden. [...]“ (IP06, Z.49-50)

2.6.7 Anmerkungen und Wünsche von Schwangeren

Versorgung durch Hebammen in der Schwangerschaft

Auf die Frage „Gibt es etwas, was Ihnen in Bezug auf Ihre Schwangerenbetreuung gefehlt hat?“, gaben drei Viertel der Schwangeren an, dass ihnen nichts gefehlt hat. Zehn von 40 Befragten fehlten einzelne Aspekte hinsichtlich der Schwangerenversorgung. Die Anmerkungen bezogen sich vorwiegend auf unzureichende Information und auf eine fehlende Hebammenversorgung während der Schwangerschaft. Mehrere Frauen hätten sich ausführlichere Informationen vom Gynäkologen/ von der Gynäkologin gewünscht, sowohl allgemein zum Thema Schwangerschaft und Geburt, als auch konkret zu den Themenbereichen der kostenlosen Hebammensprechstunde, Toxoplasmose und den Impfungen.

„[...] und da wären Hebammen zu finden oder weiß nicht, wie funktioniert das mit den Hebammen? Muss man sich da selber drum kümmern oder kommt das von alleine. Das würde mir viel mehr helfen, weil ich mein, alles, was ich nicht weiß - ich kann es ja vorher nicht wissen[...]“ (IP40, Z.141-181)

„[...] Cranio-Sacral, Homöopathie, Akkupressur. Dass man einfach sagt: Was kann ich einfach ohne Medikamente machen? [...]“ (IP36, Z.518-519)

Bezüglich der Wünsche von Schwangeren zur Verbesserung der Betreuung in der Schwangerschaft kam der aktuelle „hkk-Gesundheitsreport“ (2014, S.27f), welcher jährlich von der deutschen Handelskrankenkasse in Kooperation mit der Universität Bremen herausgegeben wird, zu ähnlichen Ergebnissen. Laut einer Studie, in welcher 684 Personen in Deutschland befragt wurden, beziehen sich die Wünsche von Schwangeren auf die folgenden Themen: In Bezug auf die Hebammenbetreuung wurden von 63 Befragten mehr Hebammen (bzw. mehr Zeit mit Hebammen) und eine bessere Nachsorge durch Hebammen gewünscht.

Was das medizinische Personal betrifft, würde laut dieser Studie (vgl. hkk Gesundheitsreport 2014, S.27f) mehr Personal, Präsenz und kein Personalwechsel bevorzugt. Wenn es um Gespräche bzw. die Zuwendung geht - Themen, welche ebenso in unserer Befragung angesprochen wurden - wurde von 50 Schwangeren bzw. Müttern mehr oder überhaupt Empathie als Bedürfnis geäußert. Auch hier wurde von 31 Personen eindeutig mehr Information gewünscht. Dies betraf hier eine Sofort-Info nach Beginn der Schwangerschaft, eine Erklärung des Mutterpasses sowie Informationen zum Erhalt sonstiger Leistungen. Weiters wurden die

Wartezeiten in Praxen und Krankenhäusern kritisiert. Diverse Leistungen (wie Wassergymnastik und eine Haushaltshilfe) wurden von 23 Befragten gewünscht.

Die Diskrepanzen zwischen Zufriedenheit und Wünschen/Bedürfnissen von Schwangeren zeigte bereits 2005 die qualitative Studie „Die Schwangerenvorsorge und ihre Auswirkungen aus Sicht der Schwangeren“ der Universität Heidelberg auf. Ein Schlüssel-Ergebnis dieser deutschen Studie ist die unzureichende Berücksichtigung des Umfelds von Schwangeren sowie der psychosozialen Aspekte bei der Versorgung. Die zweite wichtige Erkenntnis betrifft hier die fehlende Informationsversorgung. „Informationen und praktische Tipps im Umgang mit der Schwangerschaft sowie Aufklärung über physiologische Veränderungen werden vermisst.“ (Müller 2005, o.S.) In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung von Hebammen betont. Aus diesem Grund hebt die Studien-Autorin ebenso den Vorteil von Gemeinschaftspraxen von GynäkologInnen und Hebammen hervor. Die Vorsorge wäre dadurch ganzheitlicher, informativer, individueller, im Verlauf hinsichtlich der Betreuung kontinuierlich sowie integrativer für den Partner (vgl. Müller 2005, o.S.). Zudem soll der Trend einer „Pathologisierung der Schwangerschaft“ verhindert werden. Solch eine Schwangerenvorsorge, welche sich stärker an den Wünschen von Schwangeren orientiert, würde nach Meinung der Autorin viele Vorteile bringen. Der internationale Trend bei der Gesundheitsvorsorge zeigt eine Entwicklung von Quantität zu mehr Qualität (vgl. ebd., o.S.).

2.7 Zukunftsperspektiven schwangerer Frauen

36 der 40 Befragten gaben an, dass sie sehr positiv in die Zukunft blicken. Nicht alle nannten Gründe, manche sagten, dass sie positiv eingestellt sind, weil sie nicht alleine sind, bzw. Rückhalt durch die Familie haben. Andere (vier von 37) nannten eine sehr positive Grundstimmung, wobei sie allerdings eine gewisse Unsicherheit verspüren, da sie nicht wissen, was auf sie zukommt. Vier der 40 befragten Frauen blicken zwar ebenso positiv in die Zukunft als Mutter, allerdings äußerten sie Bedenken. Was die Zukunft ihrer Kinder betrifft, äußerten zwei Frauen offene Fragen in Bezug auf Bildung und Gesellschaft. Eine Frau hatte Bedenken, was die eigene berufliche Zukunft betrifft.

„[...] ja ich denk mir es hat sicher schlechtere Zeiten gegeben, wo man Kinder bekommen hat. Ich sehe mich selbst gut abgesichert rundherum [...] Es ist halt schön wenn man einfach keinen Druck hat von rundherum und bei mir ist ja auch von der Arbeit nicht der Druck da, dass ich gleich wieder einsteigen muss [...]“ (IP16, Z.112 – 117)

„[...]Jes kommt alles so, wie es kommt und ich kann es sowieso nicht ändern [...] wenn ich mich vorher recht verkrampe und Angst habe, dann wird es nicht besser davon [...] Ich tu mich da lieber entspannen und das auf mich zukommen lassen, bevor ich mich da in was reinsteigere. Da mach ich mich letztendlich nur blöder damit[...]“ (IP40, Z.592-60)

„[...]Sehr positiv, gespannt was kommt. Natürlich auch mit einer gewissen Unsicherheit[...]“ (IP15, Z.154-155)

„[...] Vom Gefühl her positiv. Vom Kopf her wird es spannend, welche Sachen man da stemmen muss, speziell auf die Gesellschaft bezogen, Ausbildung und solche Dinge. Ob es dann noch so leicht ist wie bei uns, jetzt hat eigentlich jede und jeder die Möglichkeit zu studieren [...] ob man bis dahin ordentlich was auf der hohen Kante braucht, um die Kinder überhaupt studieren lassen zu können [...] man hat es im Hinterkopf und ich überlege schon, wie man ihn unterstützen kann, damit er es vielleicht mal leichter hat[...]“ (IP05, Z.139-144, Z.151-152)

„[...] Prinzipiell sehr positiv. Das einzige, was mir ein bisschen im Magen liegt, ist diese ganze Bildungssituation. Vom Kindergarten angefangen bis hin zur Schule. Ich hoffe halt einfach, dass, bis meine Kinder in die Schule kommen, diese Ganztageschule in einer guten Form besteht [...] Vor allem sollen „bildungsfernere Schichten“ die gleichen Chancen haben wie Kinder die aus einer Akademikerfamilie kommen[...]“ (IP11, Z.159-162, Z.165-167)

2.8 Die Perspektiven aus der Befragung

Aus den Ergebnissen der oberösterreichischen Schwangerenbefragung lassen sich folgende Perspektiven ableiten:

Zum Teil erwarten sich Schwangere ausführlichere und zugänglichere Informationen zum Mutter-Kind-Pass, zu Hebammenbetreuungs- und Entbindungsmöglichkeiten, zum Angebot geburtsvorbereitender Kurse, zu ihrer individuellen Entscheidung für ein Kinderbetreuungs- und Karenzmodell und zu arbeitsrechtlichen Themen. Einzelne Frauen nannten die Idee einer Sammelbroschüre, einer **Anlaufstelle** oder einer Hotline, bei der Auskunft gegeben wird, an wen man sich mit individuellen Fragen wenden kann. Die „Mutter-Kind-Box“ und die darin enthaltenen Broschüren wurden als wichtiges „Standardpaket“ beschrieben, das lediglich ein Grundwissen schaffen konnte. Hier wünschen sich Schwangere nähere Informationen bezüglich Empfehlungen von verschiedenen Maßnahmen (z.B. leicht verständliche Informationen zu pränataldiagnostischen Maßnahmen und Impfungen). In manchen Themenbereichen fehlen den Schwangeren **zugängliche, korrekte und unabhängige Informationen**, die sie auch verstehen. Weiters wird eine Checkliste mit den Dingen, die für die Zeit nach der Geburt wirklich unverzichtbar sind, mit den anbietenden Stellen und Fristen gewünscht. Vor allem für erstgebärende Frauen wäre diese Übersicht bedeutend, um sich in der Schwangerschaft optimal auf die Geburt und auf die Zeit danach vorbereiten zu können.

In Bezug auf die Hebammenbetreuung wünschen sich Frauen mehr **Gesprächsmöglichkeiten** mit Fachkräften - sowohl mit ÄrztInnen als auch mit Hebammen. Es lässt sich auch ein Bedarf ableiten, psychosoziale Aspekte bei der Schwangerenversorgung vermehrt zu berücksichtigen. Gemeinschaftspraxen von GynäkologInnen und Hebammen sowie eine gute Vernetzung mit psychosozialen Fachkräften würden diesbezüglich zu Synergieeffekten führen. Ein Projekt, das auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Schwangere, Familien und Kinder abzielt, sind die „Frühen Hilfen“, die auch in Oberösterreich derzeit in einem Pilotprojekt verankert werden.

Das **Modellprojekt „Frühe Hilfen“** ist ein gemeinsames Projekt der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit und von fünf Sozialversicherungsträgern. „Frühe Hilfen“ sollen Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern frühzeitig und nachhaltig verbessern, indem speziell belastete Familien frühzeitig erkannt und unterstützt werden. Bei den fünf Modellregionen handelt es sich um Wolfsberg (KGKK), Linz (OÖGKK), Wr. Neustadt (NÖGKK), Bruck-Mürzzuschlag (STGKK) und Wien (WGKK). Seit dem Frühjahr 2014 können die Dienste der FamilienbegleiterInnen in Anspruch genommen werden (vgl. Frühe Hilfen, Modellprojekt, 2014). In Linz gibt es seit März 2014 eine Koordinationsstelle „Frühe Hilfen“ der OÖ Gebietskrankenkasse in Kooperation mit dem Diakoniezentrum Spattstraße (vgl. OÖ Gebietskrankenkasse, Gut begleitet von Anfang an, 2014). Die „Frühen Hilfen“ sind nur ein Beispielprojekt eines langfristigen Zielsteuerungsprozesses unter dem Namen „Rahmengesundheitsziele“, an deren Umsetzung österreichweit gearbeitet wird.

Die 40 Interviews mit Schwangeren in Oberösterreich enthielten verschiedene Ideen und Einstellungen bezüglich optimaler Schwangerenbetreuung, die im individuellen Kontext zu betrachten sind. Erkennbar war, dass bereits ein großes Angebot an Kursen besteht. Diese Vielzahl von Angeboten und Entscheidungsmöglichkeiten in der Schwangerschaft bedeutet für schwangere Frauen einerseits gute Auswahlmöglichkeiten, andererseits fühlen sich manche Frauen dadurch vor die „Qual der Wahl“ gestellt. Besonders für manche Erstgebärende entsteht ein gesellschaftlicher Druck, für sich herauszufiltern, was sie als Mutter/ Eltern brauchen und wollen. Die Gesundheitskompetenz von schwangeren Frauen kann durch nachvollziehbare Strukturen im Gesundheitswesen und durch einfach zugängliche Informationen unterstützt werden, damit Frauen selbst die gesundheitsrelevanten Entscheidungen für sich und ihr Kind treffen können. Die Mütter treffen eigenverantwortliche Entscheidungen, die ihre Gesundheit und die ihres Kindes gewährleisten.

3. SCHWANGERE MIT BESONDEREN BEDÜRFNISSEN

3.1 Schwangere mit Migrationshintergrund

3.2 Schwangere mit Beeinträchtigung

3.3 Schwangere mit Gewalterfahrung

3.4 Schwangere Teenager

3. Schwangere mit besonderen Bedürfnissen

3.1 Schwangere mit Migrationshintergrund

Schwangere Frauen mit Migrationshintergrund stellen eine sehr heterogene Gruppe in unserer Gesellschaft dar. Faktoren hierfür sind unter anderem die Herkunft, die Muttersprache, die Kultur, die Ethnie und die Religion. Weitere Gründe wie Bildung, Sprachkenntnisse, soziale Lage, Erwerbssituation und unterschiedlicher Aufenthaltsstatus sind kennzeichnend für diese Heterogenität (vgl. Borde 2011, S.47f). Die Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund umfasst Migrantinnen der ersten Generation (d.h. Frauen, die im Ausland geboren wurden). Migrantinnen zweiter und dritter Generation (also jene, die bereits in Österreich geboren wurden) gehören ebenso in diese Gruppe (vgl. Statistik Austria 2013, S.9). Es ist festzustellen, dass Frauen mit Migrationshintergrund mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert sind und unterschiedliche Bedürfnisse haben (vgl. Kaiser 2010, o.S.).

Frauen mit Migrationshintergrund bekommen durchschnittlich mehr Kinder als Österreicherinnen.

Im Jahr 2012 lag die Fertilitätsrate bei österreichischen Staatsbürgerinnen im Durchschnitt bei 1,34 Kindern pro Frau. Im Vergleich dazu belief sich die Fertilitätsrate bei Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft im Durchschnitt auf 1,95 Kinder. Im Ausland geborene Frauen bekamen im Jahr 2012 im Durchschnitt 1,84 Kinder, während in Österreich geborene Frauen im Durchschnitt 1,34 Kinder zur Welt brachten (vgl. Statistik Austria 2013, S.27).

Dieses Kapitel enthält die Ergebnisse von zehn ExpertInneninterviews, die in Oberösterreich im Zeitraum von Juli bis Oktober 2014 interviewt wurden. Alle befragten ExpertInnen arbeiten beruflich entweder mit der Zielgruppe Frauen mit Migrationshintergrund, mit Frauen mit Gewaltverfahrungen, mit schwangeren Teenagern oder mit Frauen mit Beeinträchtigungen.

3.1.1 Vor welchen besonderen Herausforderungen stehen Schwangere mit Migrationshintergrund?

„Im Vergleich zu anderen Ländern ist das österreichische Gesundheitssystem sehr gut“ (EX28/EX29).

Verschiedenste Maßnahmen führten dazu, dass sich das österreichische Gesundheitswesen im Laufe der Jahre weiterentwickelt hat. Das gilt natürlich auch für den Bereich der Schwangeren- und Geburtenbetreuung (vgl. EX28, Z. 08f). Ein aktuelles Beispiel hierfür ist, dass schwangere Frauen seit Anfang November 2013 die Möglichkeit haben, zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche ein einstündiges kostenloses Beratungsgespräch mit einer Hebamme in Anspruch zu nehmen (vgl. EX30, Z. 09ff). Nichtsdestotrotz gilt es, die pränatale, perinatale und postnatale Betreuung weiter zu optimieren, mit dem Ziel, dass jede werdende Mutter in Österreich, egal welcher Herkunft, aus welchem Land sie kommt, welchen Status sie hat, welcher Religion sie angehört, die gleiche Versorgung erhält (vgl. Binder-Fritz 2010, S. 192; EX30, Z. 67f).

Unterschiedliche Vorstellungen einer idealen Schwangerschaft und Geburt stehen strukturellen, gesetzlichen, gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen gegenüber.

Laut Aussage der befragten ExpertInnen haben Frauen mit Migrationshintergrund, die ihr Kind in Oberösterreich zur Welt bringen, unterschiedliche Vorstellungen von einer idealen Schwangerschaft und Geburt sowie individuelle Bedürfnisse und Erwartungen. Dem gegenüber stehen strukturelle, gesetzliche, gesellschaftliche und soziale Bedingungen, welche als herausfordernd sowie belastend von den Frauen empfunden werden können. Da es weltweit unterschiedliche „Geburtssysteme“ gibt und folglich die Arten der Behandlung sowie die Betreuungsmaßnahmen von Land zu Land verschieden sein können, wirkt das österreichische „Gesundheitssystem“ auf einen Teil der schwangeren Migrantinnen fremd (vgl. Binder-Fritz 2004, S.11; Kaiser 2010, S. 41). Dadurch entwickeln sich zusätzliche Verunsicherungen und Ängste. „Werden meine Vorstellungen und Erwartungen wahrgenommen?“ „Was passiert mit mir bzw. was passiert mit meinem Kind, wenn mir etwas zustößt?“ „Wo soll ich entbinden?“ „Wie verläuft die Geburt unter mir „fremden“ Bedingungen?“ Dies sind Fragen, die viele schwangere Frauen mit Migrationshintergrund beschäftigen (vgl. EX28, Z. 38ff).

Schlüsselfaktor Sprache

In Oberösterreich gibt es ein großes und vielfältiges Angebot an Informationen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt. Diverse Institutionen fungieren als Anlaufstellen für schwangere Frauen; durch Kurse können elterliche Kompetenzen ausgebaut werden und verschiedenste Informationsmaterialien (Broschüren, Informationsfolder,...) bieten Hilfestellung.

Es gibt wenige Beratungsstellen, Kurse und sonstiges Informationsmaterialien, die in der jeweiligen Muttersprache angeboten werden. Daher bleiben viele rechtliche und medizinische Fragen, sowie Fragen betreffend Gesundheit und Lebensstil offen (vgl. EX31, Z. 19ff).

Diese Angebote werden zum Teil in anderen Sprachen (Englisch, Türkisch, SBK) bereitgestellt. Dennoch wissen viele Frauen mit Migrationshintergrund nicht über Dienstleistungen, Förderungen und Angebote Bescheid (vgl. EX31, Z. 22ff). Diese Unwissenheit fußt zum einen aus den bereits erwähnten Unterschieden der internationalen Gesundheitssysteme. Zum anderen können mangelnde Deutschkenntnisse den Zugang zu Informationen erschweren und dadurch Angst und Unsicherheit auslösen.

Ausreichende Deutschkenntnisse und Dolmetschdienste können Sprachbarrieren überwinden und ermöglichen einen besseren Zugang zu Angeboten und zur Versorgung.

Missverständnisse in der Kommunikation zwischen den Dienstleistungsanbieter/innen und den Betroffenen (schwangere Frauen und deren Familien sowie etwaige Übersetzer/innen) können für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft und Geburt kontraproduktiv sein (vgl. Information durch das Sozialresort des Landes Oberösterreich 2006, S.57). Der Einsatz von „Zufalls- oder LaiendolmetscherInnen“ wie zum Beispiel Kinder oder Krankenhauspersonal ohne Dolmetsch- oder fachliche Ausbildung (zB. Reinigungspersonal) stellt keine optimale Lösung dar. Erstens kann der Anspruch auf korrekte Informationen über die medizinischen Vorgänge nicht garantiert werden. Zweitens überfordert diese Situation sowohl die PatientInnen als auch die ÜbersetzerInnen, was daher besonders im gynäkologischen Bereich vermieden werden sollte. Da allerdings im Krankenhausalltag professionelle DolmetscherInnen kaum verfügbar sind, kommen nach wie vor in den meisten Fällen Kinder oder Reinigungspersonal als Sprachmittler zum Einsatz (vgl. Kaiser 2010, S. 92f).

Dolmetschdienste und das Erlernen der deutschen Sprache können den sprachlichen Barrieren entgegensteuern. Das ist durch die Bereitstellung von Sprachkursen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Sprachniveaus, angemessener Kosten sowie der besseren Erreichbarkeit der Kursorte gewährleistet (vgl. Ager/ Strang 2008, S.182; Amt der OÖ. Landesregierung 2009, S.33).

Aufgrund der Vielfalt an gesprochenen Sprachen in Oberösterreich sind Übersetzungen der angebotenen Informationen dieser sprachlichen Vielfalt anzupassen. Diese Maßnahme ist speziell für Frauen mit Migrationshintergrund mit geringeren Deutschkenntnissen sehr hilfreich und wichtig, besonders, wenn sie noch nicht so lange in Österreich leben (vgl. Ager/ Strang 2008, S.182; Ex28, Z. 126f). Gleichzeitig gibt es aber einen großen Teil an Frauen mit Migrationshintergrund, die in Oberösterreich geboren und aufgewachsen sind, eine Ausbildung gemacht haben und gute bis sehr gute Deutschkenntnisse aufweisen (vgl. Ex30, Z. 53ff). So gibt es nach Expertin

30 (Z. 55f) auch viele Migrantinnen, die im Gesundheitswesen arbeiten und als „Dolmetscherinnen“ schwangeren Frauen mit geringeren Deutschkenntnissen zur Seite stehen.

