

STUDIE ICONA 2003



IMPFUNG – GEBURT UND ERNÄHRUNG – RISIKOFAKTOREN

Unser besonderer Dank gilt den folgenden Personen, die aktiv an der Durchführung der Studie beigetragen haben:

auf nationaler Ebene:

Antonino Bella, Nancy Binkin, Marta Ciofi Degli Atti,
Alberto Perra, Donato Greco, Cristina Rota, Stefania Salmaso
(Istituto Superiore di Sanità)

Annarita Bellomo, Giovanni DiGiorgio, Carla Fiumalbi,
Jaqueline Frizza, Onorato Frongia, Riccardo Tominz (PROFEA)

auf Assessoratsebene:

Paolo Spolaore und Mitarbeiter, insbesondere dem Sekretariat
der Abteilung für die administrative Unterstützung

auf Landesebene:

Supervisoren: Irene Egger, Adelheid Foppa, Sabine Gamper
Studenten der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe
„Claudiana“: Cristina Bacca, Thomas Bisaglia, Maria Di Pauli,
Anja Erardi, Daniela Hofer, Deborah Incontri, Thomas
Lechthaler, Marion Messner, Barbara Öttl, Annika Pircher,
Ingrid Stecher, Karla Stecher, Brigitte Steinmair, Margit Stuefer,
Francesca Tedesco, Sergio Toccaceli, Lukas Waldner

Ein besonderer Dank gilt auch dem Landesrat für Gesundheitswesen, den Generaldirektoren der Sanitätsbetriebe, dem Direktor der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ und den Basis- und Kinderärzten für die Unterstützung der Studie.

Vielen Dank auch Frau Irene Egger, als Verantwortliche des Kurses für SanitätsassistentInnen der Claudiana, für ihren Enthusiasmus und Einsatz, insbesondere was die Organisation der Ausbildung der SanitätsassistentInnen und die reibungslose Durchführung der Studie sichergestellt hat, wir wünschen ihr und ihrem ungeborenen Kind viel Glück in Zukunft.

Ganz besonders möchten wir uns auch bei den kleinen Teilnehmern und insbesondere deren Eltern für die gute Mitarbeit bedanken.

Ein weiterer Dank gilt dem Sprengel der Gemeinde Ritten und den Müttern und Kindern, welche sich für die Fotos zur Verfügung gestellt haben.

Die Autoren



Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort	4
Zusammenfassung	7
Einführung	11
Ziele der Studie ICONA 2003	11
Allgemeine Ziele	11
Spezielle Ziele	11
Primäre Ziele	11
Sekundäre Ziele	12
Aufbau der Studie (Design)	12
Studienbevölkerung	12
Datenquellen	12
Auswahl der Studienbevölkerung	12
Analyse der Informationen	13
Beschreibung der Studienbevölkerung	15
Eigenschaften der Kinder	16
Alter und Geschlecht der Kinder	16
Geburtenfolge der Kinder	17
Unterbringung der Kinder	18
Eigenschaften der Eltern	19
Alter der Mutter	19
Staatsbürgerschaft der Eltern	20
Ausbildung der Eltern	21
Berufliche Tätigkeit der Eltern	22
Durchimpfungsraten und Qualität der Impfdienste	23
Durchimpfungsraten	25
Südtirol	25
Regionaler Vergleich der Durchimpfungsraten	26
Ursachen für Unterlassung oder Verspätung von Impfungen	28
Trend der Durchimpfungsraten	29
Evaluation der Routineimpfdaten	31
Qualität der Impfdienste	34
Aktive Einladung	34
Kostenlose Verabreichung von Impfungen	36
Öffnungszeiten	37
Anfahrts- und Wartezeiten	38
Räumlichkeiten	39
Information über Impfungen	40
Zeitraum nach der Geburt und Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr	42
Geburt	43
Art der Geburt	43
Geburtsgewicht der Kinder	44
Rooming-in (Unterbringung des Neugeborenen im Zimmer der Mutter während des Krankenhausaufenthaltes)	45

Stillen	46
Stillverhalten nach der Geburt	46
Stilldauer	47
Ermutigung zum Stillen	49
Zusatznahrung	50
Ernährung des Kindes im 2. Lebensjahr	51
Konsum von frischen Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Fisch)	52
Konsum von verarbeiteten Lebensmitteln und Getränken (vorgefertigte Lebensmittel, Fruchtsäfte, kohlenensäurehaltige Getränke, verschiedene Zwischenmahlzeiten)	54
Zwischenmahlzeiten	55
Lebensmittelunverträglichkeit	56
Risikofaktoren für den plötzlichen Kindstod, Verletzungen durch Verkehrsunfälle im Auto und durch Passivrauchen verursachte Folgeschäden	57
Syndrom des plötzlichen Kindstodes im Säuglingsalter	58
Information über den plötzlichen Kindstod	58
Schlafposition des Kindes während der ersten 6 Lebensmonate	59
Unterbringung des Kindes während der Nacht in den ersten 6 Lebensmonaten	60
Kindersitz im Auto	61
Transport der Kinder im Auto	61
Information über den Gebrauch des Kindersitzes	63
Passivrauchen	64
Art der Exposition	65
Empfehlungen	68
I) Durchimpfungsraten und Qualität der Impfdienste	69
Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger	69
Empfehlungen an die Landesabteilung für Gesundheitswesen	69
Empfehlungen an die Sanitätsbetriebe (SB)	70
Empfehlungen an Ärzte (Sprengelhygieniker, Basismediziner, Pädiater)	71
Empfehlungen an die Gemeinden	71
II) Geburt und Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr	72
Empfehlungen an politischen Entscheidungsträger	72
Empfehlungen an die Abteilung für Gesundheitswesen	72
Empfehlungen an die Sanitätsbetriebe	72
Empfehlungen an die Eltern	72
III) Risikofaktoren für plötzlichen Kindstod, Verletzungen im Auto und durch Passivrauchen verursachte Folgeschäden	73
Empfehlungen an politischen Entscheidungsträger	73
Empfehlungen an die Abteilung für Gesundheitswesen	73
Empfehlungen an die Sanitätsbetriebe	73
Empfehlung an die Medien	74
Empfehlung an die Eltern	74
Bibliographie	75

Ich freue mich, die Ergebnisse der Studie ICONA 2003, die im Jahr 2003 in allen Regionen und Autonomen Provinzen Italiens durchgeführt wurde, vorzustellen. Hauptziel der Studie war es, die Durchimpfungsraten, der im Kindesalter empfohlenen Impfungen zu bestimmen und die Effektivität von Impfstrategien zu beurteilen, die bereits seit dem Jahr 1998 umgesetzt wurden. Weiters wurden Informationen über die Geburt, die Ernährung im ersten und zweiten Lebensjahr, inklusive Stillen, Risikofaktoren für plötzlichen Kindstod, Verletzungen durch Verkehrsunfälle im Auto und durch Passivrauchen verursachte Folgeschäden untersucht. Schon 5 Jahre vorher, wurde eine ähnliche Studie in fast allen Regionen/Autonomen Provinzen Italiens durchgeführt.

Diese Studie ist die zweite in einer geplanten Serie von Studien des Landesassessorates (nach der Studie ARGENTO), die sich auf bestimmte Altersgruppen konzentriert, und sie dient vorwiegend dazu, auf Landesebene qualitativ hochwertige epidemiologische Daten für bestimmte Lebensabschnitte zu erheben. Mit diesen Daten kann einerseits eine Reihung

(Priorisation) der einzuführenden Maßnahmen nach Wichtigkeit vorgenommen werden, andererseits sollen die erhobenen Daten auch dazu dienen, eine gezielte Gesundheitsplanung und Vorsorge zu fördern (evidence based prevention), darüber hinaus werden in Zukunft Vergleichsdaten zur Verfügung stehen, die es ermöglichen, Fortschritte im jeweiligen Gesundheitsbereich zu untersuchen (Evaluation der Strategien).

Auch der neue Landesgesundheitsplan hat das Ziel, auf die verschiedenen Lebensabschnitte einzugehen, und für die jeweiligen Lebensabschnitte die wichtigsten und effektivsten Gesundheitsstrategien zu fördern, um die Lebensqualität „Lebensabschnitt-spezifisch“ verbessern zu können.

Südtirol lag in einigen Bereichen der Studie über dem nationalen Durchschnitt, jedoch der wichtigste Bereich der Studie, nämlich die Durchimpfungsraten der empfohlenen Pflicht- und freiwilligen Impfungen ließ stark zu wünschen übrig. Sowohl bei den empfohlenen Pflicht- als auch bei den empfohlenen freiwilligen Impfungen bietet sich ein bedenkliches Bild, bei dem Südtirol sich zwischen letzter Stelle und fünft-letzter Stelle aller Regionen/Autonomen Provinzen

befindet. Obwohl sich bei den empfohlenen freiwilligen Impfungen (insbesondere der Masern Mumps Röteln Impfung) der Anteil der Geimpften gegenüber den Nichtgeimpften fast verdoppelt hat, sind diese Werte noch absolut nicht zufrieden stellend, und es ist nach wie vor mit dem Auftreten von Masern, Mumps und Rötelnepidemien zu rechnen, wie auch mit Fällen der gefürchteten Rötelnembryopathie.

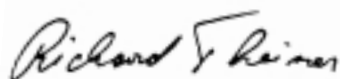
Ich hoffe, dass es möglich sein wird, die gegebenen Empfehlungen umzusetzen, es bedarf jedoch einer guten Zusammenarbeit der Beteiligten aller Ebenen (Politiker, Verwaltung, ärztliches und nicht ärztliches Personal im Gesundheitswesen, Bevölkerung, Medien).

Viele Personen waren notwendig, um diese Studie durchzuführen, und all diesen gilt mein Dank, den Autoren und Mitarbeitern, den Interviewern und selbstverständlich auch den kleinen Teilnehmern und deren Eltern. Es war auch eine einmalige Gelegenheit, für unsere zukünftigen SanitätsassistentInnen, im Rahmen eines Praktikums eine Arbeit, die später einmal zu ihrem täglichen Aufgabenbereich gehören wird, von der Planung und Organisation bis zur Analyse und Präsentation der Ergebnisse, durchzuführen.



Der Landesrat für Gesundheits- und Sozialwesen

Dr. Richard Theiner



Im Sommer 2003 führte das Landesassessorat für Gesundheitswesen in Südtirol in Zusammenarbeit mit der Obersten Gesundheitsbehörde und allen anderen Regionen/Autonomien Provinzen die Studie ICONA 2003 durch, die folgende Themen untersuchte: Durchimpfungsraten und Qualität der Impfdienste, Geburt, Ernährung im ersten Lebensjahr (inklusive Stillen), Risikofaktoren für plötzlichen Kindstod, Verletzungen durch Verkehrsunfälle im Auto und durch Passivrauchen verursachte Folgeschäden in 12–24 Monate alten Kindern.

Diese Studie wurde in allen italienischen Regionen/Autonomien Provinzen nach der standardisierten Methodologie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhoben, dem sogenannten EPI Cluster Sampling. Zusätzlich wurde in den drei Metropolen Italiens, Rom, Neapel und Mailand, ein Random Sampling mit jeweils 100 Personen durchgeführt. In allen anderen Regionen/Autonomien Provinzen war die Anzahl der Studienteilnehmer 210 Kleinkinder, deren Eltern mittels eines standardisierten Fragebogens zu Hause aufgesucht und befragt wurden. Die Daten wurden in eine elektronische Datenbasis eingegeben und mit der Software Epi Info 2003 analysiert.

Insgesamt wurden in Gesamtitalien 4602 Personen in die Studie aufgenommen. Von den 210 Interviews in Südtirol, wurden 75% der Interviews mit den Eltern der primär ausgewählten Teilnehmer durchgeführt.

Die demografischen Faktoren wie Geschlecht, Staatsbürgerschaft, berufliche Tätigkeit der Väter, und Ausbildung der Eltern der Studienpopulation war ähnlich den vorhandenen Daten des ASTAT, und zeigen dass die Repräsentativität der Gesamtbevölkerung gewährleistet ist.

Die Durchimpfungsraten sowohl der Pflicht- als auch der empfohlenen freiwilligen Impfungen lagen in Südtirol generell weit unter dem nationalen Durchschnitt, die Durchimpfungsrate der empfohlenen Pflichtimpfungen war die niedrigste in ganz Italien, und Südtirol lag als einzige Region/Autonome Provinz

unter 90%. Auch bei der Masern Mumps Röteln Impfung (MMR) waren die Durchimpfungsraten weit von der 95% Schwelle entfernt, die notwendig ist, um das als sehr wichtige Priorität eingestufte Ziel, nämlich die Elimination der Masern und angeborene Rötelnkrankung (Rötelnembryopathie), erreichen zu können. Nur 64% der 16 bis 24 Monate alten Kinder waren mit MMR geimpft. Es sollte jedoch erwähnt werden, dass es in den letzten 5 Jahren trotzdem zu einem deutlichen Anstieg der MMR Durchimpfungsrate gekommen ist: dies geht aus dem Vergleich mit der im Jahr 1998 durchgeführten Studie (ICONA) hervor. Dennoch reichen diese Werte bei weitem nicht aus, die Zirkulation des Virus in der Südtiroler Bevölkerung zu unterbrechen, im Gegenteil, für die Rötelnembryopathie, ist das Risiko größer als jemals zuvor, da es bereits zu einer Verschiebung der Erkrankung in das Jugendalter und ins frühe Erwachsenenalter gekommen ist. Damit steigt das Risiko, dass eine werdende Mutter die Erkrankung in der Frühschwangerschaft erwirbt, und damit das ungeborene Kind einem hohen Risiko für Fehlbildungen ausgesetzt ist.

Die Zufriedenheit der Eltern der Studienteilnehmer mit der Qualität der Impfdienste in Südtirol war generell zufrieden stellend, insbesondere was Öffnungszeiten der Dienste (93% waren damit zufrieden), Freundlichkeit des Personals und Sauberkeit der Räumlichkeiten (93% beurteilten sie zumindest als gut) betrifft, und Südtirol lag damit unter den besten Regionen Italiens.

Obwohl 90% der Eltern angaben, weniger als 30 Minuten in den Impfdiensten gewartet zu haben, lag Südtirol damit trotzdem unter dem nationalen Durchschnitt.

Eine schriftliche Einladung für eine Impfung zu erhalten ist bekannter Weise ein wichtiger Faktor, um die Durchimpfungsraten zu erhöhen. Fast alle (98%) der Südtiroler Eltern gaben an, zumindest eine Einladung für irgendeine Impfung erhalten zu haben, für MMR waren es jedoch nur 66%. Keine Einladung für die

MMR Impfung erhalten zu haben, ist auf gesamtstaatlicher Ebene als wichtiger Risikofaktor einzustufen, nicht geimpft zu sein (Relatives Risiko (RR) 1,2, $p = 0,04$). Als Impfgegner (bezüglich MMR) sind 4% der Bevölkerung einzustufen.

Drei Viertel der Studienteilnehmer wurden mittels Normalgeburt oder unter Zuhilfenahme einer Geburtszange oder einer Vakuumpumpe entbunden, das restliche Viertel mittels Kaiserschnitt. Obwohl der Anteil der Kinder die mittels Kaiserschnitt geboren wurden einer der niedrigsten auf gesamtstaatlicher Ebene war, liegt er dennoch weit über der von der WHO empfohlenen Grenze von 15%. Zangengeburt bzw. Vakuumextraktionen wurden in Südtirol am zweithäufigsten in Italien durchgeführt.

Rooming-in (Aufenthalt des Neugeborenen im Zimmer der Mutter) war in Südtirol mit 52% häufiger verbreitet als in den meisten anderen Regionen/Autonomien Italiens. Auch das Stillverhalten der Südtiroler Mütter ist deutlich besser, als auf nationaler Ebene, 97% haben das Kind zumindest einmal an die Brust angelegt, zur Zeit der Entlassung aus dem Krankenhaus haben 91% gestillt, am Ende des 3. Lebensmonats 80% und am Ende des 6. Lebensmonats, welches von der WHO empfohlen ist, noch 55%.

Die Gabe von Kuhmilch als Zusatznahrung ist erst ab dem Ende des 12. Lebensmonats empfohlen, trotzdem gaben 20% der Eltern an, schon vor dem Ende des ersten Lebensjahres damit begonnen zu haben. Die am häufigsten angegebene Lebensmittelunverträglichkeit, war eine Kuhmilchunverträglichkeit, die von 3% der Eltern angegeben wurde.

Täglicher Obstgenuss in der letzten Woche vor dem Interview, war in Südtirol weit verbreitet (73%), tägliche Aufnahme von Gemüse schon viel seltener (46%). Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Konsum von Lebensmitteln, wie kohlenwasserstoffhaltigen Getränken, Zwischenmahlzeiten, vorgefertigten Lebensmitteln schon im 2. Lebensjahr deutlich zu-

nimmt, nicht dagegen der Genuss von Lebensmitteln wie Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte oder Fisch.

Viele der Eltern der Südtiroler Studienteilnehmer (89%) gaben an, über Risikofaktoren des plötzlichen Kindstods (SIDS) informiert zu sein, insbesondere von den Medien (41%) und vom Sanitätspersonal (35%). Nicht über Risikofaktoren, wie zum Beispiel die Schlafposition, informiert zu sein, war mit einem 11 fachen Risiko verbunden, die Kinder in Bauchlage zum Schlafen zu legen, was als wichtiger Risikofaktor angesehen wird. Fünf Prozent der Südtiroler Eltern gaben an, den Säugling während der ersten 6 Lebensmonate in Bauchlage ins Bettchen zu legen.

Deutlich über dem nationalen Durchschnitt (82%), was den Gebrauch eines Kindersitzes im Auto betrifft, lag Südtirol. Fast alle der Eltern (97%) gaben an, ihr Kind während der letzten Fahrt vor dem Interview im Kindersitz transportiert zu haben, und sowohl der Sitz, das Kind, als auch die Mutter waren angeschnallt.

Passivrauchen ist nachweislich mit vielen Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder verbunden. Insbesondere die Exposition an Zigarettenrauch in den eigenen vier Wänden wirkt sich auf die Gesundheit stark negativ aus. In Südtirol sind 38% der Kinder passivem Rauch ausgesetzt, 18% sogar in geschlossenen Räumen.

Die Hauptprobleme, die mittels der Studie ICONA 2003 identifiziert werden konnten, waren vor allem die niedrige Durchimpfungsrate mit MMR, die auch durch organisatorische Probleme, wie Einladung zur Impfung, und durch nicht ausreichende Information bedingt sind.

Indikationen für Kaiserschnitt oder Einsatz von Geburtszangen und Vakuumpumpen sollten genauer untersucht werden, um Mutter und Kind bei Geburt einem möglichst geringen Risiko auszusetzen und Kosten zu sparen.

Stillen ist erfreulicherweise weit verbreitet, die Dauer des ausschließlichen Stillens sollte jedoch auf die erforderlichen 6 Monate verlängert werden. Über die Wichtigkeit des Konsums von gesunder und ausgewogener Ernährung sollten Eltern vermehrt informiert und zu einer ausgewogenen Ernährungsweise aufgefordert werden, dabei sind die Risiken des Konsums von ungesunden Lebensmitteln hervorzuheben.

Aufklärung über Risikofaktoren des plötzlichen Kindstods (SIDS), Verletzungen durch Verkehrsunfälle im Auto und durch Passivrauchen verursachte Schäden ist ein Meilenstein, um in diesen Bereichen eine effektive Prävention durchführen zu können.

Impfungen im Kleinkindesalter sind die effektivste Maßnahme zur Senkung von Mortalität und Morbidität durch Infektionskrankheiten und sind eine der wichtigsten Aufgabenbereiche der öffentlichen Gesundheit; die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine systematische Überprüfung der Immunisierungsprogramme bezüglich Angemessenheit und Wirksamkeit [1]. Gemeinsam mit dem Verlauf der Inzidenz der vorzubeugenden Krankheiten dient die Durchimpfungsrate als Hauptindikator zur Evaluierung der durchgeführten Strategien.

Im Jahre 1998 wurde in 19 von den insgesamt 20 Regionen/Autonomien Provinzen Italiens zum ersten Mal eine Studie mit EPI (Expanded Programme of Immunization) Cluster Design zur Schätzung der Durchimpfungsrate auf nationaler Ebene (Studie ICONA) durchgeführt (in Südtirol und im Trentino wurden jeweils eine Untersuchung durchgeführt). Die Ergebnisse ergaben sehr hohe Durchimpfungsraten gegen Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung und Hepatitis B in allen Region/Autonomien Provinzen, jene gegen Keuchhusten hatte sich im Vergleich zu den 90-er Jahren verdoppelt und betrug ungefähr 90%; der Prozentsatz an Geimpften gegen Masern Mumps und Röteln war immer noch unzureichend (im Durchschnitt 56% auf nationaler Ebene) und wies große Unterschiede zwischen den Region/Autonomien Provinzen auf. Südtirol hatte nach Kampanien und Kalabrien mit 28% die drittniedrigste Durchimpfungsrate gegen Masern Mumps und Röteln.

Im Abstand von fünf Jahren erschien es als notwendig, eine Studie mit gleichem Aufbau (Studiendesign) durchzuführen, die sogenannte Studie ICONA 2003, um die Ergebnisse mit den erhobenen Daten im Jahre 1998 zu vergleichen. Anhand der Studie wurden Informationen über das Angebot der Impfungen, die subjektiv wahrgenommene Qualität der Impfdienste von Seiten der Nutznießer und weitere Themen, die Gesundheit der Kleinkinder betreffend, erhoben.

