

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Bancher-Todesca D

Neuerungen im Mutter-Kind-Pass

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2010; 28 (2)
(Ausgabe für Österreich), 11-14*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2010; 28 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 11-11*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Neuerungen im Mutter-Kind-Pass

D. Bancher-Todesca

Die im Mutter-Kind-Pass-Programm vorgesehenen Untersuchungen dienen zur Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie zur Kontrolle des Entwicklungsstandes des Kindes. Zudem können die im Pass enthaltenen Informationen in Notfällen eine rasche und adäquate medizinische Versorgung begünstigen. Seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes im Jahre 1974 unter der damaligen Gesundheitsministerin Dr. Ingrid Leodolter wurde das Untersuchungsprogramm mehrfach erweitert und verändert. Lag der Fokus der Mutter-Kind-Untersuchungen zu Beginn auf der Verringerung der Säuglingssterblichkeit, sind mittlerweile die Verringerung der Frühgeburtenrate und die Früherkennung von Fehlentwicklungen im Säuglings- und Kindesalter ein Schwerpunkt.

Nahezu 100 % der Schwangeren nahmen Anfang der 1970er-Jahre das Vorsorgeprogramm des Mutter-Kind-Passes in Anspruch, nicht zuletzt durch den finanziellen Anreiz der Geburtenbeihilfe, die bei Durchführung sämtlicher geforderter Untersuchungen in Anspruch genommen werden konnte [1]. Als unmittelbarer Erfolg war bereits in den ersten 5 Jahren nach Einführung des Mutter-Kind-Passes ein Absinken der perinatalen Mortalität um fast 50 % zu verzeichnen. In weiterer Folge konnte die Mortalität bis 1990 nochmals weit über den Prozentsatz vergleichbarer europäischer Länder > 50 % reduziert werden, um schließlich bis 2008 auf 5,4 ‰ abzunehmen (Abb. 1). Ebenso konnte die Säuglingssterberate seit 1973 von 23,8 ‰ auf 3,6 ‰ gesenkt werden [2]. Die Anzahl der Frühgeburten bzw. Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht steigt jedoch, dem internationalen Trend entsprechend, immer weiter an (Abb. 1) [3].

Nach Abschaffung der Geburtenbeihilfe nahm die Zahl der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen deutlich ab, sodass 1997 ein

Mutter-Kind-Pass-Bonus in Höhe von 145,40 Euro eingeführt wurde. Seit 2002 gilt die Regelung, dass bei Nichteinhaltung der ersten 10 vorgesehenen Untersuchungen das Kinderbetreuungsgeld ab dem 21. Lebensmonat um die Hälfte gekürzt wird. Um die Wahlfreiheit von Eltern zu vergrößern, gilt seit 1. Jänner 2010 ein neues Modell für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes, welches am 22. 09. 2009 im Ministerrat beschlossen wurde (Tab. 1) [4]. Die neue einkommensabhängige Variante des Kinderbetreuungsgeldes bietet den Bezug von 80 % des letzten Nettoeinkommens, wobei noch ein geringfügiger Zuverdienst möglich ist [5]. Das neue Modell bietet somit nicht nur einen geringeren Verdienstentfall für besser verdienende Frauen und Männer, sondern Väter bekommen dadurch auch einen stärkeren finanziellen Anreiz für eine Karenzzeit.

Die Untersuchungen des Mutter-Kind-Pass-Programms sind kostenlos, auch wenn keine Krankenversicherung für Mutter oder Kind besteht. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist ein rechtmäßiger Aufenthalt in Österreich. Die Untersuchungen werden zu 1/3 durch die Sozialversicherung und zu 2/3 durch den Familienlastenaus-

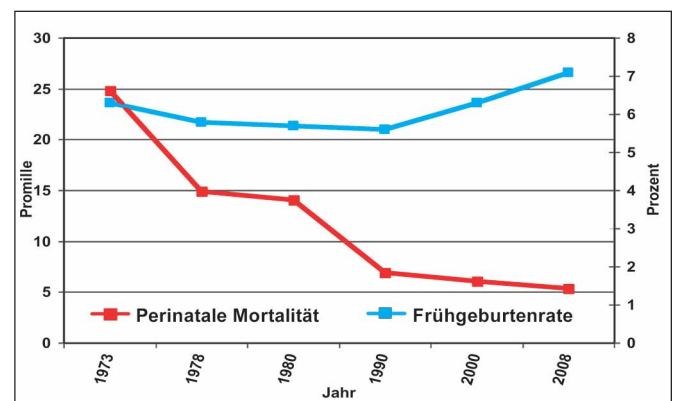


Abbildung 1: Perinatale Sterblichkeit in Promille und Frühgeburtenrate (Geburtsgewicht < 2500 Gramm) in Prozent von 1973–2008 in Österreich (Quelle: Statistik Austria)