Transkulturelle Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung

Schwangerschaft und Geburt können aufgrund verschiedener kultureller Hintergründe (herkunftsspezifische Normen und Werte in Religion, Denken und Handeln...) unterschiedlich erlebt werden und divergente Bedürfnisse hervorrufen (vgl. Kaiser 2010, S.49). Durch eine transkulturelle Betreuung kann auf diese Bedürfnisse besser eingegangen werden. Das Konzept der Transkulturalität umfasst Eigenschaften wie Empathie, Kultursensibilität und Wertschätzung gegenüber jedem Menschen, unabhängig von seiner Herkunft, seinem Geschlecht und seiner Religion (vgl. Pfabigan 2009, S.79). Um eine offene Begegnung in der Betreuung mit schwangeren Migrantinnen zu ermöglichen, sollte man sich nicht auf Stereotype, ausgelöst durch Nationalität und ethnische Zugehörigkeit, einlassen (vgl. Wolf 2010, S.40f).

„Jede Frau, egal welcher Herkunft, aus welchem Land, welchen Status sie hat, ist gleich zu behandeln und jede Frau, die ein Kind bekommt, ist für mich eine Königin.“ (EX30 Z. 66ff)

Weitere Faktoren wie Migrationsbiographie, Arbeits- und Lebenssituation, Bildungsgrad, Diskriminierungserfahrungen sowie Rechte und Aufenthaltsstatus können auf schwangere Frauen mit Migrationshintergrund herausfordernd bzw. belastend wirken und bergen folglich ein gesundheitliches Risiko für Mutter und Kind (vgl. Reinprecht 2010, 72ff).

3.1.2 Welche Angebote gibt es für Schwangere mit Migrationshintergrund?

Im vorangegangenen Teil wurde bereits auf Beratungs- und Informationsangebote für schwangere Frauen in Oberösterreich hingewiesen. Diese Angebote (wie beispielsweise Beratungsstellen für Schwangere, Geburtsvorbereitungskurse, „Frühe Hilfen“ als auch diverse Broschüren) werden allen werdenden Eltern in Oberösterreich zur Verfügung gestellt. Durch Sprachbarrieren, Unwissenheit über das

oberösterreichische Gesundheitssystem und sozioökonomische Faktoren werden diese Angebote im Vergleich zu österreichischen Frauen von schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund weniger in Anspruch genommen. Zudem haben die Gesundheitseinrichtungen meist unzureichende Kenntnisse über die Lebens- und Bedarfssituation der schwangeren Migrantinnen (vgl. Reinprecht 2010, S.74). Es gilt, „Frauen mit Migrationshintergrund mit den Angeboten der gesundheitlichen Versorgung vertraut zu machen, um ihnen die gleichen Chancen für die Inanspruchnahme für Versorgungsleistungen zur Erhaltung ihrer Gesundheit zu ermöglichen.“ (Sievers, 2011) EX 31 sowie EX 30 sagen, dass der Zugang zu angebotene Leistungen und Hilfestellungen für schwangere Frauen mit Migrationshintergrund erleichtert werden muss. Hierbei spielt die interkulturelle Öffnung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen eine wichtige Rolle. Diese interkulturelle Öffnung umfasst die Verbesserung der Information sowie Kommunikation als auch die Sensibilisierung und Qualifizierung der im Gesundheitswesen tätigen Personen (vgl. Information durch das Land Oberösterreich 2008, S.65).

Aufklärung schafft Sicherheit im Umgang mit Behörden

Durch die interkulturelle Öffnung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen wird der Zugang zu Versorgungs- und Hilfsleistungen für schwangere Frauen mit Migrationshintergrund erleichtert.

Soziale Netzwerke – soziale Unterstützungssysteme

Viele Schwangere mit Migrationshintergrund holen sich Tipps und Ratschläge von der Familie oder anderen Mitgliedern der jeweiligen ethnischen Gruppe (vgl. EX28, S.65f).

Die Unsicherheit in Bezug auf den Aufenthalt stellt für schwangere Migrantinnen eine große Belastung dar. Insbesondere Frauen ohne regulären Aufenthaltsstatus haben schlechteren Zugang zu Hilfsangeboten (vgl. EX29, Z. 134ff).

Des Weiteren kann eine enge Zusammenarbeit mit kulturellen Vereinen und Institutionen, die schwangere Migrantinnen betreuen, hilfreich sein. Durch Informationsveranstaltungen und Workshops, unter der Leitung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Gesundheitseinrichtungen, kann innerhalb der Vereine über Beratungs- und Informationsangebote aufgeklärt und auf individuelle Bedürfnisse der schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund besser eingegangen werden (vgl. EX30, S.6).

Hauptinformationsquelle sind für schwangere Frauen mit Migrationshintergrund familiäre und nicht-familiäre soziale Netzwerke. Dort beziehen die Schwangeren Informationen zum österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem sowie zu lokalen Angeboten der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe (vgl. Nauck, B./ Kohlmann, A. 1998, S.204). Diese sozialen Unterstützungssysteme werden in unterschiedlichem Ausmaß von Schwangeren mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen, was auf die Heterogenität der Gruppe zurückzuführen ist (vgl. EX28, S.65f).

3.1.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die in der österreichischen Verfassung geregelten Grundrechte stehen österreichischen StaatsbürgerInnen und EU- und EWR-BürgerInnen zu (Tretter 2007, S.8). Bei rechtmäßigem Aufenthalt in Österreich werden Ausländern und Ausländerinnen auch erweiterte Rechte eingeräumt.

Während Versicherungsleistungen an Arbeitswilligkeit und Beitragszahlungen gebunden sind, werden Versorgungsleistungen jedem Bürger und jeder Bürgerin mit normiertem Tatbestand zur Verfügung gestellt (Badelt 1998, S.28). Demzufolge wird der Zugang zu Leistungen für Migrant/innen erschwert. Ein beschränkter Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten wirkt sich belastend auf die Gesundheit von Migrantinnen aus, begleitet durch die Verstärkung intrinsischer Ängste. Daraus ergibt sich für werdende Mütter mit Migrationshintergrund je nach Aufenthaltsstatus ein unterschiedlich hohes Gesundheitsrisiko (vgl. Sieber, C./ Büechli, R.B. 2004, S.139f).

3.2 Schwangere mit Beeinträchtigung

Im Folgenden werden die Bedürfnisse schwangerer Frauen mit Beeinträchtigung beschrieben. Diese spezifische Gruppe umfasst Frauen, die aufgrund einer physischen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigung vor besonderen Herausforderungen in ihrer Schwangerschaft beziehungsweise Elternschaft stehen.

Es wird ein Überblick gegeben, wie die Lebenssituation dieser besonderen Gruppe von Schwangeren bewältigt wird, welche Angebote und Hilfestellungen sie in Oberösterreich erhalten und welche gesetzlichen beziehungsweise gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ihre Schwangerschaft und ihre Mutterschaft prägen.

3.2.1 Vor welchen besonderen Herausforderungen stehen Mütter mit Beeinträchtigungen?

Bereits während der Schwangerschaft stehen Frauen mit Beeinträchtigung vor besonderen Herausforderungen, was sich schon beim Besuch der Frauenärztin/des Frauenarztes zeigt. Nicht immer sind die ÄrztInnenpraxen auf die Bedürfnisse beeinträchtigter Schwangerer ausgelegt, nicht vorhandene Barrierefreiheit stellt ein primäres Problem dar.

Eine Beeinträchtigung wirkt sich oft nicht negativ auf die Erziehungskompetenz aus, sie stellt Betroffene nur vor größere Herausforderungen, die es im Alltag zu meistern gilt.

**„Die Lösung kann nur sein, ein kindgerechtes Umfeld zu schaffen, obwohl die Eltern beeinträchtigt sind.“
(EX21, Verein Senia)**

Diskriminierung, gesellschaftliche Teilhabe

Seitens der Gesellschaft wird oft davon ausgegangen, dass Menschen, die selbst teilweise Unterstützung bei ihren Lebenslagen brauchen, nicht dazu in der Lage sind, die Verantwortung für die Pflege eines Kindes zu tragen. Jedoch wirkt sich eine Körper- oder Sinnesbehinderung nicht zwangsläufig negativ auf die Säuglingspflege oder Erziehungskompetenz der Eltern aus, sie beschneidet nur oft die Möglichkeiten, alle Handlungen auch so auszuführen, wie es die Mütter und Väter für sinnvoll halten (vgl. Hermes, 2007).

Elternschaft ist als Menschenrecht zu sehen, diesem Recht auf Fortpflanzung und „Eltern sein“ steht das Recht des Kindes auf ein kindgerechtes Aufwachsen gegenüber. „[...] Die Lösung kann nur sein, ein kindgerechtes Umfeld zu schaffen, obwohl die Eltern beeinträchtigt sind [...]“, so Experte Nr. 21, Mitarbeiter des Vereins Senia.

Trotz beeinträchtigter Mobilität gilt es, eine bestmögliche Pflege des Säuglings bzw. des Kindes zu gewährleisten und unter erschwerten Bedingungen nicht nur Verantwortung für sich selbst, sondern auch für den Nachwuchs zu tragen. Die Bedürfnisse der Eltern und jene der Kinder gilt es zu vereinen, was beeinträchtigte Eltern und deren Angehörige aufgrund ihrer Lebensumstände besonders fordert.

Beeinträchtigte Mütter und/oder Väter haben in der Gesellschaft mit Vorurteilen und Diskriminierungen zu kämpfen. Menschen mit Beeinträchtigungen fällt es sehr schwer, sich in die Gesellschaft zu integrieren. Wenn die beeinträchtigte Frau schwanger ist, verstärken sich die Vorurteile. Die australische Wissenschaftlerin Gwynnyth Llewellyn hat die zahlreichen Vorurteile zu 5 Mythen zusammengefasst.

„Mythos 1: Menschen mit geistiger Beeinträchtigung bringen geistig behinderte Kinder zur Welt.“

Mythos 2: Menschen mit Behinderungen haben besonders viele Kinder.

Mythos 3: Geistig behinderte Eltern missbrauchen ihre Kinder.

Mythos 4: Behinderte Eltern vernachlässigen ihre Kinder.

*Mythos 5: Behinderte Eltern sind nicht in der Lage, angemessenes Elternverhalten zu erlernen.“
(Pixa-Kettner, 2009)*

Obwohl diese Mythen widerlegt worden sind, sind sie dennoch weit in unserer Gesellschaft verbreitet. Durch diese Diskriminierungen verringert sich die soziale und gesellschaftliche Teilhabe der Beeinträchtigten, was in weiterer Folge zu völliger Isolation führen kann.

3.2.2 Welche Angebote gibt es für Schwangere mit Beeinträchtigung in Oberösterreich?

Beratende Aspekte sind in Oberösterreich gut umgesetzt, Handlungsbedarf besteht bei der praktischen Unterstützung nach der Geburt.

Beratung und Unterstützung zu Hilfestellungen für Schwangere mit Beeinträchtigung beziehungsweise für Beeinträchtigte mit Kinderwunsch deckt in Oberösterreich der Verein Senia ab. Bei der praktischen Unterstützung der Eltern nach der Geburt gibt es laut Expertenmeinung noch einen Handlungsbedarf.

Interviewpartner Nr. EX21 bestätigt, dass durch das Angebot des Vereins Senia für Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu anderen Bundesländern und auch im europaweiten Vergleich in OÖ eine einzigartige Betreuungsform rund um das Thema Schwangerschaft entstanden ist. Dies wurde durch die Sozialabteilung des Landes Oberösterreich ermöglicht.

Laut Experten wird eines der wichtigsten Themen für die Zukunft sein, bessere Konzepte für die praktische Unterstützung von Eltern mit Beeinträchtigung, auch im Alltag nach der Geburt, zu finden. In diesem Zusammenhang wurden von ExpertInnen als „Good Practice“ Modelle zum Beispiel Formen der „begleiteten Elternschaft“ genannt.

3.2.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Hier spielt das Jugendamt die größte Rolle. Wenn ein Elternteil oder beide beeinträchtigt sind, wird vom Jugendamt entschieden, ob die Obsorge dem Jugendamt übergeben wird oder ob diese bei den Eltern bleibt. Spezielle Hilfen werden vom Jugendamt angeboten. Eine individuelle Unterstützung kann in der Mobilität, im Haushalt oder in der Kinderpflege erfolgen. Eine generelle Unterstützung muss aber nicht zwangsläufig vom Jugendamt oder vom Staat kommen. Familienangehörige und/oder Freunde können eingebunden werden und Aufgaben übernehmen.

UN-Konvention 2008

Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen trat für Österreich mit 26. Oktober 2008 in Kraft. Die UN-Konvention legt die Rechte für Menschen mit Beeinträchtigungen fest und fordert Selbstbestimmung, Partizipation und Schutz vor Diskriminierung (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2014).

Zitat UN-Behindertenrechtskonvention 2008:

„Die Vertragsparteien treffen wirksame und geeignete Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft betreffen, um zu gewährleisten, dass

- *das Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen anerkannt wird;*
- *das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände sowie auf Zugang zu altersgemäßer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieses Rechte zur Verfügung gestellt werden;*
- *Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.“*

Das österreichische Chancengleichheitsgesetz

Das mit dem 01. September 2008 in Kraft getretene oberösterreichische Chancengleichheitsgesetz regelt die rechtlichen Rahmenbedingungen in Oberösterreich. Menschen mit Beeinträchtigungen, mit geistiger, körperlicher, psychischer und/oder Mehrfachbeeinträchtigung, erhalten die erforderlichen Leistungen nach einer einheitlichen Grundlage. Ziel dieses Gesetzes ist es, Menschen mit Beeinträchtigungen eine Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen (vgl. Land Oberösterreich 2014, o.S.).

3.3 Schwangere mit Gewalterfahrung

Der Begriff Gewalt wird abhängig vom jeweiligen Kontext bzw. Hintergrund unterschiedlich definiert.

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“ (Weltgesundheitsorganisation 2003, S. 6)

Dieses Kapitel bezieht sich auf die Form der „häuslichen Gewalt“, bei der es um männliche Gewalt gegen Frauen bzw. Gewalt in Partnerschaft und Ehe geht. Gemeint ist damit die körperliche, sexuelle und psychische Gewalt, die im sozialen Umfeld (wie beispielsweise innerhalb der Familie oder aber auch im Freundes- und Bekanntenkreis und am Arbeitsplatz) ausgeübt wird. Häusliche Gewalt ist in allen gesellschaftlichen Schichten unabhängig von Bildungsgrad, Einkommen, Alter oder religiöser Zugehörigkeit zu finden (vgl. Schleicher 2011, S. 5).

Häusliche Gewalt geschieht im sozialen Nahbereich und meint männliche Gewalt gegen Frauen

Laut einem Leitfaden für die medizinische Praxis des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend können Schwangerschaft und Geburt sehr oft der Auslöser für Partnerschaftsgewalt sein. Ist eine schwangere Frau Gewalt ausgesetzt, so kann dies schwerwiegende Auswirkungen sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind haben. Nicht selten kommt es zu Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburten oder zu Verletzungen des ungeborenen Kindes. Gewalt kann darüber hinaus zu ernsthaften gesundheitlichen und psychosozialen Folgen bei den betroffenen Personen führen (ebd., S. 26f).

3.3.1 Vor welchen Herausforderungen stehen Schwangere mit Gewalterfahrung?

Betroffene Frauen sind nicht in der Lage, eine Vertrauensbasis zu Außenstehenden aufzubauen.

Frauen, die während der Schwangerschaft Gewalt erfahren, befinden sich in einem Ausnahmezustand und stehen vor vielen offenen Fragen (vgl. EX23, Z. 61ff). Betroffene sind meist nicht in der Lage, mit jemandem über die erlebte Gewalt zu sprechen bzw. eine Vertrauensbasis zu einer außenstehenden Person aufzubauen. Viele Frauen schweigen, weil sie sich schämen oder Schuldgefühle haben, andere wiederum haben Angst vor möglichen Racheaktionen. Die finanzielle Abhängigkeit vom Partner kann ebenso ein Grund sein, warum Frauen mit niemandem darüber sprechen und bei ihren gewalttätigen Männern bleiben. Müssen Frauen nach einer Gewalttat medizinisch versorgt werden, so werden häufig falsche Angaben über die Ursachen der Verletzung bzw. der Beschwerden gemacht (vgl. Schleicher 2011, S. 29).

Ein großes Ziel ist, die Bevölkerung zum Thema häusliche Gewalt zu sensibilisieren.

Die Situation hat sich dahingehend verändert, dass es wesentlich mehr Beratungs- und Hilfseinrichtungen in Oberösterreich als noch vor 30 Jahren gibt. So gibt es heutzutage bereits ganz spezifische Betreuungsangebote für Schwangere (vgl. EX27, Z. 223ff). Alle MitarbeiterInnen der Beratungsstellen sind bemüht, über häusliche Gewalt aufzuklären. Großes Augenmerk wird auf die Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung mit allen Institutionen, die mit Gewalt an Frauen befasst sind, gelegt. Es geht vor allem darum, dass zum einen die Frauen mehr über die Angebote erfahren und dass zum anderen die Bevölkerung zu diesem Thema sensibilisiert wird. Zudem ist eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem Personal im Gesundheits- und Sicherheitsdienst notwendig, da es oft sehr schwierig ist, Verletzungen und Folgen von Gewalt zu erkennen. Hier werden regelmäßig Informationsveranstaltungen, Schulungen und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten (ebd., Z. 235ff). Einen guten Einblick in diese Thematik sollten auch Jurist/innen haben. Zeugenaussagen sind eine enorm belastende Situation für betroffene Frauen. Es passiert immer wieder, dass sich Frauen nicht ausdrücken können oder sich in Widersprüche verstricken. Für Richter/innen entsteht dadurch oft ein unglaublicher Eindruck (vgl. EX23, Z. 114ff). Um die Opfer in dieser Situation zu unterstützen, stellt das Gewaltschutzzentrum im Zuge der Verhandlung eine/n Psychiater/in zur Verfügung (EX27).

Obwohl es bereits große Fortschritte gibt, sind noch immer zahlreiche Änderungen erforderlich, um der Gewalt gegen Frauen ein Ende zu setzen. Dazu sei es notwendig, die strukturelle Gewalt und das Machtungleichgewicht zwischen den Geschlechtern zu beseitigen (EX23, Z. 67ff).

3.3.2 Welche Angebote gibt es für Schwangere mit Gewalterfahrung in Oberösterreich?

Das Beratungsangebot in OÖ ist in der Vergangenheit wesentlich größer geworden.

Es gibt mittlerweile in allen Regionen Oberösterreichs Beratungsstellen und Frauenhäuser in Linz, Wels, Steyr, Vöcklabruck und Ried (vgl. EX23, Z. 81f), an die sich schwangere Frauen, die von Gewalt betroffen sind, wenden können. Das Angebot in allen Beratungs- und Opferschutzeinrichtungen reicht von der Erstberatung bis hin zur rechtlichen und psychosozialen Betreuung sowie zur medizinischen Versorgung (vgl. EX27, Z. 228ff). Das Beratungsangebot in Oberösterreich ist in der Vergangenheit wesentlich größer geworden und wird nach Angaben der Expertinnen in einem hohen Ausmaß angenommen.

Wichtige Nahtstellen sind neben der Jugendwohlfahrt und der Exekutive auch Institutionen im Gesundheitsbereich.

Bedeutende Nahtstellen sind etwa die Jugendwohlfahrtsbehörden und die Exekutive (vgl. EX23, Z. 79). Die Polizei leitet in Fällen, bei denen ein Betretungsverbot ausgesprochen wurde, die Kontaktdaten der betroffenen Frauen an das Gewaltschutzzentrum weiter. Ein/e MitarbeiterIn nimmt dann Kontakt mit der jeweiligen Frau auf. Weitere wichtige Nahtstellen sind Institutionen im Gesundheitsbereich (vgl. EX27, Z. 284ff).

3.3.3 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Mit dem „Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie“, das 1997 in Kraft getreten ist, wurden die rechtlichen Voraussetzungen für einen schnellen und wirksamen Schutz von Gewaltopfern geschaffen. In diesem Gesetz ist geregelt, dass nicht mehr das Opfer das Haus/die Wohnung verlassen muss, sondern der/die Täter/in. Dies kann entweder mit einem Betretungsverbot durch die Polizei oder durch einen Antrag auf einstweilige Verfügung beim Gericht erfolgen. Nähere Informationen findet man dazu im Gewaltschutzgesetz. (Bundesgesetzblatt 759/1996.) Um die gesetzlichen Rahmenbedingungen für betroffene Personen weiter zu verbessern, wurde von den Gewaltschutzzentren in Österreich ein Gremium unter dem Namen „Juristisches Fachforum“ etabliert, das jährlich Reformvorschläge erarbeitet (EX27, Z. 358ff).

3.4 Schwangere Teenager

Im folgenden Abschnitt wird über die Situation von minderjährigen Schwangeren berichtet. Junge Schwangere sind oft überfordert mit ihrer neuen Lebenssituation und auf professionelle Unterstützung und Beratung angewiesen. Es werden zentrale Themen wie Herausforderungen, vorhandene Angebote in Oberösterreich und Richtlinien zu rechtlichen Angelegenheiten angeführt. Um Impulse für eine Verbesserung der Situation zu geben, werden wichtige Handlungsfelder angegeben und wird auf den bestehenden Handlungsbedarf hingewiesen.