Ziele der Studie ICONA 2003

ALLGEMEINE ZIELE:

- Spezifische gesundheitsrelevante Daten in der Altersgruppe der 1–2 jährigen Kinder in Südtirol zu erheben, um gezielte Empfehlungen über prioritäre Bereiche der Gesundheitsplanung für diese Altersgruppe bestimmen zu können
- Bench-marking mit anderen Regionen durchzuführen
- Qualität von Gesundheitsleistungen und Diensten zu evaluieren (Impfdienste)
- Risikofaktoren und diesbezügliche Verhaltensweisen von Eltern zu beurteilen

SPEZIELLE ZIELE:

Primäre Ziele

- Anteil der Kinder zwischen 12. und 24. Lebensmonat zu bestimmen, die mit 3 Dosen von Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Hepatitis B, Keuchhusten, und mindestens einer im 1. Lebensjahr verabreichten Dosis von Haemophilus influenzae Typ b Impfstoff geimpft sind
- Anteil der Kinder zwischen 16–24 Monaten zu bestimmen, die mit einer Dosis Masern Mumps Röteln Impfstoff geimpft sind
- Ursachen für verspätete oder nicht durchgeführte Impfungen zu untersuchen
- Durchimpfungsraten der routinemäßig, von elektronischen Impfregister erhobenen Daten, mit ICONA Daten zu vergleichen und die Validität der erhobenen Routinedaten zu evaluieren
- Qualität der Impfdienste und die Zufriedenheit der Bevölkerung mit denselben zu evaluieren
- Informationsstand, Informationsquellen und Verhaltensweisen bzw. Risikofaktoren bezüglich plötzlichem Kindstod zu untersuchen
- Informationen über Geburtsmethoden zu erheben
- Generelle Informationen über Art und Dauer der Ernährung im ersten und zweiten Lebensjahr zu erheben (inklusive Stillen)
- Zigarettenrauchexposition von Kleinkindern (Passivrauchen) zu untersuchen

- Transportbedingungen von Kleinkindern im Auto zu untersuchen

Sekundäre Ziele:

- SanitätsassistentInnen in Durchführung von Interviews, Datenerhebung, Erstellen einer Datenbasis in Epiinfo, Analyse derselben und Präsentation von Ergebnissen auszubilden („learning by doing“)
- Effektivität der Maßnahmen zu bestimmen, die seit 1998 (letzte ICONA Studie) eingeführt wurden, um die Durchimpfungsrate der MMR Impfung zu erhöhen
- Bewusstsein der Bevölkerung stärken, dass Impfungen ein wichtiges Gesundheitsthema darstellen
- Entscheidungsträger von der Notwendigkeit und Wichtigkeit der in der Studie untersuchten Themen (insbesondere der Impfungen) überzeugen zu können
- Analysierte Informationen und gezielte Empfehlungen an alle betroffenen Gruppen (politische Entscheidungsträger, Ämter der Landesabteilung für Gesundheitswesen, Gesundheitspersonal der Sanitätsbetriebe, Impfpersonal am Territorium, Medien und Eltern) in leicht verständlicher Form weiterzuleiten, um das Bewusstsein für die Wichtigkeit der einzelnen Themen zu verstärken

Aufbau der Studie (Design)

Studienbevölkerung:

Die Studienbevölkerung setzte sich aus Kindern zusammen, die zwischen 15. Juli 2001 und 15. Juli 2002 geboren waren und ihren Wohnsitz zur Zeit der Anfrage der meldeamtlichen Daten in einer der ausgewählten Gemeinden Südtirols hatten. Zur Zeit der Durchführung der Studie waren die Kinder zwischen 12 und 24 Monate alt.

Datenquellen:

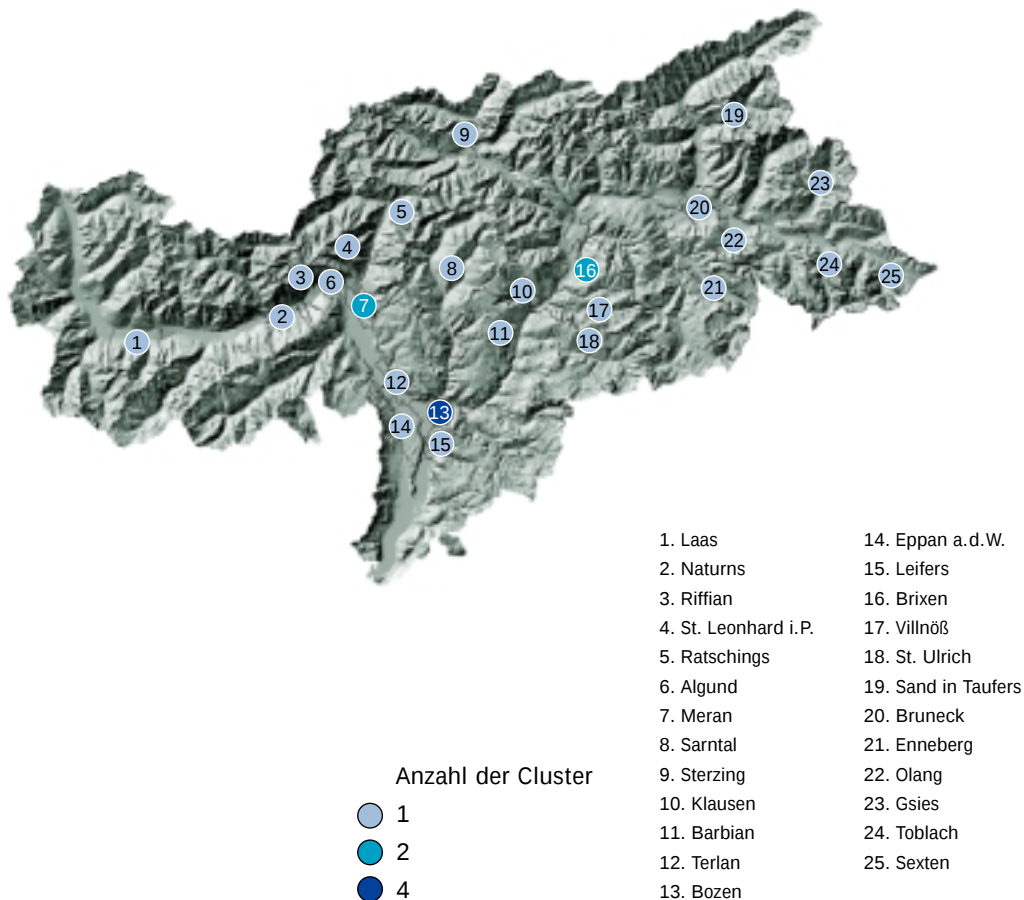
Die Informationen wurden mittels eines persönlichen Interviews mit der Mutter/Vater im Hause der ausgewählten Kinder erhoben. Die Interviews wurden zwischen Juni 2003 und August 2003 von Studenten der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe

„Claudiana“ anhand eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Dieser Fragebogen beinhaltete Fragen über den Impfstatus sämtlicher im Kleinkindesalter verabreichten Impfungen und Gründe einer eventuell fehlenden oder verspäteten Impfung. Im Fragebogen waren weiters Abschnitte über die subjektiv wahrgenommene Qualität der Impfdienste, Geburt, Stillverhalten, Ernährung, Gebrauch eines Autokindersitzes, plötzlichen Kindstod, Passivrauchen und sozio-demografische Informationen über das Kind und dessen Familie enthalten.

Zur Evaluation der Routineimpfdaten mit den ICONA Daten wurden die gleichen Kriterien für die Routinedaten angewandt, das heißt alle in Südtirol wohnhaften Kinder, die zwischen dem 15.07.2001 und dem 15.07.2002 geboren wurden und bis zum 15.08.2003 (Ende der Interviews) geimpft wurden. Für die geografische Analyse der Durchimpfungsraten nach Gemeinde wurden die Routineimpfdaten verwendet.

Auswahl der Studienbevölkerung

Für die Studie wurde in jeder Region/Autonomien Provinz ein Survey nach der sogenannte EPI (Expanded Programme on Immunization) Cluster Sampling Methodologie [2] der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Cluster heisst „Anhäufung“) durchgeführt, in der bei jeder Untersuchung 210 Teilnehmer ausgewählt und befragt werden (in den drei Großstädten Rom, Mailand und Neapel wurden noch zusätzlich 100 Teilnehmer randomisiert ausgewählt). Das Prinzip der EPI Methodik ist, dass jedes Kind in dieser Altersgruppe die gleiche Wahrscheinlichkeit hat, für die Studie ausgewählt zu werden. Zuerst wurden anhand der Gemeindenlisten 30 Cluster identifiziert (in insgesamt 25 Gemeinden), in jedem Cluster wurden anschließend 14 Kindern von der anagrafischen Liste nach dem Zufallsprinzip ausgewählt (7 Teilnehmer und 7 Ersatzpersonen). Die Studienbevölkerung jeder einzelner Region/Autonomien Provinz bestand aus 210 Kindern, deren Eltern befragt wurden.



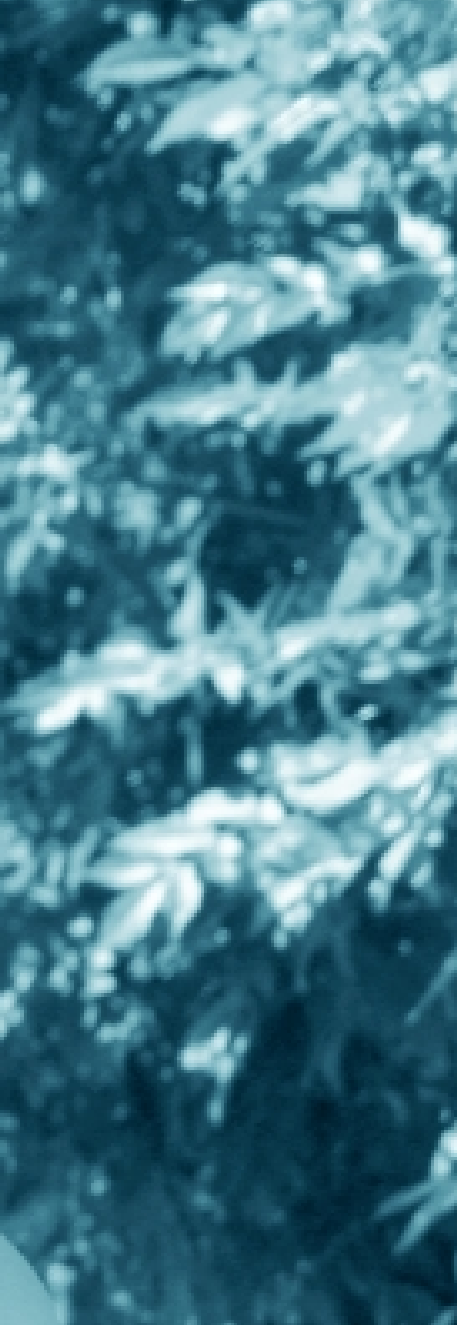
Analyse der Informationen

Die erhobenen Daten wurden in eine elektronische Datenbank (Software EPI-Info, Version 2002, CDC Atlanta, WHO und Epi Info version 6.04d, CDC Atlanta, WHO) eingegeben und analysiert.

Die Datenanalyse wurde sowohl auf Landes-, als auch auf nationaler Ebene durchgeführt. Die nationalen Ergebnisse wurden bezüglich der unterschiedlichen Anzahl der Neugeborenen in den einzelnen Region/ Autonomen Provinzen gewichtet.

Weiters wurde die Anzahl der Ersatzpersonen und vor allem die Verweigerungen der Eltern an der Studie teilzunehmen, berücksichtigt, um eventuelle mögliche Verzerrungen einzuberechnen.





BESCHREIBUNG DER STUDIENBEVÖLKERUNG

P.15

Insgesamt wurden in Südtirol 210 Interviews von Studenten der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe durchgeführt. In 98% der Fälle, wurde die Mutter des ausgewählten Kindes befragt (3x der Vater und 1x die Großmutter).

Auf nationaler Ebene wurden 4.602 Personen in die Studie aufgenommen. Von den 210 Interviews in Südtirol wurden 52 Interviews mit Ersatzpersonen durchgeführt (25%), davon in 67% (n = 35) aufgrund von Verweigerung der primär ausgewählten Teilnehmer.

Die Interviews wurden auf Wunsch der befragten Eltern in 77% in deutscher und in 23% in italienischer Sprache durchgeführt.



Eigenschaften der Kinder

Alter und Geschlecht der Kinder

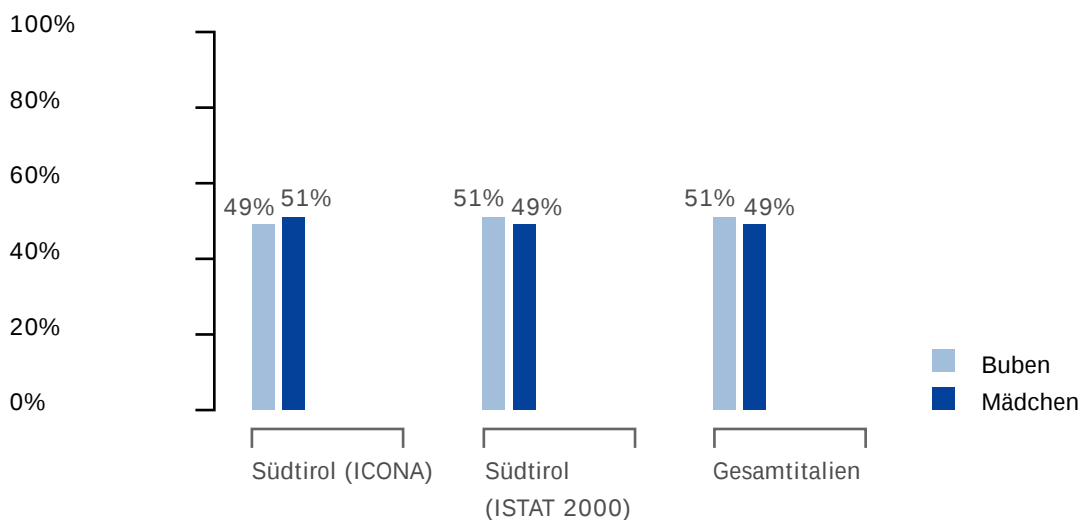
- Das mittlere Alter der Studienteilnehmer war 18,1 Monate (Medianwert 18 Monate)
- Insgesamt 157 Teilnehmer waren älter als 16 Monate (75%)
- Etwas mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer waren Mädchen (51%).
- In der Südtiroler Studienbevölkerung waren Mädchen etwa gleich häufig vertreten als in der nationalen Studienbevölkerung (49%) und als in den durch ISTAT erhobenen Daten (51%) [3].

Kommentar

Die Altersverteilung ist durch das Studiendesign bestimmt. Die Geschlechtsverteilung der ausgewählten Kinder ist den Werten ISTAT ähnlich und weist darauf hin, dass unsere Studienbevölkerung die anässige Bevölkerung gut repräsentiert.

Vergleich der Geschlechtsverteilung der Studienteilnehmer in Südtirol und Gesamitalien der ICONA Daten mit den ISTAT Daten

Prozentuelle Verteilung



Geburtenfolge der Kinder

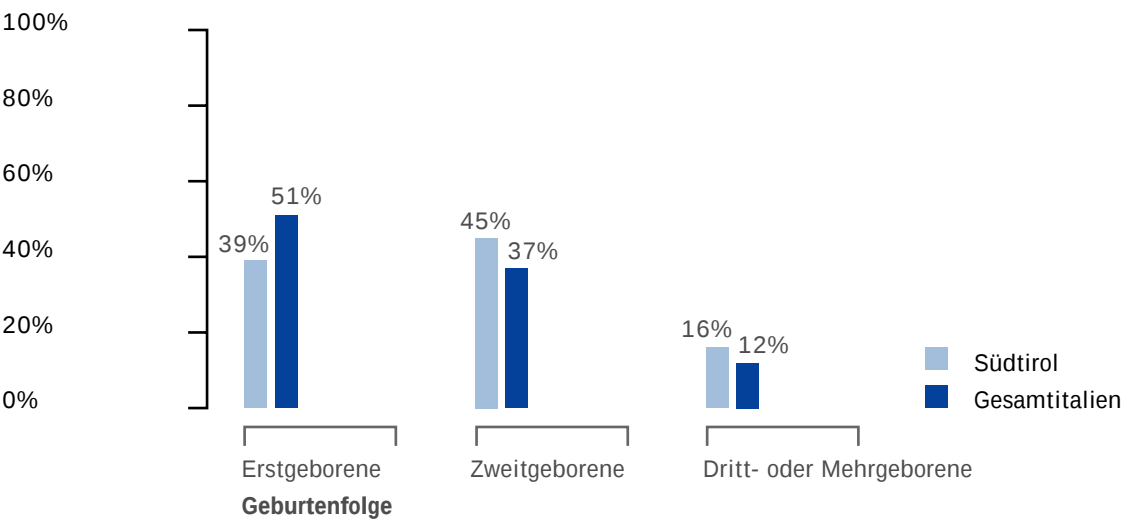
- Neununddreißig Prozent der Kinder waren Erstgeborene, 45% Zweitgeborene und 16% Drittgeborene und mehr.
- Der Prozentsatz der Erstgeborenen in unserer Provinz ist deutlich geringer als jener der gesamten Studienbevölkerung aller Region/Autonomen Provinzen (51%)

Kommentar

Der geringere Anteil der Erstgeborenen, aber der höhere Anteil der Zweit- und Mehrgeborenen geht konform mit der höchsten Gesamtfruchtbarkeit von 1,51 Kinder pro Frau (15–45 Jahre) in Südtirol versus 1,25 Kinder [4] im gesamten italienischen Staatsgebiet.

Vergleich der Geburtenfolge in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung





Eigenschaften der Kinder

Unterbringung der Kinder

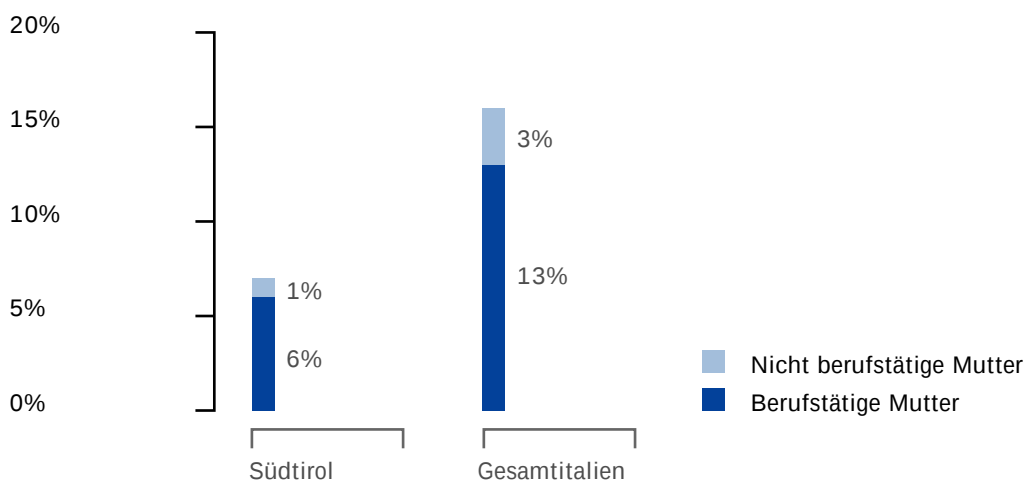
- In Südtirol besuchten Kinder dieser Altersgruppe (12–24 Monate) weit seltener (7%) eine Tagesstätte als auf nationaler Ebene (16%).

Kommentar

Die Tatsache, dass in Südtirol weniger Kleinkinder eine Tagesstätte besuchen als im gesamtstaatlichen Vergleich, geht mit der Beobachtung überein, dass auch weniger Mütter im 2. Lebensjahr ihres Kindes berufstätig sind. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass während der Datenerhebung nur die Unterbringung in Tagesstätten, aber nicht bei Tagesmüttern (spezifisches Angebot in Südtirol) oder eventuelle Haushaltshilfen gesondert berücksichtigt wurden. Daher können darüber keine Aussagen gemacht werden.

Unterbringung der Studienteilnehmer in Tagesstätten nach Beschäftigungsstand der Mutter in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung



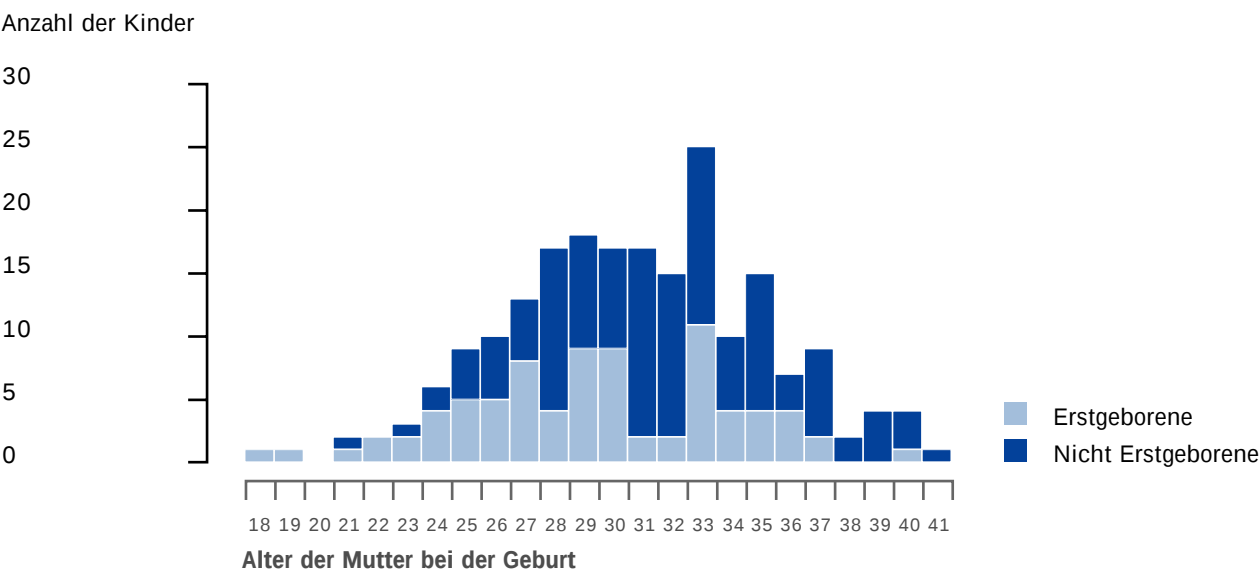
Alter der Mutter

- Nur in Südtirol wurde das Alter der Mutter zur Zeit der Geburt des Kindes erhoben. Das mittlere Alter der Mütter zur Zeit der Geburt des Kindes, das in die Studie aufgenommen wurde, war 30,8 Jahre (Medianwert 31 Jahre, 18 bis 41 Jahre).
- Mütter mit erstgeborenen Kindern, die in der Studie aufgenommen waren, waren im Mittel 31,5 Jahre und damit signifikant jünger als Mütter von Zweit- oder Mehrgeborenen ($p < 0,001$).