Tabelle 1: Übersicht über die neuen Möglichkeiten des Bezuges an Kinderbetreuungsgeld

Kinderbetreuungsgeld neu ab 1. 1. 2010					
	Pauschalvariante 30 + 6	Pauschalvariante 20 + 4	Pauschalvariante 15 + 3	Pauschalvariante 12 + 2	Einkommensabhängiges KBG 12 + 2
Höhe des KBG	ca. 436 €	ca. 624 €	ca. 800 €	ca. 1000 €	80 % vom Wochengeld; sonst 80 % von einem fiktiven Wochengeld; immer erfolgt Günstigkeitsvergleich mit Steuerbescheid aus dem Jahr vor der Geburt ohne KBG; max. 2000 €
Max. Bezugsdauer ein Elternteil	max. bis zum 30. Lebensmonat	max. bis zum 20. Lebensmonat	max. bis zum 15. Lebensmonat	max. bis zum 12. Lebensmonat	max. bis zum 12. Lebensmonat
Max. Bezugsdauer beide Elternteile	max. bis zum 36. Lebensmonat	max. bis zum 24. Lebensmonat	max. bis zum 18. Lebensmonat	max. bis zum 14. Lebensmonat	max. bis zum 14. Lebensmonat
Mindestbezugsdauer für einen Elternteil	2 Monate	2 Monate	2 Monate	2 Monate	2 Monate
Erwerbstätigkeit nötig?	nein	nein	nein	nein	mind. die letzten 6. Monate vor der Geburt Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit
Zuverdienst pro Kalenderjahr	60 % der Einkünfte im Jahr vor der Geburt ohne KBG-Bezug; mindestens 16.200 €	60 % der Einkünfte im Jahr vor der Geburt ohne KBG-Bezug; mindestens 16.200 €	60 % der Einkünfte im Jahr vor der Geburt ohne KBG-Bezug; mindestens 16.200 €	60 % der Einkünfte im Jahr vor der Geburt ohne KBG-Bezug; mindestens 16.200 €	5800 € (entspricht etwa 14× der Geringfügigkeitsgrenze); keine Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung
Zuschlag pro Mehrling und Monat	ca. 218 €	ca. 312 €	ca. 400 €	ca. 500 €	kein Zuschlag
Beihilfe zum KBG	12 Monate je ca. 180 €	12 Monate je ca. 180 €	12 Monate je ca. 180 €	12 Monate je ca. 180 €	keine Beihilfe
Sonderfall: Bezugsverlängerung für einen Elternteil im Härtefall	(30) + 2	(20) + 2	(15) + 2	(12) + 2	(12) + 2

gleichs fonds (FLAF) finanziert. Das standardisierte Programm des Mutter-Kind-Passes wurde 1982 unter Mitwirkung der Ärzteschaft enorm erweitert [1]. Derzeit wird es durch die Mutter-Kind-Pass-Kommission laufend überprüft bzw. verändert und nach Maßgabe der finanziellen Möglichkeiten erweitert.

Um sich ständig an die zeitgemäßen Anforderungen der Prävention anzupassen und Screeningmaßnahmen nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu ergänzen, wurde die Mutter-Kind-Pass-Kommission eingerichtet. Sie ist ein wissenschaftlich beratendes Gremium und stellt eine Unterkommission des Obersten Sanitätsrats dar. Die Mutter-Kind-Pass-Kommission besteht derzeit aus 13 Mitgliedern, die sich aus 5 Pädiatern, 5 Geburtshelfern und je einem Vertreter aus Epidemiologie, Hygiene und Sozialversicherung zusammensetzen. Die Ergebnisse und Beschlüsse der Mutter-Kind-Pass-Sitzungen werden dem Obersten Sanitätsrat (OSR) vorgelegt, geprüft und diskutiert. Der OSR besteht aus