3.4.1 Vor welchen Herausforderungen stehen schwangere Teenager?

„Die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Lebensjahre des Kindes stellt an junge Mütter bzw. junge Eltern hohe Anforderungen und ist eine Zeit großer Veränderungen.“ (vgl. Gesundheitsportal Österreich 2014)

Minderjährige Schwangere fühlen sich in vielen Fällen allein und auf sich gestellt, weil sie aufgrund von anfänglicher Planlosigkeit, von Angst- und Panikzuständen sowie von Unannehmlichkeiten gegenüber Reaktionen seitens der Gesellschaft nicht offen zu ihrer Mutterschaft stehen können beziehungsweise wollen. Durch ihre neue Lebenssituation sind „Teenie“-Mütter überfordert und benötigen Hilfe und Unterstützung (vgl. EX25, Z. 40 ff).

Schwangere Teenager haben meist kein eigenes Einkommen und sind auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Die erhaltene Familienbeihilfe ist meist nicht ausreichend, um allgemeine monatliche Ausgaben zu decken. Die Jugendlichen stehen zudem oft in Ausbildung. Es wird ihnen in vielen Fällen ermöglicht, ihre Ausbildung zu unterbrechen (vgl. EX25, Z. 19; Z. 34 ff; EX24 Z.103 f).

Laut EX25 müssen junge Mütter in und nach der Schwangerschaft mit der Verantwortung für ihr Kind wachsen. Mit dem Kindergartenbesuch des Kindes und der darauffolgenden Schulausbildung steigt die Verantwortung der „Teenie“-Mütter, was einen oft turbulenten Alltag mit sich bringt (vgl. EX25, Z. 17 ff).

**Gesellschaftliche
Teilhabe,
Diskriminierung**

Die frühe Schwangerschaft zwingt Jugendliche dazu, „schneller erwachsen“ zu werden. An Aktivitäten von Gleichaltrigen können junge Mütter meist nicht teilnehmen. Einen persönlichen Anschluss zur gleichaltrigen Gesellschaft finden diese jungen Frauen nur erschwert (vgl. EX25 Z. 62; Z. 94ff). Zudem werden Minderjährige aufgrund ihrer jungen Mutterschaft wegen einer angeblich nicht ausreichenden Verhütung und der Unfähigkeit eine „gute“ Mutter zu sein in der Gesellschaft stigmatisiert und diskriminiert (vgl. Hartmann 2009, S.28).

3.4.2 Welche Angebote gibt es für schwangere Teenager in Oberösterreich?

„Sie fühlen sich häufig hin- und hergerissen zwischen den eigenen jugendlichen Wünschen und Bedürfnissen und der Verantwortung, die das Leben mit einem Kind mit sich bringt.“ (vgl. Gesundheitsportal Österreich)

In Oberösterreich gebären im Jahr 2013 insgesamt 13.777 Frauen Kinder. Davon wurden 308 Frauen zwischen 15 und 20 Jahren Mutter. Unter 15 Jahren gab es im Jahr 2013 laut Statistik Austria (2014, o.S.) keine einzige neue Mutter.

Die mangelnde Aufklärung wird sowohl in Österreich als auch in den anderen EU-Ländern als wesentlichste Ursache für Teenagerschwangerschaften betrachtet. Von tausend werden fünf- und zwanzig Minderjährige in Österreich schwanger. In Deutschland sind zwanzig, in Frankreich fünfzehn und in Holland nur sieben Teenager von tausend aufgezeichnet (vgl. Hartmann 2009, S. 13). Hilfe bei der Entscheidungsfindung, Aufklärung und Unterstützung der Jugendlichen in vielen verschiedenen Bereichen wird in folgenden oberösterreichischen Einrichtungen angeboten:

Alleinstehende schwangere Frauen und alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern finden im „Mutter-Kind-Haus“ in Krisensituationen betreute Wohnplätze. Junge Schwangere und junge Mütter bekommen ein Jahr lang Unterstützung und werden beraten und betreut (vgl. Stadt Linz 2014, o.S.). Die BetreuerInnen im Mutter-Kind-Haus (MuKI) nehmen aktiv an der Erziehung und Weiterentwicklung des Kindes teil und unterstützen die Jugendlichen. Diese Einrichtung ermöglicht eine sichere Unterkunft für Mutter und Kind (vgl. EX24, Z.19-20; Z. 24ff).

Projekt „MOVE“

„MOVE“ ist ein Projekt unter dem Dachverband Verein für Sozialprävention und Gemeinwesenarbeit (VSG). Das Ziel des Projektes ist, dass junge Mütter in Themen wie zum Beispiel Lebensplanung und Berufsorientierung beraten und begleitet werden (vgl. VSG 2014).

Verein „Es gibt Alternativen – Beratung für Schwangere“

Der Verein „Es gibt Alternativen – Beratung für Schwangere“ bietet jungen schwangeren Frauen telefonische Beratungen über Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung, Adoption, Pflegefamilie etc. Die Wahrung der Anonymität und Diskretion gegenüber den Jugendlichen ist selbstverständlich (vgl. Es gibt Alternativen 2014).

Berufsverband „Mädchensprechstunde“

Die Initiative „Mädchensprechstunde“ vom Berufsverband österreichischer Gynäkologen bietet die Möglichkeit, dass junge Frauen Ärzte und Ärztinnen besuchen, die in ihren Ordinationen eigene Sprechstunden für Mädchen anbieten. Es gibt auch für jedes Bundesland eine Liste von ÄrztInnen, die Mädchensprechstunden anbieten (vgl. Mädchensprechstunde 2014).

Verein „Netzwerk österr. Frauen- und Mädchenberatungsstellen“

Der Verein „Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen“ gilt als Dachverband von 58 Frauen- und Mädchenberatungsstellen. In ganz Österreich wird der Verein als Anlaufstelle für alle Frauen und Mädchen angeboten. Er bietet Unterstützung zu persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Themen (vgl. Netzwerk-Frauenberatung 2014).

Verein „Shanaia“

Im Verein „Shanaia“ werden junge Schwangere und junge Mütter im Alter von 14 bis 24 Jahren betreut. Dort wird daran gearbeitet, dass die jungen Frauen ihre Ausbildung abschließen oder einen neuen Beruf finden beziehungsweise selbstständig werden (vgl. Soziale Initiative 2014).

Verein „ZOE“

Der Verein „ZOE“ in Linz bietet Beratungsstunden für eine ungewollte Schwangerschaft bei Jugendlichen. Für unterschiedliche Probleme, Bedürfnisse und Fragen der Jugendlichen wird nach Lösungen gesucht (vgl. ZOE 2014).

„Young Mom“

Ein interessantes Projekt aus Wien ist „YoungMum“. Dort werden junge Schwangere zwischen 14

bis 20 Jahren während der Schwangerschaft, der Geburt und im ersten Lebensjahr des Kindes unterstützt. In dieser Zeit stehen den werdenden Müttern Hebammen, GynäkologInnen, SozialpädagogInnen und PsychologInnen zur Seite (vgl. Young Mum).

Um schwangeren Teenagern ihre Situation zu erleichtern und ihnen somit einen leichteren Zugang zu wichtigen Informationen vermitteln zu können, besteht ein Handlungsbedarf bezüglich der Anlaufstellen rund um die Lebenssituation und Schwangerschaft im jungen Alter. Laut EX 25 wäre es von Vorteil, für alle Fragen und Unklarheiten grundsätzlich eine Anlaufstelle für alle Probleme im Zusammenhang mit Teenager-Schwangerschaften einzurichten. Diese Anlaufstelle soll Jugendlichen, die vor einer Mutter- und Vaterschaft stehen, Informationen bereitstellen und in der Lage sein, eine professionelle Beratung über soziale beziehungsweise medizinische Betreuung und finanzielle Unterstützung zu bieten. Jugendliche sollen auf ihre Rechte und Pflichten hingewiesen werden. Damit soll ermöglicht werden, dass schwangere Teenager einen guten Einstieg in ein Erwachsenenleben haben und eine positive und sichere Schwangerschaft erleben können (vgl. EX25, Z. 77ff).

3.4.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das Mutterschutzgesetz schützt die jugendlichen Arbeitnehmer/innen und sorgt dafür, dass am Arbeitsplatz keine Gefahr besteht.

Wenn ein Mädchen zum Zeitpunkt der Entbindung noch nicht volljährig ist, wird automatisch das vorläufige Sorgerecht von der Jugendwohlfahrtsbehörde übernommen.

„Die Eltern haben das minderjährige Kind zu pflegen und zu erziehen, sein Vermögen zu verwalten und es in diesen sowie allen anderen Angelegenheiten zu vertreten. Pflege und Erziehung sowie die Vermögensverwaltung umfassen auch die gesetzliche Vertretung in diesen Bereichen. Bei Erfüllung dieser Pflichten und Ausübung dieser Rechte sollen die Eltern einvernehmlich vorgehen.“ (§ 144 ABGB, Obsorge)

Sobald die junge Mutter achtzehn ist, bekommt sie das Sorgerecht wieder zurück. Es gibt allerdings auch die Möglichkeit, dass die Mutter der minderjährigen Schwangeren das Sorgerecht für ihr Kind und für das Enkelkind beantragen kann (vgl. Dittrich / Tades, 2002 S. 79).

Minderjährige Jugendliche, die sich zwischen dem vollendeten 14. und dem noch nicht vollendeten 18. Lebensjahr befinden, gelten als einsichts- und urteilsfähig und können die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch selbst, das heißt ohne Zustimmung der Eltern, treffen. Falls es an der Einsichts- und Urteilsfähigkeit mangelt, ist die Zustimmung eines Erziehungsberechtigten erforderlich (§ 146c (1), Kind-schaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, o.S.).

4. MEINUNGEN VON EXPERTINNEN

Mag. Franz Schützeneder

Mag.^a Brigitta Schmidsberger

Gerlinde Feichtlbauer

Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A.

Monika Oberradter, PhD

Mag.^a Martha Scholz

Priv.-Doz. Dr. Omar Josef Shebl

Mag. Franz Schützeneder

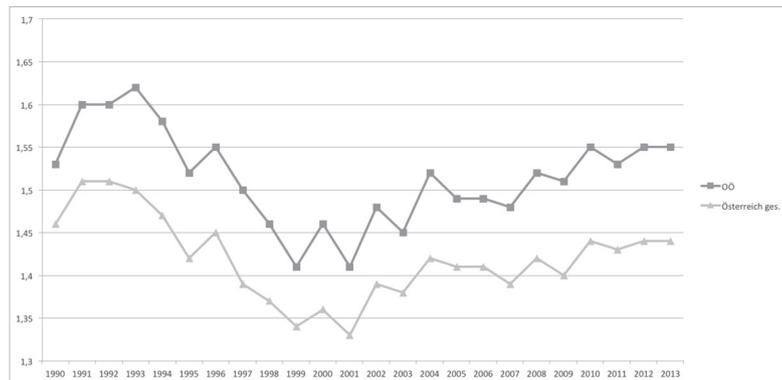
Leiter des Familienreferates, Land OÖ

Familienfreundlichkeit in Oberösterreich



Die Geburtenentwicklung in Oberösterreich ist beachtlich. Mit 1,55 Kindern je Frau liegt die Fertilitätsrate im Bundesländervergleich am höchsten. Auch im ersten Halbjahr 2014 war der höchste Anstieg bei den Geburten in Oberösterreich zu verzeichnen. Von Jänner bis Juni 2014 kamen um 8,1% mehr Kinder zur Welt als in den Vergleichsmonaten im Jahr 2013.

Zur Fertilität in OÖ und Österreich im Vergleich:



Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass 90% der im Jahr 2013 befragten Eltern Oberösterreich als kinderfreundliches Land erleben. Immerhin 72% sind auch der Meinung, dass sie durch die oö. Familienpolitik „in der privaten bzw. familiären Situation Unterstützung finden“. Ein Grund dürfte u.a. der hohe Informationsgrad sein, denn 71% fühlen sich auch ausreichend informiert.

Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass 90% der im Jahr 2013 befragten Eltern Oberösterreich als kinderfreundliches Land erleben. Immerhin 72% sind auch der Meinung, dass sie durch die oö. Familienpolitik „in der privaten bzw. familiären Situation Unterstützung finden“. Ein Grund dürfte u.a. der hohe Informationsgrad sein, denn 71% fühlen sich auch ausreichend informiert.

Schwerpunkte der Familienpolitik

Das Familienreferat des Landes Oberösterreich ist in allen Bereichen aktiv, um die Familienfreundlichkeit systematisch zu verbessern:

- Mit 108 Gemeinden hat bereits ein Viertel aller oö. Kommunen das Audit „Familienfreundliche Gemeinde“ absolviert. Hier wird in einem mehrjährigen Prozess darauf geschaut, wie vor Ort in den unterschiedlichen Lebensbereichen die Situation verbessert werden kann. Mit Prozessbegleitung und einer finanziellen Unterstützung für Umsetzungsmaßnahmen konnte hier Oberösterreich die mit Abstand meisten Gemeinden für den Auditprozess motivieren (NÖ 83, Stmk. 40).
- Der Wettbewerb „Felix Familia“ hat heuer bereits die Betriebe ausgezeichnet, die Familienorientierung am besten praktizieren. Die Sieger in den unterschiedlichen Kategorien: MIBA GmbH Laakirchen, Europatruhehand Linz/Wels, Heilborn Apotheke Bad Schallerbach, Krankenhaus St. Josef in Braunau.
- Der Schwerpunkt in der Tätigkeit des Familienreferats liegt mit Sicherheit in der Unterstützung des Sozialsystems Familie und somit in der unmittelbaren Unterstützung durch Transferleistungen (Schulbeginn-, Schulveranstaltungbeihilfen, Kinderbetreuungsbonus, Unterstützungen bei Schulschikursen). Eine Besonderheit in der Familienpolitik in OÖ stellen die Elternbildungsgutscheine dar. Sicherheit in Erziehungsfragen und Stärkung der Partnerschaft wird in unserem Bundesland als vorrangiges Ziel angesehen. Neben dem Ausbau der Kinderbetreuung ruht auf einer zweckmäßigen und gewinnstiftenden Infrastruktur ein besonderes Augenmerk. 100 Eltern-Kind-Zentren, 320 Standorte für Spielgruppen und 315 Leihomas sind auch österreichweit Werte, die kein anderes Bundesland erreicht.
- Mit der OÖ Familienkarte verfügt das Land Oberösterreich über ein zielgruppenspezifisches Kommunikationsinstrument. Besonders im Freizeitbereich kann sich die Karte sehen lassen. Mit laufenden Aktionen, technischen Verbesserungen (App, Newsletter, Online-Service) und Ausflugstipps hat die Karte inzwischen ihren fixen Platz im Familienalltag und vor allem in den Geldbörseln der Familien, denn mit ihr kann man einiges sparen. Übrigens: 75% der Familien, die Ende Juni die neue Karte erhielten, haben diese im Sommer schon verwendet!

Mag.^a Brigitta Schmidberger

Leiterin Amt für Soziales, Jugend und Familie, Stadt Linz



Gesundheit, Bildung und soziale Integration sind Querschnittsthemen. Die Bereiche sind miteinander verbunden und beeinflussen sich als Ursachen und Wirkungen gegenseitig, wie unzählige Studien nachweisen.

Frühe Ansätze zur breit verstandenen sozialen Integration ersparen auf lange Sicht menschliches Leid und gesellschaftliche Folgekosten, sowohl im Gesundheitsbereich als auch in den sozialen Sicherungssystemen.

Die Eltern-/Mutterberatungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe haben gemeinsam mit den Angeboten der Frühen Hilfen und der Eltern-Kind-Zentren das Ziel, Eltern in ihren Aufgaben zu unterstützen, Wissen zu vermitteln, zu beraten, aber auch rechtzeitig Ansatzpunkte zum Schutz von Kindern zu haben.

Die Herausforderungen der Elternschaft sind vielfältig und manchmal fehlen Rollenmodelle und praktische Vorbilder, die es ermöglichen, sicher mit der Pflege, Förderung und Erziehung von Babies umzugehen. Oft gibt es die traditionellen familiären Netze nicht, die Hilfe und Entlastung im Leben mit Kindern darstellen können.

Hier bieten die genannten (und darüber hinaus noch viele andere) Angebote die Möglichkeit, sich mit Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation auszutauschen, Erfahrungen zu sammeln, ExpertInnen um Rat zu fragen und ganz einfach zu sehen, dass niemand perfekt ist.

Wenn es gelingt, bei Eltern Wissen und Bewusstsein über die Auswirkungen ihres Verhaltens zu erzeugen, sind wichtige Schritte zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und auch der Eltern selbst gesetzt. Weiche Faktoren wie Liebe, sichere Bindungen, Geborgenheit, wertschätzende Förderung und Schutz sind neben einer materiellen Grundsicherung die wichtigen Faktoren, dass sich Kinder zu körperlich und mental gesunden Persönlichkeiten entwickeln können. Je früher Eltern in diesem Bewusstsein unterstützt und im Bedarfsfall auch angeleitet werden, desto besser gelingt später auch der Bildungseinstieg der Kinder; so wird der Grundstein für die Entwicklung von Jugendlichen und Erwachsenen gelegt, die zum sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft beitragen können.

Daher sind Investitionen in die Unterstützung und Entwicklung der elterlichen Fähigkeiten an den Nahtstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich in mehrfacher Hinsicht unverzichtbar und rechnen sich mittelfristig jedenfalls. Aus der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe muss danach getrachtet werden, krisenhafte Entwicklungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Wenn solche jedoch auftreten, gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und die Fähigkeiten der Betroffenen zu stärken, ihre Handlungsalternativen zu erweitern und auftretende Belastungssituationen bestmöglich zu bewältigen.

Schwerpunkte in der Vereinbarkeitsthematik

Neben dem Ausbau der Betreuung von Kleinkindern unter 3 Jahren und den strikteren Vorgaben zu erweiterten Öffnungszeiten der Betreuungseinrichtungen (höhere Förderungen bei längeren Öffnungszeiten) setzt das Land inzwischen vermehrt auf betriebsnahe Betreuungseinrichtungen. Das Oö. Kinderbetreuungsgesetz ermöglicht Arbeitgebern, Kinder von im Unternehmen beschäftigten DienstnehmerInnen in eigenen Einrichtungen oder durch Betriebstagesmütter betreuen zu lassen. Durch attraktive Förderungen sind die Kosten für den Betrieb und die MitarbeiterInnen überschaubar.

Dies soll einen rascheren Wiedereinstieg ohne Know-how-Verlust, eine höhere Bindung der MitarbeiterInnen an das Unternehmen und ein gesteigertes Image für den Betrieb durch bedarfsorientierte Betreuungsangebote im Unternehmen bringen. Durch die Möglichkeit der Betriebstagesmütter wurde die betriebsnahe Kinderbetreuung auch für Mittel- und Kleinunternehmen interessant, da diese auch unternehmensübergreifend angeboten werden kann.

Gerlinde Feichtlbauer

**Vizepräsidentin Österreichisches Hebammengremium,
Leitung Landesgeschäftsstelle OÖ**



Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial benachteiligte Kinder wurde anlässlich der Kindergesundheitsstrategie im Jahr 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit gefordert und Maßnahmen, um eben diese Ziele zu erreichen, wurden angekündigt. Aufgrund ihrer Positionierung im Gesundheitssystem haben Hebammen hier eine wichtige Aufgabe zu bewältigen.

Zum einen sind sie Fachfrauen für Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit, zum anderen sollen sie Eltern zu gesundheitsrelevanten Themen fachlich beraten und Informationen zu gesundheitlichen Präventions- und Vorsorgeleistungen weitergeben.

Es bedarf eines ungehinderten Zugangs, dass auch sozial benachteiligte Frauen und ihre Familien oder Frauen mit Migrationshintergrund diese Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen. Diesen Zugang schafft der Mutter-Kind-Pass, der allen schwangeren Frauen zu Beginn der Schwangerschaft ausgestellt wird

und in dem alle für Mutter und Kind relevanten Untersuchungen aufgezeichnet sind.

Die Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche ist nur der erste Schritt in der Beratung und Begleitung werdender Eltern durch Hebammen. Seit November 2013 ist das Beratungsgespräch gesetzlich verankert und im März 2014 wurde mit dem Hauptverband ein Gesamtvertrag ausgehandelt. Derzeit bieten 678 von 2116 Hebammen in Österreich das Beratungsgespräch an, ca. 300 Hebammen davon mit Kassenvertrag. Bis Mitte Mai wurden 650 Beratungen durchgeführt; diese konnten bis November 2014 auf 4000 ausgeweitet werden. Dies sehen wir für die ersten Monate als sehr zufriedenstellend an. Der kostenlose Kontakt mit einer Hebamme hat sich bis Ende 2014 etabliert, wobei dieses Angebot bei den werdenden Eltern auf sehr positive Resonanz trifft.