Kommentar

Da nur 40% der kindlichen Studienteilnehmer Erstgeborene (und 45% Zweitgeborene) waren, ist das durchschnittliche Alter der Mutter bei Geburt der Studienteilnehmer höher als das Alter der Südtiroler Mütter bei Geburt ihres ersten Kindes.

Alter der Mutter und Geburtenfolge der Studienteilnehmer in Südtirol





Eigenschaften der Eltern

Staatsbürgerschaft der Eltern

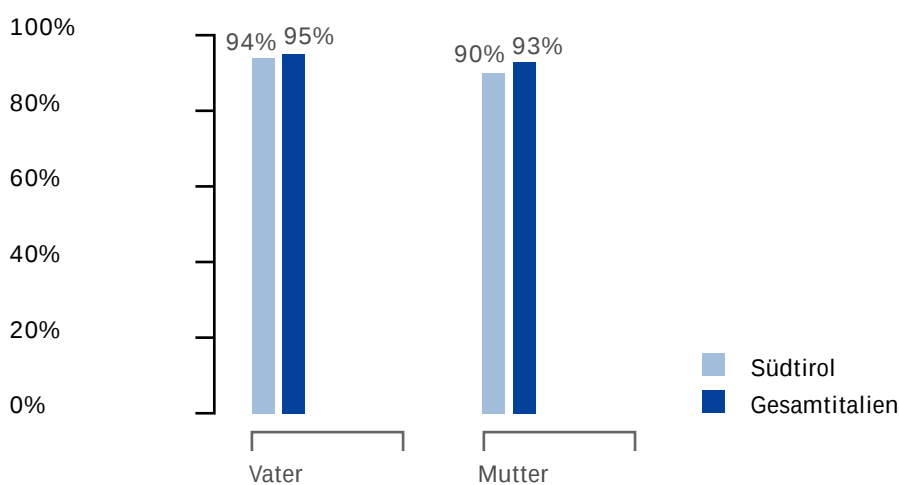
- In Südtirol war, wie in den meisten nördlichen Regionen/Autonomien Provinzen, der Anteil an ausländischen Vätern (6%) und Müttern (10%) der Studienteilnehmer höher, als im nationalen Durchschnitt (Väter 5%; Mütter 7%).
- Unter den befragten ausländischen Eltern in Südtirol war der Anteil an Nicht EU Bürgern in unserer Studie (66%) ähnlich dem zu erwartenden Wert von 68%, der vom ASTAT im Jahr 2002 [5] erhoben wurde.

Kommentar

In der Studie waren Ausländer in Südtirol häufiger vertreten (8%), als in der Gesamtbevölkerung (3%). Das stärkere Vertretensein von Ausländern in der Studienstichprobe könnte möglicherweise mit der höheren Geburtenrate von Ausländern zusammenhängen und diese daher eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, als Teilnehmer ausgewählt zu werden.

Staatsbürgerschaft der Eltern der Studienteilnehmer in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung



Ausbildung der Eltern

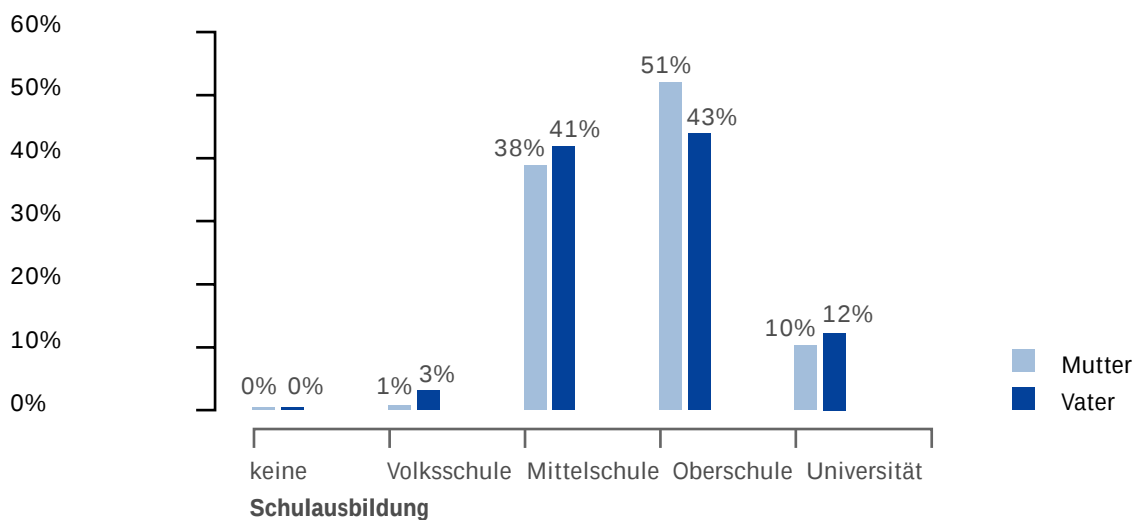
- Ein Prozent der Mütter hatte eine Schulausbildung von mindestens fünf Jahren, 38% hatten die Mittelschule besucht, 51% die Oberschule und 10% hatten einen Universitätstitel vorzuweisen; die Verteilung bei den Vätern war ähnlich.

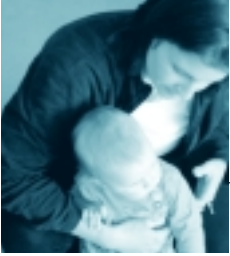
Kommentar

Der Ausbildungsstand der Eltern unserer Studienteilnehmer lag weitgehend im nationalen Durchschnitt, auch wenn Universitätsabschlüsse in Südtirol deutlich seltener waren.

Schulausbildung der Eltern der Studienteilnehmer in Südtirol

Prozentuelle Verteilung





Eigenschaften der Eltern

Berufliche Tätigkeit der Eltern

- In Südtirol gaben weniger Mütter an, derzeit berufstätig zu sein (34%) als im nationalen Vergleich (51%) (und zwar ähnlich viele wie in Süditalien: Kampanien, Kalabrien, Sizilien und Apulien).
- Der Prozentsatz der berufstätigen Väter (98%) war hingegen höher als der nationale Durchschnitt (96%).
- Siebzehn Prozent der berufstätigen Mütter hatten ihr Kind in einer Tagesstätte untergebracht.
- Bei 80% der Kinder, die in einer Tagesstätte untergebracht waren, gab die Mutter an, berufstätig zu sein (siehe auch Unterbringung der Kinder).
- Von den 70 berufstätigen Mütter (34%), gaben 66% (n = 46) an zwischen 20 und 40 Stunden die Woche zu arbeiten, 17% über 40 Stunden (n = 12)

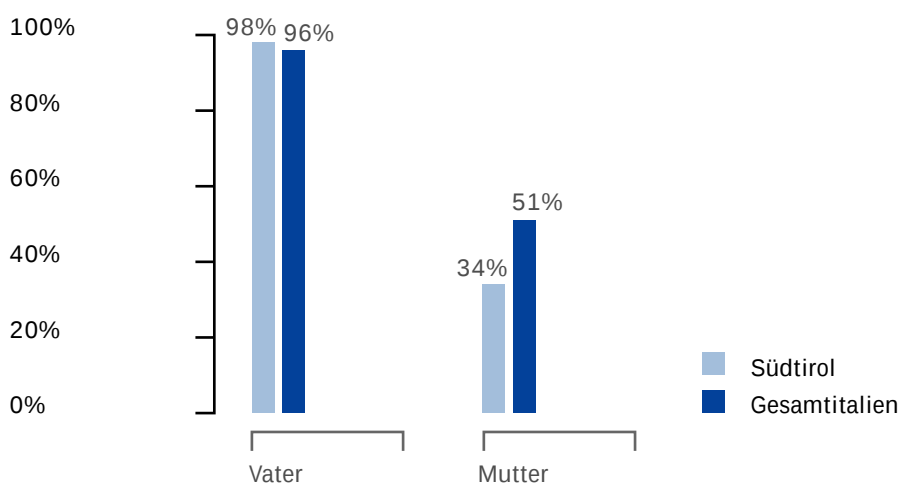
und 17% weniger als 19 Stunden (n = 12), was einen Durchschnitt von 27,6 Stunden pro Woche (Medianwert 24 Stunden, zwischen 6 und 108 Stunden pro Woche) ergibt.

Kommentar

Die Tatsache, dass in Südtirol nur jede 3. Mütter von ein- bis zweijährigen Kindern berufstätig ist und auf nationaler Ebene bereits jede zweite, könnte durch verschiedene Ursachen bedingt sein, die im Rahmen dieser Studie nicht weiter analysiert werden können.

Berufliche Beschäftigung der Eltern der Studienteilnehmer in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung





P.23

DURCHIMPFUNGSRATEN UND QUALITÄT DER IMPFDIENSTE

Ziel der Studie ICONA vom Jahre 1998 war es, die Durchimpfungsrate von empfohlenen Pflicht und freiwilligen Impfungen zu bestimmen. Sie diente auch dazu, Bereiche zu identifizieren, in denen Maßnahmen notwendig sind. Sie zeigte damals die absolut unzufrieden stellende Masern Mumps Röteln (MMR) Durchimpfungsrate von 28% in Südtirol, welche die drittniedrigste Italiens war [6, 7].

Sowohl die niedrige MMR-Durchimpfungsrate, als auch die Tatsache, dass die letzte große Masernepidemie schon mehr als 3 Jahre zurück lag (Masernepidemien treten bei nicht zufrieden stellenden Durchimpfungsraten regelmäßig in Abständen von 3–4 Jahren auf), unterstützten die Befürchtung, dass in Südtirol in naher Zukunft eine Masernepidemie bevorstehe [9]. Im Jahr 2002 trat in Kampanien eine ausgeprägte Epidemie mit geschätzten 40000 Erkrankten, 16 Enzephalitis- und mindestens 4 Todesfällen auf und breitete sich im Jahr 2003 auf benachbarte Regionen (Kalabrien) aus [10]. Immer wieder wurde beobachtet, dass in Süditalien Masernepidemien regelmäßig ein bis zwei Jahre früher auftraten, als in Südtirol.

Diese Epidemie in Süditalien und die bekannt schlechten Durchimpfungsraten in Südtirol gaben ausreichend Grund zur Besorgnis, nämlich dass die Gefahr einer bevorstehenden Epidemie in Südtirol groß sei.

Schon vor dem Jahr 2000 wurden zahlreiche Maßnahmen durchgeführt, wie das Erstellen eines regionalen Impfkaltenders, das Sicherstellen, dass alle Impfungen im Kindesalter kostenlos zur Verfügung gestellt werden [13–15], sowie das Gesundheitserziehungsprojekt „Impfung schützt“, in dessen Rahmen auch eine Impfbroschüre erstmals herausgegeben wurde.

Den Ergebnissen der ICONA Studie des Jahres 1998 folgend, wurden in Südtirol insbesondere in den Jahren 2002 und 2003 weitere Maßnahmen eingeführt, um die MMR Durchimpfungsraten zu erhöhen und damit das Risiko einer Epidemie zu senken [11, 12], z.B. wurden Informationen der Bevölkerung mittels persönlicher Beratungsgespräche der Eltern verstärkt verbreitet, es wurden

Umfragen durchgeführt, um organisatorische Probleme zu identifizieren, es wurde in verschiedene Massenmedien über die prekäre Situation und einer möglichen Epidemie berichtet und die Bevölkerung wurde aufgefordert, sich impfen zu lassen. Zusätzlich wurden Fortbildungsveranstaltungen für Sanitätspersonal durchgeführt und es wurde eine sogenannte Catch-up Kampagne (aktive Einladung aller nicht geimpften Personen bis zu einem bestimmten Lebensalter) organisiert. Seit Jänner 2003 ist außerdem ein verstärktes Überwachungssystem für Masern aktiv, das eine zeitgerechte Identifikation von Fällen vorsieht und durch zusätzliche Maßnahmen eine Unterbrechung der Übertragung des Virus zum Ziel hat [8].

Am 13. November 2003 wurde in Italien von der „Conferenza Stato Regioni“ ein nationaler Plan zur Elimination von Masern und angeborenen Röteln genehmigt [16], um die Voraussetzungen zu schaffen, das Ziel der Weltgesundheitsorganisation erreichen zu können, nämlich die Elimination der Masern in der europäischen Region bis zum Jahr 2010 [17].

Im folgenden Teil sind die Durchimpfungsraten sowohl von empfohlenen Pflicht- als auch von empfohlenen freiwilligen Impfungen beschrieben, für die Altersgruppen zwischen dem 12. und 24. Lebensmonat. Durchimpfungsraten werden für alle Impfungen, zum Zeitpunkt des 12. Lebensmonats (außer für MMR) und für die MMR Impfung die Durchimpfungsrate zwischen dem 16–24 Lebensmonat (da die Verabreichung der MMR Impfung zwischen dem 12. bis 15. Lebensmonat empfohlen wird) angegeben. Die Durchimpfungsrate am Ende des ersten Lebensjahres dient vorwiegend dazu, die Einhaltung der Termine zu beschreiben.

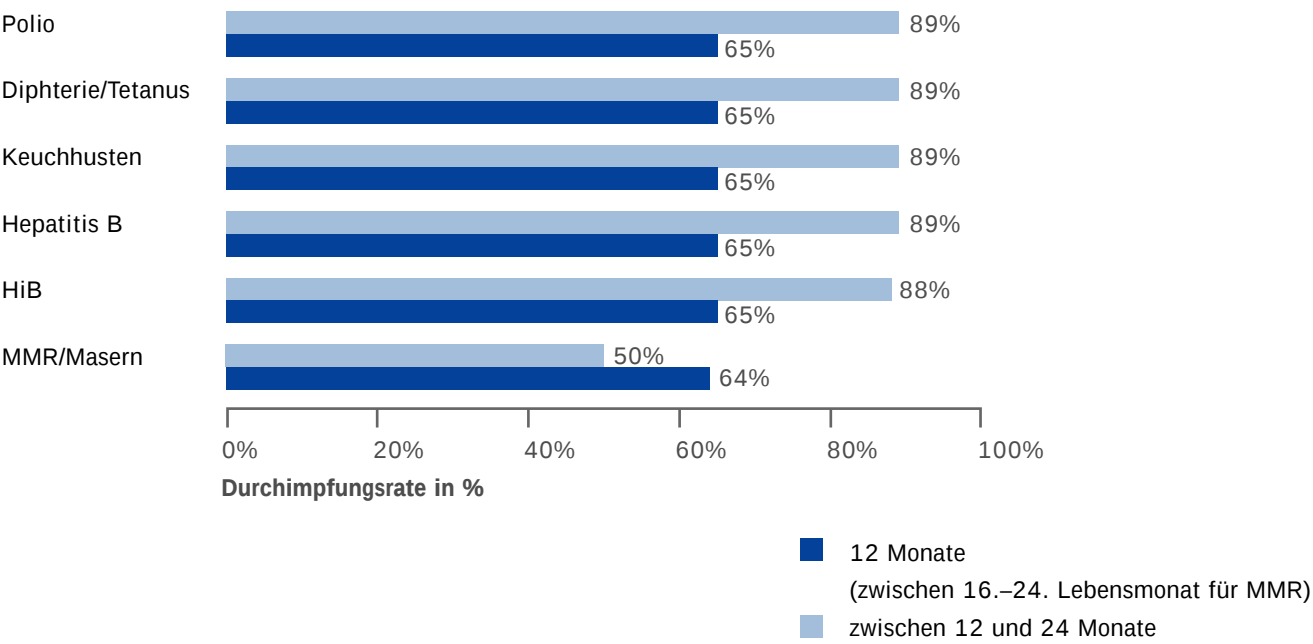
Weiters wurde eine Evaluation der Routineimpfdaten der elektronischen Impfreister durchgeführt, um deren Qualität beurteilen zu können, und mit diesen routinemäßig erhobenen Daten auch eine geografische Verteilung der Durchimpfungsraten nach Gemeinden berechnet, um Gemeinden mit erhöhtem Risiko für Masernepidemien zu identifizieren.

Südtirol

- Insgesamt 89% der Kinder zwischen 12–24 Monaten wurden vollständig (mit drei Dosen) gegen Kinderlähmung, Diphtherie, Tetanus (DT), Keuchhusten und Hepatitis B (HBV) geimpft, aber nur 65% innerhalb des 12. Lebensmonats.
- Die Durchimpfungsrate gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib) zwischen 12–24 Monaten war ähnlich den Durchimpfungsraten der empfohlenen Pflichtimpfungen (88% zwischen 12–24 Monaten und 65% innerhalb des 12. Lebensmonats).

- Alle Kinder, die vollständig gegen DT, Kinderlähmung, Hepatitis B, Keuchhusten und Hib geimpft waren, erhielten den hexavalenten Impfstoff.
- Nur 50% der Kinder zwischen 12–24 Monaten waren gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft; die Durchimpfungsrate in Kindern älter als 16 Monate entsprach 64%.

Durchimpfungsraten der empfohlenen Pflicht- und empfohlenen freiwilligen Impfungen am Ende des 1. Lebensjahres, zwischen dem 12. und 24. Lebensmonat und zwischen dem 16.–24. Lebensmonat für MMR





Durchimpfungsraten

Regionaler Vergleich der Durchimpfungsraten

- Auf nationaler Ebene ist die Durchimpfungsrate der jeweils dritten Dosis der Kinderlähmung (Poliomyelitis), Diphtherie/Tetanus, Keuchhusten und Hepatitis B Impfung mit über 95% zufrieden stellend, mit regionalen Variationen zwischen 89% (Südtirol) bis 99% (Apulien, Basilicata, Aostatal).
- Die Durchimpfungsrate aller empfohlenen Pflichtimpfungen und der Keuchhusten Impfung in Südtirol ist die niedrigste Italiens.
- Die nationale Durchimpfungsrate der Hib (Haemophilus influenzae Typ b) Impfung in Italien entspricht 87%, mit einer regionalen Streuung zwischen 64% (Kalabrien) und 98% (Basilicata).
- In Südtirol entspricht die Hib Durchimpfungsrate 88%, was trotz „überdurchschnittlicher Werte“ nur die fünft schlechteste Position ist.

- In Italien sind 77% der Kinder zwischen 16 und 24 Monaten gegen Masern Mumps und Röteln geimpft; mit starken regionalen Schwankungen zwischen 55% (Kalabrien) und 90% (Toscana).
- Die MMR Durchimpfungsrate in Südtirol ist mit 64% die zweitniedrigste Italiens.

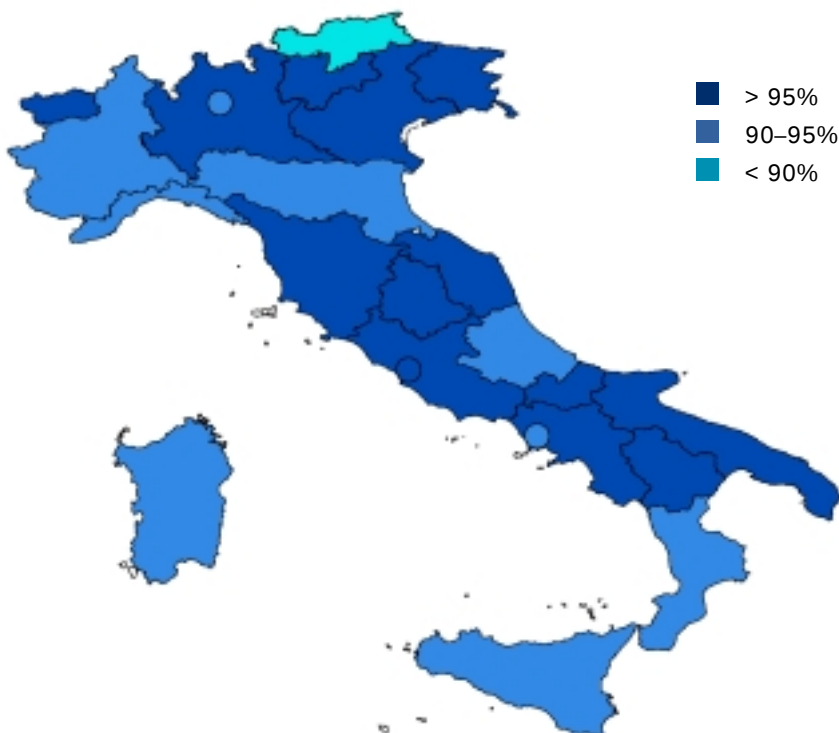
Kommentar

Die Durchimpfungsraten aller im Kleinkindesalter verabreichten Impfungen sind in Südtirol nicht zufrieden stellend.

Südtirol liegt an letzter Stelle bezüglich der Durchimpfungsraten bei den empfohlenen Pflichtimpfungen (Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung und Hepatitis B) und bei Keuchhusten.