38 Vertretern aller medizinischen Fächer und stellt das höchste wissenschaftlich-medizinische Beratungsgremium des Gesundheitsministeriums dar. Der OSR hat die Aufgabe, den Gesundheitsminister in Fragen der Volksgesundheit zu beraten. Durch die Arbeit des OSR bzw. der Mutter-Kind-Pass-Kommission wird der Mutter-Kind-Pass nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen überprüft, verändert und erweitert. Auch wenn wissenschaftliche Erkenntnisse klar für geforderte Veränderungen sprechen, scheitert die Umsetzung oft an deren Finanzierbarkeit. Da der Familienlastenausgleichs fonds, der das Mutter-Kind-Pass-Programm zu 2/3 finanziert, stark verschuldet ist, sind neue, medizinisch sinnvolle und kostenpflichtige Untersuchungen schwer durchsetzbar.

Schwieriger Weg der Einführung

Am Beispiel der Einführung des oralen Glukose-Toleranztests (oGTT) in den Mutter-Kind-Pass zum Screening nach Gestationsdiabetes (GDM) sieht man, wie lang-

wierig und schwierig so ein Verfahren sein kann. Das Thema GDM wurde von der Mutter-Kind-Pass-Kommission bereits 1993, 2001 und seit 2002 laufend bearbeitet, wissenschaftlich durchleuchtet und die Beschlüsse der Kommission dem OSR präsentiert. Der OSR gab 2003 schlussendlich die Zustimmung zur Einführung des oGTT, mit der Auflage, zunächst die Ergebnisse der weltweiten und multizentrisch durchgeführten HAPO- (Hyperglycemia and adverse perinatal outcome-) Studie abzuwarten. Eine weitere Auflage war, eine andere unwichtigere Untersuchung des Mutter-Kind-Passes zu streichen, um die Finanzierbarkeit zu gewährleisten. Zwischenzeitlich erschienen im Jahr 2005 2 große Studien, die auf hohem Evidenzniveau belegten, dass ein unbehandelter Schwangerschaftsdiabetes mit einem beträchtlichen Risiko für das Kind verbunden ist. 2008 wurden die Ergebnisse der HAPO-Studie nach Jahren langen Wartens publiziert und sprachen sich, wie erwartet, eindeutig für die Notwendigkeit eines Screenings nach Gestationsdiabetes aus [6]. Zwischen 2003 und 2005 bemühte sich die Mutter-Kind-Pass-Kommission laufend, den oGTT in das Vorsorgeprogramm einzubinden. Um die Finanzierbarkeit zu gewährleisten, entschied sich die Kommission nach langem Prüfen und vielen Diskussionen für die Streichung der Internen Untersuchung. Im Dezember 2008 wurde von der damaligen Gesundheitsministerin Dr. Andrea Kdolsky eine Verordnung erlassen, die eine Einführung des oGTT und eines Basis-Ultraschalls in der 8.–12. SSW vorsah [7]. Anstelle der Internen Untersuchung sollte die Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung empfohlen werden. Die bereits etablierte Vorsorgeuntersuchung für Frauen ist jedoch für schwangere Frauen zum einen wegen vieler in der Schwangerschaft nicht indizierter Untersuchungen (z. B. Lungenröntgen, Mammographie) und – physiologisch bedingt – nicht aussagekräftiger Laborwerte (z. B. Cholesterin, Triglyzeride) ungeeignet. Die geplante Streichung der Internen Untersuchung löste massive Widerstände seitens der Ärztekammer und der praktischen Ärzte aus, sodass das Projekt kurzzeitig zu scheitern drohte. Es folgten unzählige politische Diskussionen, Sitzungen und Verhandlungen. Schlussendlich konnte Ende 2009 vom Finanzministerium finanzielle Hilfe zugesichert und am 17. Dezember 2009 von Gesundheitsminister Alois Stöger eine neue Mutter-Kind-Pass-Verordnungsnovelle verabschiedet werden [8]. Diese

Novelle sieht die lang geforderten Neuerungen vor und hat seit 1. Januar 2010 Gültigkeit.