Hebammen-Beratung in der Schwangerschaft bietet der Frau einerseits fachliche Information, andererseits einfühlsame Beratung. Die Frauen fühlen sich eingeladen, über ihre Körperwahrnehmungen, über ihre Sorgen und Ängste, die Gesundheit des Babys und ihre Zweifel zu sprechen, ob sie der Geburt gewachsen sind. Die Hebamme kennt die körperlichen Gegebenheiten und Abläufe während der Geburt, sie kann der Frau mit gezielter Information Sicherheit geben und Ängste nehmen.

Die zeitgemäße Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes ist im Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018 vorgesehen. Evaluierung, qualitative Weiterentwicklung und Attraktivierung sind die vorrangigen Ziele in einem interdisziplinären, multiprofessionellen Arbeitsprozess des Bundesministeriums für Gesundheit, in Kooperation mit dem Bundesministerium für Familie und Jugend. Anlässlich der Kick-off-Veranstaltung Ende Oktober wurde über Chancen und Grenzen von Screening-Programmen gesprochen und über den Tellerrand in andere Länder und Systeme geschaut, ebenso gab es einen Vergleich internationaler Empfehlungen. Eine Facharbeitsgruppe ist derzeit beauftragt, Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien in einen Ergebnisbericht zusammenzufassen.

Die Hebamme leitet nach der Geburt und während der Stillzeit die Eltern in der Pflege und Versorgung des Säuglings an und unterstützt sie in der Entwicklung einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung. Familienhebammen unterstützen Familien, die in der Phase der Familienbildung gesundheitlich oder psychosozial besonders belastet sind, zusätzlich und vertreten die Interessen des Kindes. Dies geschieht insbesondere hinsichtlich seiner Gesundheit, Ernährung und seiner entwicklungsbedingten emotionalen und sozialen Bedürfnisse.

Dazu gehört die Sicherstellung der Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen wie zum Beispiel kinderärztliche Untersuchungen und bei Bedarf die Vermittlung anderer Unterstützungsangebote aus dem Gesundheits- oder Jugendhilfebereich.

MEINUNGEN VON EXPERTINNEN

Aufsuchende Dienste wie Hausbesuche durch die Hebamme ermöglichen einen niederschweligen Zugang, durch den belastende Situationen in der Familie erst erkennbar werden. Im Basisangebot des „Frühe Hilfen“-Konzeptes soll der Hausbesuch der Hebamme daher einen sicheren Platz finden.

Auch in der Primärversorgung wird die Betreuung von Schwangeren, Eltern und ihrer Kinder durch die Hebamme eine wichtige Rolle spielen. Die Wahrung der körperlichen und psychischen Gesundheit von Mutter und Kind mit Hilfe von Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung der Elternkompetenz, Unterstützung der Eltern-Kind-Bindung und die Erhöhung der Stillquoten sind unsere wichtigsten Ziele im Bereich der Primärversorgung.

Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A.

Hebammen-Studiengangsleitung und Standortleitung, FH für Gesundheitsberufe Linz



Statement zur Situation der geburtshilflichen Betreuung in Oberösterreich

Aufgrund des medizinischen Fortschrittes und der Struktur des Gesundheitssystems kann in Österreich eine sehr gute geburtshilfliche Versorgung garantiert werden. „Internationale Vergleiche belegen unzweifelhaft, dass die Qualität der Geburtshilfe in Österreich auf einem sehr hohen Niveau liegt.“¹

Unser Lebensstil führt allerdings auch dazu, dass die geburtshilfliche Betreuung zunehmend neuen Herausforderungen gegenübersteht. So korrelieren die steigenden Zahlen der übergewichtigen schwangeren Frauen mit ernstzunehmenden Erkrankungen des Stoffwechsels, mit Diabetes oder Bluthochdruck in der Schwangerschaft. Aufgrund berufsbedingter Gegebenheiten entschließen sich immer mehr Frauen immer später zur Gründung einer Familie. Bei diesen Spätgebärenden erhöhen sich wiederum spezifische, altersbedingte Risiken während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die hohen Raten von 30,1% an Kaiserschnitten², von 8,4% an Frühgeburten³ oder 10-15% an Wochenbettdepressionen⁴ lassen allerdings auch kritische Stimmen zur geburtshilflichen Praxis in Österreich laut werden. Neben den hohen Interventionsraten wird vor allem die fehlende psycho-soziale Unterstützung der Frauen und jungen Familien thematisiert.

Dem Ethnologen Kruckman zufolge stellen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hochsensible und vulnerable Phasen im Leben einer Frau dar. Der Übergang zur Mutterschaft, die damit verbundenen Änderungen des Lebensrhythmus und der Alltagsaktivitäten, der erlebte Wandel der eigenen sozialen Rolle und Integrität stellt Frauen mitunter vor besondere Herausforderungen. Seinen Ausführungen zufolge fehlt allerdings in westlichen Kulturen die dabei notwendige psychosoziale Unterstützung, was als einer der Trigger für die Entstehung einer Wochenbettdepression erkannt wird.⁵ Rauchfuß analysierte den Zusammenhang von psychosozialen Faktoren und dem Risiko der Frühgeburtslichkeit und resümierte eine ungenügende psychosoziale Betreuung von schwangeren Frauen.

„In der Schwangerenvorsorge findet der psychosoziale Lebenskontext der Frau bislang nur randständig Beachtung, ihre individuelle Situation und ihr subjektives Erleben werden eher ausgeblendet. ... Angebote psychosozialer Unterstützung sollten frühzeitig in der Gravidität und zielgruppenspezifisch gemacht werden und die Schwangeren in ihrem Kompetenz- und Autonomieempfinden stützen.“⁶

Der soziale Wandel hin zur Kleinstfamilie hat für werdende Eltern und junge Familien weitreichende Folgen. Für viele Paare sind soziale Netzwerke, die in schwierigen Zeiten eine präventive oder Pufferwirkung⁷ haben, ungenügend greifbar. Soziale Isolation, Unsicherheiten oder Ängste führen so rasch zu einer Überforderung, welche die Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig

1 HEIM K, OBERAIGNER W, KAINZ C, HUSSLEIN P(2012): Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung des Geburtenregisters Österreich – Strukturierte Qualitätsverbesserung (SQV). *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 2012; 30 (2) (Ausgabe für Österreich), 10-13 <http://www.kup.at/kup/pdf/10672.pdf>

2 Geburtenregister Österreich Bericht über die Geburtshilfe in Österreich. Institut für klinische Epidemiologie der Tilak S. 17

3 Geburtenregister Österreich Bericht über die Geburtshilfe in Österreich. Institut für klinische Epidemiologie der Tilak S. 17

4 HÄRTL K, MÜLLER M, FRIESE K (2006): Wochenbettdepression – eine häufig spät oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. *Gynäkologe* 2006 Volume 39, Issue 10, pp813-819 Springer Medizin Verlag

5 KRUCKMAN L.C.(1992): *Rituals and Support: An Anthropological View of Postpartum Depression*. S. 137-148. In: Hamilton, J.A.; Neel harberger, P.(Hrsg)(1992): *Postpartum Psychiatric Illness. A Picture Puzzle*. University of Pennsylvania Press: Philadelphia

6 RAUCHFUSS M(2002): Bio-psycho-soziale Prädiktoren der Frühgeburtslichkeit und Differentialdiagnose zur intrauterinen fetalen Retardierung – Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Habilitationsschrift* S. 237 <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/rauchfuss-martina-2003-06-26/PDF/Rauchfuss.pdf>

7 BRUNS W(2013): *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke Möglichkeiten und Restriktionen*. Springer Verlag: Wiesbaden S. 110

negativ prägen kann. Besonders prekär kann die Situation für Familien aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen werden, die aufgrund unterschiedlicher Merkmale wie Armut oder Migration ihre Bedürfnisse und Interessen zu wenig durchsetzen können.

Von diesen Überlegungen ausgehend erscheint es sinnvoll und notwendig, die psychosoziale Betreuung von Frauen und Familien auszubauen. Unterschiedlich gestaltete Unterstützungsleistungen sollen dazu beitragen, dass soziale Isolation überwunden sowie Unsicherheiten und Ängste während der Schwangerschaft abgeschwächt werden können. Wichtig dabei ist, dass die angebotenen Leistungen niederschwellig, also einfach zugänglich und unbürokratisch organisiert sind und professionelle Hilfe von unterschiedlichen Professionen gewährleisten. Hebammen kommt im Zuge der Beratung, Betreuung und Pflege während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine zentrale Rolle zu.

Sandall et al. haben in ihrer Übersichtsarbeit zu den Effekten einer Hebammen-geleiteten Schwangerenvorsorge im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen eine niedrigere Rate an Krankenhausaufenthalten während der Schwangerschaft, eine niedrigere Rate an Dammschnitten und vaginal operative Geburten und eine höhere Rate an Spontangeburt, mehr Selbstbestimmtheit während der Geburt von Seiten der Frauen und eine höhere Stillrate festgestellt.⁸

Eine sensible und kompetente Begleitung in der Schwangerschaft und ein Beziehungsaufbau von Mutter und Vater mit dem ungeborenen Kind kann die emotionale, mentale und psychische Entwicklung des Kindes positiv prägen. Eine adäquate Vorbereitung, eine empathische Gestaltung und fachlich-korrekte Unterstützung während der Geburt können helfen, Regelwidrigkeiten und Traumen bei Mutter und Kind zu verhindern. Eine einfühlsame Stillberatung, eine behutsame Eltern-Begleitung und verständnisvolle Wöchnerinnenpflege können dazu beitragen, dass die ersten Wochen der jungen Familie möglichst störungsfrei verlaufen. Hebammenarbeit stellt so einen wesentlichen Beitrag zur psychischen, physiologischen und sozialen Gesundheitsprävention dar. Der Ausbau einer umfassenden und institutionell implementierten Betreuung, Beratung und Begleitung von Frauen und Familien während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist somit eine anzustrebende Strukturänderung im Gesundheitssystem.

⁸ SANDALL J, HATEM M, DEVANE D, SOLTANI H, GATES S (2009): *Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review)*. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. <http://apps.who.int/whl/reviews/langs/CD004667.pdf>

Monika Oberradter, PhD

Hebamme in der LFKK Linz, Stillberaterin und Leiterin von ProMami



ProMami – Hebammen für ein gutes Bauchgefühl

ProMami ist ein Hebammenprojekt, das den Bedürfnissen von Schwangeren sowie von jungen Müttern und ihren Babys Rechnung trägt. Es wird von Hebammen getragen, die vor Ort eine Ordination betreiben und auch aufsuchend in die Wohnungen von Frauen und Familien kommen können. Das Projekt ist darauf ausgerichtet, den Frauen und Familien ein umfassendes Betreuungs- und Beratungsangebot zu bieten, welches niederschwellig, leistbar und unterstützend ist in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Wochen mit dem Kind. Eine Rund-um-die-Uhr Erreichbarkeit von Hebammen unterscheidet ProMami von anderen Zentren, die Angebote rund um die Geburt haben. Das Ziel der Kurse ist es, neben praktischem Wissen viele Aktivitäten, viel Information, Geselligkeit und Entspannung zu bieten. Kraft schöpfen in entspannter Atmosphäre gehört genauso dazu wie die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Mutter und des Babys. In unseren Räumen

ist ein Aussteigen aus dem Alltag und ein Teilen neuer Erfahrungen mit anderen jungen Müttern möglich. Wir helfen Frauen, neue Menschen kennenzulernen, das Leben mit ihrem Baby selbst zu gestalten und bieten wenn notwendig Unterstützungsmöglichkeiten an.

Hebammenbetreuung für Schwangere und junge Mütter in jeder Gemeinde ist keine neue Errungenschaft. Es gab ein Gesetz zur Sicherung des Hebammenbestandes in allen Bundesländern durch öffentlich bestellte Hebammen (Sprengelhebbammengesetz). Ihre Aufgabe bestand aus der Untersuchung der Schwangeren, aus dem Beistand bei einer Geburt, aus der Pflege der Wöchnerin, des Neugeborenen und Säuglings. Schon in den Fünfzigerjahren gab es in den Bundesländern „Sprengelhebammen“ um Schwangere zu betreuen, Hausgeburten zu begleiten und junge Mütter mit ihren Säuglingen zu beraten. Da wurden in den verschiedenen Orten Hebammen für diese Aufgaben eingesetzt, um damit die Grundversorgung für Schwangere und junge Familien zu sichern. Mit einem Rückgang der Hausgeburten einhergehend, ermöglichte die Landesregierung den Hebammen dadurch ein finanzielles Überleben mit einem garantierten Grundeinkommen. Die Besetzung der Sprengel und die Erreichbarkeit einer Hebamme in allen Teilen des Landes war damit bis in die 1970er Jahre noch gesichert. Doch die Zahl der Hausgeburten nahm ab und die Hebammen begannen in den Geburtenabteilungen zu arbeiten. Die Beratung und Betreuung von Frauen vor Ort wurde nach und nach von Ärzten übernommen und die Geburten fanden zunehmend in Krankenhäusern statt, wo Hebammen diese begleiteten. Der Aufenthalt im Krankenhaus nach einer Geburt dauerte um die 7 – 8 Tage und dann verließ die junge Mutter das Krankenhaus mit ihrem Säugling. Mit der Einführung des Mutter Kind Passes in den 1970er Jahren setzte sich die medizinische Versorgung der Schwangeren und Säuglinge durch Ärztinnen und Ärzte fort. Mit dem immensen Fortschritt auf dem Gebiet der medizinischen Möglichkeiten und Notwendigkeiten bleiben das Gespräch und die Zuwendung für Frauen und junge Familien auf der Strecke. Eine Hebamme, die im Krankenhaus arbeitet, ist heute sehr oft nur mehr mit der Aufgabe betraut Frauen zu entbinden. Das Versorgen der Entbundenen und der Neugeborenen auf den Abteilungen obliegt hauptsächlich dem Pflegepersonal. Die Aufenthaltsdauer auf der Entbindungsstation beträgt heute nach einer normalen Geburt (wenn keine Komplikationen auftreten) maximal vier Tage.

Wenn wir die diversen Statistiken betrachten, war „Kinder kriegen“ noch nie in der Geschichte so sicher wie heute. Erstaunlicherweise haben Frauen und Mütter trotzdem große Ängste und Unsicherheiten in der Schwangerschaft und in der ersten Zeit mit dem Baby. Um den Start von Müttern mit ihren Kindern in ihren eigenen vier Wänden zu unterstützen, sind verschiedene Experten und Angebote im ProMami Projekt miteinander verbunden. An den verschiedenen Standorten kann ein individuelles Programm für die Region und deren Einwohner mit unterschiedlichen Experten und unter der Leitung von Hebammen angeboten werden. ProMami steht für erfahrene Hebammen mit hohem Fachwissen und langjähriger Praxis, mit einem vielseitigen Angebot rund um Schwangerschaft und Geburt. Es ist ein Ort der Begegnung und Vernetzung, der Hilfestellung und Orientierung mit einer umfassenden Unterstützung in dieser wichtigen Lebensphase.

Informieren Sie sich über unsere Angebote unter <http://www.promami.at/>.

Mag.^a Martha Scholz

Soziologin, Leiterin des Geschäftsbereiches Frauengesundheit, PGA



Das Frauengesundheitszentrum Wels wurde als ein eigenständiger Bereich des PGA, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, im Jahr 2005 gegründet. Die Eröffnung einer weiteren Außenstelle folgte zwei Jahre später in Ried im Innkreis.

Wir setzen uns für die gesundheitlichen Belange von Frauen ein. Mit unserer Arbeit sollen den objektiven und subjektiven Benachteiligungen im bestehenden medizinischen System und dem Rollenbild der Frau in unserer Gesellschaft entgegengewirkt werden. Wir pflichten der Deklaration der Weltgesundheitsorganisation von 1992 bei, dass „der Gesundheit von Frauen ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden muss“.

Das Frauengesundheitszentrum Wels ist ein Modell der frauenspezifischen Gesundheitsförderung und arbeitet mit der Zielsetzung, Frauen in ihrer Selbstbestimmung und Eigenkompetenz zu stärken, sie zur Gesundheitsvorsorge zu motivieren und ihre Gesundheitsförderung zu unterstützen. Maßgebend ist dabei für uns die Hilfe zur Selbsthilfe. Wir bemühen uns, eine frauengerechte gesundheitliche Versorgung anzuregen und an deren Umsetzung mitzuarbeiten.

Wichtig sind uns dabei die Achtung der Würde der Frau, eine adäquate Beratung und Behandlung, das Aufzeigen möglicher Therapie- bzw. Behandlungsmethoden und die Wahrung der Patientinnenrechte. Unsere Angebote richten sich an alle Frauen und Mädchen, unabhängig von Alter, Wohnort oder finanzieller Situation. Wir möchten dabei sowohl Frauen und Mädchen als Betroffene, MultiplikatorInnen von Gesundheitswissen in Familie und Beruf erreichen, als auch VertreterInnen des Gesundheitswesens.

Die Angebote für Mädchen und Frauen im Frauengesundheitszentrum setzen auf zwei Ebenen an – im Bereich der Beratung und Psychotherapie sowie im Rahmen unseres Seminarbetriebs.

Wir beschäftigen ein multiprofessionelles Team, um Beratungen in den Bereichen Allgemeinmedizin, Psychosomatik, Gynäkologie, Lebens- und Sozialberatung, Sexualität, Ernährung, Recht, türkische Beratung und Psychotherapie (auch mit dem Schwerpunkt Essstörungen) anbieten zu können. Da es sich hierbei um ein Beratungsangebot handelt, werden weder Untersuchungen durchgeführt noch Befunde und Rezepte ausgestellt. Grundsätzlich können Frauen bis zu 10 Beratungseinheiten je Disziplin in Anspruch nehmen, im Bedarfsfall werden auch mehr Stunden genehmigt. Sollten die Frauen weitere Disziplinen benötigen, können sie uns jederzeit gerne kontaktieren. Von Seiten des Frauengesundheitszentrums erfolgt keine Kontaktaufnahme mit den Frauen. Die Vertrauensbasis ist uns ein großes Anliegen, bei Bedarf können die Beratungen auch anonym durchgeführt werden. Viele Anliegen der Mädchen und Frauen betreffen die Lebensbereiche Partnerschaftskonflikte, unerwünschte Schwangerschaft und Sexualität. Das persönliche Umfeld ist in den meisten Fällen nicht informiert, sodass eine Kontaktaufnahme durch uns die Entscheidungsfreiheit der Frau möglicherweise gefährden könnte.

Der Seminarbetrieb beinhaltet Angebote in den Bereichen Gesundheit, Persönlichkeit, Selbsthilfe und Bewegung. Durch eine Förderung aus öffentlichen Mitteln können die Vorträge und Seminare sehr kostengünstig und niederschwellig konzipiert werden - ein wichtiges Kriterium für die Zielgruppe Frauen.

Zusätzlich ergänzen wir das Gesundheitswesen im präventiven Bereich. Durch Öffentlichkeitsarbeit, Projektentwicklung, Politikberatung, Kooperationen, Netzwerkarbeit und unsere Mitarbeit in Arbeitskreisen nehmen wir Einfluss auf frauen- und gesundheitspolitische Strukturen.

Österreichweit gibt es sieben Frauengesundheitszentren, die zertifiziert und qualitätsgesichert arbeiten. Der Name ‚Frauengesundheitszentrum‘ ist in Österreich patentrechtlich geschützt, sodass sich Institutionen mit Wellnessangeboten, Schönheitschirurgischen Eingriffen, Diätprodukten, Fitnesscenter u.a. nicht als Frauengesundheitszentrum betiteln dürfen.

Wie in der oben angeführten WHO-Deklaration bereits angeführt, muss die Frauengesundheit ein Höchst-

maß an Bedeutung gewinnen und eine Disziplin werden, die medizinisch, politisch und gesellschaftlich mehr Akzeptanz und Wichtigkeit erhält. Derzeit werden in den medizinischen Ausbildungen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gelehrt. Die Norm ist noch immer der männliche Körper. Frauen werden hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt, Brustgesundheit und Krankheiten der inneren Geschlechtsorgane thematisiert. Dabei gibt es jedoch bedeutende Unterschiede beim Stoffwechsel, bei den Hormonen, im Wasser-/Fetthaushalt, es gibt unterschiedliche Symptome bei Krankheitsverläufen, Unterschiede in der Medikation, bei der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen uvm. Medikamente werden noch immer am durchschnittlich 80kg schweren Mann getestet und gewichtsmäßig für Frauen niedriger dosiert (wohlgemerkt wird die Dosierung der Medikamente für Kinder und alte Menschen ebenso berechnet). Im Gegensatz zu Amerika gibt es in Bezug auf die Medikamentenforschung keine rechtlichen Vorschriften über den %-Anteil von Frauen. Dies ist mit ein Grund, weshalb Frauen doppelt so häufig an Nebenwirkungen leiden als Männer. Eine gefährliche Tatsache, bedenkt man den Umstand, dass alleine zwei Drittel der Psychopharmaka an Frauen verschrieben werden! Als Grund für den nicht vorhandenen Anteil an Frauen in der Medikamentenforschung wird die Tatsache angeführt, dass Frauen die Kosten wesentlich erhöhen würden, da man Nebenwirkungen entweder auf die Medikation oder z.B. den hormonellen Status zurückführen könnte. Zusätzlich wäre das Risiko einer bestehenden Schwangerschaft zu berücksichtigen.