Südtirol ist die einzige Region/Autonome Provinz Italiens in der die Durchimpfungsraten der empfohle-

Durchimpfungsraten der empfohlenen Pflichtimpfungen in Italien



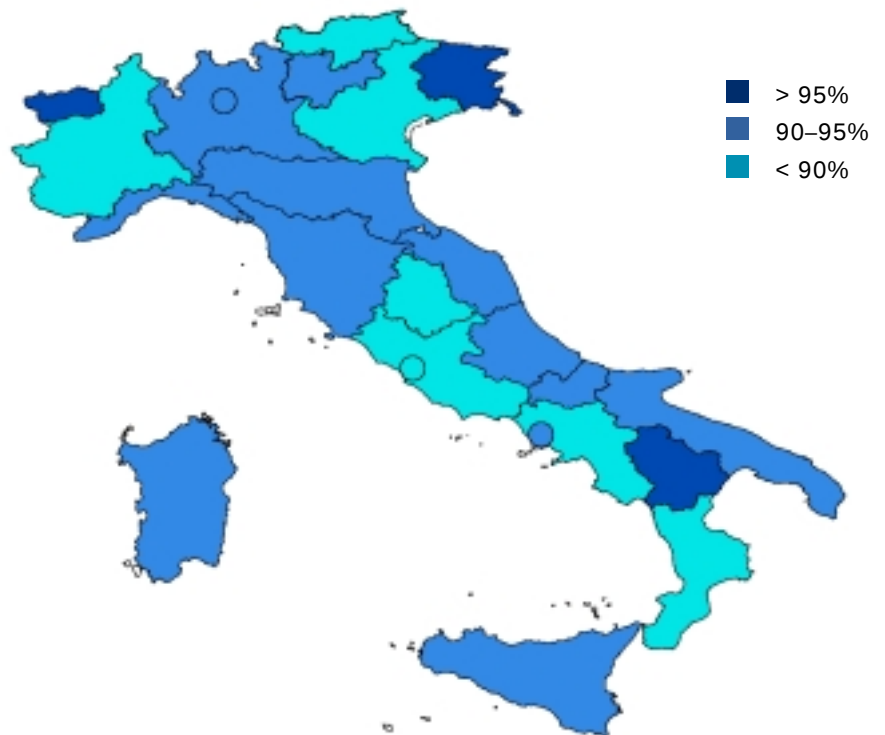
Durchimpfungsraten

nen Pflichtimpfungen in 12 bis 24 Monate alten Kindern unter 90% liegen.

Betrachten wir die MMR Impfung, liegt Südtirol an vorletzter Stelle (nach Kalabrien) und wenn wir die Haemophilus influenzae Typ b Impfung betrachten, liegt Südtirol an fünft letzter Stelle (nach Kalabrien, Kampanien, Lazio und Piemont).

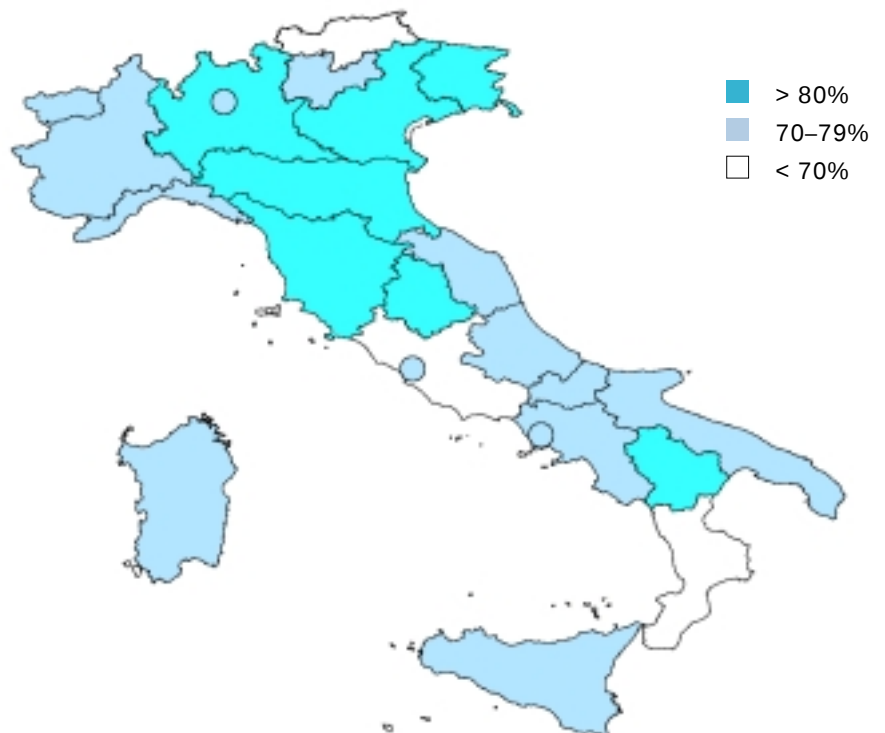
Von der WHO werden Durchimpfungsraten von 95% und mehr gefordert, um effektiv Epidemien verhindern zu können.

Durchimpfungsraten der Hib Impfung in Italien



P.27

Durchimpfungsraten der MMR Impfung in Italien





Ursachen für Unterlassung oder Verspätung von Impfungen

- Eine Erkrankung des Kindes zum Zeitpunkt der geplanten Impfung, ist in fast 60% Fälle der Hauptgrund für die fehlende/verspätete Verabreichung der empfohlenen Pflichtimpfungen inklusive Keuchhusten und Hib, die meist als Sechsfachimpfstoff verabreicht werden (DT, Kinderlähmung, HBV, Hib und Keuchhusten).
- Für DT/Kinderlähmung/HBV wurde insgesamt von zwei Eltern angegeben, dass nicht geimpft wurde, weil die Impfung gefährlich/unwirksam sei (1% sind somit als Impfgegner einzustufen).
- Dieser Grund wurde niemals für eine verspätete oder nicht durchgeführte Keuchhusten- oder Hib Impfung angegeben.
- Von den Eltern der, bis zum Ende des 15. Lebensmonats, nicht mit MMR geimpften Kindern (n = 56) wurde von jedem 4. Elternteil angegeben (23%), dass sie Ihr Kind erst nach dem 15. Lebensmonat impfen lassen wollen.
- Eltern von 8 Kindern gaben an, gegen eine MMR Impfung zu sein, und sind somit als Impfgegner (für MMR) einzustufen (4% der Studienbevölkerung).
- Bei Kindern über 15 Monate gaben 5 Eltern an, keine Einladung zur MMR Impfung erhalten zu haben (3% der Studienbevölkerung)

Kommentar

In der Studie ICONA scheint die Anzahl der Eltern, die gegen Impfungen sind, unter 5% zu liegen, es kann jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass dieser Prozentsatz etwas höher liegen könnte, insbesondere wenn solche Eltern (Impfgegner), die primär für die Studie ausgewählt waren, die Teilnahme verweigert haben, oder wenn in gewissen Gemeinden, die nicht für die Studie ausgewählt wurden, „Cluster“ von Impfgegnern vorhanden sind. (Es wurden 25 Gemeinden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt).

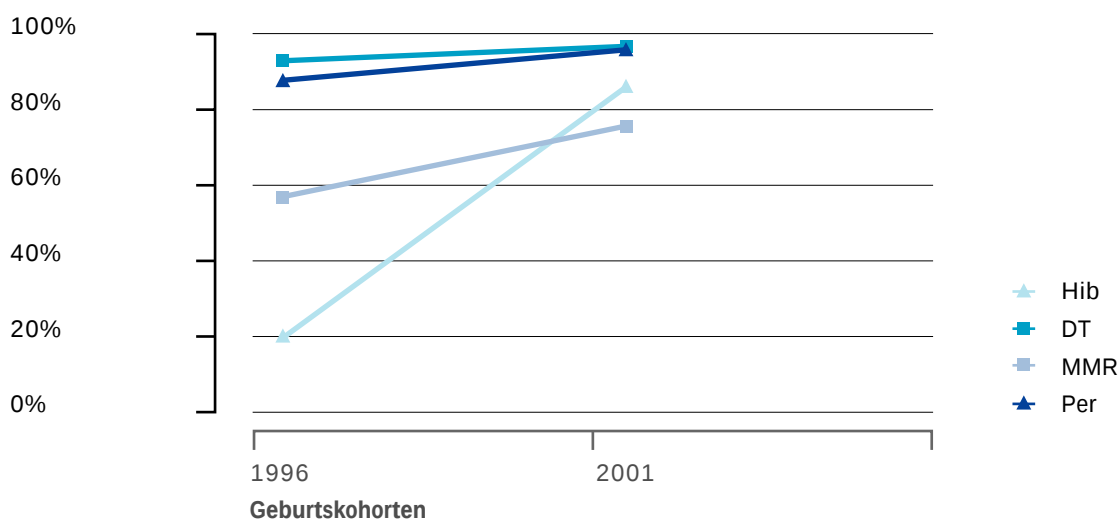
Trend der Durchimpfungsraten

- Der gesamtitalienische Durchschnittswert der Durchimpfungsraten der empfohlenen Pflichtimpfungen (inklusive der empfohlenen freiwilligen Impfung gegen Keuchhusten) ist mit über 95% als zufrieden stellend anzusehen, in Südtirol blieben die Werte der empfohlenen Pflichtimpfungen annähernd auf gleichem Niveau seit 1998 (mit leicht abfallender Tendenz, die jedoch statistisch nicht signifikant ist). Die Durchimpfungsrate der Keuchhustenimpfung nahm in Südtirol in dieser 5 Jahresperiode von 73% auf 89% zu.

- Die größte Zunahme einer Durchimpfungsrate wurde bei der Hib Impfung beobachtet, nämlich von 20% auf 87% auf nationalem Niveau; In Südtirol war die Durchimpfungsrate mit Hib im Jahr 1998 bei 39% und hat sich bis zum Jahr 2003 mehr als verdoppelt (88%).
- Obwohl auch die MMR Durchimpfungsrate in Südtirol eine Verdoppelung (von 28% auf 64% während dieser 5 Jahre) zeigte, bleiben die Werte deutlich unter 70% und bleiben somit weiterhin sehr bedenklich. Mit dieser Durchimpfungsrate wird es sicher nicht möglich sein, eine zukünftige Virus-zirkulation, und damit Epidemien, zu verhindern.

Trend der Durchimpfungsraten von empfohlenen Pflicht- und empfohlenen freiwilligen Impfungen in Italien

Durchimpfungsrate in %





Durchimpfungsraten

Kommentar

Auch wenn die geringfügige Abnahme der Durchimpfungsraten der empfohlenen Pflichtimpfungen auf unter 90% im Vergleich zur Studie des Jahres 1998 als statistische Variation interpretiert werden können, sollte Augenmerk auf dieses Phänomen gelegt werden. Eine kurzfristige Evaluation dieses Phänomens sollte anhand der Routineimpfdaten regelmäßig durchgeführt werden.

Die Verbesserung der Durchimpfungsrate von MMR ist nach wie vor die Priorität Nummer eins der Infektionskrankheiten, damit die Elimination der Masern bis zum Jahr 2010 als nächstes Ziel der Weltgesundheitsorganisation [17], der Obersten Gesundheitsbehörde und des Gesundheitsministeriums [16] erreicht werden kann. Auch in Südtirol sollte die Erreichung dieses Ziel sehr ernst genommen werden. Es muss berücksichtigt werden, dass bei MMR Durchimpfungsraten, wie sie in Südtirol derzeit gegeben sind, das Risiko für angeborene Rötelnembryopathien außerordentlich hoch ist, da es bereits zur einer Verschiebung der Rötelerkrankung ins höhere

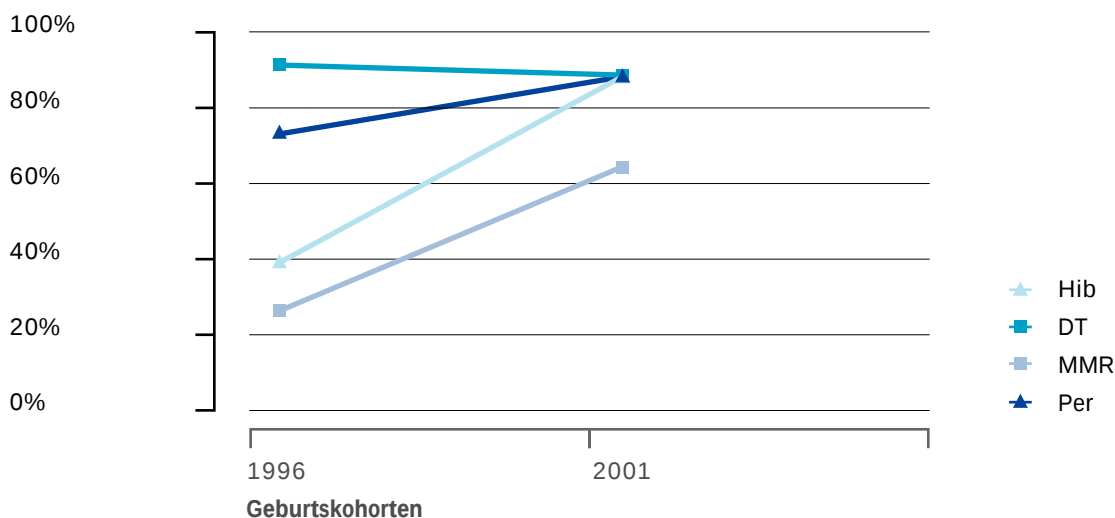
Lebensalter gekommen ist. Ein Überwachungssystem der angeborenen Rötelnembryopathie sollte, wie es im Nationalen Plan zur Elimination der Masern und angeborenen Röteln vorgesehen ist, möglichst bald eingeführt werden.

Die Tatsache, dass in Südtirol die Hib Impfung schon im Jahr 1998 höhere Durchimpfungsraten als im Rest Italiens aufwies, ist wahrscheinlich auf mehrere Ursachen zurückzuführen: in Südtirol, im Gegensatz zum restlichen Italien, ist die Inzidenz der bakteriellen Meningitis deutlich höher [19] als im restlichen Italien, und auch die Mortalität dieser Erkrankung ist relativ hoch (zwischen 5% und 20%), was zu einer starken Sensibilisierung der Bevölkerung führt. Die starke Zunahme der Hib Durchimpfungsrate seit 1998 ist sicherlich auch dadurch bedingt, dass das Hib-Antigen als Zusatzkomponente im Sechsfach-Impfstoff enthalten ist (zusammen mit Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten und Hepatitis B), und damit für sechs verschiedene Antigene nur eine Impfung notwendig ist.

P.30

Trend der Durchimpfungsraten von empfohlenen Pflicht- und empfohlenen freiwilligen Impfungen in Südtirol

Durchimpfungsrate in %



Evaluation der Routineimpfdaten

In Südtirol werden alle, der ansässigen Bevölkerung verabreichten Impfungen, in den einzelnen Gemeinden in eine elektronische Datenbasis eingegeben. Diese Datenbanken existieren in allen Gemeinden in derselben Struktur und werden vom Gemeindeverband koordiniert, außer in Bozen, wo ein ähnliches System existiert, das jedoch nicht mit dem Rest kompatibel ist.

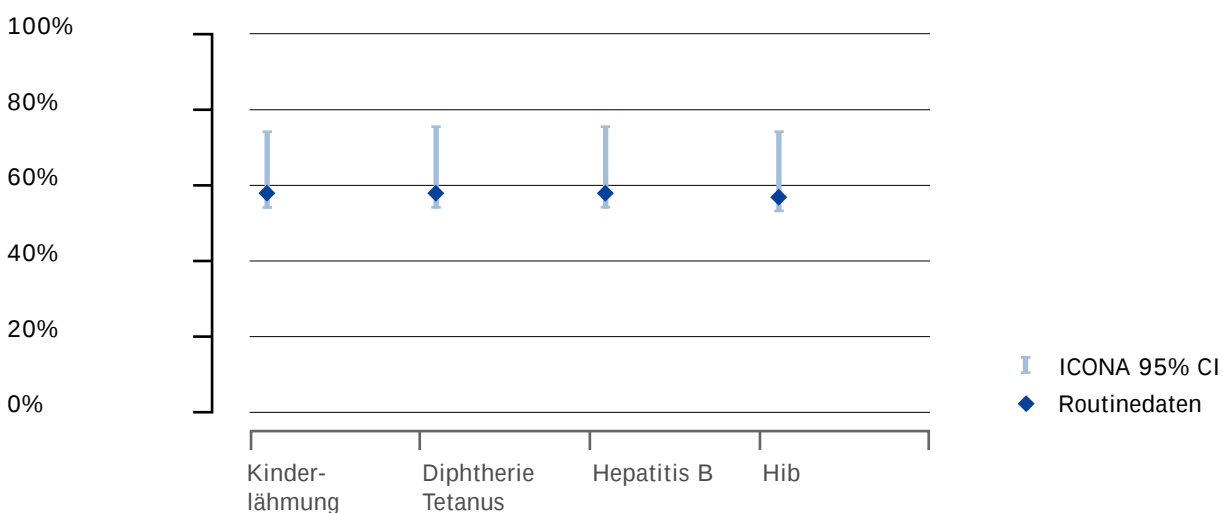
In den elektronischen Impfregistern stehen, neben einer automatisierten Organisation von Impfeinladungen, auch einige wertvolle analytischen Funktionen für die einzelnen Gemeinden zur Verfügung, wie

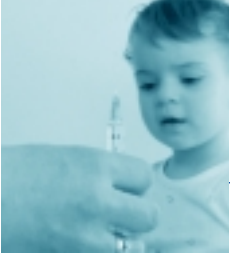
z.B. eine Berechnung der Durchimpfungsraten der Routineimpfdaten.

- Die Durchimpfungsraten Routinedaten sind den ICONA Daten sehr ähnlich und liegen ausnahmslos innerhalb des 95% Konfidenzintervalls für alle Impfungen
- Die geographische Verteilung der Durchimpfungsraten zeigt trotz Verdoppelung der Durchimpfungsraten ein ähnliches Bild wie vor wenigen Jahren [5], nämlich dass westliche Gebiete wie der Vinschgau oder das Passeiertal als Risikogebiete einzustufen sind.

95% Konfidenzintervall der Durchimpfungsraten der Studie ICONA 2003 und Punktwert der Durchimpfungsraten der Routinedaten am Ende des ersten Lebensjahres

Durchimpfungsrate in %





Durchimpfungsraten

Kommentar

Die Routineimpfdaten in Südtirol scheinen sehr akkurat zu sein, und können sehr gut zur Evaluation der Fortschritte oder geografischen Analyse herangezogen werden. Die Durchimpfungsraten der Routinedaten sind generell etwas niedriger als die Daten der Studie ICONA, was wahrscheinlich auch dadurch bedingt ist, dass nicht ausnahmslos alle verabreichten Impfungen gemeldet werden, Kinder im Ausland oder anderen Impfzentren geimpft wurden und keine

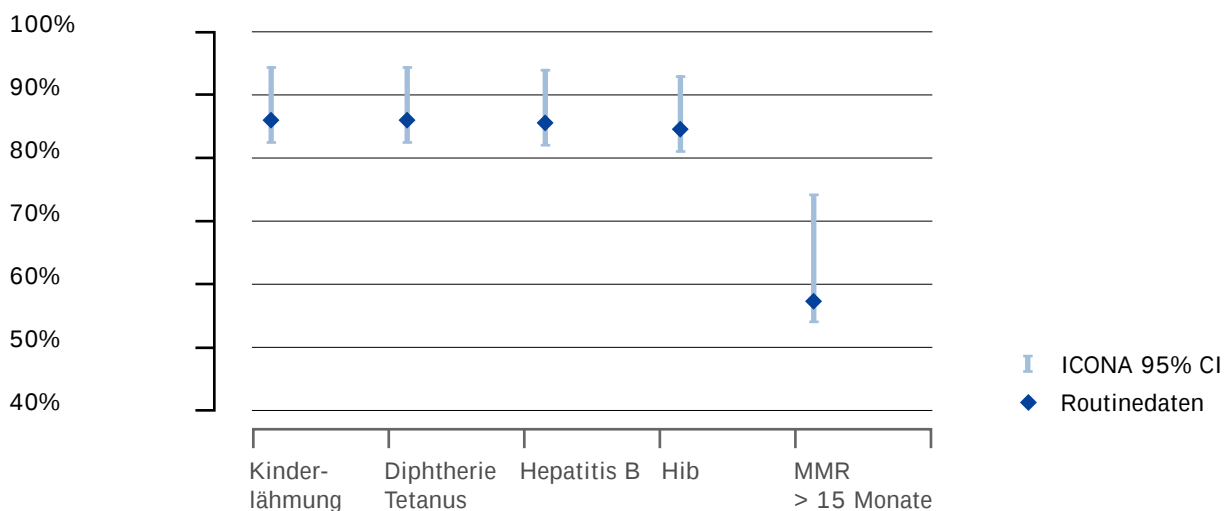
Daten dieser Impfungen vorhanden sind, und eventuell Impfdaten in das elektronische Impfregister verzögert eingegeben werden.