Neue MUKI-Pass-Untersuchungen

Die Mutter-Kind-Pass-Verordnungsnovelle sieht vor, im Rahmen der 1. Laboruntersuchung (bis SSW 16) ein Screening nach HIV, in der 8.–12. Schwangerschaftswoche einen Basis-Ultraschall und im Rahmen der 2. Laboruntersuchung (24.–28. SSW) ein Screening nach Gestationsdiabetes durch einen 75-g-oGTT durchzuführen. Die Interne Untersuchung zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche bleibt unverändert erhalten. Die Durchführung des HIV- und des oralen Glukosetoleranztests ist im Gegensatz zu den Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft ab 1. Jänner 2011 Voraussetzung für die Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe.

Der Basis-Ultraschall zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche hat neben der Beurteilung der Vitalität und groben Beurteilung der Integrität eine Bestimmung bzw. eine Bestätigung des Geburtstermins zum Ziel. Bei Mehrlingsschwangerschaften ist in dieser Woche die Beurteilung der Chorionizität möglich, diese ist ausschlaggebend für die Prognose bzw. den weiteren Behandlungs- und Betreuungsverlauf.

Zum Ausschluss eines Gestationsdiabetes wird der 75-g-oGTT in der 24.–28. SSW durchgeführt. Ein Konsensus über die aus der HAPO-Studie ermittelten Grenzwerte wurde im März 2010 publiziert und sieht folgende aus dem mütterlichen Plasma gemessenen Grenzwerte vor: nüchtern < 92 mg/dl, eine bzw. 2 Stunden nach Belastung < 180 bzw. < 153 mg/dl [9].

Die Mutter-Kind-Pass-Kommission sieht die neuen Untersuchungen als große Errungenschaft im Sinne der Gesundheitsprävention für Schwangere und Kind und fühlt sich bestärkt, für weitere Veränderungen zu kämpfen. Ein wichtiges Ziel der Kommission ist es, die Sinnhaftigkeit vieler, seit Jahren im Mutter-Kind-Pass verankerter Untersuchungen zu prüfen. Vorgesehene Untersuchungen sollten „State of the Art“ durchgeführt werden. Diesbezüglich wurde kürzlich ein Leitfaden zur Untersuchung der Schwangeren erstellt. Um die

hohe Frühgeburtsrate zu verringern, sind sinnvolle Maßnahmen zur Prävention von Frühgeburten zu untersuchen und gegebenenfalls einzuführen. Die Mutter-Kind-Pass-Kommission wird sich weiterhin bemühen, das Vorsorgeprogramm für Mutter und Kind zu verbessern, um wichtige Schritte in der Gesundheitsprävention für Mutter und Kind zu setzen.

LITERATUR:

1. Pass C. Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes: Ein Beispiel für die Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Gesundheit? OÖGK Gesundheitswissenschaften 2001; 19: 19–53.
2. Statistik Austria. Indikatoren zu Sterblichkeit und Lebenserwartung (inkl. Säuglingssterblichkeit) seit 1961. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/023576.html [gesehen 16. 04. 2010].
3. Statistik Austria. Geborene seit 1998 nach ausgewählten demografischen und medizinischen Merkmalen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022899.html [gesehen 16. 04. 2010].
4. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. Kinderbetreuungsgeld neu ab 1. 1. 2010. <http://www.bmwfj.gv.at/familie/finanzielleunterstuetzungen/kinderbetreuungsgeld/documents/%C3%9Cbersichtstabelle%20KBG%20neu.pdf> [gesehen 16. 04. 2010].
5. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. Einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld. <http://www.bmwfj.gv.at/familie/finanzielleunterstuetzungen/kinderbetreuungsgeld/seiten/aktuelles.aspx> [gesehen 16. 04. 2010].
6. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes (HAPO). N Engl J Med 2008; 358: 1991–2002.
7. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 2008, ausgegeben am 2. Dezember 2008, BGBl II Nr 430/2008 Verordnung MuKiPassV-Novelle 2008: www.ris.bka.gv.at [gesehen 16. 04. 2010].
8. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 2009, ausgegeben am 17. Dezember 2009, Teil II.448. Verordnung: MuKiPass V-Novelle 2009: www.ris.bka.gv.at [gesehen 16. 04. 2010].
9. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care 2010; 33: 676–82.

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Prof. Dr. Dagmar Bancher-Todesca
Abteilung für Geburtshilfe und
Fetomaternale Medizin
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: dagmar.bancher-todesca@meduniwien.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)