In Österreich gewinnt das Thema Frauengesundheit langsam mehr an Bedeutung. Im Jahr 2011 erschien unter der Leitung des Frauengesundheitszentrums Wels, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, der dritte Österreichische Frauengesundheitsbericht. Eine mehr als 600-seitige Publikation von 61 österreichischen Expertinnen und Experten, die die Gesundheits- und Lebenssituation von Mädchen und Frauen beleuchteten und Handlungsempfehlungen dazu ausarbeiteten. Des Weiteren gibt es aktuell einen Nationalen Aktionsplan Frauengesundheit vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Bildung und Frauen, bei dem Handlungsempfehlungen zum Thema Mädchen- und Frauengesundheit weiter ausgearbeitet und im Parlament vorgestellt werden. Die Praxis der Frauengesundheitsbewegung sieht leider anders aus. Die österreichischen Frauengesundheitszentren kämpfen seit Jahren mit zunehmenden Kürzungen der Fördermittel bei gleichzeitiger Steigung der Nachfrage unserer Angebote. Vorreiter und Vorbild in Österreich ist das Bundesland Wien mit insgesamt zwei Frauengesundheitszentren, einer vielfältigen Projektlandschaft und der einzigen Frauengesundheitsbeauftragten von Österreich.

Meine Zukunftsvision für das Frauengesundheitszentrum in Wels ist die Sicherung der nachgefragten Angebote, die Sicherung der angestellten Mitarbeiterinnen und eine Finanzierung von zusätzlichen Angeboten rund um die Themen Körperbildung und Essstörungen, psychische Gesundheit von Seniorinnen, Begleitung von Frauen mit Krebserkrankungen uvm. Leider eine unrealistische Vision!

Zum Schluss möchte ich festhalten: Gleichbehandlung ist nicht gleich Gleichstellung! In der Medizin steht die Forderung der Frauengesundheitsbewegung, Frauen ungleich zu behandeln!

Priv.-Doz. Dr. Omar Josef Shebl

Leitender Oberarzt des Kinderwunsch Zentrums an der LFKK Linz



Kinderwunschabklärung

Definitionsgemäß spricht man von frustriertem Kinderwunsch, wenn nach 12 Monaten regelmäßigem ungeschütztem Verkehr keine Schwangerschaft eingetreten ist. Die Suche nach möglichen Ursachen schließt immer beide Partner ein, sowohl die Frau als auch den Mann, da nur gemeinsam der Kinderwunsch erfüllt werden kann. Deswegen wird im Kinderwunsch Zentrum Linz immer danach gestrebt, beide Partner gemeinsam von Beginn an abzuklären. Die Abklärung bei der Frau beinhaltet 2 Blutabnahmen, welche Auskunft über die Hormone geben sollen, die entscheidend für den Zyklus und somit auch für den Eisprung einer Frau sind. Die erste Blutabnahme findet am Zyklusbeginn statt (1.-4. Zyklustag). Die zweite Blutabnahme dient dem Nachweis eines stattgehabten Eisprungs und findet zwischen dem 19. und 21. Zyklustag statt. Ist es erforderlich, die Durchgängigkeit der Eileiter zu testen, kann dies im Kinderwunsch Zentrum Linz durch eine schonende Ultraschalluntersuchung

stattfinden. Früher erfolgte dies mittels einer Operation oder einer schmerzhaften Röntgenuntersuchung. Bei Verdacht auf eine organische Ursache, zum Beispiel Endometriose, kann eine operative Abklärung erforderlich sein. Da die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe der Landes- und Frauenklinik Linz ein klinisch und wissenschaftlich zertifiziertes Endometriosezentrum ist, kann dies vor Ort durchgeführt werden. Die Männer werden mittels eines SpermioGRAMMS abgeklärt, welches vor Ort oder zu Hause gewonnen werden kann. Da diese Befunde stark schwanken, kann es erforderlich sein, das SpermioGRAMM nach 4 Wochen zu wiederholen. Mit diesen meistens innerhalb von 4 Wochen durchführbaren Untersuchungen ist eine weitreichende Abklärung möglich.

Kinderwunschbehandlung

Prinzipiell unterscheidet man zwischen einer natürlichen und einer künstlichen Befruchtung/Behandlung. Bei einer natürlichen Befruchtung findet die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle im Eileiter statt – bei einer künstlichen Befruchtung findet dies außerhalb des Körpers statt. Zu den Methoden der natürlichen Befruchtung zählt der Verkehr zum Optimum, welcher dazu dient, den optimalen Zeitpunkt für eine Befruchtung festzulegen. Eine weitere natürliche Methode ist die Insemination. Bei dieser Methode wird der Samen des Partners aufbereitet und zum optimalen Zeitpunkt in der Gebärmutterhöhle abgesetzt. Der Weg von der Scheide über den Gebärmutterhals in die Gebärmutterhöhle wird hierbei dem Samen erspart und somit die zurückzulegende Strecke zur Eizelle verringert.

Bei der künstlichen Befruchtung erfolgt die Verschmelzung von Ei und Samenzelle außerhalb vom Körper. Die klassische Methode der künstlichen Befruchtung ist die In vitro Fertilisation (IVF). Bei dieser werden Ei- und Samenzelle außerhalb vom Körper einfach zueinander gebracht. Die Befruchtung selbst erfolgt ohne weiteres Zutun. Bei eingeschränkter Samenmenge oder -qualität ist die intrazytoplasmatische Spermieninjektion anzuwenden. Bei dieser Methode wird die Eizelle außerhalb des Körpers mit je einem Samen beimpft. Bei beiden Methoden werden die nun befruchteten Eizellen (Embryonen) für bis zu 5 Tagen beobachtet, um spätestens am 5. Tag ein Embryo in die Gebärmutterhöhle zurückzugeben. Aus diesem Grund spielt bei diesen Methoden auch die Durchgängigkeit der Eileiter keine Rolle, da dieser bei beiden Methoden umgangen wird. Innerhalb der 5 Tage außerhalb vom Körper kommt es zum Ausscheiden einzelner Embryonen, sodass die am 5. Tag noch vorhandenen Embryonen eine besonders hohe Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Schwangerschaft bieten. Um zu dieser Selektion zu kommen, müssen statt wie im normalen Zyklus einer heranreifenden Eizelle mehrere Eizellen heranreifen, hierfür wird eine Hormonbehandlung (Spritzenkur) benötigt. Hat man bis vor wenigen Jahren noch versucht, möglichst viele Eizellen heranreifen zu lassen, versucht das Team des Kinderwunsch Zentrums Linz heute, möglichst qualitativ hochwertige (d.h. nicht nur viele) Eizellen heranreifen zu lassen. Somit kommt man heute oft auch mit einer niedrigeren Hormondosis aus.

Eine häufige Komplikation dieser Behandlungen ist die hohe Rate an Mehrlingsschwangerschaften. Durch die konsequente Steigerung des Anteils des Ein-Embryo-Transfers konnte im Kinderwunsch Zentrum Linz

die Mehrlingsrate deutlich reduziert werden. Die nicht transferierten Embryonen können kryokonserviert werden und stehen dem Paar für weitere Versuche zur Verfügung, ohne eine Spritzenkur oder einen Eingriff zu benötigen. Bereits 2009 konnten wir in einer wissenschaftlichen Arbeit zeigen, dass die Verwendung kryokonservierter Embryonen nach dem Auftauen zu denselben Erfolgsraten führt wie die Verwendung von Embryonen aus frischen Versuchen. Somit bietet diese Methode eine effektive Möglichkeit, die Rate an Mehrlingsschwangerschaften zu senken.

Für alle diese Methoden sind pro Versuch zwischen 3 und 5 Kontrollen erforderlich. Da die Behandlung den beruflichen und privaten Alltag so wenig wie möglich beeinträchtigen soll, bietet das Kinderwunsch Zentrum Linz Kontrollen von Montag bis Sonntag an, unter der Woche bereits ab 6:45 und 2 x bis 19:00 abends. So sollte es allen Patientinnen ermöglicht werden, die Kontrollen neben dem gewohnten Alltag durchzuführen. Dies führt zu einer Stressreduktion für die betroffenen Patientinnen. Um den psychischen Belastungen eines frustrierten Kinderwunsches als auch einer Kinderwunschbehandlung (Erwartungsdruck) entgegenzuwirken, verfügt das Kinderwunsch Zentrum Linz über ein Team von 3 Psychologinnen, die den Paaren bereits ab der Abklärung ohne zusätzliche Kosten zur Verfügung stehen. Da man den Kinderwunsch nicht nur organisch sehen sollte, ist dies für uns ein wichtiger Teil der Abklärung und Behandlung – so, wie wir überhaupt immer versuchen, einen Blick für das Ganze zu bewahren und auch eng mit z.B. TCM MedizinerInnen zusammenzuarbeiten. Natürlich ist die psychologische Begleitung nicht verpflichtend, jedoch ist es uns wichtig, dass die Patientinnen über das Angebot Bescheid wissen und dieses jederzeit bei Bedarf abrufen können.

5. HERAUSFORDERUNGEN HINSICHTLICH DER VERSORGUNG AUS SICHT VON EXPERTINNEN

5.1 Alltägliche Herausforderungen in der Schwangerschaft

**5.2 Der Informationsstand der schwangeren Frauen bzw. Paare,
die ein Kind erwarten**

5.3 Das Angebot rund um Schwangerschaft und Geburt

5.4 Verbesserungspotenziale im Angebot

5.5 Forschungstrends in Oberösterreich

5.6 Die Kooperation der AkteurInnen im Geburtswesen

5. Herausforderungen hinsichtlich der Versorgung aus Sicht von ExpertInnen

psychosoziale Faktoren

Frauen sind in ihrer Schwangerschaft mit einer Fülle an alltäglichen Herausforderungen konfrontiert, die neben dem im Fokus stehenden Prozess der Schwangerschaft und Geburt auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf betrifft. Welche Herausforderungen nach Einschätzung der befragten ExpertInnen genauerer Betrachtung bedürfen und wie sich diese auf das Befinden von Schwangeren und deren Kind auswirken, soll im Folgenden näher betrachtet werden.

*„[...] Die große Herausforderung ist auch, seinen eigenen Weg zu finden. Da sind Frauen heute sicherlich mehr gefordert als früher. Früher hat es einen Arzt/eine Ärztin gegeben, bei dem/der alles gemacht/untersucht wurde. Heute gibt es das Internet, welches großen Einfluss hat [...]. Die Frau muss letztlich die Entscheidungen treffen.“
(EX09, Z: 367-371)*

Angebot an Vorsorgeleistungen

5.1 Alltägliche Herausforderungen in der Schwangerschaft

Laut Aussagen der ExpertInnen stellen psychosoziale Faktoren eine der Hauptbelastungen in der Schwangerschaft dar. Der Druck der Gesellschaft, des sozialen Umfeldes und der Arbeitswelt kann durch die Erwartungshaltung von Familie, Medien, Freundeskreis etc. verstärkt werden. Eine folglich vermittelte Verunsicherung und Ungewissheit kann die Situation einer schwangeren Frau beeinflussen (vgl. Bundesministerium für Familie und Jugend 2014).

5.1.1 Unter- und Überversorgung

Schwangeren Frauen steht ein (Über)angebot an Vorsorgeleistungen zur Verfügung. Laut Di Mario et al. kann sich dies auf eine Schwangerschaft negativ auswirken. Oftmals werden medizinische Interventionen ohne klaren Nutzen und ausreichende Information durchgeführt. Jede in der pränatalen Phase angebotene Untersuchung sollte laut Di Mario et al. zufolge auf ihren Nutzen geprüft und mit den Bedürfnissen der PatientInnen abgestimmt werden. Eine Studie der WHO (vgl. Di Mario et al., S. 8) zeigt, dass eine Reduktion auf vier zielorientierte Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren mit niedrigem Schwangerschaftsrisiko denselben Nutzen hinsichtlich der Mutter- bzw. Säuglingssterblichkeit und Morbidität hervorbringt als eine höhere Anzahl an Untersuchungen. Die Unterscheidung zwischen Schwangerschaft und Risikoschwangerschaft ist in der pränatalen Betreuung von Bedeutung. Die AutorInnen der Studie betrachten einzelne Interventionen, die in verschiedenen Ländern unterschiedlich häufig eingesetzt werden, kritisch. Im Folgenden werden einige Interventionen genannt, die laut der genannten

WHO-Studie bei gesunden Schwangeren und gesunden Kindern individuell hinsichtlich ihres Nutzens je nach Situation zu hinterfragen sind (Ineffective Antenatal Care (ANC) interventions nach Di Mario et al. 2005, S. 18):

- Brustuntersuchungen hinsichtlich des späteren Stillens;
- routinemäßig durchgeführte pränatale Untersuchungen, um vorzeitige Wehen oder ein Schädel-Becken-Missverhältnis vorauszusagen;
- Beckenmessung;
- Screening und Behandlung von asymptomatischer bakterieller Vaginose bei gesunden Schwangeren;
- routinemäßig durchgeführter Ultraschall im dritten Trimester;
- Gebärmutter-Doppler-Ultraschall, um Präeklampsie vorauszusagen;
- routinemäßig durchgeführtes Zählen der formalen Fötus-Bewegung für die Prävention einer späten Totgeburt;
- Kardiotokographische Untersuchung (CTG) zur Überwachung des Fötus.

Wenig Aufklärung zu diagnostischen Maßnahmen in der Pränataldiagnostik.

Des Weiteren werden mehrere pränataldiagnostische Maßnahmen von vier der befragten ExpertInnen kritisch betrachtet. Sie merken an, dass hier teils eine ausreichende Aufklärung fehlt (vgl. EX07, Z: 312-315). Laut den befragten ExpertInnen geht der Trend dahin, dass Frauen so früh wie möglich über den Entwicklungszustand ihres ungeborenen Kindes informiert werden möchten (vgl. Hager/Grießler 2012, S. 2, 15). Frauen fällt es schwer, eine gesundheitliche „Notwendigkeit“ einzuschätzen (vgl. EX08, EX07, Z: 303-310).

„[...] hohe Erwartungshaltung durch das soziale und gesellschaftliche Umfeld veranlasst Frauen zu vielen Untersuchungen[...]“ (vgl. EX08, EX07)

Die hohe Erwartungshaltung durch das soziale und gesellschaftliche Umfeld veranlasst Frauen zu vielen Untersuchungen. Laut einer Expertin ist das Thema „Kontrolle“ für Frauen in der Schwangerschaft heute sehr wichtig - sei es die Kontrolle über das Körpergewicht oder die Kontrolle über eine „perfekte Schwangerschaft“. Faktum ist, dass eine Schwangerschaft immer auch unvorhergesehene Parameter mit sich bringen kann. In solchen Situationen sind dann Frauen zusehends überfordert.

„[...] Schwangerschaft und Geburt lassen sich nicht zu hundert Prozent kontrollieren. Das ist eben gerade in unserer Zeit schwer zu akzeptieren. [...]“ (EX20, Z: 385-389)

Eine weitere Herausforderung für Frauen in der Schwangerschaft stellt die Integration in soziale Netzwerke und deren Aufrechterhaltung dar. Besonders junge und alleinstehende Frauen fühlen sich in ihrer Situation als Schwangere oft überfordert und alleine gelassen. Dieses individuelle Empfinden hängt stark von der persönlichen Situation ab und beeinflusst die Wahrnehmung und die damit einhergehende Identifikation mit der Schwangerschaft (vgl. Beelmann/Raabe 2007, S. 90).

Vier der befragten ExpertInnen sagen, dass eine fehlende soziale Unterstützung zu Überforderungserscheinungen führen kann (vgl. EX01, Z: 47-51; EX13, Z: 92-96, EX06, Z: 81-90; EX15, Z: 83-85). Faktoren wie eine stabile Partnerschaft und soziale Absicherung hingegen können den Verlauf einer Schwangerschaft und das Wochenbett positiv beeinflussen. Schwangere Frauen, welche langfristigem Stress und/oder Unsicherheiten ausgesetzt sind, können eher Komplikationen in der Schwangerschaft zeigen. Dieser pränatale Stress wirkt sich bereits im Mutterleib auf das ungeborene Kind aus und kann zu neurophysiologischen Beeinträchtigungen oder Reifungsdefiziten führen (vgl. Beelmann/Raabe 2007, S. 59).

5.1.2 Vereinbarkeit von Familie und Beruf

In den letzten Jahrzehnten vollzog sich ein stetiger Wandel im Hinblick auf die Familienstruktur und die Stellung der Frauen im Berufsleben. Durch die erhöhte Anzahl von Single-Haushalten und das steigende Karrierebewusstsein der Frauen nimmt die Doppelbelastung von Familie und Beruf laufend zu (vgl. Nave-Herz 2006, S. 30).

Laut ExpertInnenmeinung müsste hier ein Wandlungsprozess stattfinden, indem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als gesellschaftlicher Wert verankert wird. Dieses Vorhaben sollte nicht nur auf der personalen Ebene, sondern muss politisch und gesellschaftlich stattfinden. Eine gleiche Bezahlung von Frauen und Männern, Kinderbetreuung und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle sind ein erster Schritt in die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Lt. Deibl können „nur unverheiratete oder kinderlose Frauen ihre berufliche Laufbahn „störungsfrei“, d.h. ohne Unterbrechung der Kontinuität verfolgen“. (Deibl 1993, o.S. zit. n. Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 307) Denn eine längere Kinderpause wirkt sich in der österreichischen Gesellschaft immer noch in vielen Fällen negativ auf die berufliche Laufbahn aus. Der Verlust der bestehenden beruflichen Position, fehlende Berufsjahre für die Pension, ein erschwerter Wiedereinstieg in das Berufsleben sowie finanzielle Einbußen sind die Folge (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 307). Einem Bericht der Arbeiterkammer zufolge sind die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen beträchtlich. So verdienen Frauen in Österreich im Durchschnitt weniger als Männer. Bei der Berücksichtigung des hohen Teilzeitanteils und der Standardisierung auf Stundenverdienste liegt die Einkommenslücke bei 24 % (AK Wien 2013, S. 5).

Vereinbarkeit von Familie und Beruf als gesellschaftlicher Wert

Männer sind gefragt, Frauen in der Kindererziehung und -versorgung zu unterstützen. Väterkarenz wird in Österreich immer noch zu wenig in Anspruch genommen. Lt. Angaben des Frauengesundheitsberichtes 2010/2011 waren im Jänner 2006 3,25% aller KindergeldbezieherInnen männlich (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 325).

Integration von Männern in die Erziehungsarbeit hat positive Auswirkungen auf die Vater-Kind-Beziehung.

Daten der Familien- und Haushaltsstatistik zeigen, dass die Diskrepanz bei der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen, die mit einem betreuungspflichtigen Kind zusammenleben, beträchtlich ist. Während die männliche Erwerbsquote bei 96,6 Prozent liegt, beträgt der Frauenanteil 79,2 Prozent. Noch deutlicher wird dies im Hinblick auf die Differenzierung von Teil- und Vollzeitbeschäftigung. Der überwiegende Teil der Männer (87,6%) geht einer Vollzeitbeschäftigung nach, wohingegen Frauen hier nur auf einen Wert von 19,7% kommen. (vgl. Statistik Austria 2014).

*„[...] Wir müssen dahingehend Bewusstsein schaffen und im beruflichen Umfeld die Rahmenbedingungen ermöglichen, damit sich alle Beteiligten, auch die Männer, in die Familienarbeit miteinbringen können. [...]“
(EX12, Z: 100-103)*

Informationen für Frauen und Paare zum Thema Schwangerschaft und Geburt sind flächendeckend vorhanden.

Eine Expertin ist der Ansicht, dass die bestehenden Grundlagen der Integration von Vätern zumindest im urbanen Bereich vorhanden sind und Angebote wie die Väterkarenz immer öfter in Anspruch genommen werden. Dies hat laut ihrer Meinung eine positive Auswirkung auf die Vater-Kind-Beziehung (vgl. EX06, Z: 127-136). Es profitieren nicht nur die Kinder in ihrer Entwicklung, sondern auch die Väter, die dadurch eine Verbesserung der Lebensqualität erlangen können. Zudem wird das Bild der Männlichkeit langfristig fürsorglicher, weniger konkurrenzorientiert und dadurch weniger gewalttätig (Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 325f).

5.2 Der Informationsstand der schwangeren Frauen bzw. Paare, die ein Kind erwarten

Die ersten Informationen erhält eine schwangere Frau vom Frauenarzt/von der Frauenärztin, wenn die Schwangerschaft festgestellt wurde. Weitere Informationen folgen vom Krankenhaus, von GeburtsvorbereitungskursleiterInnen, Krankenkassen, Beratungsstellen und ArbeitgeberInnen. Hinsichtlich des Informationsstandes der schwangeren Frauen sind die befragten ExpertInnen geteilter Meinung.

Auf der einen Seite sagen ExpertInnen, dass die Vorinformation von schwangeren Frauen gut ist, auf der anderen Seite gibt es oft Fehlinformationen, z.B. aus dem Internet (EX05, Z:520-526). Das Informationsangebot zum Thema Schwangerschaft und Geburt in Oberösterreich ist sehr umfassend. Es gibt flächendeckend Kurse, Beratungsstellen und Anlaufstellen für Frauen und Paare.