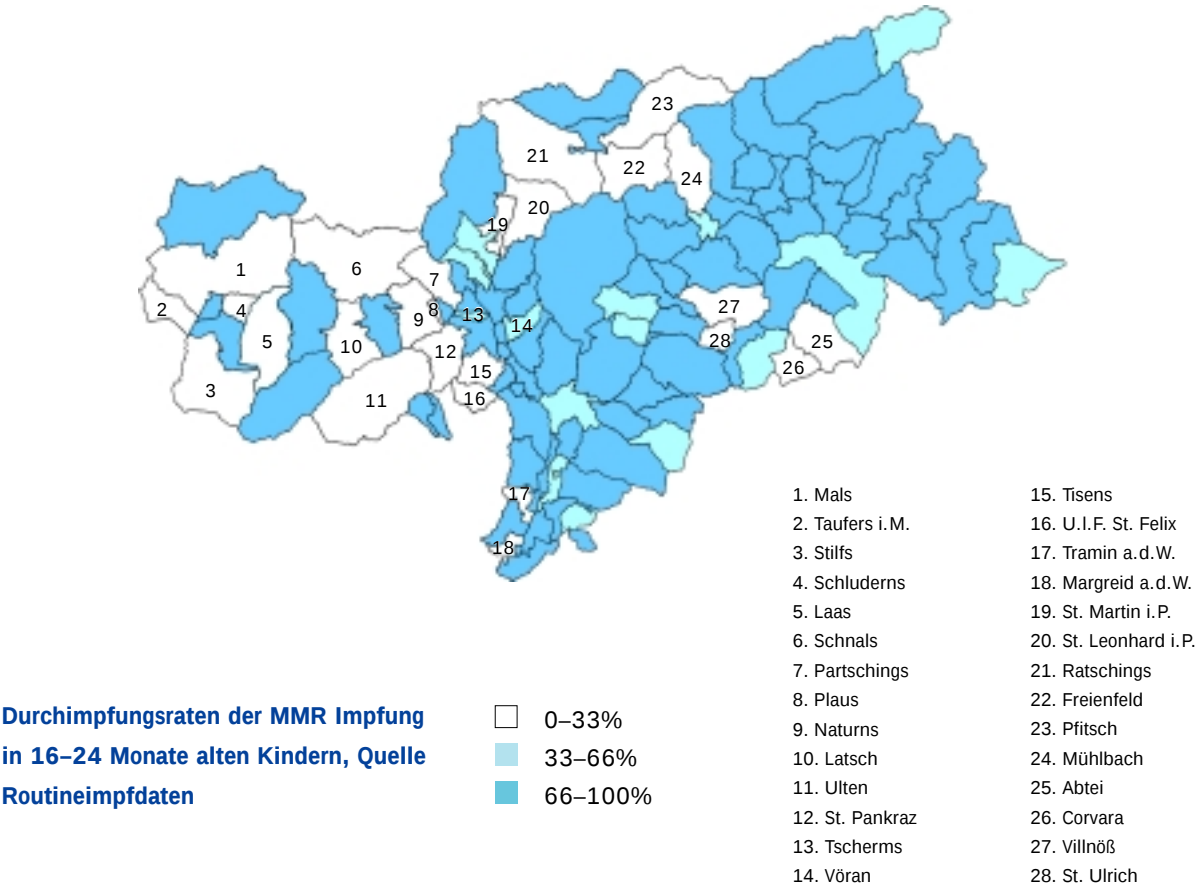
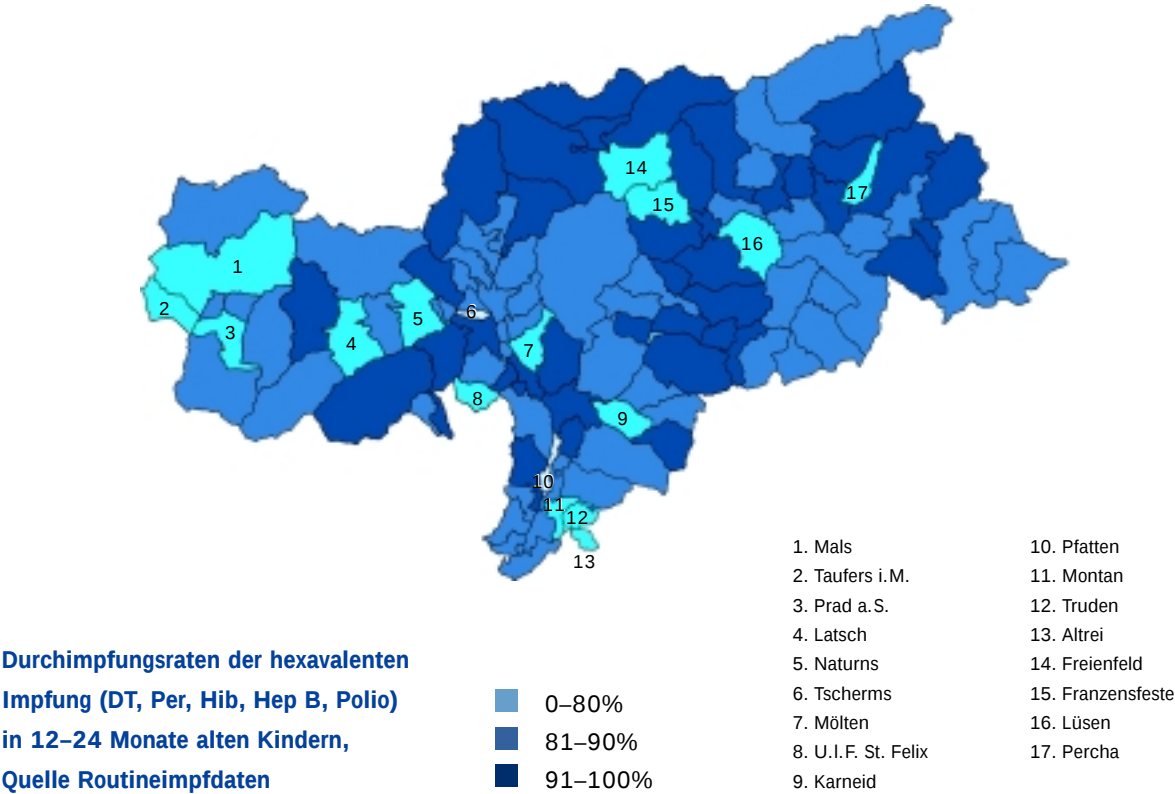
Die Tatsache, dass die Stadt Bozen, die immerhin ein Viertel der Südtiroler Bevölkerung darstellt, ein unterschiedliches und veraltetes System, zur Berechnung der Durchimpfungsraten benutzt, sollte schnellstens geändert werden, um exakte Analysen mit minimalem Arbeits- und Ressourcenaufwand in regelmäßigen Abständen durchführen zu können.

P.32

95% Konfidenzintervall der Durchimpfungsraten der Studie ICONA 2003 und Punktwert der Durchimpfungsraten der Routinedaten zwischen 12. und 24. Lebensmonat (16.–24 Lebensmonat für MMR)

Durchimpfungsrate in %







Der Begriff Gesundheit hat sich in den letzten 20 Jahren bedeutend geändert und die Qualität von Strukturen und Leistungen haben sich als Eckpfeiler des nationalen Gesundheitssystems erwiesen. Die empfundene Qualität (Grad der Zufriedenheit des Nutznießers) gilt als Richtlinie, um die Qualität von Diensten zu verbessern.

Um den Grad der Zufriedenheit des Bürgers mit den Impfdiensten der öffentlichen Strukturen festzustellen, wurden über folgende Aspekte Informationen gesammelt: aktive Impfeinladung, kostenlose Verabreichung von Impfungen, Öffnungszeiten der Impfdienste, geographische Entfernung vom Impfdienst, Wartezeiten, Räumlichkeiten, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals. Die Ergebnisse sollten dazu dienen, eine Verbesserung der Leistungen der Impfdienste zu erreichen und gleichzeitig zu einer Zunahme der Durchimpfungsrate führen.

Aktive Einladung

Südtirol:

- In 98% der Fälle gaben die Befragten an, zumindest eine Einladung für eine Impfung im Kleinkindesalter erhalten zu haben.
- Insgesamt gaben 96% an, eine Einladung für die erste Dosis DT, Kinderlähmung und Hepatitis B erhalten zu haben; für die weiteren Dosen sank dieser Wert auf 71%.
- Für die erste Dosis der Keuchhusten und Hib Impfung antworteten 93%, eine Einladung erhalten zu haben, 68% für weitere Dosen.
- Für Masern hingegen gaben nur 65% der Eltern (der über 15 Monate alten Kinder) an, eine Einladung zur Impfung erhalten zu haben (der derzeitige Impfplan sieht die Masernimpfung zwischen dem 12. und 15. Lebensmonat vor).

Gesamtitalien:

- Auf nationaler Ebene hatten 71% der Befragten mindestens eine Einladung für irgendeine Impfung erhalten: 65% für die erste Dosis der DT-, Kinderlähmung- und Hepatitis B Impfung, 60% für die erste Dosis der Keuchhusten Impfung, 56% für die erste Hib Impfung und 40% für die MMR Impfung (Kinder älter als 15 Monate).
- Insgesamt gaben 55% aller in Italien interviewten Eltern an, eine Einladung für jede erste Dosis aller Impfungen erhalten zu haben.

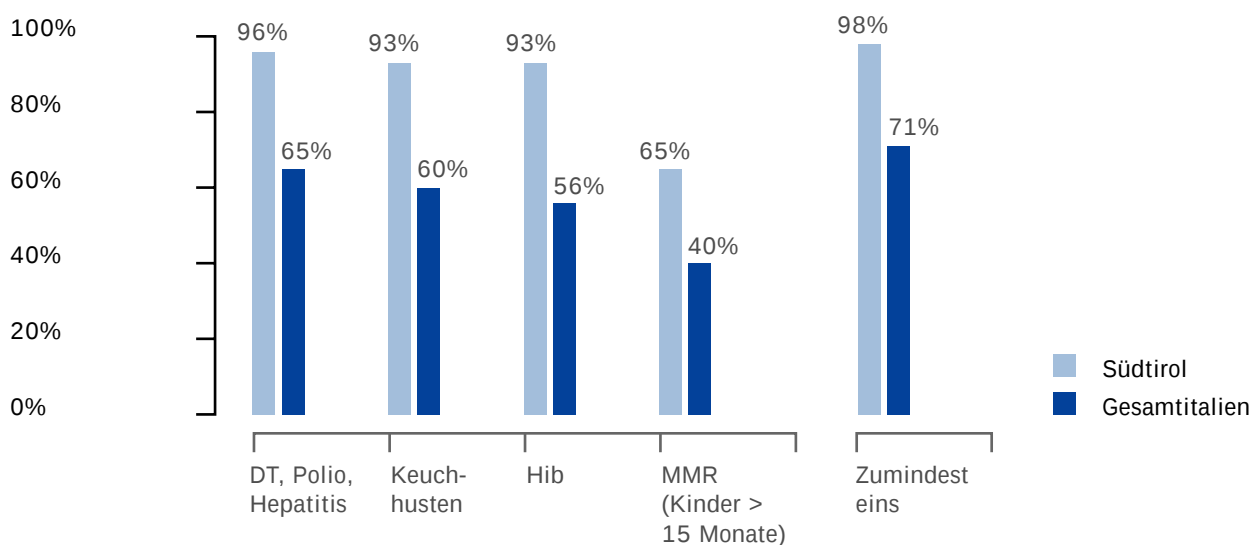
Kommentar

Südtirol lag im Bezug auf Impfeinladungen an der vierten Stelle (nach dem Aostatal, Friaul-Julisch Venetien und der Lombardei)

Die Tatsache, dass ein Drittel der Kinder im entsprechenden Alter KEINE Einladung für die MMR Impfung erhalten haben, obwohl schon seit 1996 auch für empfohlene freiwillige Impfungen aktiv eingeladen werden muss [13, 14], ist sicherlich ein wichtiger Grund für die schlechten MMR Durchimpfungsraten in Südtirol. Obwohl dieses Problem schon im Sommer 2002 identifiziert wurde und alle Gemeinden bzw. Sprengelhygieniker aufgefordert wurden, potentielle Impflinge aktiv einzuladen, ist dieses Problem weiterhin vorhanden, und es muss intensiv an der Bekämpfung dieser Missstände gearbeitet werden.

Prozentuelle Verteilung des Erhalts einer Impfeinladung für die erste Dosis von empfohlenen Pflicht- und empfohlenen freiwilligen Impfungen in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung





Kostenlose Verabreichung von Impfungen

- Insgesamt wurden 97% aller verabreichten Impfungen kostenlos durchgeführt.
- Nur drei Mütter (1%) gaben an, für einige der Impfungen bezahlt zu haben. Die mit Kosten verbundenen Impfungen waren sowohl Pflicht, als auch empfohlene freiwillige Impfungen (einmal DT, Kinderlähmung, Hepatitis B und Keuchhusten Impfung, einmal Hib und einmal MMR).
- Auf nationaler Ebene wurden 89% aller Impfstoffe kostenlos verabreicht.

Kommentar

Es muss gewährleistet sein, dass ALLE, empfohlene Pflicht und empfohlene freiwillige Impfungen im Kleinkindesalter kostenlos verabreicht werden. In Südtirol werden alle empfohlenen Impfungen für Kinder kostenlos vom öffentlichen Gesundheitsdienst angeboten. Die kostenlose Verabreichung von Impfstoffen ist eine der wichtigsten Basismaßnahmen, um gute Durchimpfungsraten erreichen und halten zu können und ist in einem Beschluss der Landesregierung seit dem Jahr 1996 vorgesehen [14].



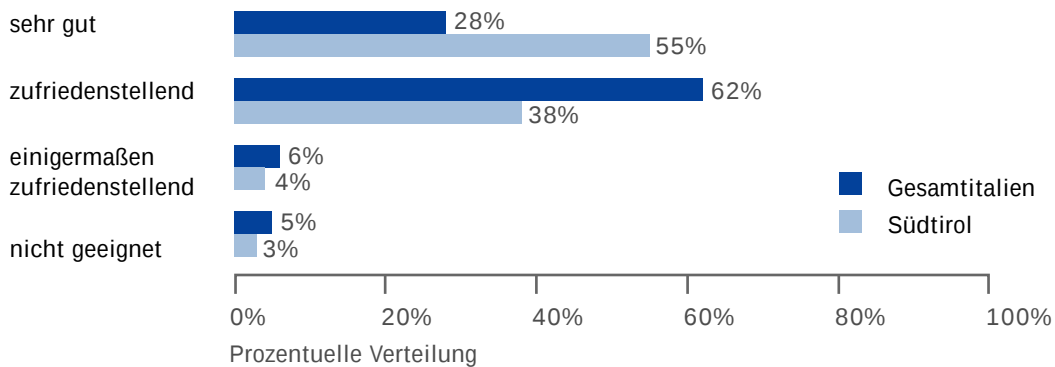
Öffnungszeiten

- Insgesamt 55% der Südtiroler Eltern beurteilten die Öffnungszeiten als sehr geeignet, 38% empfanden sie als zufrieden stellend, 4% als einigermaßen zufrieden stellend und 3% als nicht geeignet.
- Es wurden keine Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Müttern im Zufriedenheitsgrad der Öffnungszeiten beobachtet.
- Auf nationaler Ebene beurteilten nur 28% der Befragten die Öffnungszeiten als sehr geeignet, 61% als zufrieden stellend, 6% als einigermaßen zufrieden stellend und 5% als nicht geeignet.

Kommentar

Die Zufriedenheit der Südtiroler Eltern mit den Öffnungszeiten der Impfdienste war am höchsten von ganz Italien, was sich jedoch nicht in den erreichten Durchimpfungsraten widerspiegelt

Zufriedenheit der Eltern mit den Öffnungszeiten der Impfdienste in Südtirol und Gesamtitalien





Anfahrts- und Wartezeiten

- Um zum Impfdienst zu gelangen, gaben 70% der Eltern in Südtirol an, weniger als 15 Minuten dazu zu benötigen und nur 1% mehr als eine Stunde.
- Bezüglich der Wartezeiten gab etwa die Hälfte der interviewten Eltern (57%) an, weniger als 15 Minuten im Sanitätsbetrieb auf die Impfung gewartet zu haben, jeder Dritte (32%) zwischen 15 und 30 Minuten, und circa jeder Zehnte (9%) zwischen 30 Minuten und einer Stunde, jedoch nur 2% länger als eine Stunde.
- Auf nationaler Ebene hatten 81% die Impfdienste in weniger als 15 Minuten erreicht und 59% hatte weniger als 15 Minuten auf die Impfung gewartet.

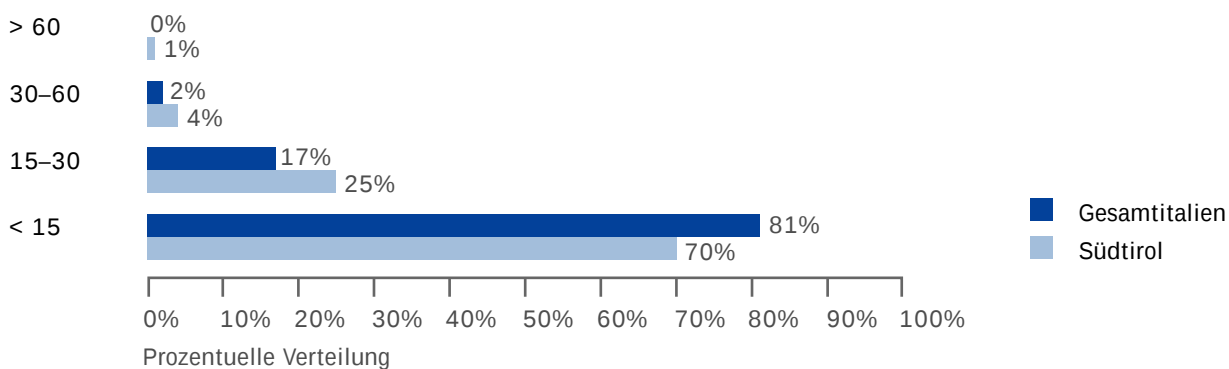
Kommentar

Obwohl 95% der Eltern angaben, die Impfdienste in weniger als 30 Minuten erreicht zu haben, lag Südtirol mit diesem Wert dennoch an letzter Stelle. Bezüglich der Wartezeiten lässt sich feststellen, dass obwohl neun von zehn Eltern angaben, weniger als eine halbe Stunde gewartet zu haben, sollten dennoch möglichst kurze Wartezeiten angestrebt werden. Wartezeiten über eine halbe Stunde sind mit einer 1,4 fachen erhöhten Wahrscheinlichkeit (Relatives Risiko) assoziiert, dass nicht gegen MMR geimpft wird, dieser Wert ist jedoch für Südtirol aufgrund der kleinen Teilnehmerzahlen statistisch nicht signifikant (das heißt der Zufall kann für dieses Ergebnis nicht ausgeschlossen werden). Auf nationaler Ebene ist eine verlängerte Wartezeit statistisch signifikant mit einer Unterlassung der MMR Impfung assoziiert (RR = 1,2, p = 0,04).

Zufriedenheit der Eltern mit Anfahrtszeiten zum Impfdienst in Südtirol und Gesamtitalien

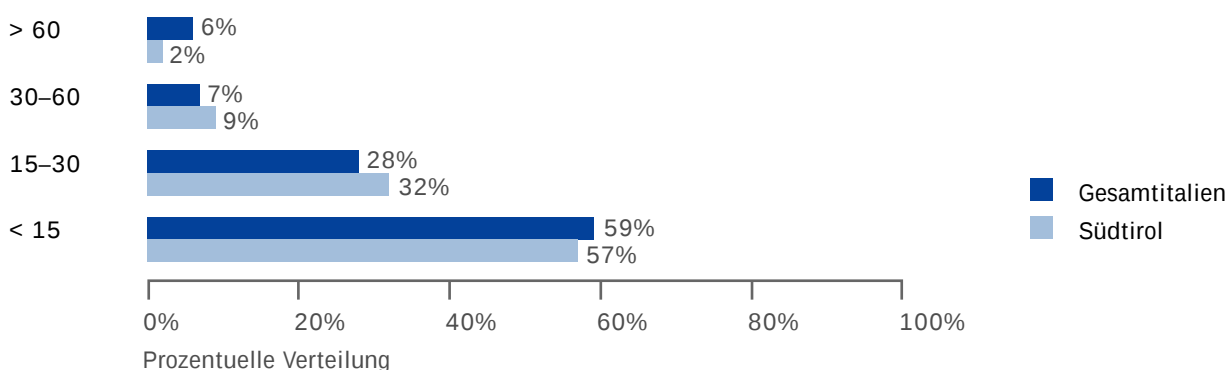
P.38

Anfahrtszeit



Zufriedenheit der Eltern mit Wartezeiten in den Impfdiensten in Südtirol und Gesamtitalien

Wartezeit



Räumlichkeiten

- Insgesamt 93% der Befragten beurteilten die Räumlichkeiten (Sauberkeit, räumliche Aspekte und Gefälligkeit), als sehr gut oder gut. Südtirol lag damit weit an der Spitze (gefolgt vom Aosta Tal (87%) und Trient (81%).
- Der Großteil (93%) beurteilte die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals als gut oder sehr gut. Südtirol lag damit an dritter Stelle nach dem Aosta Tal (98%) und dem Veneto (94%).
- Auf nationaler Ebene beurteilten 60% der Befragten die Räumlichkeiten als gut oder sehr gut, während die Freundlichkeit des Personals in 85% als gut oder sehr gut empfunden wurde.

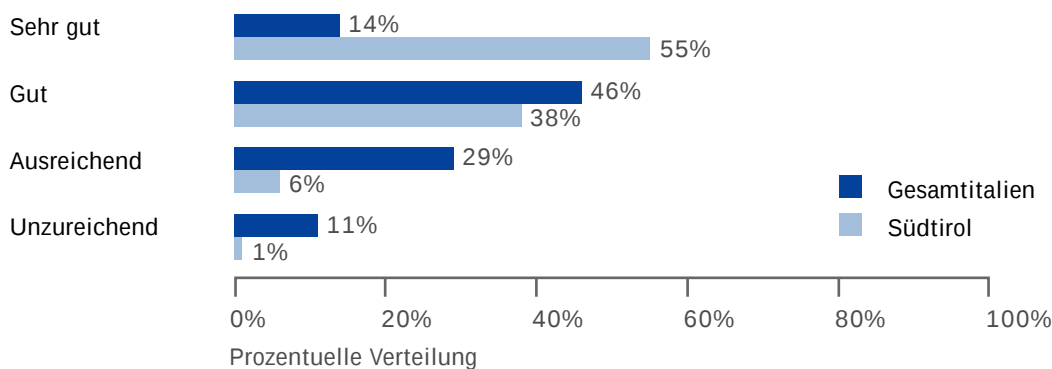
Kommentar

Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft aber auch Räumlichkeiten werden bei der Bevölkerung als gut bis sehr gut angegeben, trotzdem scheinen diese Faktoren die Durchimpfungsraten nur wenig zu beeinflussen.

Beurteilung der Räumlichkeiten der Impfdienste in Südtirol und Gesamtitalien

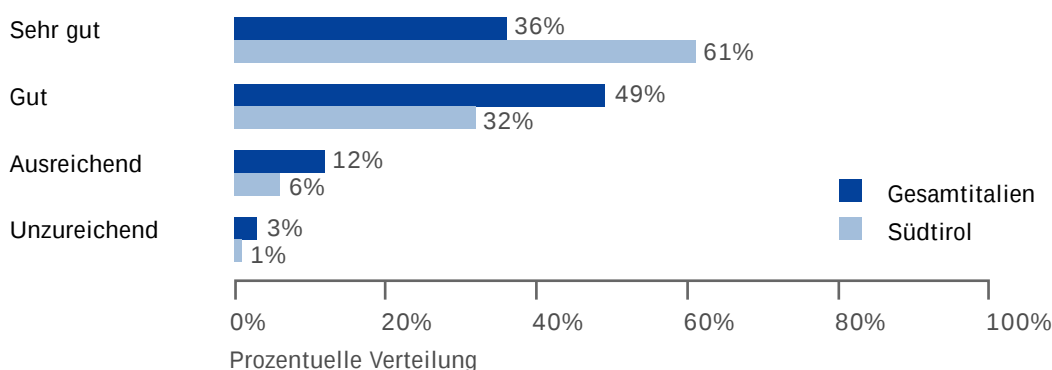
P.39

Beurteilung der Räumlichkeiten



Beurteilung der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals der Impfdienste in Südtirol und Gesamtitalien

Beurteilung der Freundlichkeiten des Personals





Information über Impfungen

- Insgesamt gaben 73% der Eltern an, Informationen über den Impfkalendar (Art der Impfung und Zeitpunkt) erhalten zu haben, jedoch weniger als die Hälfte (48%) erhielten diese Informationen in schriftlicher Form. Auf nationaler Ebene gaben 90% der befragten Eltern an, Informationen vom Impfdienst erhalten zu haben
- In Südtirol beurteilten 5% der Eltern diese Informationen als nicht ausreichend, jeder dritte befragte Elternteil (31%) gab an, dass die mitgeschickten Informationen sehr vollständig und klar waren, 41% als gut und 23% als ausreichend. Südtirol lag mit diesem Wert an drittbester Stelle.
- Insgesamt gaben 67% der befragten Südtiroler Eltern an, eine Gelegenheit gehabt zu haben, mit dem Haus- oder Kinderarzt über die für das Kind vorgesehenen Impfungen zu diskutieren, der nationale Wert lag um 2% höher.
- Die Information der Basis und Kinderärzte wurde von 28% der Eltern (welche mit dem Arzt diskutieren konnten) als sehr gut bezeichnet, von 50% als gut, 20% als zufrieden stellend und 3% als nicht ausreichend.
- Für die Masernimpfung keine Einladung erhalten zu haben war in Südtirol mit einem 3-fach höheren Risiko des Kindes verbunden, nicht geimpft zu sein ($RR = 2,5$; 95% CI 1,8–3,3). Dieses Risiko war bei fehlender Einladung auch für DT 3-fach erhöht ($RR = 3,2$; 95% CI 1,2–8,8) und für die Keuchhustenimpfung mehr als 2,5-fach erhöht ($RR = 2,6$; 95% CI 1,0–6,6). Für die Haemophilus influenzae typ b Impfung waren diese Ergebnisse statistisch nicht signifikant.
- Für die empfohlenen Pflichtimpfungen (DT, HBV, Kinderlähmung) inklusive Keuchhusten und Hib waren Wartezeiten über eine Stunde mit einem signifikant fast 4-fach höherem Risiko ($RR = 3,9$; 95% CI 1,2–12,2) nicht geimpft zu werden, verbunden.

- Auch weitere organisatorische Parameter wie die Nicht-Verteilung von Informationsmaterial seitens des Sanitätspersonals oder der lange Anfahrtsweg scheinen mit einem erhöhten Risiko, nicht geimpft zu werden, verbunden zu sein, auch wenn die Ergebnisse statistisch nicht signifikant sind (erhöhtes relatives Risiko, Zufall der Beobachtung nicht auszuschließen).

Kommentar

Wie erwartet spielt die aktive Einladung zur Impfung für die Akzeptanz der Eltern ihre Kinder impfen zu lassen eine sehr große Rolle, insbesondere was die MMR Impfung betrifft. Eine im Jahr 2001 durchgeführte Erhebung in den Südtiroler Gemeinden ergab, dass bis zum Jahr 2002 weniger als die Hälfte der Südtiroler Gemeinden aktiv zur MMR Impfung eingeladen haben. Aufgrund dieser Erhebung wurden alle Gemeinden inklusive der zuständigen Ärzte aufgefordert, auch für empfohlene freiwillige Impfungen wie MMR, aktiv einzuladen. Im Jahr 2004 ist eine Wiederholung dieser Erhebung geplant, um zu überprüfen, ob der Aufforderung Folge geleistet wurde. Sowohl die Anfahrtszeiten, als auch die Wartezeiten erscheinen angemessen zu sein, jedoch sollte Wert darauf gelegt werden, die Wartezeiten möglichst kurz zu halten, da lange Wartezeiten insbesondere die Durchimpfungsraten der empfohlenen Pflichtimpfungen in Südtirol negativ beeinflussen.

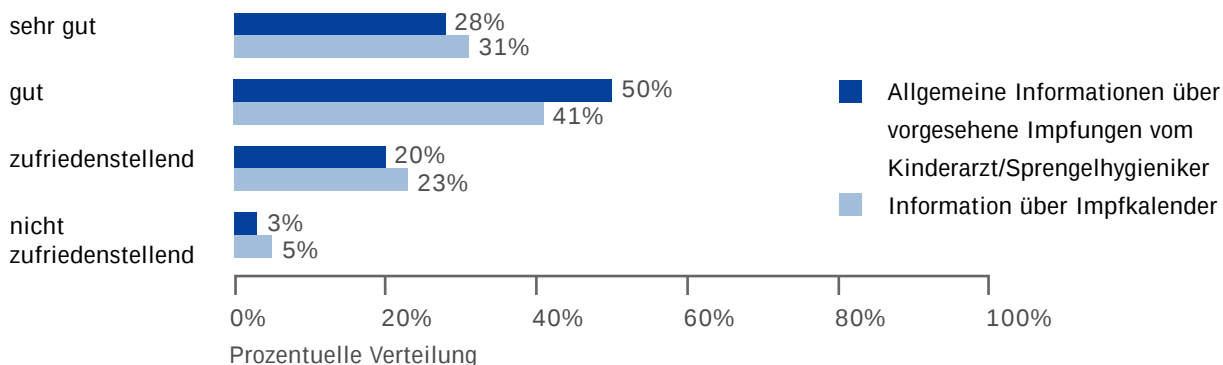
Bezüglich der Räumlichkeiten, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Impfpersonals scheint die Bevölkerung zufrieden zu sein.

Die Tatsache, dass jeder 20. Elternteil mit der Information des Impfpersonals überhaupt nicht zufrieden, und nur jeder 3. sehr zufrieden ist, zeigt dass auch in diesem Bereich das Angebot verbessert werden muss. Genaue und korrekte Informationen bezüglich Impfungen und genügend Zeit des Impfpersonals auf Fragen der Eltern einzugehen sind absolut notwendige Maßnahmen, um Eltern bezüglich

Notwendigkeit und Sinn, insbesondere von empfohlenen freiwilligen Impfungen, überzeugen zu können. Darüberhinaus ist die kontinuierliche Durchführung allgemeiner Sensibilisierungsmaßnahmen notwendig. Diesbezüglich hat das Assessorat für Gesundheitswesen einen Sensibilisierungsspot zur MMR-Impfung produziert, der in den ersten Monaten des Jahres 2004 in den Südtiroler Kinos gezeigt wurde und stellt kontinuierlich die dem neuesten wissenschaftlichen Stand angepassten Informationen, für die Bevölkerung bereit.

Beurteilung der Eltern über die Qualität der erhaltenen Informationen in Südtirol

Qualität (Klarheit und Vollständigkeit)





P.42

ZEITRAUM NACH DER GEBURT UND ERNÄHRUNG IM 1. UND 2. LEBENSJAHR

Art der Geburt

- Insgesamt wurden 72% unserer Studienbevölkerung mittels Normalgeburt entbunden, 4% mit Unterstützung einer Zange oder einer Saugglocke und 24% mittels Kaiserschnitt.
- Auf nationaler Ebene wurden 63% durch Normalgeburt und/oder Zangengeburt/Vakuumextraktion entbunden und 36% mittels Kaiserschnitt.
- Nach Friaul steht Südtirol an zweiter Stelle, was die Häufigkeit des Gebrauchs von Geburtszangen oder Saugglocken betrifft.

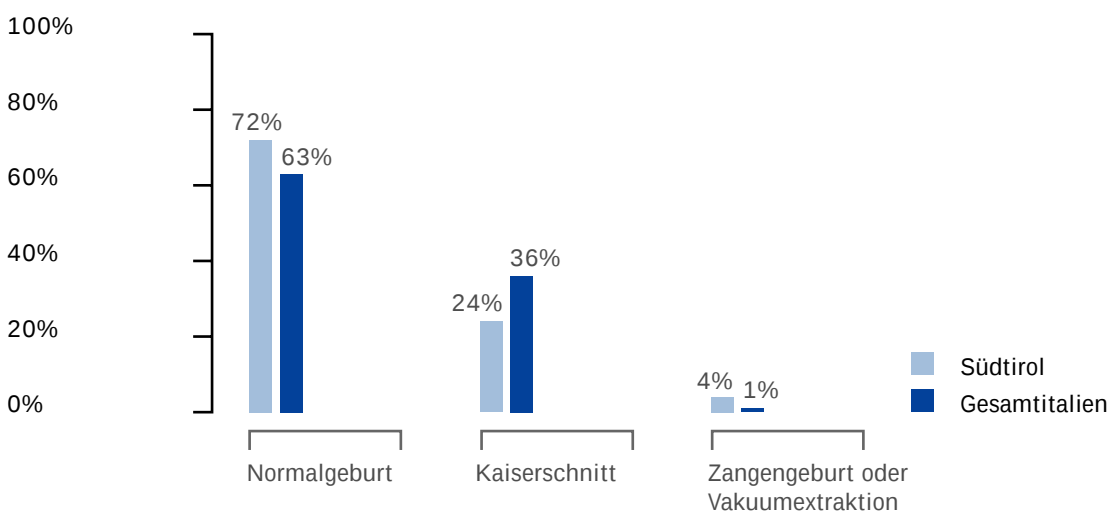
Kommentar

Obwohl die „Sectio Rate“ (Entbindung mittels Kaiserschnitts) deutlich niedriger als der nationale Durchschnitt war, liegt der Prozentsatz von 24% aber noch fast doppelt so hoch wie der von der WHO empfohle-

ne Wert von 15%. Auf der anderen Seite sind Geburten, die mit Unterstützung einer Zange oder einer Saugglocke durchgeführt wurden, in Südtirol deutlich häufiger als in anderen Regionen/Autonomien Provinzen. Eine erhöhte Sectio Rate, aber auch die zu häufige Anwendung einer Zange oder Saugglocke während der Geburt, können bei schlechter Indikationsstellung, sowohl mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind verbunden sein, als auch mit erhöhten Kosten für das Gesundheitssystem. Deshalb ist eine exakte Indikationsstellung sowohl für einen Kaiserschnitt als auch zum Einsatz für Geburtszange und Saugglocke sehr wichtig. Es wird voraus gesetzt, dass die richtige Handhabung und das vertiefte Wissen jeglicher Methodik unabdingbar sind, um die Komplikationsrate niedrig halten zu können.

Art der Geburt der Studienteilnehmer in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung





Geburtsgewicht der Kinder

- Das mittlere Geburtsgewicht der in Südtirol geborenen Studienteilnehmer war mit 3.224 g ähnlich dem nationalen Durchschnitt (3.239 g)
- Das Geburtsgewicht von Südtiroler Buben (3.352 g) war deutlich höher, als das der Mädchen (3.103 g) ($p < 0.003$)
- In 11% der Studienbevölkerung Südtirols wurde ein Geburtsgewicht unter 2,5 Kg gemessen; in dieser Kategorie war der Prozentsatz fast doppelt so hoch wie auf nationaler Ebene (7%).

Kommentar

Auf nationaler Ebene war Rauchen der Mutter mit einem 1,5 fach so hohen Risiko für das Neugeborene, ein vermindertes Geburtsgewicht zu haben, im Vergleich zu jenem der Neugeborenen nicht rauchender Müttern assoziiert (siehe auch Abschnitt Passivrauchen).

Der prozentuelle Anteil von Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 2,5 kg lässt nur sehr bedingte Schlüsse auf die Qualität der prä- bzw. postnatalen Vorsorge und Therapie zu.

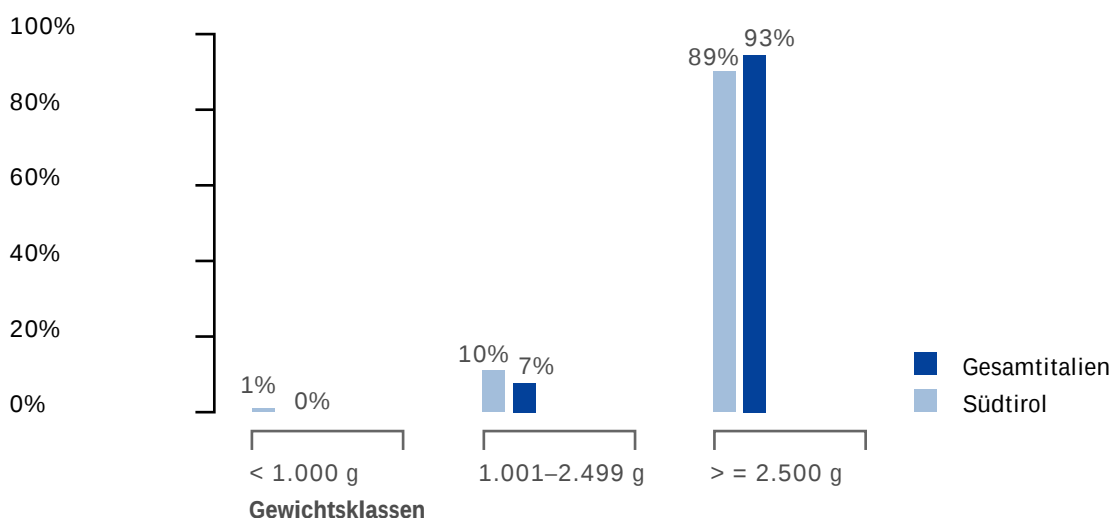
Rooming-in

(Unterbringung des Neugeborenen im Zimmer der Mutter während des Krankenhausaufenthaltes)

- Rooming-in, sowie das sofortige Anlegen des Kindes an die Brust beeinflussen den Beginn, das Gelingen und die Dauer des Stillens.
- Vollständiges Rooming-in (Aufenthalt des Kindes im Zimmer der Mutter Tag und Nacht) ist in Südtirol mit 52% mäßig verbreitet, und liegt an 6. bester Stelle Italiens, jedoch deutlich über dem nationalen Durchschnitt von 33%.
- In Südtirol gaben nur 10% der Mütter an, das Kind nie während des Krankenhausaufenthalts im Zimmer gehabt zu haben; die Hälfte dieser Kinder wurden mittels Kaiserschnitt entbunden.

Prozentuelle Verteilung des Geburtsgewichts nach Gewichtsklassen der Studienteilnehmer in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung



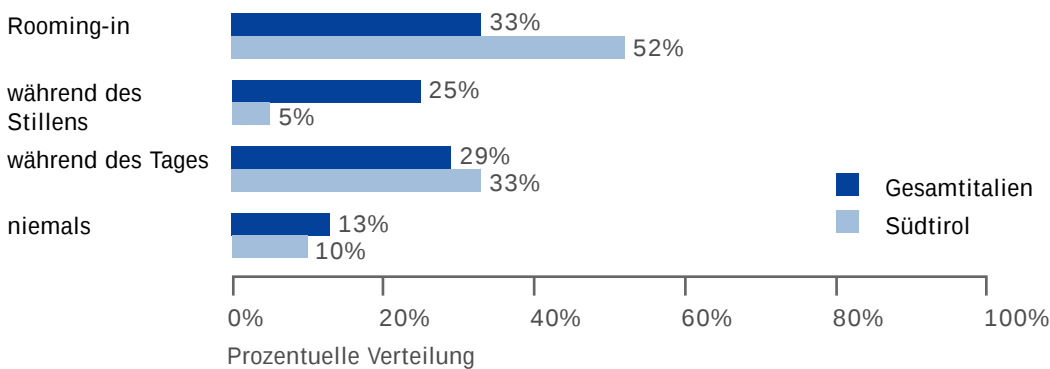
- Von den Müttern, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, hatten 39% ihr Kind Tag und Nacht im Zimmer, und weitere 37% während des Tages.

Kommentar

Rooming-in, das neben der Förderung einer intensiven und frühzeitigen Bindung zwischen Mutter und Kind auch zum Stillen motiviert, wird derzeit nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle in Südtirol angewandt. Auch wenn in dieser Studie nicht auf lokale Unterschiede oder Gründe, warum kein Rooming-in

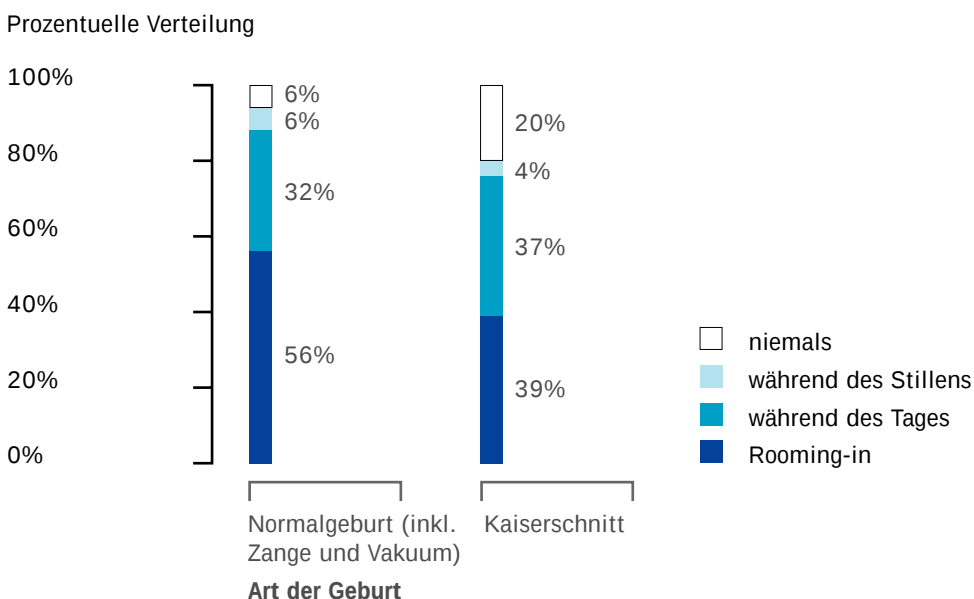
angewandt wurde, eingegangen werden konnte, sollte dieser Prozentsatz noch deutlich angehoben werden und Rooming-in sollte, wenn immer möglich, aktiv angeboten werden. Es ist jedenfalls zu bedenken, dass es einerseits notwendig ist, nach der Geburt den engen Kontakt der Mutter mit dem Neugeborenen, auch während der Nacht, zu fördern, andererseits sollte der Mutter bei Bedarf auch die Möglichkeit der Erholung im Wochenbett angeboten werden, insbesondere bei einer erschwerten Geburt oder einer Entbindung durch Kaiserschnitt.

Kontakt der Mutter mit dem Neugeborenen während des Krankenhausaufenthaltes in Südtirol und Gesamtitalien



P.45

Kontakt der Mutter mit dem Neugeborenen während des Krankenhausaufenthaltes nach Art der Geburt in Südtirol





Stillen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt Neugeborene bis zum vollendeten 6. Lebensmonat ausschließlich mit Muttermilch zu ernähren. Aus dem Stillen ergeben sich sehr viele Vorteile, sei es für die Mutter als auch für das Kind:

- Vollständigkeit der Ernährungsprinzipien
- antiallergische und antiinfektiöse Eigenschaften
- höchste Anzahl an Punkten beim neurologischen und I.Q. Entwicklungstest
- schützender Faktor gegen Brustkrebs und degenerative Erkrankungen der Mutter

Stillverhalten nach der Geburt

Um ein problemloses Stillen und genügend Milchfluss gewährleisten zu können, sollte das Neugeborene gleich nach der Geburt (innerhalb von 30 Minuten) an die Brust angelegt werden.

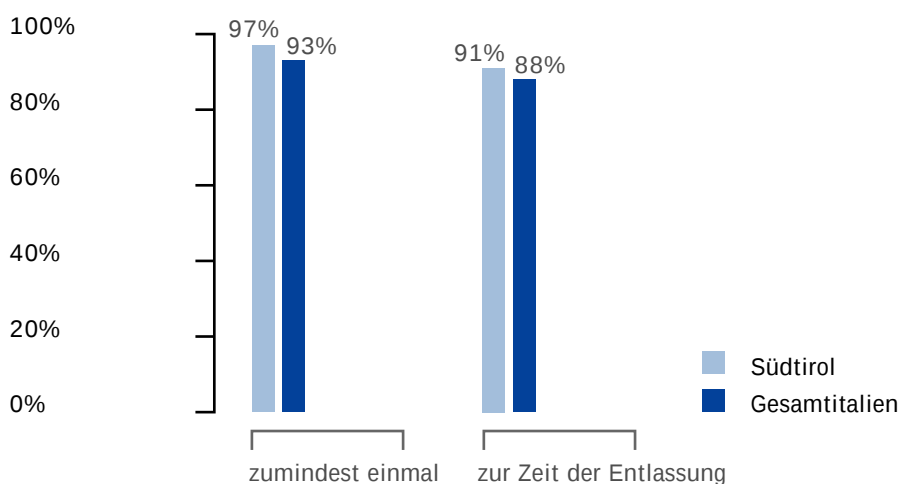
- In Südtirol wurden 97% der in die Studie aufgenommenen Neugeborenen zumindest einmal an die Brust der Mutter angelegt, 91% der Mütter haben zur Zeit der Entlassung aus dem Krankenhaus gestillt.
- Auf nationaler Ebene waren die Werte vergleichsweise 93% und 88%.