5.3 Das Angebot rund um Schwangerschaft und Geburt

*„[...] In der Schwangerschaft glaube ich, dass man auf der einen Seite [...] mit dem „Mutter-Kind-Pass“ die medizinisch notwendigen Untersuchungen in der Schwangerschaft sehr gut institutionalisiert. [...]“
(EX01, Z:249-252)*

Unterstützung des Angebots in peripheren Gebieten

Derzeit gibt es folgende Angebote: Hebammensprechstunden, medizinische Betreuung durch FachärztInnen, Sprechstunden in (psychologischen) Beratungseinrichtungen und elternbildende Maßnahmen des Landes Oberösterreich und des Bundes. Die Informierung über das zur Verfügung stehende Angebot erfolgt durch die Gemeinde bzw. das Meldeamt, durch Hebammen, FachärztInnen und diverse Beratungsstellen. Der Umfang der Informationen erstreckt sich sowohl über Mutter- bzw. Elternberatung als auch Versicherungen, Veränderungen in der beruflichen Situation und finanzielle Unterstützung. Die Vielfalt der Angebote wird von den ExpertInnen positiv beurteilt.

Vor allem der Mutter-Kind-Pass ist eine geeignete Möglichkeit, um Informationen und Angebote komprimiert abzubilden. Diese Institutionalisierung und kostenlose systematische Betreuung der schwangeren Frauen bzw. Paare wird als Vorteil des Mutter-Kind-Passes betrachtet. Laut ExpertInnen, die in psychologischen Beratungsstellen tätig sind, birgt die verstärkte Betreuung und Beratung in Verbindung mit der Pränataldiagnostik und in der Phase nach der Geburt ein essentielles Verbesserungspotential.

Verbesserungsmöglichkeiten werden im Ausbau der Betreuung durch Hebammen, der (psychologischen) Nachbetreuung und des unterstützenden Angebots zur persönlichen Auseinandersetzung gesehen. Insbesondere die Betreuung nach der Geburt stellt in den Augen der ExpertInnen ein äußerst essentielles Potential für Verbesserung dar.

Bedingt durch das unterschiedliche Geburtenaufkommen lässt sich ein Unterschied der Angebotsintensität in städtischen und ländlichen Bereichen beobachten. Bezüglich der Geburtenabwicklung wird laut Einschätzungen der ExpertInnen das Angebot dem Bedarf gerecht. Hierbei kann vor allem bei der Versorgung im Zentralraum von einem Geburtenwesen und von einer medizinischen Betreuung gesprochen werden, das/die als äußerst kompetent, konzentriert und sich auf hohem Niveau weiterentwickelnd angesehen wird. Das Angebot für die Zeit während der Schwangerschaft hängt von den Initiativen der schwangeren Frauen bzw. Paare und den betreuenden GynäkologInnen ab (vgl. EX15, Z21-26). Allgemein betrachtet sprechen

Die Entscheidungsfindung wird begleitet durch psychoemotionale Belastungen – Schaffung von Angeboten

sich die ExpertInnen für eine weitere Unterstützung der peripheren Gebiete aus. Gleichzeitig soll nicht eine Errichtung von hochspezialisierten Zentren, sondern von ersten Versorgungsstellen angestrebt werden (vgl. EX05, Z:324-328).

5.3.1 Die Pränataldiagnostik

Die Entwicklung der Pränataldiagnostik ermöglicht heute eine nahezu maximale Unterstützung der werdenden Mütter bzw. Paare. Mit Hilfe diverser Untersuchungsmöglichkeiten können detaillierte Informationen über das Kind frühzeitig diagnostiziert werden. Dadurch können für mögliche medizinische Interventionen durch spezielle Teams in der kritischen Phase nach der Geburt entsprechende Vorbereitungen getroffen werden.

Gleichzeitig betonen die ExpertInnen, dass Untersuchungen immer eine Konsequenz haben. Über die Folgen sollten sich schwangeren Frauen bzw. Paare bewusst sein. Die Entscheidungen werden durch Beratungsgespräche ergänzt. Es muss aber letztlich das Paar bzw. die Frau selber weitere Entscheidungen treffen. Der Prozess der Entscheidung ist begleitet von psychoemotionalen Belastungen. Dieser Aspekt unterstützt die Forderung nach psychosozialen Angeboten.

5.4 Verbesserungspotenziale im Angebot

In den 19 durchgeführten ExpertInnen-Befragungen wurden zahlreiche Verbesserungsvorschläge in Bezug auf das bereits bestehende Angebot unterbreitet. Über die Hälfte der ExpertInnen sieht einen Handlungsbedarf im Bereich der psychosozialen Begleitung bzw. Unterstützung.

WHO „principles of perinatal care“

Überlegungen diesbezüglich wurden bereits 1985 im Zuge einer Konferenz der WHO gemacht und zum Thema Geburtshilfe dargestellt. Die zehn „principles of perinatal care“ zielen auf die verstärkte Betrachtung der psychologischen Faktoren ab (Chalmers/Mangiaterra/Porter 2001, S. 203).

- **Die Betreuung bei problemlos verlaufenden Schwangerschaften und Geburten soll „entmedikalisiert“ werden.** Das heißt, dass die wesentliche Betreuung mit einem Mindestangebot an notwendigen Interventionen ausgestattet ist. Wann immer möglich, sollte weniger statt mehr Technologie eingesetzt werden. Eine Überversorgung soll vermieden werden und Untersuchungen sollen zielgerichtet stattfinden.
- **Die Pflege soll auf der Anwendung von geeigneter Technologie basieren,** die als komplexe Aktionen definiert sind, die Methoden, Verfahren, Techniken, Arbeitsgeräte und andere Instrumente beinhalten, die alle angewandt werden, um ein spezifisches Problem zu lösen. Dieses Prinzip wird angewandt, um den übermäßigen Gebrauch der Technologien zu reduzieren oder um die Anwendung hoch entwickelter, komplizierter Technologie zu verringern, wenn ein einfacheres Verfahren ausreichen würde.
- **Die Pflege soll evidenzbasiert sein,** das heißt, dass sie durch die beste verfügbare pflegewissenschaftliche Forschung und, wo dies möglich und angemessen ist, durch randomisierte kontrollierte Studien (RCT randomized controlled trials) unterstützt wird.
- **Die Betreuung soll regional sein** und auf einem effizienten System der Überweisung von Gesundheitszentren hin zu tertiären Versorgungsstufen basieren.
- **Die Pflege soll multidisziplinär gestaltet sein** und die Beteiligung von GesundheitsexpertInnen wie Hebammen, GeburtshelferInnen, NeonatologInnen, KrankenpflegerInnen, Geburts- und ElternbildungsberaterInnen und SozialwissenschaftlerInnen umfassen.
- **Die Betreuung soll ganzheitlich ausgerichtet sein,** das heißt mit den intellektuellen, emotionalen, so-

zialen und kulturellen Bedürfnissen der Frauen, deren Kinder und Familien abgestimmt sein und nicht nur die rein biologische Seite betrachten.

- Die **Pflege soll familienorientiert** und auf die Bedürfnisse sowohl der Frauen und deren neugeborenem Kind, als auch auf die des Partners, der Familie und Freunde zugeschnitten sein.
- Die **Pflege soll kulturell angepasst werden**, die kulturellen Hintergründe der Frauen miteinbeziehen und diese berücksichtigen.
- Die **Pflege soll die Frauen in die Entscheidungsfindung miteinbeziehen**.
- Die **Pflege soll die Privatsphäre und Würde der Frauen respektieren** und ihnen mit Diskretion begegnen.

„[...] die Schaffung von Zentren, die nicht nur in Hebammenhand sind, sondern auch PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc. beschäftigen, um mehrere Bereiche der Prävention und Unterstützung bieten zu können. [...]“ (EX01, Z: 307-316)

Die Aussagen der ExpertInnen decken sich mit den Empfehlungen der WHO insofern, als dass diese auch die Anzahl der Angebote, die auf die emotionale Unterstützung der Frauen abzielen, als unzureichend betrachten. Eine Möglichkeit zur Verbesserung ist hier lt. ExpertInnen im Ausbau oder in der Verbesserung von Hebammen- bzw. pflegerischen Betreuungsangeboten denkbar. Laut EX05 fehlt hier eine kassenübergreifende Regelung in Hinblick auf eine kostenlose Betreuung nach der Geburt (vgl. EX05, Z: 141-144). Eine Rundumversorgung durch multiprofessionell organisierte Betreuungszentren ist zudem eine mögliche Ergänzung zum gegenwärtigen Angebot.

In solchen Zentren soll auf die individuellen Bedürfnisse der Frauen eingegangen werden, um etwaigen Problemfeldern wie zum Beispiel der „postnatalen Depression“ entgegenzuwirken. Außerdem erhalten Frauen psychologische Unterstützung, um das Geburtserlebnis an sich zu verarbeiten; zusätzlich sollen sie auf dem Weg in die neue Lebenssituation begleitet werden (vgl. EX15, Z: 441f).

5.5 Forschungstrends in Oberösterreich

Es gibt viele Studien und Forschungsergebnisse rund um die Thematik einer Schwangerschaft und einer Geburt eines Kindes. Pränataldiagnostik, Kinderwunsch und chronische Erkrankungen in der Schwangerschaft sind nur einige dieser Themen. Die befragten ExpertInnen beschäftigen sich mit dem Thema der künstlichen Befruchtung und mit der Frage, wie junge KrebspatientInnen nach einer Tumorbehandlung die Chance auf eine Familie haben können.

„[...] Neben der Universitätsklinik in Innsbruck unterstützt die Landes- Frauen- und Kinderklinik junge Onkologie-PatientInnen bei der Familienplanung. [...]“ (EX04, Z:214 - 219)

Durchschnittlich erhalten pro Jahr 38.000 ÖsterreicherInnen eine Krebsdiagnose (vgl. Statistik Austria, 2014). Davon waren im Jahr 2005 279 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 – 19 Jahren betroffen (vgl. Statistik Austria, 2007, 369, z. n. Ertlthaller, 2009, 12). Die Familienplanung bzw. der Kinderwunsch spielt bei jungen KrebspatientInnen zum Diagnosezeitpunkt oft gar keine oder nur eine geringe Rolle. Neben der Universitätsklinik in Innsbruck berät und therapiert die Landes- Frauen- und Kinderklinik junge onkologische PatientInnen. „[...] Eierstockgewebe, Eizellen oder Embryonen werden vor der Tumorbehandlung den jungen Mädchen entnommen und eingefroren. Nach der Chemotherapie wird das entnommene Eierstockgewebe wieder in den Körper des Kindes implantiert. Setzt die Hormonproduktion wieder ein, können Eizellen entnommen werden. [...]“ (EX 04, Z 211 - 213) „[...] Junge Krebspatientinnen haben somit die Möglichkeit, Eizellen für die spätere Familienplanung einzufrieren. [...]“ (EX03, 2014, Z. 59-61) In München wurden 28 Kindern Teile des Eierstocks entnommen und in das Handgelenk verpflanzt. Es wuchs ein Follikel und es konnten Eizellen entnommen werden. Dieses Beispiel zeigt den Rahmen der medizinischen Forschung [...]“ (vgl. EX04, 2014, Z. 211-219).

Österreich führend in der Embryonenforschung

Eine Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung ist laut dem Kinderwunschzentrum Linz ein weiteres wichtiges Forschungsgebiet. In Österreich sind (laut Kinderwunschzentrum Linz)

„Im Kinderwunschzentrum Linz werden die Embryonen rund um die Uhr überwacht. Das ermöglicht eine Time Lapse Kamera, die die Embryonen alle 5-10 Minuten fotografiert.“ (EX04, Z: 166 - 167)

10 – 15% aller Partnerschaften ungewollt kinderlos. Es gibt verschiedene Gründe, sowohl beim Mann als auch bei der Frau, die zur Kinderlosigkeit führen können. Wurde die Ursache identifiziert, kann durch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten eine Schwangerschaft herbeigeführt bzw. unterstützt werden. „[...] Eine Herausforderung stellen jene Patientinnen dar, welche schwer zu stimulieren sind bzw. die noch nie eine Befruchtung gehabt haben. Hier müssen Spezialmethoden wie z.B. die künstliche Eizellaktivierung angewendet werden. [...]“ (EX04, 2014, Z. 166-167)

„[...] Österreich ist gemeinsam mit Belgien führend in der Embryonenforschung mit Hilfe von Zeitrafferkameras. Im Kinderwunschzentrum Linz werden die Embryonen rund um die Uhr überwacht. Das ermöglicht eine Time Lapse Kamera (=Zeitrafferkamera), die die Embryonen alle 5-10 Minuten fotografiert. Das Ergebnis ist dann ein Film, wo genau beobachtet werden kann, wie sich der Embryo teilt. [...]“. (vgl. EX04, 2014, Z. 166-167)

5.6 Die Kooperation der AkteurInnen im Geburtswesen

Verbesserung der Qualität im Geburtswesen durch Kooperation und Zusammenarbeit der AkteurInnen

Im Allgemeinen sind alle 19 befragten ExpertInnen der Meinung, dass es einen Verbesserungsbedarf bei der Kooperation der einzelnen Disziplinen im geburtshilflichen Bereich gibt. Laut Aussagen einer ExpertIn sollten einzelne Institutionen vernetzt zusammenarbeiten, damit eine gute Versorgung in den Bereichen Schwangerschaft und Geburt garantieren werden kann. Besonders bei Problemen in der Schwangerschaft oder während und nach der Geburt sollten keine Schnittstellen entstehen; vielmehr sollte an dieser Nahtstelle die interdisziplinäre Zusammenarbeit vorherrschen (EX 01, Z: 331ff).

„[...]Es ist eine Qualitätssteigerung, wenn es mehrere Professionen und Zugänge in einem Team gibt, die sich auch als Team verstehen[...]“ (EX 1, Z: 261ff)

Drei der befragten ExpertInnen sind der Meinung, dass es wichtig ist, einen persönlichen Kontakt zu Personen, die in bzw. an Nahtstellen arbeiten, zu haben. Dadurch kann die Kooperation zwischen den AkteurInnen direkt verbessert werden. Paare, die ein Kind erwarten, können an ÄrztInnen, GynäkologInnen, Hebammen und TherapeutInnen etc. weitergeleitet werden, denen sie aufgrund von guten Erfahrungsberichten vertrauen können (EX 07, Z: 1134ff). Eine wichtige Rolle kommt hier den Hebammen zu. Laut Aussagen von ExpertIn 11 stellen sie den Kontakt zu anderen Nahtstellen her, da Hebammen in einem engen Kontakt mit Paaren, die ein Kind erwarten, stehen. Aufgrund dessen genießen sie einen „Vertrauensvorsprung“ bei den Frauen und Männern in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt, den andere Berufsgruppen und Institutionen oft nicht haben. Eine Vernetzung zu anderen Fachpersonen ist durch eine betreuende Hebamme einfacher (EX 11, Z: 1508ff).

Um die Qualität im Bereich der Kooperation im Geburtswesen zu verbessern, muss die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen AkteurInnen verbessert werden. Das betrifft das multisektionale, multiprofessionelle, multidisziplinäre Rollenverständnis aller mitwirkenden Personen im Bereich der Geburtshilfe (EX 15, Z: 261ff).

Durch Interprofession die Verbesserung der Versorgungsqualität und eine Entlassung der AkteurInnen erzielen

Aufgrund der heterogenen Teamstruktur im Bereich der Geburtshilfe ist es essenziell, dass der Informationsaustausch, die Koordination der Leistungen und die Partizipation gestaltet und entwickelt werden. Durch den interdisziplinären Teamansatz wird eine optimale Integration der Leistungen der einzelnen AkteurInnen garantiert, da sich dieser Ansatz auf einen PatientInnen- und prozessorientierten Organisationsstil stützt (vgl. Körner: 39f).

Die interprofessionelle Zusammensetzung von Teams ist eine Chance, die PatientInnenversorgung im Bereich der Schwangerschaft und Geburt zu verbessern (vgl. Antoni. 2010: o.S.). Eine Verbesserung auf diesem Gebiet würde eine wesentliche Entlastung und zugleich einen Qualitätsgewinn für alle AkteurInnen im Geburtswesen mit sich bringen (EX 15, Z: 260ff).

5.6.1 Die Kooperation zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich

Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Bereich und Krankenhaus als Baustein der Versorgung

Die Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenem Bereich und dem Krankenhaus stellt einen wesentlichen Baustein in der Versorgung im Bereich der Schwangerschaft und Geburt dar. Das Krankenhaus kann für niedergelassene ÄrztInnen als eine Ergänzung in der PatientInnenversorgung gesehen werden (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008 S. 2). Die Basisuntersuchungen wie zum Beispiel der Ultraschall sollten bei einer Schwangerschaft ohne Komplikationen von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt werden. Laut Aussagen von einer ExpertIn muss diesbezüglich die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenem Bereich verbessert werden. Das heißt, dass viele Untersuchungen wie zum Beispiel die Ultraschalluntersuchung, die in der Schwangerschaft durchgeführt werden, an die niedergelassenen Gynäkologen ausgelagert werden sollten (EX 05, Z: 391ff).

Ein Experte kritisiert, dass niedergelassene GynäkologInnen oft PatientInnen für Untersuchungen an ein Krankenhaus überweisen, die nicht unbedingt von der Klinik durchgeführt werden müssten. Die Überwachung einer komplikationslosen Schwangerschaft sollte bis zur Terminüberschreitung außerhalb der Kliniken erfolgen (EX 05, Z: 416ff).

Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Sektor

In diesem Zusammenhang ist ein enger Informationsaustausch zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenem Sektor von Vorteil (EX 15, Z: 379f). In Zukunft werden Kontrolluntersuchungen der Landes- Frauen- und Kinderklinik wie zum Beispiel die Ultraschalluntersuchung in Kooperation mit den Krankenhäusern Rohrbach, Freistadt und Bad Ischl durchgeführt (EX 03, Z: 52ff).

5.6.2 Die interne Zusammenarbeit in der Geburtshilfe im Krankenhaus

Verbesserungspotential in der internen Zusammenarbeit

PatientInnen fordern eine auf sie individuell abgestimmte Behandlung. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, müssen die MitarbeiterInnen eines Krankenhauses auf die Wünsche, Bedürfnisse, Präferenzen und Anforderungen der werdenden Eltern eingehen (vgl. Körner: S. 33). Auch die Ansprüche von Frauen und Männern in Bezug auf die Betreuung durch Hebammen und GynäkologInnen bei der Geburt sind Studien zufolge sehr unterschiedlich. Die meisten Paare fordern eine Betreuung durch beide Berufsgruppen, wobei die Ausprägung der Kooperation variieren soll (vgl. Müller. 2009: o.S.). Durch die Möglichkeit, dass in einigen Krankenhäusern bei einer komplikationslosen Schwangerschaft das Kind auf Wunsch ausschließlich unter der Betreuung der Hebamme geboren werden kann, wird diesen Forderungen nach Selbstbestimmung Beachtung geschenkt. Laut Aussagen einer Expertin verläuft die interne Kooperation bei dieser Form der Geburt meist problemlos (EX 05, Z: 216ff).

Verbesserung der Kommunikation und Kooperation krankenhausintern

Grundsätzlich gibt es ein Verbesserungspotential in der internen Zusammenarbeit der einzelnen AkteurInnen bei der Geburt. Eine ExpertIn kritisiert, dass in einem Krankenhaus eine gute Kooperation oft vom Dienstplan abhängig ist. Wenn MitarbeiterInnen Dienst haben, deren Zusammenarbeit konfliktlos verläuft, funktioniert diese auch reibungslos. Im Allgemeinen ist die Bandbreite von einer ausgezeichneten Kooperation bis hin zu einer verbesserungswürdigen Zusammenarbeit allerdings sehr groß (EX 13, Z: 476ff). Aus diesem Grund muss eine Integration, Koordination, Kommunikation und Partizipation der MitarbeiterInnen in einem Krankenhaus stattfinden. Die PatientInnen nehmen wahr, ob und wie die AkteurInnen miteinander kooperieren, wie der Informationsfluss abgestimmt ist, ob Behandlungen reibungslos verlaufen oder ob es unter den behandelnden AkteurInnen in der Geburtshilfe gegenseitige Schuldzuweisungen gibt. Eine Verbesserung der Kooperation in einer Klinik kann durch eine bessere interne Kommunikation erfolgen. So findet ein Informationsaustausch statt, der für die interne Zusammenarbeit von großem Vorteil ist (vgl. Körner: S. 33).

6. MAßNAHMEN, EMPFEHLUNGEN UND ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR OBER-ÖSTERREICH

6.1 Sicht der ExpertInnen

6.2 Sicht der befragten schwangeren Frauen

6.3 Sicht der ExpertInnen für Frauen mit besonderen Bedürfnissen

6. Maßnahmen, Empfehlungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Oberösterreich

6.1 Sicht der ExpertInnen

- Fachliche Information und Beratung von Frauen durch Fachpersonen: Frauen werden durch die hohe Erwartungshaltung an die Schwangerschaft und den gesellschaftlichen Druck zu vielen Untersuchungen veranlasst. Laut den befragten ExpertInnen geht der Trend dahin, dass Frauen so früh wie möglich über den Entwicklungszustand ihres ungeborenen Kindes informiert werden möchten, wobei es Laien schwerfällt, eine gesundheitliche „Notwendigkeit“ einzuschätzen. Hier sollte Frauen der Zugang zu verständlicher, nachvollziehbarer Information erleichtert werden, um Entscheidungen zu treffen. Verbesserung der Aufklärung zu diagnostischen Maßnahmen in der Schwangerschaft und bei der Geburt.
- Verbesserung der psychosozialen Hilfestellungen und Angebote; Reduktion der Belastungsfaktoren bei der Entscheidungsfindung nach pränataldiagnostischen Maßnahmen.
- Verbesserung der sozialen Absicherung für Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett.
- Niederschwellige Betreuung und Präventionsmaßnahmen besonders bei Familien in sozial und finanziell prekären Lagen sichern, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern.
- Förderung der Väterkarenz (Erziehungsarbeit ist nicht nur Frauenarbeit): Väterkarenz hat positive Auswirkungen auf die Vater-Kind-Beziehung.
- Vorhanden sind sehr gute flächendeckende Informationen für Frauen für Frauen und Paare zum Thema Schwangerschaft und Geburt in OÖ.
- Evtl. Verbesserungspotential im Bereich „Information und Beratung“ haben periphere Gebiete in OÖ.
- Ausbau der Hebammen- bzw. pflegerischen Betreuungsangebote in der Schwangeren- und Nachbetreuung.
- Ausbau bzw. Schaffung von multidisziplinären Betreuungszentren.
- Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen Fachpersonen im extramuralen Bereich und Institutionen.
- Verbesserung der krankenhauses-internen Kommunikation, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.
- Investitionen in die Unterstützung und Entwicklung der elterlichen Fähigkeiten an den Nahtstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sind in mehrfacher Hinsicht unverzichtbar. Aus der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe muss danach getrachtet werden, krisenhafte Entwicklungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Wenn solche auftreten, gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und die Fähigkeiten der Betroffenen zu stärken, ihre Handlungsalternativen zu erweitern und auftretende Belastungssituationen bestmöglich zu bewältigen.
- Es bedarf eines ungehinderten Zugangs, sodass auch sozial benachteiligte Frauen und ihre Familien oder Frauen mit Migrationshintergrund die Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen. Diesen Zugang schafft der Mutter-Kind-Pass, welcher einen ungehinderten Zugang zu Untersuchungen sichert. Ziel ist hier eine qualitative, zeitgemäße Weiterentwicklung und Attraktivierung des Mutter-Kind-Passes sicherzustellen, damit dieser optimal genutzt wird.
- Stillen und stillfreundliche Gesundheitseinrichtungen und Angebote in Oberösterreich weiterhin fördern.

6.2 Sicht der befragten schwangeren Frauen

- Ganz generell werden Frauen bzw. Paare in OÖ gut und umfangreich informiert. Die befragten schwangeren Frauen informieren sich vorwiegend im Internet, über Bücher und bei Verwandten und Freunden. Das Angebot an Kursen in OÖ ist sehr umfassend und informativ. Die Qualität der gesundheitsrelevanten Informationen ist allerdings vor allem bei den am häufigsten genutzten Informationsquellen (informeller Bereich und Internet) nicht gesichert. Fachlich und medizinisch korrekte, unabhängige Informationen sollten vermehrt in ausgewogener und verständlicher Form den werdenden Müttern und Vätern zugänglich gemacht werden.
- Rund die Hälfte der befragten Frauen nehmen zusätzliche diagnostische Maßnahmen in Anspruch.
- Unter den befragten Frauen besteht eine ambivalente Einstellung zu pränataldiagnostischen Maßnahmen. Mehr Aufklärungs- bzw. Informationsbedarf wird von den Betroffenen angemeldet.
- Die Herausforderung, Familie und Beruf zu vereinen, ist für Frauen groß. Die befragten Frauen geben an, dass besonders Teilzeitbeschäftigungen wichtige Arbeitszeitformen sind. Wenige Väter gehen in Karenz – Tendenz aber steigend.
- Ganz generell ist den Frauen der Wiedereinstieg ins Berufsleben und die Zeit mit ihren Kindern sehr wichtig. Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Betrieben sollte in OÖ Ziel sein.
- Ganz generell sind die befragten Frauen mit der medizinischen Betreuung in OÖ sehr zufrieden. Einzig der Wunsch nach mehr Versorgung durch Hebammen während der Schwangerschaft wird angemerkt.
- Die befragten schwangeren Frauen in OÖ blicken generell positiv in die Zukunft.

6.3 Sicht der ExpertInnen für Frauen mit besonderen Bedürfnissen (insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Beeinträchtigungen, Frauen mit Gewalterfahrung und schwangere Teenager)

- Ausbau bzw. Schaffung eines Angebotes zur Beratung (Kurse und sonstige Informationsmaterialien) für Frauen mit Migrationshintergrund.
- Dolmetschdienste können Sprachbarrieren überwinden und ermöglichen einen besseren Zugang zu den vorhandenen Angeboten. Schlüsselfaktor ist die Sprache.
- Nachvollziehbare, verständliche Aufklärung bei medizinischen Maßnahmen für MigrantInnen zugänglich machen. „Gesundheitswörterbuch“ in verschiedenen Sprachen für das Fachpersonal und für PatientInnen zugänglich machen.
- Fort- und Weiterbildung des Fachpersonales zum Thema „Transkulturelle Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung“. Durch die interkulturelle Öffnung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen wird der Zugang zu Versorgungs- und Hilfsleistungen für schwangere Frauen mit Migrationshintergrund erleichtert und werden zusätzliche Belastungsfaktoren vermindert.
- Schwangere Frauen mit Beeinträchtigungen werden in OÖ gut beraten – Handlungsbedarf besteht individuell bei den praktischen Umsetzungen und bei Hilfen im Alltag nach der Geburt.
- Gewalt ist besonders in der Schwangerschaft ein Tabuthema; Frauen befinden sich in einem „Ausnahmestand“ und stehen vor vielen offenen Fragen. Eine direkte Vernetzung mit Gewaltschutzeinrichtungen und diesbezügliche Fort- und Weiterbildungen des Fachpersonals in Gesundheitseinrichtungen könnten eine Verbesserung der Situation darstellen.

- Schwangere Teenager: 2013 haben 308 Frauen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren in OÖ ein Kind geboren (Statistik Austria 2014a). Information über die Anlaufstellen für Jugendliche, die vor einer Mutter- und Vaterschaft stehen. Angebote über das Thema „Rechte und Pflichten von Eltern“ für Jugendliche – der Einstieg ins Erwachsenenleben kann dadurch verbessert werden.
- Das Angebot der „anonymen Geburt“ wird seit seiner österreichweiten Einführung 2001 immer öfter in Anspruch genommen. Diese Maßnahme soll neben dem Babynest, das in vier oberösterreichischen Krankenhäusern installiert wurde, Kindesweglegungen und -tötungen verhindern. Die Information, dass es das Angebot in jedem Krankenhaus gibt, sollte möglichst zugänglich gemacht werden. Dadurch kann verhindert werden, dass Frauen alleine und ohne fachliche Betreuung ihr Kind gebären müssen.

7.VERZEICHNISSE UND LITERATUR

7.1 Literatur- und Datenquellen

7.2 Abbildungsverzeichnis

7.3 Tabellenverzeichnis

7. Verzeichnisse und Literatur

7.1 Literatur -und Datenquellen

Einleitung und Übersicht

Amt für Soziales, Jugend und Familie (2014): Statistische Daten des Amtes für Soziales, Jugend und Familie, Abteilung Heim- und Pflegekinder. Anonyme Geburten seit 2001. Per Post übermittelt am 20.11.2014.

Statistik Austria (2014a): Bevölkerungsstatistik. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html, Zugriff am 02.12.2014.

Statistik Austria (2014b): Demographische Indikatoren – Erweiterte Zeitreihen ab 1961 in Österreich. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, Zugriff am 30.08.2014.

Geburtenregister Österreich (2014a): Bericht über die Geburtshilfe in Österreich 2013. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH Innsbruck.

Geburtenregister Österreich (2014b): Auswertungsdaten. Genehmigt und übermittelt vom Fachbeirat des Geburtenregisters Österreichs. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. E-Mail vom 05.11.2014.

LFKK Linz (2014c): Statistische Daten der LFKK Linz, telefonisch und per E-Mail übermittelt durch das Kreißzimmer der LFKK im Dezember 2014.

Hintergründe der Studie und Forschungsdesign

Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Mayring, Phillipp (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativen Denken. München: Psychologie Verlags Union.

Medjedović, Irena (2014): Qualitative Sekundäranalyse. Zum Potenzial einer neuen Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer.

Kapitel 1: Statistische Informationen zu Schwangerschaft und Geburt

Amt für Soziales, Jugend und Familie (2014): Statistische Daten des Amtes für Soziales, Jugend und Familie, Abteilung Heim- und Pflegekinder. Anonyme Geburten seit 2001. Per Post übermittelt am 20.11.2014.

BMGFJ – Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Säuglingsernährung heute 2006. Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtskliniken in Österreich. Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr. Wien: BMGFJ.

BMGFJ - Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): 68. Verordnung über Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung. Bundesgesetzblatt II (CELEX-Nr. 32006L0141) vom 21.02.2008.

Bundeskanzleramt (2014): Hebammengesetz. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010804&ShowPrintPreview=True>, Zugriff am 17.11.2014.

FH Gesundheitsberufe OÖ (2014): Bachelor-Studiengang Hebamme http://www.fh-gesundheitsberufe.at/index.php?id=155&L=0_06.gifve%EF%BF%BD2br%2Fuol%2Findex.htmcs%2FI%EF%BF%BDI%3F2%EF%B-F%BD%C3%90%C2%92%C3%A2%C2%80%C2%BAtp%3A%2Fsubsz.6te.net%2Flist.txt%3Fee194b7c8Indp-ZHRoljtzOjQ6lJgwMG0iO3M6NjoiaGVpZ2h0lJtzOjQ6lJYw, Zugriff am 27.12.2014.

Fiala, C. (2004): Anonym Gebären in Österreich. Wien.

Fiala, C. (2014): Anonyme Geburt. Situation in Österreich. <http://anonymegeburt.at/betroffene/situation-oesterreich/>, Zugriff: 27.12.2014.

Geburtenregister Österreich (2013): Geburtenregister Österreich Bericht Geburtsjahr 2012. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. Innsbruck.

Geburtenregister Österreich (2014a): Bericht über die Geburtshilfe in Österreich 2013. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH Innsbruck.

Geburtenregister Österreich (2014b): Auswertungsdaten. Genehmigt und übermittelt vom Fachbeirat des Geburtenregisters Österreichs. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. E-Mail vom 05.11.2014.

Geburtenregister Österreich (2014c): Auswertungsdaten: Vaginale Geburt und Anästhesie. Genehmigt und übermittelt vom Fachbeirat des Geburtenregisters Österreichs. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. E-Mail vom 17.12.2014.

Gibbons, L., Belizán, J., Lauer, J. et al. (2010): The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. In: WHO World Health Report, Background Paper. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>, Zugriff am 09.12.2014.

Haschke, F. (1985): Säuglingsernährung in Österreich. Studie im Auftrag des Gesundheitsministeriums. Wien: BMGU.

Land Oberösterreich (2014): Anonyme Geburt und Babyklappe. http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-2153856C-003A56E9/oe/hs.xml/28198_DEU_HTML.htm, Zugriff am 27.12.2014.

Land OÖ, Abt. Statistik (2014): Auswertungsdaten und Grafiken. Übermittelt von der Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich. E-Mail vom 27.11.2014.

Langer M. (2012): Die Sectorate: ein Problem der modernen Geburtshilfe? In: Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 30 (2), S. 4-6.

LFKK Linz (2014a): statistische Daten der LFKK Linz, aufbereitet und übermittelt von Prim.a Dr.in Gabriele Wiesinger-Eidenberger, Neonatologie LFKK im November 2014.

LFKK Linz (2014b): Jahresbericht der Landes Frauen und Kinderklinik Linz 2013. <http://www.frauen-kinderklinik-linz.at/uploads/media/LFKK-Jahresbericht2013-mail.pdf>, Zugriff am 10.12.2014.

LFKK Linz (2014c): Statistische Daten der LFKK Linz, telefonisch und per E-Mail übermittelt durch das Kreißzimmer der LFKK im Dezember 2014.

ÖBIG – österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998): Stillen in Österreich. Studie im Auftrag des Gesundheitsministeriums. Wien: ÖBIG.

ONGKG – Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2014a): Zertifizierungsstufen nach WHO- und UNICEF-Kriterien. <http://www.ongkg.at/baby-friendly/zertifizierung/zertifizierungsstufen.html>, Zugriff am 15.11.2014.

ONGKG – Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2014b): Baby-friendly Hospitals in Österreich. <http://www.ongkg.at/baby-friendly/bfh-in-oesterreich.html> , Zugriff am 15.11.2014.

ONGKG – Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2014c): Die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“. <http://www.ongkg.at/baby-friendly/die-globalen-kriterien-die-10-schritte-und-der-who-kodex.html> , Zugriff am 09.11.2014.

Österreichisches Hebammengremium (2014): Hebammen Elternbroschüre 2014. Wiener Neustadt

Riecher-Rössler, Anita/Blitzer, Johannes (Hrsg.) (2005): Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München: Elsevier/Urban & Fischer.

Speitel, Anja (2014), nach der Geburt. <http://www.gesund.at/a/nach-geburt> , Zugriff am 07.11.2014.

Statistik Austria (2014a): Statcube. Statistische Datenbank von Statistik Austria. Geborene. http://statcube.at/superwebguest/autoLoad.do?db=degeborene_ext, Zugriff am 17.11.2014.

Statistik Austria (2014b): Demographische Indikatoren – Erweiterte Zeitreihen ab 1961 in Österreich. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, Zugriff am 30.08.2014.

Statistik Austria (2014c): Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/, Zugriff am 26.11.2014.

Statistik Austria (2014d): Berufsausübende Fachärzte und Fachärztinnen 2012 nach Fachrichtungen und Bundesländern. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/, Zugriff am 30.08.2014.

Statistik Austria (2014e): Bettennutzung in Krankenanstalten 2013 nach Abteilungen und Bundesländern. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html, Zugriff am 17.11.2014.

Statistik Austria (2014f): Säuglingssterblichkeit seit 2002 nach Lebensdauer und Bundesländer. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html, Zugriff am 17.11.2014.

Statistik Austria (2014g): Statistik der durchschnittlichen Klinikaufenthalte von 1989 bis 2013. Übermittelt von Erika Baldaszti. E-Mail vom 18.11.2014.

Statistik Austria (2014h): Durchschnittliches Gebä- bzw. Fertilitätsalter der Mutter nach Lebendgeburtenfolge seit 1984. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022903.html, Zugriff am 27.11.2014.

World Health Organization (1981): International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf , Zugriff am 13.11.2014.

Kapitel 2: Situation schwangerer Frauen in Oberösterreich - eine qualitative Studie

Becker et al. (2010): Verwendung von Nährstoffsupplementen vor und während der Schwangerschaft. In: Ernährungs Umschau. 2011 Jg., H. 58, S. 36-41.

Bundeskanzleramt (2014): Mutter-Kind-Pass. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082201.html>, Zugriff am 23.11.2014.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014): Elternkarenz. http://www.sozialministerium.at/site/Arbeit/Arbeitsrecht/Elternkarenz_und_Elternteilzeit/Elternkarenz, Zugriff am 06.12.2014.

Bundesministerium für Familien und Jugend (2009): Ergebnisse einer quantitativen Studie zum Kinderbetreuungsgeld nach der Reform 2008. <http://www.bmfj.gv.at/ministerium/familienforschung/forschungsberichte-studien.html>, Zugriff am 10.12.2014.

Bundesministerium für Familien und Jugend (2014): Kinderbetreuungsgeld. <http://www.bmfj.gv.at/familie/finanzielle-unterstuetzungen/kinderbetreuungsgeld/kinderbetreuungsgeld.html>, Zugriff am 06.12.2014.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht_2010_2011.pdf, Zugriff am 26.11.2014.

Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Die österreichische Ernährungspyramide für Schwangere. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Empfehlungen/Die_oesterreichische_Ernaehrungspyramide_fuer_Schwangere, Zugriff am 08.12.2014.

Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Prävention. Mutter-Kind-Pass. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass, Zugriff am 24.11.2014.

Bundesministerium für Gesundheit (2014c): Rahmen-Gesundheitsziel 3. Bericht der Arbeitsgruppe. http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3_Bericht_201404142.pdf, Zugriff am 14.11.2014.

Bundesministerium für Gesundheit (2014d): Rahmen-Gesundheitsziel 6. Bericht der Arbeitsgruppe. http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ_6_Gesundes_Aufwachsen_Bericht_der_Arbeitsgruppe.pdf, Zugriff am 14.11.2014.

Bundesministerium für Gesundheit (2014e): Die zehn Rahmengesundheitsziele. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/die-10-ziele/>, Zugriff am 18.11.2014.

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2010): Pränataldiagnostik – Spezielle vorgeburtliche Untersuchungen. Wien.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2011): Erste einheitliche Handlungsempfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft. <http://www.dge.de/ernaehrungspraxis/bevoelkerungsgruppen/schwangere-stillende/handlungsempfehlungen-zur-ernaehrung-in-der-schwangerschaft/>, Zugriff am 07.12.2014

Deutsches Krebsforschungszentrum (2003): Passivrauchende Kinder in Deutschland – Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Passivrauchen_Band2_4_Auflage.pdf, Zugriff am 15.11.2014.

Eurostat (2014): Säuglingssterblichkeit. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=0&language=de&pcode=tps00027>, Zugriff am 04.12.2014.

Frühe Hilfen, Modellprojekt, 2014
<http://www.fruehehilfen.at/de/Projekte/Pilotprojekte14.html>, Zugriff am 29.11.2014.

Geburtenregister Österreich (2014a): Bericht über die Geburtshilfe in Österreich 2013. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. Innsbruck.

Geburtenregister Österreich (2014b): Auswertungsdaten. Genehmigt und übermittelt vom Fachbeirat des Geburtenregisters Österreichs. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. Innsbruck.

Hager, Mariella/Grießler, Erich/ Institut für Höhere Studien (2012): „Wunsch nach einem perfekten Kind“ und „Angstspirale“. Perspektiven auf Pränataldiagnostik und Spätabbruch in der klinischen Praxis. Wien.

hkk erste Gesundheit (2014): hkk Gesundheitsreport. Schwangerschaft und Geburt. Ergebnisse einer Befragung von Müttern. http://www.hkk.de/fileadmin/doc/broschueren_flyer/sonstiges/20141114_hkk-Gesundheitsreport_Schwangerschaft.pdf, Zugriff am 28.11.2014.

Horak et al. (2011): Das Fetale Tabaksyndrom – Ein Statement der Österreichischen Gesellschaften für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG), Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP), Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) sowie Pneumologie (ÖGP). In: Wiener klinische Wochenschrift. 2012 Jg., H. 124, S. 129-145.

Institut für Suchtprävention (2005): Vom Gebrauch der Drogen: Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. [http://www.praevention.at/upload/documentbox/Band_15_Vom_Gebrauch_der_Drogen_20_\(Final_Book\).pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/Band_15_Vom_Gebrauch_der_Drogen_20_(Final_Book).pdf), Zugriff am 17.12.2014.

Institut für Suchtprävention (2010): Bericht zum Drogenmonitoring 2009. <http://www.praevention.at/upload/documentbox/Bericht2009a.pdf>, Zugriff am 11.11.2014.

IP01 bis IP40: Interviewpartnerin Nr. 1 bis Nr. 40; Interviews durchgeführt zwischen Juli und Oktober 2014. Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Gesundheitsforschung. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der JKU Linz.

Kagan, Karl Oliver/KUHN, Ulrich (2004): Sport und Schwangerschaft. In: Herz. Kardiovaskuläre Erkrankungen. 2004 Jg., H. 29, S. 426-434.

Kainer, Franz/NOLDEN, Annette (2011): Das große Buch zur Schwangerschaft. Gräfe und Unzer Verlag: München.

Kirschner, Wolf (2013): Ernährung als Thema in der Schwangerenvorsorge. In: Der Gynäkologe. 2013 Jg., H. 46, S. 313-319.

Korsten-Reck, Ulrike (2011): Schwangerschaft und Sport. In: Der Gynäkologe. Frauengesundheit in der Praxis. 2011 Jg., H. 44, S. 929-936.

Krankenhaus St. Josef Braunau (2014): Gynäkologie/Geburtshilfe. Geburtshilfliche Angebote. Geburtsvorbereitungskurse. <http://www.khbr.at/medizin-pflege/gynaekologie-geburtshilfe/geburtshilfliche-angebote/geburtsvorbereitungskurse/>, Zugriff am 09.12.2014.

Ludwig Boltzmann Institut. Health Technology Assessment (2009): Mutter-Kind-Pass. Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen. <http://geburtsallianz.at/downloads/mukipassinternationalenvergleich.pdf>, Zugriff am 04.12.2014.

Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment (2012): Eltern-Kind-Vorsorge-neu. Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. Wien.

Ludwig Boltzmann Institut. Health Technology Assessment (2012): Eltern-Kind-Vorsorge-neu. Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. Wien.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein- Westfalen (2013): Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Gesundheitsberichte Spezial Nr. 145.