Kommentar

Praktisch alle Mütter haben zumindest versucht, ihr Kind zu stillen, Südtirol lag damit über dem nationalen Durchschnitt.

Prozentuelle Verteilung des „Anlegens“ der Kinder an die mütterliche Brust und Stillverhalten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung



Stilldauer

Die WHO empfiehlt allen Müttern ihr Kind bis zum 6. Lebensmonat ausschließlich mit Muttermilch zu ernähren (kein Wasser, Tee oder andere Getränke). Diese Empfehlungen gelten auch in Italien. Säuglinge sollten, wenn auch nicht ausschließlich, im 1. Lebensjahr und wenn möglich, auch im 2. Lebensjahr (Idealfall) gestillt werden.

- In Südtirol wurden 78%, der in die Studie aufgenommenen Kinder, bis zum Ende des 3. Lebensmonats ausschließlich gestillt, bis zum Ende des 6. Lebensmonats nur mehr etwas mehr als die Hälfte (54%); damit lag Südtirol deutlich über dem nationalen Durchschnitt von 63% bzw. 31%.

- In Südtirol wurden 85% der Kinder bis zum Ende des 3. Lebensmonats, 71% bis zum Ende des 6. Lebensmonats und 39% bis zum Ende des 1. Lebensjahres zumindest teilweise gestillt.

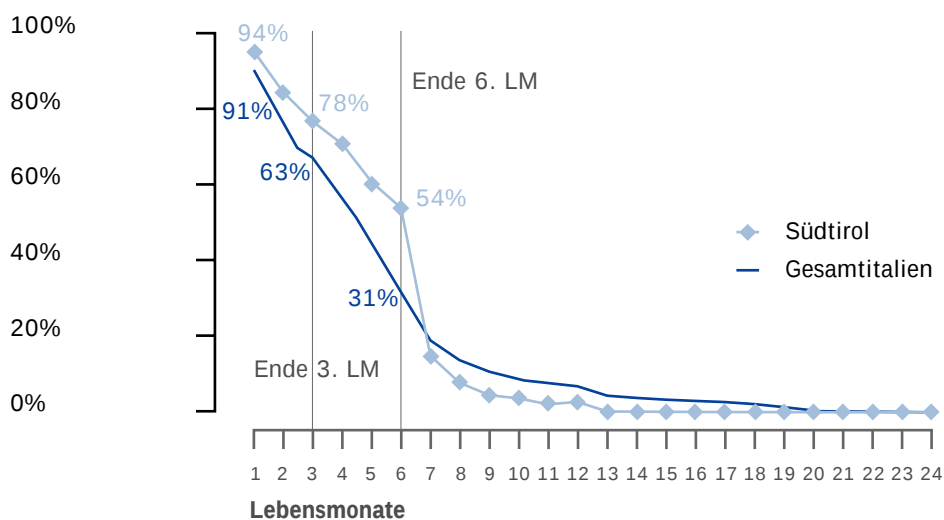
- Ursachen, warum mit dem Stillen vor dem 6. Lebensmonat aufgehört wurde, betrafen vor allem die Mutter (76%), das Kind (15%) aber auch organisatorische Ursachen (9%) wurden angegeben.

- Ursachen der Mutter: nicht ausreichende Milch war der Hauptgrund (80%) gefolgt von Problemen der Brust (18%)

- Ursachen des Kindes: Unzureichendes Wachstum wurde als Hauptgrund (50%) angegeben.

Dauer der ausschließlichen Ernährung durch Muttermilch (Vollstillen) in Südtirol und Gesamtitalien

Prozentuelle Verteilung





Stillen

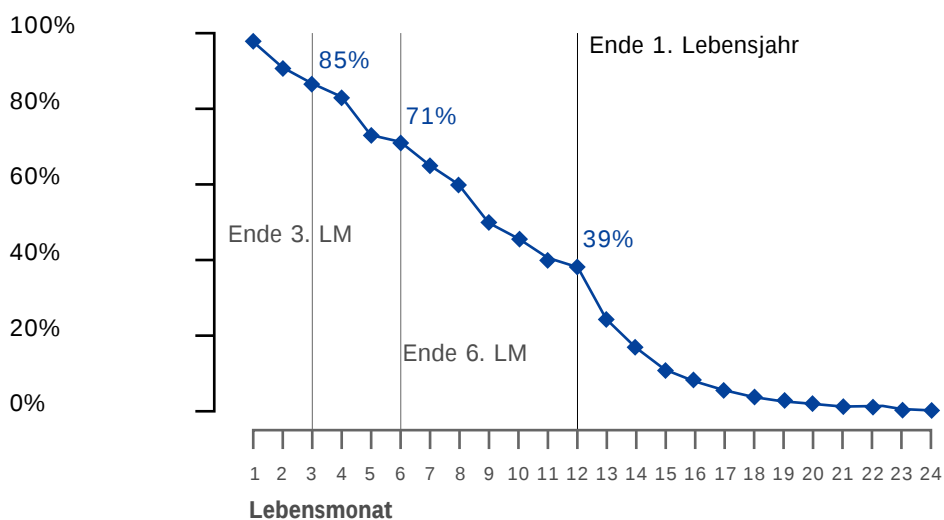
Kommentar

In Südtirol ernähren bedeutend mehr Mütter ihre Kinder im ersten Lebenshalbjahr ausschließlich mit Muttermilch als im restlichen Italien.

Der Anteil der Mütter, die bis zum Ende des 6. Lebensmonats ausschließlich stillen, sollte aber wesentlich zunehmen, der von der WHO empfohlenen Prozentsatz liegt bei 100%. Es sollte dabei berücksichtigt werden, dass auch wirtschaftliche/organisatorische Gründe Mütter daran hindern, das Stillen den internationalen Empfehlungen entsprechend zu verlängern.

Dauer der teilweisen Ernährung durch Muttermilch (Teilstillen) in Südtirol

Prozentuelle Verteilung



Ermutigung zum Stillen

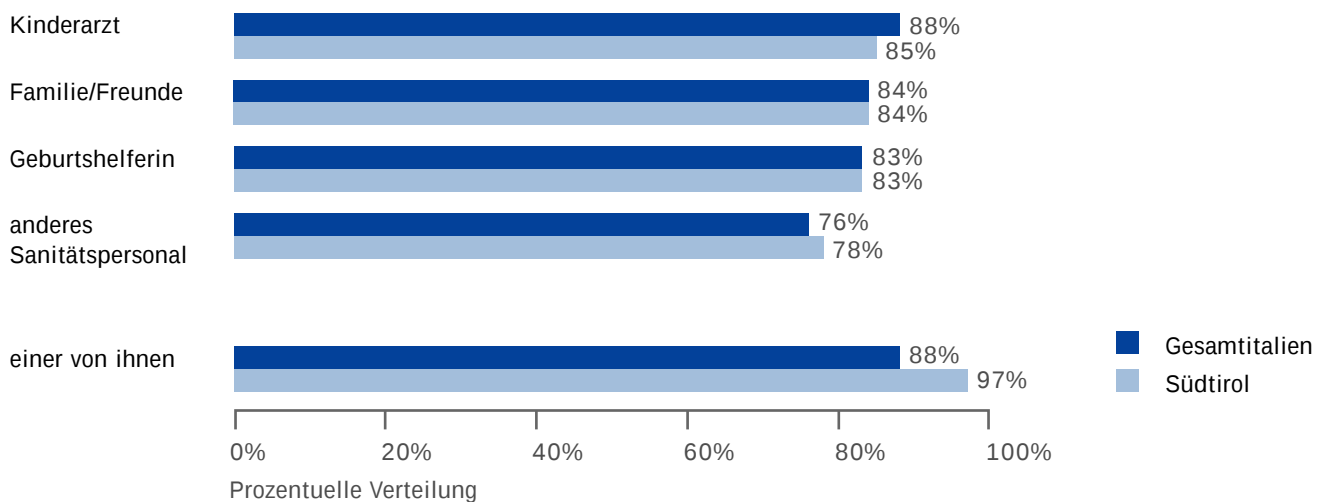
Es wurde nachgewiesen, dass die Unterstützung von Seiten der Familienangehörigen und des Sanitätspersonals das Gelingen und die Dauer des Stillens positiv beeinflussen.

- In Südtirol gaben 97% der Mütter an, ausreichend zum Stillen ermutigt worden zu sein, 96% auch vom Sanitätspersonal.
- Am häufigsten wurden Mütter vom Kinderarzt (85%), der Familie und Freunden (84%), oder von Geburtshelferinnen (83%) ausreichend zum Stillen ermutigt.
- Erstaunlicherweise wurde von den Müttern angegeben, dass die Gruppe der Hausärzte und Gynäkologen am seltensten (78%) ausreichende Ermutigungen durchführten.

Kommentar

Der Großteil der Mütter wurde zum Stillen ermutigt, was sich auch im Prozentsatz der Mütter, die bei Krankenhausentlassung stillen, zeigt. Jedoch sollte die Ermutigung, insbesondere vom Sanitätspersonal, welches während und der Schwangerschaft und Geburt die Mutter betreut, auch verstärkt erfolgen und die Information bezüglich Stilldauer und Ernährung des Säuglings qualitativ verbessert werden. Das Assessorat für Gesundheitswesen stellt seit fast 20 Jahren Informationsmaterial zur Bedeutung des Stillens und der Ernährung des gesunden Säuglings zur Verfügung, welches in Abstimmung mit den Abteilungen für Pädiatrie und den Diensten für Diät und klinische Ernährung ausgearbeitet wurde. Dieses Informationsmaterial wurde vor allem über die Kinderärzte und Mütterberatungsstellen und in den Sprengeln verbreitet.

Ermutigung zum Stillen nach verschiedenen Personengruppen





Stillen

Zusatznahrung

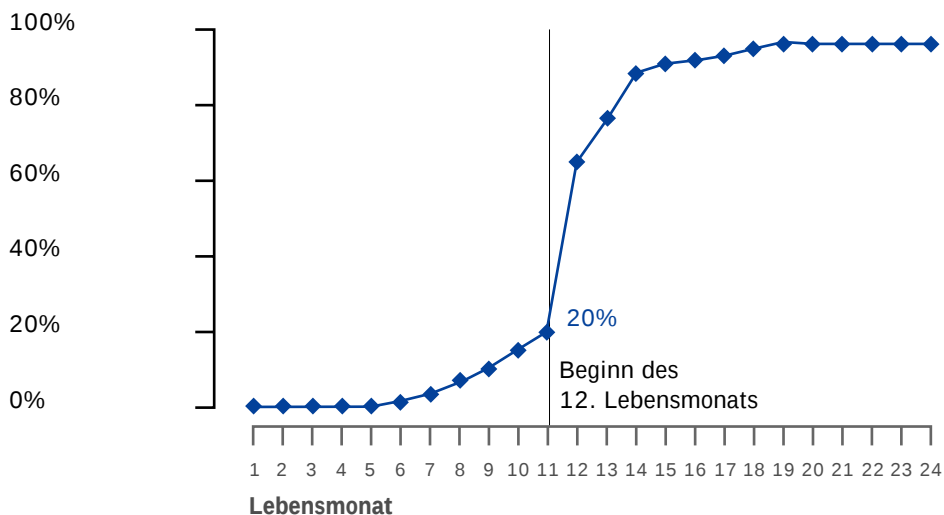
- Obwohl die Gabe von Kuhmilch erst ab dem Ende des 1. Lebensjahres empfohlen ist, gaben 20% der Befragten an, ihren Kindern vor Beginn des 1. Lebensjahres Kuhmilch verabreicht zu haben.
- Ab dem Ende 6. Lebensmonat ist die Gabe von solider Nahrung für Säuglinge empfohlen, zu Beginn des zweiten Lebenshalbjahres gab ein Viertel der Eltern ihren Kindern zusätzlich feste Nahrung.

Kommentar

Die Eltern sollten insbesondere über Stildauer und Beginn der sogenannten Zufütterung (feste Nahrung, Kuhmilch) noch besser aufgeklärt werden, um für die Kinder optimale Voraussetzungen für das spätere Leben schaffen zu können.

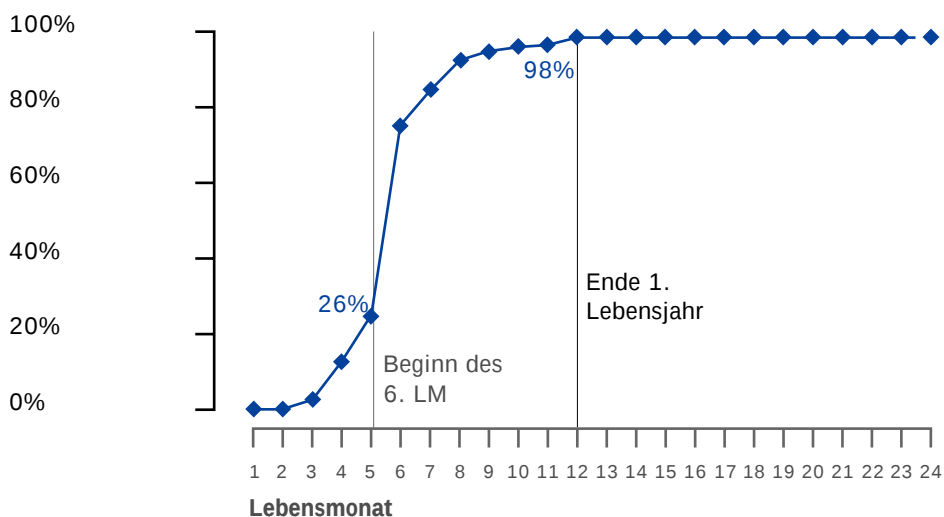
Beginn der Zusatzernährung mit Kuhmilch in Südtirol

Prozentuelle Verteilung



Beginn der Zusatzernährung mit fester Nahrung in Südtirol

Prozentuelle Verteilung



Eine angemessene Ernährung der Kinder fördert Gesundheit, Wachstum und geistige Entwicklung, beugt gesundheitlichen Problemen vor, wie zum Beispiel Eisenmangelanämie, Fettleibigkeit, Karies und Fehlernährung und verhindert viele der sogenannten Zivilisationskrankheiten im Erwachsenenalter wie Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall), Krebsleiden, Diabetes und andere.

Eine unangemessene Ernährung d.h. unausgewogen, mangelhaft oder zu reichhaltig in ihrer Zusammensetzung, stellt einen wichtigen Risikofaktor, für

chronische und degenerative Erkrankungen dar und spielt auch für Infektionskrankheiten eine bedeutende Rolle. In den letzten fünfzig Jahren haben sich in Italien die Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung stark verändert, indem man von vorwiegend zuhause, aus verschiedensten rohen Grundprodukten zubereiteter, faserreicher Kost mit limitiertem Eiweißanteil, zu einer meist aus reichhaltigeren, faserarmen, und kalorienreicheren Nahrung, oft aus Fertigprodukten bestehend, übergegangen ist.





Konsum von frischen Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Fisch)

Frisches Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte liefern Mineralstoffe und Vitamine, die essentiell für das Wachstum des Kindes sind, und beugt bei regelmäßiger Einnahme (fünf oder mehrmals am Tag) dem Auftreten von degenerativen Krankheiten und Krebs im Erwachsenenalter vor. Fisch und Hülsenfrüchte enthalten hochwertiges Eiweiß und Spurenelemente, die für das Wachstum des Kindes sehr nützlich sind und die in Fleisch enthaltenen Eiweiße ergänzen.

- Insgesamt wurde von den Eltern der 1–2 Jährigen angegeben, dass in Südtirol 3 von 4 Kindern (73%) während der letzten Woche täglich frisches Obst

gegessen hatten, jedes 4. Kind mindestens einmal pro Woche (22%) und nur jedes 20. Kind (5%) gar nie (auf nationalem Niveau hatte jedes 10. Kind niemals Obst, während der letzten Woche vor dem Interview, gegessen).

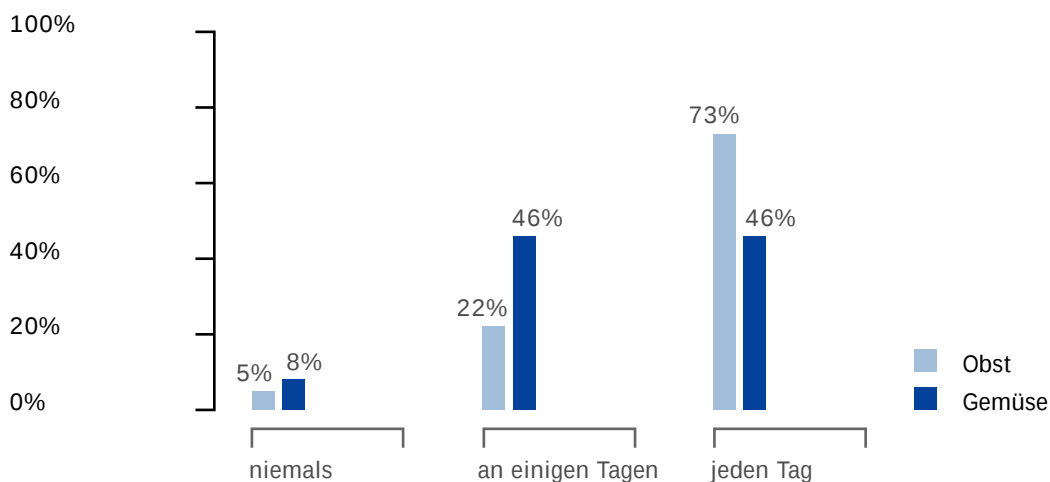
- Die Hälfte (52%) der täglichen Obstkonsumenten, aßen frisches Obst einmal am Tag, 41% zweimal am Tag und nur 7% dreimal am Tag.

- Weniger zufrieden stellend waren die Daten über den Konsum von Gemüse: weniger als die Hälfte (46%) der Kinder hatten während der letzten Woche täglich Gemüse gegessen, ebensoviel (46%) an mindestens einigen Tagen in der Woche und 8% niemals.

- Von den täglichen Gemüsekonsumenten, nahmen

Konsum von Obst und Gemüse der Studienteilnehmer in Südtirol in der letzten Woche vor dem Interview

Prozentuelle Verteilung



mehr als $\frac{3}{4}$ (79%) nur einmal täglich Gemüse zu sich und nur jeder fünfte (21%) zweimal täglich.

- Hülsenfrüchte konsumierten insgesamt 41% der Kinder in der letzten Woche und nur jedes dritte Südtiroler Kind (37%) hatte Fisch in der letzten Woche gegessen. Damit lag Südtirol weit an letzter Stelle mit dem Konsum von Fisch und Hülsenfrüchten; in fast allen anderen Regionen haben mindestens 2 von 3 Kindern Fisch gegessen, und $\frac{3}{4}$ aller Kinder in anderen Regionen haben Hülsenfrüchte in der Woche vor dem Interview konsumiert.
- Der Konsum von frischen Lebensmitteln nimmt zwischen erster und zweiter Hälfte des 2. Lebensjahres kaum zu.

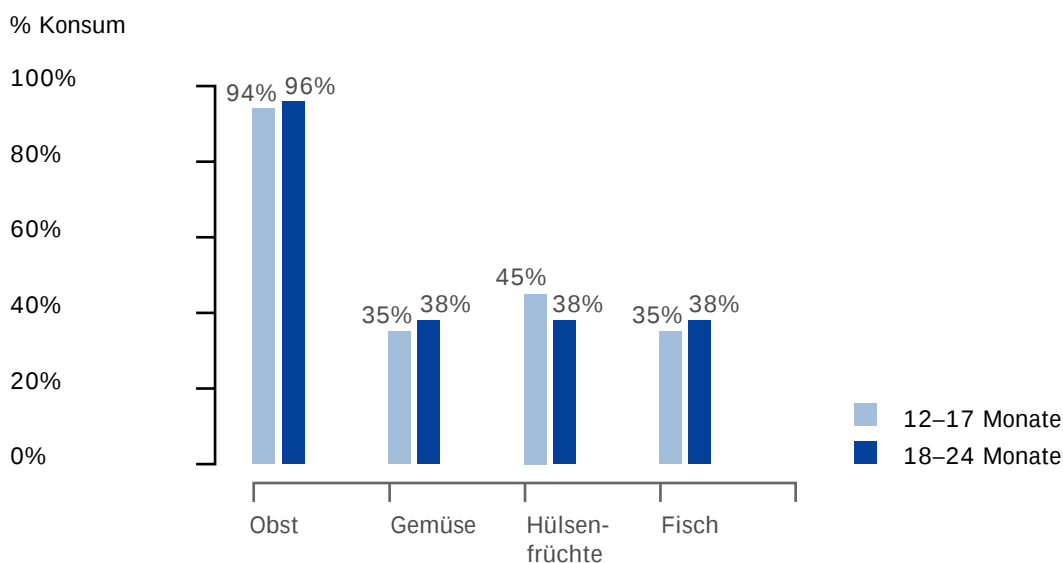
Kommentar

Obst wird in Südtirol zwar vom Großteil der Kinder konsumiert, jedoch sollte der täglich mehrmalige Genuss noch gefördert werden. Sehr viel schlechter sieht die Situation bei Gemüse und Hülsenfrüchten aus. Auch der Konsum von Fisch mindestens einmal in der Woche sollte verstärkt gefördert werden.

Das Assessorat für Gesundheitswesen hat im Rahmen verschiedener Projekte und Initiativen in Abstimmung mit den Abteilungen für Pädiatrie und den Diensten für Diät und klinische Ernährung seit fast 20 Jahren auf die Bedeutung der Ernährung für eine gesunde Entwicklung des Kindes hingewiesen.

Da Gärungsvorgänge im Darm durch Zucker und Ballaststoffe in Obst möglich sind, dieses vorzugsweise als Zwischenmahlzeit geben.