MuKiPassV (2002): Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen über die Festlegung eines Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes, die Voraussetzungen zur Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe sowie über den Mutter-Kind-Pass (Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002) Bundesgesetzblatt II Nr. 470/2001.

Müller, Birte Marei (2005): Die Schwangerenvorsorge und ihre Auswirkungen aus Sicht der Schwangeren: qualitative medizinsoziologische Studie als Beitrag zur Gestaltung der Schwangerenvorsorge in Deutschland. Heidelberg, Zugriff am 06.12.2014.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2013): Geburt. Vorsorge. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Gut_vorbereitet_zur_Geburt_HK.html, Zugriff am 28.11.2014.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2014a): Gesundheitsdeterminanten <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/files/gesundheitsfoerderung-gesundheitsdeterminanten.jpg>, Zugriff am 1.12.2014.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2014b): Mutter-Kind-Pass. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Alles_zum_Mutter_Kind_Pass_HK.html, Zugriff am 25.11.2014.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2014c): Spezielle Pränataldiagnostik. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/spezielle-praenataldiagnostik.html>, Zugriff am 11.12.2014.

OÖGKK (2014): Datenauskunft über die Inanspruchnahme von Mutter Kind Pass Untersuchungen im Jahr 2013; übermittelt per E-Mail am 02.12.2014.

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gut begleitet von Anfang an, 2014 <https://www.ooegkk.at/portal27/sec/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.727056&action=2&viewmode=content>, Zugriff am 29.11.2014.

Österreichisches Hebammengremium (2014): Eltern. Geburtsvorbereitung. <http://www.hebammen.at/eltern/schwangerschaftsbetreuung/geburtsvorbereitung>, Zugriff am 08.12.2014.

Portal der Arbeiterkammern (2014): Mutterschutz. Bekanntgabe der Schwangerschaft. http://www.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/Mutterschutz/Bekanntgabe_der_Schwangerschaft.html, Zugriff am 11.12.2014.

Praxis für Frauengesundheit (2014): Schwangerschaft. <http://www.frauengesundheit-solln.de>, Zugriff am 11.12.2014.

Reinsperger I, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu, Teil Xa: Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes. Projekt-hintergrund und Vergleich internationaler und nationaler Praxisbeispiele für Appraisal-Prozesse. Decision Support Document Nr.: 78a; 2014. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Richtig Essen von Anfang an (2014): Ernährung in der Schwangerschaft, Genussmittel. <http://www.richtigessenvonanfangen.at/Richtig-essen/Informationen-fuer-Beratungsfachkraefte-und-Fachexpert-inn-en/Ernaehrung-in-der-Schwangerschaft2#Genussmittel>, Zugriff am 28.11.2014.

Rohrmeister K, Weninger M. (2006): Neugeborene drogenabhängiger Mütter. Monatsschrift Kinderheilkunde. Jg. 154 (1): S. 79-89.

Statistik Austria (2010): BMI. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html, Zugriff am 25.11.2014.

Statistik Austria (2013a): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Familien nach Familientyp, Zahl der Kinder und Bundesländern – Jahresdurchschnitt. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/023081.html, Zugriff am 11.12.2014.

Statistik Austria (2013b): Statistik der Ehescheidungen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/022912.html, Zugriff am 11.12.2014.

Statistik Austria (2014a): Vereinbarkeit Beruf und Familie. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/vereinbarkeit_von_beruf_und_familie/index.html, Zugriff am 26.11.2014.

Statistik Austria (2014b): Demographische Indikatoren – Erweiterte Zeitreihen ab 1961 in Österreich. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, Zugriff am 30.8.2014.

Tempfer, C./Bung, P. (2011): Schwangerschaft und Ernährung. In: Schneider et al. (Hrsg.): Die Geburtshilfe. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Thäle, V./Schlitt, A. (2011): Folgen von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft. In: Der Internist. Internistische Erkrankungen in der Schwangerschaft II. 2011 Jg., H.52, S.1185-1190.

Kapitel 3: Schwangere mit besonderen Bedürfnissen

Ager, A. / Strang, A. (2008): Understanding Integration: A Conceptual Framework, in: Journal of Refugee Studies Vol. 21, 2008 (2), S.166 – 191 doi: 10.1093/jrs/fen016, Zugriff am 14.10.2014.

Amt der oö. Landesregierung (Hrsg.)(2009): Integration ist - was wir daraus machen. Linz: o.V. http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/SO_IntegrationIst.pdf, Zugriff am 24.11.2014.

Badelt, C./ Österle, A. (1998): Grundzüge der Sozialpolitik. Allgemeiner Teil. Sozialökonomische Grundlagen. Wien: Manz.

Binder-Fritz, C. (2004): Transkulturelle Pflege – Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens, in: ZEBRATL – Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von Ausländern und Ausländerinnen in Österreich (Hrsg.): Dokumentation zur Tagung „Migration kann ihre Gesundheit gefährden“, S. 09 – 12. Graz: ZEBRATL Sonderheft.

Binder-Fritz, C. (2010): Transkulturelle Kompetenz der Pflegepersonen im Krankenhaus als Fortbildungsziel, in: Schnepf, W./ Walter, I. (Hrsg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft, S. 191 – 204. Wien: Böhlau Verlag Ges.m.b.H & Co.KG.

Borde, T. (2011): Integration und Partizipation ermöglichen. Migration und Integration – kontinuierliche Prozesse, in: David, M./ Borde, T. (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration, S. 47 – 53. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Büechi, R.B./ Sieber, C. (2004): Frauen Sans-Papiers: Recht auf Gesundheit, in: Department Migration. Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): Migration – Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, S. 139 – 149. Zürich: Seismo Verlag.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2000): Ausgegeben am 29. Dezember 2000 Teil I135. Bundesgesetz: Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001 – KindRÄG 2001 (NR: GP XXI RV 296 AB 366 S. 44. BR: AB 6275 S. 670.). https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2000_135_1/2000_135_1.pdf, Zugriff am 14.09.2014.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (1996): 759. Bundesgesetz: Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie, BGBl. Nr. 759/1996.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014): UN Behindertenrechtskonvention des Jahres 2008. http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/un-konvention_inkl_fakultativprotokoll_de.pdf, Zugriff am 11.11.2014.

Doralt (2002): Einordnungsanweisung. Einkommenssteuergesetz. Kommentar. Verlag: facultas.wuv / maudrich

Es gibt Alternativen (2014): Beratung für Schwangere. http://www.es-gibt-alternativen.at/?gclid=CMTNtpX-Jp8lCFQsKwwod_mIAHw, Zugriff am 02.12.2014.

EX21 bis EX31: ExpertIn Nr. 21 bis Nr. 31; Interviews durchgeführt zwischen Juli und Oktober 2014. Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Gesundheitsforschung. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der JKU Linz.

Gesundheitsportal Österreich (2014): Teenagerschwangerschaft. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Teenagerschwangerschaft_HK.html, Zugriff am 10.12.2014.

Hartmann, I. (2009): Teenagerschwangerschaften. Wenn Mädchen Mütter werden... Wie kann es jungen Müttern gelingen ihr Leben mit Kind zu meistern? Diplomica Verlag GmbH Hamburg.

Hermes, G. (2007): Sind Elternschaft und Behinderung miteinander vereinbar?. <http://bidok.uibk.ac.at/library/hermes-elternschaft.html#idm3768704>, Zugriff am 24.11.2014.

Kaiser, A. (2010): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtsbetreuung. Linz: Trauner Verlag.

Land Oberösterreich (2008): Einbeziehen statt Einordnen. Zusammenleben in Oberösterreich. Integrationsleitbild des Landes OÖ. Linz. http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/So_Integrationsleitbild.pdf, Zugriff am 16.11.2014.

Land Oberösterreich (2014): Oberösterreichisches Chancengleichheitsgesetz. http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/39501_DEU_HTML.htm, Zugriff am 20.12.2014.

Mädchensprechstunde (2014): Mädchensprechstunde. <http://www.maedchensprechstunde.com/Maedchen/Arztwahl/MaArztPage1.html>, Zugriff am 02.12.2014.

Nauck, B./ Kohlmann, A. (1998): Verwandtschaft als soziales Kapital – Netzwerkbeziehungen in türkischen Migrantenfamilien, in: Wagner, M./ Schütze, I. (Hrsg.): Verwandtschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge zu einem vernachlässigten Thema, S. 203 – 236. Stuttgart: Enke Verlag.

Netzwerk Frauenberatung (2014): Netzwerk Frauenberatung. <http://www.netzwerk-frauenberatung.at/index.php/themen>, Zugriff am 02.12.2014.

Pfabigan, D. (2009): Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen – transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen, in: Rasky, E. (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, S. 72 – 86. Wien: Facultas.

Pixa-Kettner (2009): Herausforderung Elternschaft - Über die Situation von Eltern mit geistiger oder psychischer Beeinträchtigung, 2009, Puchberg.

Reinprecht, C. A. (2010): Gesundheit, Erkrankung und Heilung kulturell verstehen. Medizinethnologische Konzepte im Kontext von Migrationsprozessen, in: Karl-Trummer, U./ Pammer, C. (Hrsg.): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen, S. 33 – 56. Linz.

Schleicher, B. (2011): Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis. Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.). http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/bmwfj_gesundheitliche_versorgung_gewaltbetroffener_frauen.pdf, Zugriff am 25.11.2014.

Stadt Linz, 2014: Mutter-Kind-Haus der Stadt Linz. <http://portal.linz.gv.at/Serviceguide/viewChapter.html?chapterid=122260>, Zugriff am 30.11.2014.

Statistik Austria (2013): Demographisches Jahrbuch 2012. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Statistik Austria (2014): Bevölkerungsstatistik. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html, Zugriff am 02.12.2014.

Statistik Austria, Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (2013): Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2013. Wien.

Sievers, E. (2011): Säuglingssterblichkeit und Migration – Ansätze für verbesserte Prävention?, in: Razum, O., Reeske, A., Spallek, J. (Hrsg.): Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Challenges in Public Health, Band 59 (S. 97 – 111). Frankfurt am Main: Peter Lang.

Soziale Initiative (2014): Shanaia Mutter Kind Wohngruppe. <http://www.soziale-initiative.at/angebote-2/stationaere-betreuung/shanaia-mutter-kind/>, Zugriff am 30.11.2014.

Sozialressort des Landes Oberösterreich (Hrsg.)(2006): Integrationsbericht 2006 – eine Bestandsaufnahme der IST-Situation zur Erarbeitung des Integrationsleitbildes in Oberösterreich. Linz.

Tretter, H. (2007): Grundrechte in Österreich. Eine Einführung. Wien. http://bim.lbg.ac.at/sites/files/bim/Hannes%20Tretter%20-%20Grundrechte%20in%20%C3%96sterreich%20-%20Fassung%202007_1.pdf, Zugriff am 22.11.2014

Weltgesundheitsorganisation (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf, Zugriff am 25.11.2014.

VSG – Verein für Sozialprävention und Gemeinwesenarbeit (2014): Move – Die Begleitung junger Mütter. http://www.vsg.or.at/move_junge-muetter.php, Zugriff am 20.12.2014.

Wolf, A. (2010): Gesundheit, Erkrankung und Heilung kulturell verstehen. Medizinethnologische Konzepte im Kontext von Migrationsprozessen, in: Karl-Trummer, U./ Pammer, C. (Hrsg.): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen, S. 33 – 56. Linz.

YoungMum (2014): Begleitung für schwangere Teenager im Krankenhaus göttlicher Heiland, Wien <http://www.khgh.at/leistungsangebot/geburtshilfe/youngmum-begleitung-fuer-schwangere-teenager/>, Zugriff am 30.11.2014.

ZOE (2014): Verein ZOE. http://www.zoe.at/index_html?sc=406362640, Zugriff am 02.12.2014.

Kapitel 5: Herausforderungen hinsichtlich der Versorgung aus Sicht von ExpertInnen

AK Wien (Hg.) (2013): Geschlechtsspezifische Verteilung von Einkommen und Entscheidungsmacht innerhalb des Haushalts. Wien.

Antoni, C.H. (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitsbereich. Universität Trier. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921709004231, Zugriff am 14.12.2014.

Beelmann, A./Raabe, T. (2007): Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Göttingen/Bern/Toronto.

Bundesministerium für Familien und Jugend (o.J.): Familienberatung: Angst vor der Geburt. www.familienberatung.gv.at/start/angst-vor-der-geburt/, Zugriff am 30.11.2014.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2010): Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Linz, bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS13298227-70089/frauengesundheitsbericht_2010_2011.pdf, Zugriff am 17.12.2014.

Chalmers, B./Mangiatterra, V./Porter, R. (2001): WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course. in: *Birth*, Volume 28, Issue 3, S. 202-207, onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x/pdf, Zugriff am 11.12.2014.

Deibl, M. (1993): *Managerinnen. Frauen in einer Männerdomäne*. Wien.

Di Mario, S. et al. (2005): What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Copenhagen. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf, Zugriff am 30.11.2014.

Ertlthallner, B. (2009): *Krebs im Kindes- und Jugendalter. Kann soziale Betreuung während und nach dem Spitalsaufenthalt der sozialen Isolation entgegenwirken?* Wien.

EX01 bis EX15; EX17 bis EX20: ExpertIn Nr. 1 bis Nr. 20; Interviews durchgeführt zwischen Juli und Oktober 2014. Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Gesundheitsforschung. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der JKU Linz.

Hager, M./Grießler, E. (2012): „Wunsch nach einem perfekten Kind“ und „Angstspirale“. Perspektiven auf Pränataldiagnostik und Spätabbruch in der klinischen Praxis. Reihe Soziologie 99, Wien.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): *Thesenpapier – Argumente für den niedergelassenen Arzt, mit Krankenhäusern zu kooperieren*. Berlin. www.kbv.de/media/sp/thesenpapier_krankenhauskooperationen.pdf, Zugriff am 14.12.2014.

Kinderwunschzentrum Linz (Jahr unbekannt): Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit. www.kinderwunsch-linz.at/node,101,allgemein,content.php, Zugriff am 11.11.2014.

Kröner, M.: *Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus*. www.hogrefe.de/programm/media/catalog/Book/978-3-8017-2205-0 lese.pdf, Zugriff am 15.12.2014.

Müller, K. (2009): Zusammen geht's besser. *Krems. zeitung.hebammen.at/alteSeite/2009/06_09.htm*, Zugriff am 12.12.2014.

Nave-Herz, R. (2006): *Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde*. Weinheim/München.

Statistik Austria (2014a): *Krebserkrankungen*. URL: www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/, Zugriff am 11.11.2014.

Statistik Austria (2014b): *Vereinbarkeit von Beruf und Familie*. www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/vereinbarkeit_von_beruf_und_familie/, Zugriff am 11.12. 2014.

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Oö. Lebendgeborene seit 1970	28
Abbildung 2: Lebendgeborene in den Bezirken des oö. Wahlkreises Mühlviertel seit 1970	29
Abbildung 3: Lebendgeborene in den Bezirken des oö. Wahlkreises Linz-Umgebung seit 1970	30
Abbildung 4: Entwicklung der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau seit 1961 – Oberösterreich und Österreich	30
Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der oö. Lebendgeborenen und des Durchschnittsalters der Mütter bei der Geburt seit 1970	31
Abbildung 6: Säuglingssterberate 2013	32
Abbildung 7: Episiotomierate in OÖ, statistisch hoch signifikant	34
Abbildung 8: Sektioraten der österreichischen Geburtshilfeabteilungen	35
Abbildung 9: Frühgeburten in der Frauen- und Kinderklinik	38

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zahl vorangegangener Geburten 2013 in OÖ	31
Tabelle 2: Entbindungsart	33
Tabelle 3: Entbindungsposition bei Vaginalgeburt	34
Tabelle 4: Schwere Rissverletzungen 2013	35
Tabelle 5: Sekundäre Sektionen	36
Tabelle 6: Anästhesie bei Sektio	36
Tabelle 7: Anästhesie bei Sektio	36
Tabelle 8: Kind verlegt auf Neonatologie	37
Tabelle 9: Kind verlegt auf Neonatologie in Oberösterreich seit 2008	37
Tabelle 10: Schwangerschaftswoche bei der Geburt	38
Tabelle 11: Frühgeborene 2013	39
Tabelle 12: Durchschnittliche Klinikaufenthalte Jahresstatistiken	42
Tabelle 13: Stillhäufigkeit in Österreich	43

Wir danken für die Unterstützung!

**INSTITUT FÜR
GESELLSCHAFTS-
UND SOZIALPOLITIK**

Arbeitsgruppe für Sozial- und Gesundheitsforschung



**JOHANNES KEPLER
UNIVERSITÄT LINZ | JKU**

Brust-KompetenzZentrum

**Zentrum für
sozialmedizinische
Frauenheilkunde
und Gender Medizin**

First-Love-Ambulanz

*Das AKh Linz bemüht sich in
allen Bereichen, den Gender-
aspekt bei der Behandlung
von Frauen einzubringen.*



SPITZENMEDIZIN FÜR SIE!

- **LINZER GESUNDHEITZIELE:**
Kompass für mehr
Gesundheitsbewusstsein
- **NEUE UNIVERSITÄTSKLINIK:**
Medizinisches Kompetenzzentrum
für Oberösterreich
- **GESUNDHEITSNETZWERK:**
Kooperation mit Vereinen



**Christian
Forsterleitner**
Vizebürgermeister
Gesundheits-
referent

Nähere Informationen unter www.linz.at/gesundheit

Gesundheit im Zentrum



LinZ
verändert

Gesundes Linz

LinZ
verändert

Rehabilitationszentrum Austria

Stifterstraße 11
4701 Bad Schallerbach
Tel: (07249) 425 41
Fax: (07249) 425 41-84888
E-Mail: rz.austria@bva.at
www.bva.at/austria



Drei Schwerpunkte kennzeichnen das RZ Austria:

- Rehabilitation für Herz-Kreislaufkrankungen
- Angiographie zur diagnostischen Abklärung und Dilatation des Coronargefäßsystems (PCI)
- Stoffwechselrehabilitation bei Diabetes mellitus und Adipositas sowie für postoperative Fälle nach bariatrischen Eingriffen

Therapiezentrum Justuspark

In Bau (Zuweisungen bereits möglich)
Linzer Straße 7
4540 Bad Hall
Tel: 050405-85030
Fax: 050405-85900
E-Mail: tz.justuspark@bva.at
www.bva.at/justuspark

Eröffnung April 2015



Folgende Schwerpunkte werden das TZ Justuspark kennzeichnen:

- Kompetenzzentrum für Burnout
 - differenzierte Diagnostik
 - spezialisierte Therapie
 - Forschung
- Rehabilitation aller psychischen Erkrankungen



Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter



LAND

OBERÖSTERREICH

STUDIUM DER PFLEGEWISSENSCHAFT

Berufsbegleitend, flexibel studieren ... und für den Berufsalltag qualifizieren! Die pflegewissenschaftlichen Studienangebote der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität zeichnen sich durch ein fundiertes Lehrangebot aus, die Aktualität, Praxisbezug und Internationalität in Forschung und Lehre gewährleisten.

Master of Science in Nursing

Studienform: berufsbegleitend, kombiniertes Online-/Präsenzstudium
Studienabschluss: Master of Science in Nursing (MScN)
Studiendauer: 2 Jahre, 120 ECTS
Studieninhalte: Durch sein pflegewissenschaftliches, pflegepraktisches und forschungsorientiertes Profil liegt der Schwerpunkt auf aktuellsten gesellschaftsbezogenen Themen. Mit Augenmerk auf eine ausgewogene Theorie-Praxis-Verknüpfung werden z.B. die Module Gesundheitssysteme, Pflege und Gesellschaft, Soziale Ungleichheit und Pflege sowie Klinische Forschung angeboten.
Studiengebühren: derzeit Euro 4.500,- je Studienjahr
Studienstart: jeweils April



Nähere Infos zu Studieninhalten und Zugangsvoraussetzungen finden Sie unter www.pmu.ac.at/master-pflege

Frauenpreis der Stadt Linz

Die Stadt Linz vergibt zum 8. März jährlich den Frauenpreis. Diese Auszeichnung soll durch die öffentliche Aufmerksamkeit, finanzielle Unterstützung und politische Anerkennung helfen, die feministischen und frauenpolitischen Anliegen des ausgezeichneten Projektes voranzubringen, sowie als Vorbild zu geschlechterdemokratischem Handeln ermutigen.

Alle Informationen zur Einreichung finden Sie unter: www.linz.at/frauen



Mag.^a Eva Schobesberger
Frauenstadträtin





ÖSTERREICHISCHES
HEBAMMENGREMIUM
LANDESGESCHÄFTSSTELLE OBERÖSTERREICH



Nutricia Forum
für Muttermilchforschung

Eine Initiative von **milupa**



Stillen fördern durch wissenschaftlichen Austausch

Unser Engagement auf mehreren Ebenen

- wissenschaftlicher Austausch in Fachkreisen
- Förderung von Forschungsprojekten
- Nutricia Wissenschaftspreis und Nutricia Praxispreis zur Erforschung der Muttermilch und des Stillens
- Forum KOMPAKT-Newsletter für Fachkräfte

Jetzt anmelden:
www.nutricia-forum-muttermilchforschung.org