Konsum von frischen Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte und Fisch) der Studienteilnehmer in Südtirol in der letzten Woche vor dem Interview, nach Lebensalter





Ernährung des Kindes im 2. Lebensjahr

Konsum von verarbeiteten Lebensmitteln und Getränken (vorgefertigte Lebensmittel, Fruchtsäfte, kohlenensäurehaltige Getränke, verschiedene Zwischenmahlzeiten)

Zuckerfreie Fruchtsäfte enthalten Mineralstoffe und Vitamine und können daher in Maßen angeboten werden. Der häufige Genuss von kohlenensäurehaltigen Getränken ist jedoch bedenklich, denn die zusätzlich zugeführten Zucker können Karies und Übergewicht fördern.

- Zwei von drei Südtiroler Kindern zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr (67%) haben in der Woche vor dem Interview keinen Fruchtsaft konsumiert, jedes vierte Kind (24%) an einigen Tagen, und jedes 10. Kind täglich.
- Drei Viertel (74%) der Südtiroler Kinder hatten in der vorhergehenden Woche keine kohlenensäurehaltigen Getränke getrunken; jedes fünfte (19%) nur an einigen Tagen und jedes 20. Kind (7%) täglich

• Insgesamt haben 16% der in Südtirol ausgewählten Kinder in der Woche vor dem Interview mindestens einmal vorgefertigte Lebensmittel gegessen. Das häufigste Lebensmittel war Spinat.

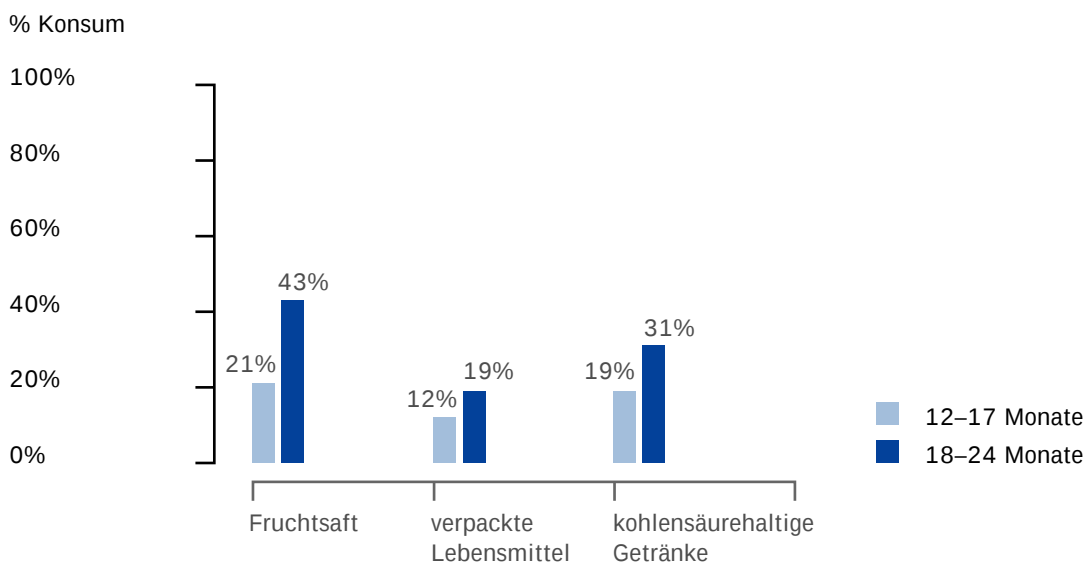
• Im Gegensatz zu frischem Obst und Gemüse und Eiweißlieferanten, die zubereitet werden müssen, nimmt der Konsum vorgefertigten Lebensmittel und Getränke schon im 2. Lebensjahr deutlich zu. Der Genuss von Fruchtsaft zum Beispiel, ist in der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahres signifikant höher als in der ersten Hälfte ($p < 0,002$).

Kommentar

In der ersten Hälfte des 2. Lebensjahres ist der Konsum von frischen Obst und Gemüse sowie von frischen Eiweißlieferanten häufiger, als der Konsum von vorgefertigten Lebensmitteln, es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass der Konsum von kohlenensäurehaltigen Getränken schon am Ende des 2. Lebensjahres stark zu nimmt.

P.54

Konsum von Fruchtsaft, vorgefertigten Lebensmitteln, und kohlenensäurehaltigen Getränken der Studienteilnehmer in Südtirol in der letzten Woche vor dem Interview, nach Lebensalter



Zwischenmahlzeiten

Zwischenmahlzeiten bestehen einerseits aus vorgefertigten Lebensmitteln wie Schokoladeriegel, Chips, etc. aber auch aus frischen Lebensmitteln wie Joghurt, Milch, Käse etc., oder einer Kombination von beiden. Zwei sind die Hauptprobleme, die dadurch entstehen können:

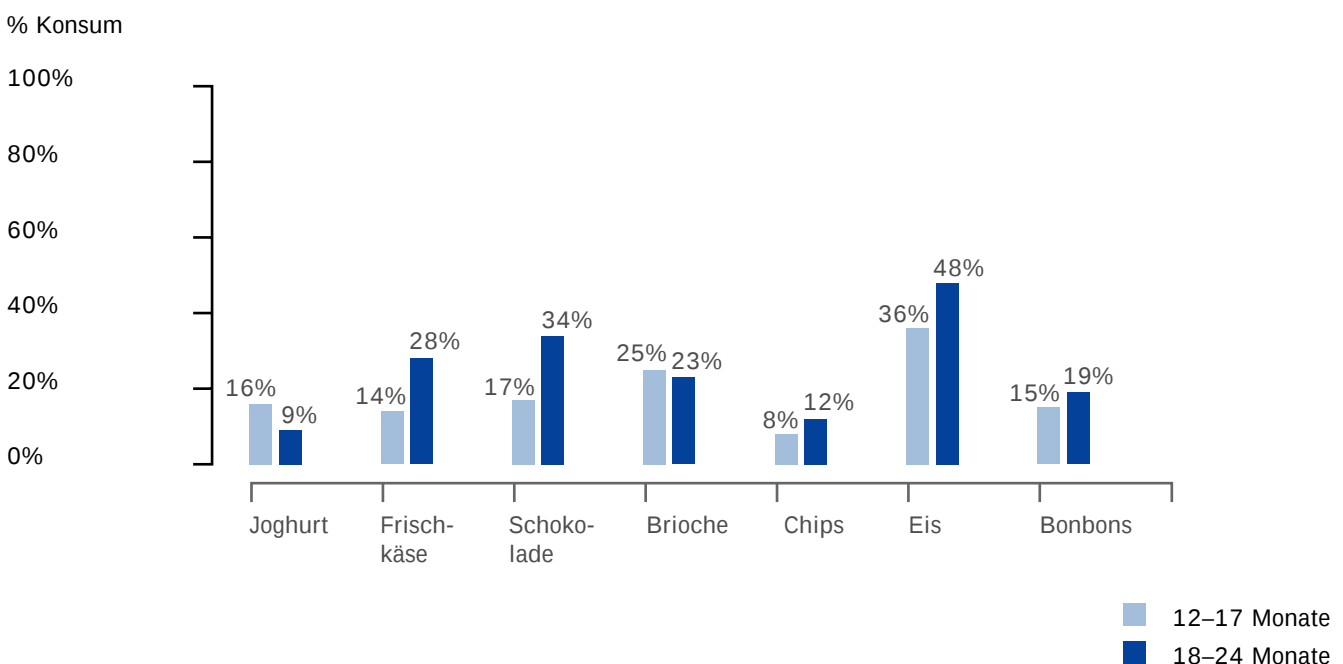
- Kinder essen tagsüber zu viel oder zu oft und haben dann keinen Appetit auf die Hauptmahlzeiten, die normalerweise diätetisch ausgewogener sind (Mangelercheinungen)
- Kinder essen zu viele Zwischenmahlzeiten zusätzlich zu den Hauptmahlzeiten und nehmen dadurch zu viele Kalorien auf (Übergewicht)
- Praktisch alle (98%) Kinder nahmen in der Woche vor dem Interview Nebenmahlzeiten zu sich.
- Eis wurde am häufigsten konsumiert (43%), gefolgt von Schokolade (27%), vorgefertigten Brioches (24%), Frischkäse (22%), Bonbons (17%), Joghurt (12%) und Chips (10%).

- Der Konsum von Joghurt nimmt schon in der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahres ab. Bei Frischkäse ist eine deutliche Zunahme in der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahres ersichtlich. Mit dem Alter nimmt vor allem der Konsum von Süßigkeiten und salzigen Snacks zu.

Kommentar

Creme Eis versorgt das Kind mit Milch und ist dadurch ein Kalziumlieferant, wie Käse und Joghurt. Wassereis enthält vor allem Zucker und Aromastoffe. Als Zwischenmahlzeit ist Creme Eis hin und wieder geeignet. Achtung auf die Hygiene (Salmonellengefahr). Käse ist ein wichtiger Eiweißlieferant anstelle von Fisch und Fleisch, und liefert Kalzium anstelle von Milch und Joghurt. Käse mit geringem Fettanteil (Frischkäse) sind als Zwischenmahlzeit geeignet. Die vorliegenden Daten dienen ausschließlich zur Orientierung. Detailliertere Studien über Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen sind notwendig.

Konsum von verschiedenen Zwischenmahlzeiten der Studienteilnehmer in Südtirol in der letzten Woche vor dem Interview, nach Lebensalter





Lebensmittelunverträglichkeit

- Insgesamt gaben 11 Mütter (5%) an, dass bei ihrem Kind eine Lebensmittelunverträglichkeit festgestellt worden sei. Südtirol lag damit an dritter Stelle und unter dem nationalen Durchschnittswert von 8% (regionale Streuung zwischen 5%–15%)
- Am häufigsten wurde eine Unverträglichkeit auf Milch oder Milchprodukte angegeben (6x), gefolgt von Obst und Gemüse (3x), Glutenintoleranz (1x), und einmal war die Ursache der angegebenen Unverträglichkeit nicht bekannt.
- Von den 11 Kindern mit vermeintlicher Lebensmittelallergie, hatten nur 36% eine Diät verschrieben bekommen, welche aus dem vollkommenen Vermeiden des Allergie auslösenden Bestandteils des Lebensmittels besteht. Ein Kind litt an einer Zöliakie (Glutenintoleranz) und drei an einer Kuhmilchunverträglichkeit. Die geschätzte Prävalenz dieser Unverträglichkeiten wäre somit 4,8 pro 1.000 Kinder für Zöliakie und 14,3 pro 1.000 Kinder für Kuhmilchunverträglichkeit in 1–2 jährigen Kindern; aufgrund der geringen Anzahl sind diese Werte jedoch nur sehr grobe Richtwerte.

Kommentar

Die Tatsache, dass sowohl auf nationaler Ebene als auch in Südtirol Kuhmilchunverträglichkeit die weitest- am häufigsten von den Eltern angegebene Lebensmittelunverträglichkeit war, unterstreicht die Notwendigkeit der verstärkten Aufklärung, dass Kinder, vor Vollendung des ersten Lebensjahres, keine Kuhmilch konsumieren sollten, da dies das Auftreten von Kuhmilchunverträglichkeit begünstigt.



**RISIKOFAKTOREN FÜR DEN PLÖTZLICHEN KINDSTOD,
VERLETZUNGEN DURCH VERKEHRSUNFÄLLE IM AUTO UND DURCH
PASSIVRAUCHEN VERURSACHTE FOLGESCHÄDEN**



Syndrom des plötzlichen Kindstodes im Säuglingsalter

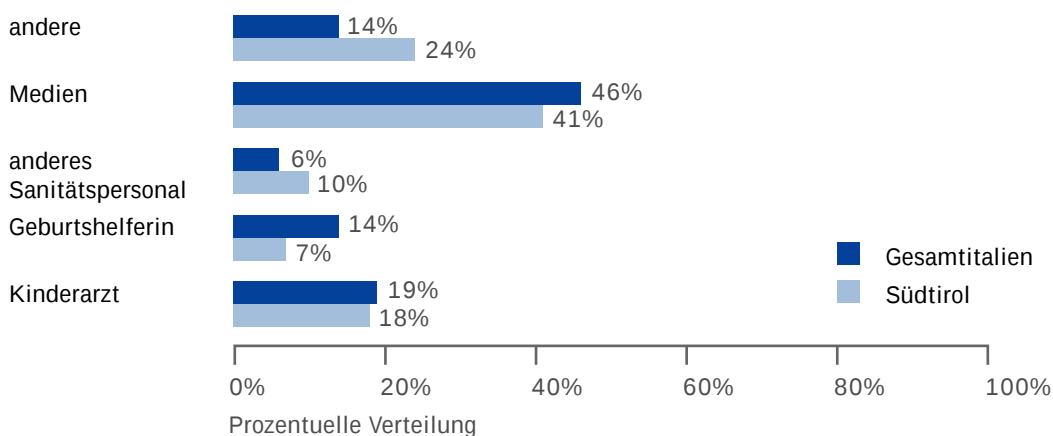
In industrialisierten Ländern ist der plötzliche Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) mit 40% eine der Haupttodesursachen von Kindern zwischen dem 1. und 24. Lebensmonat. Am häufigsten ereignet sich der plötzliche Kindstod zwischen dem 2. und 5. Lebensmonat (80% der SIDS Fälle). Als Hauptrisikofaktoren gelten die Schlafposition (insbesondere Bauch- und Seitenlage), gefolgt von Überwärmung und Passivrauchen, während Stillen als schützender Faktor identifiziert wurde.

Die Tatsache, dass das Schlafen auf dem Rücken während der ersten 6 Lebensmonate das Risiko von SIDS verringert, wurde in etlichen Studien bestätigt; legt man das Kind auf den Rücken anstatt auf den Bauch oder seitlich, sinkt das Risiko an SIDS zu versterben um die Hälfte [37-41].

Information über den plötzlichen Kindstod

- In Südtirol gaben 89% der Befragten an, über den plötzlichen Kindstod informiert zu sein, im Vergleich zu 84% auf nationaler Ebene.
- Am häufigsten gaben Eltern an, von den Medien (41%) Informationen über den plötzlichen Kindstod erhalten zu haben, gefolgt vom Sanitätspersonal (35%) und anderen Quellen (24%).
- In Südtirol gaben Eltern seltener an von Sanitätspersonal über SIDS informiert worden zu sein (35%) als in Italien (39%), etwa jede fünfte Frau gab den Kinderarzt als Hauptinformationsquelle an.

Hauptinformationsquellen über SIDS in Südtirol und Gesamtitalien



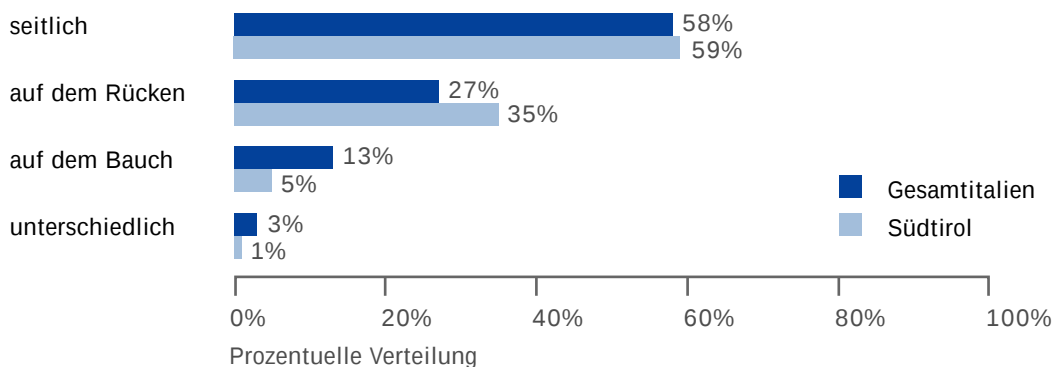
Schlafposition des Kindes während der ersten 6 Lebensmonate

- Am häufigsten gaben Eltern an, ihr Kind in seitlicher Position ins Bett zum Schlafen zu legen (59%), immerhin 5% legen das Kind normalerweise auf den Bauch zum Einschlafen. Eltern, deren Kinder in Bauchlage zum Schlafen gelegt werden, wissen deutlich seltener über die Wichtigkeit der Schlafposition zur Vermeidung des plötzlichen Kindstods Bescheid (73%) als Eltern deren Kinder

in seitlicher Lage (88%) oder auf den Rücken (96%) einschlafen; in anderen Worten: nicht über SIDS Bescheid zu wissen, ist mit einem 11 mal so hohem Risiko verbunden, das Kind in einer falschen Position (Bauchlage) zum Einschlafen ins Bettchen zu legen.

- Nur jede dritte Mutter (35%) gab an, das Kind auf den Rücken zum Schlafen zu legen, welches die schützende Position ist; auf nationaler Ebene waren es noch weniger (27%).

Schlafposition der Studienteilnehmer während der ersten Lebensmonate





Syndrom des plötzlichen Kindstodes im Säuglingsalter

Unterbringung des Kindes während der Nacht in den ersten 6 Lebensmonaten

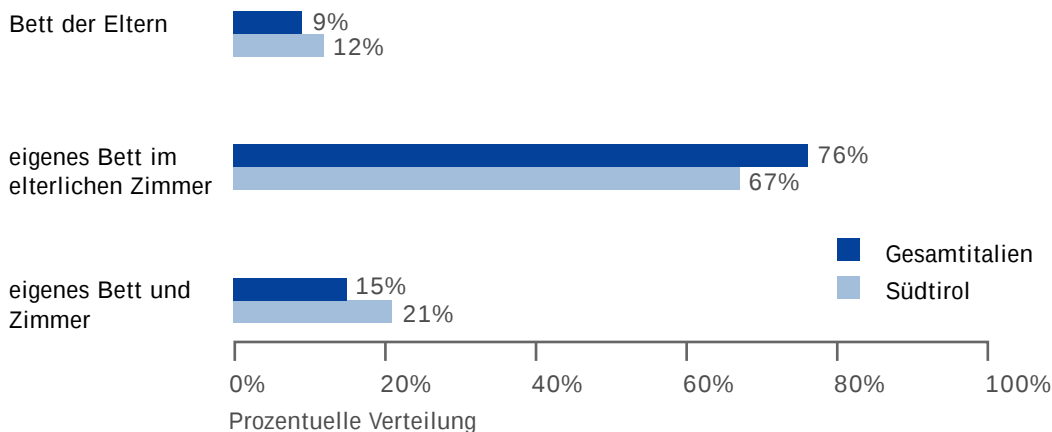
- Drei Viertel der Kinder in Südtirol (76%) schliefen während der ersten 6 Lebensmonate in einem eigenen Bett im elterlichen Schlafzimmer, in Gesamtitalien zwei von drei Kindern (67%).
- Circa jedes zehnte Kind (Südtirol und Italien) schlief während der ersten 6 Lebensmonate im elterlichen Bett, was als Risikofaktor anzusehen ist.

Kommentar

Obwohl dem plötzlichen Kindstod durch sehr einfache Verhaltensregeln vorgebeugt werden kann, muss die Bevölkerung noch besser darüber informiert werden. Die Tatsachen, dass nur jeder dritte Elternteil

angab, vom Gesundheitssystem über den plötzlichen Kindstod informiert worden zu sein, und die Tatsache, dass die Unwissenheit über die Schlafposition des Kindes (und auch der anderen Risikofaktoren) mit einem erhöhten Risikoverhalten verbunden sind, unterstreicht die Notwendigkeit einer detaillierten und gut verständlichen Aufklärung der Bevölkerung. Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich müssen weitergeführt werden, damit ein größerer Teil der Eltern in der Lage ist, zur Vorbeugung von SIDS beizutragen. Erfreulicherweise wurde im Jahr 2003 genau zu diesem Thema ein Zielvorhaben für die Basiskinderärzte gestartet, an dem sich 96% der Basiskinderärzte beteiligten.

Unterbringung des Kindes während der Nacht in den ersten 6 Lebensmonaten



Verletzungen stellen die häufigste Todesursache von Kindern dar, ein nicht unbeträchtlicher Teil davon sind Verletzungen im Straßenverkehr. Die Nützlichkeit eines Kindersitzes im Auto zur Vermeidung von schweren Verletzungen, mit eventuell sogar tödlichem Ausgang, von Kleinkindern im Straßenverkehr hat sich in zahlreichen Studien in den letzten zwanzig Jahren immer wieder bestätigt [48]. Bei richtiger Verwendung eines Kindersitzes im Auto bei Kindern unter 5 Jahren kann im Falle eines Unfalls die Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme in ein Krankenhaus bis zu 70%, und Todesfälle können bis zur Hälfte, gesenkt werden.

Transport der Kinder im Auto

Laut Straßenverkehrsordnung muss das Kind bis zum Ende des 3. Lebensjahres in einem Autokindersitz oder am Rücksitz am Schoß eines Erwachsenen transportiert werden [48]. Auch die zweite Variante ist gesetzlich erlaubt, ist aber im Falle einer schnellen Bremsung oder eines Unfalls mit einem bedeutend höheren Verletzungsrisiko der Kinder verbunden. Die Verwendung des Autokindersitzes ist sowohl für kurze als auch für lange Strecken wichtig. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass sich tödliche Unfälle, in die Kinder verwickelt sind, größtenteils auf Landstraßen bei geringer Geschwindigkeit, trockener Fahrbahn und guten Sichtverhältnissen zutragen.

- In Südtirol gaben 97% der befragten Eltern an, ihr Kind (1–2 Jahre) bei der letzten Fahrt in einem Kindersitz transportiert zu haben, in 3% saß das Kind am Rücksitz auf dem Schoß eines Erwachsenen und in 0,5% am Beifahrersitz auf dem Schoß eines Erwachsenen; auf nationaler Ebene gaben nur 80% an, bei der letzten Fahrt einen Kindersitz zu verwenden, 9% hatten die Kinder auf dem Schoß am Rücksitz und 8% am Schoß am Beifahrersitz, transportiert, in jeweils zwei Prozent der Fälle wurde angegeben, dass die Kleinkinder während der Fahrt alleine am Beifahrersitz bzw. alleine am Rücksitz transportiert wurden.

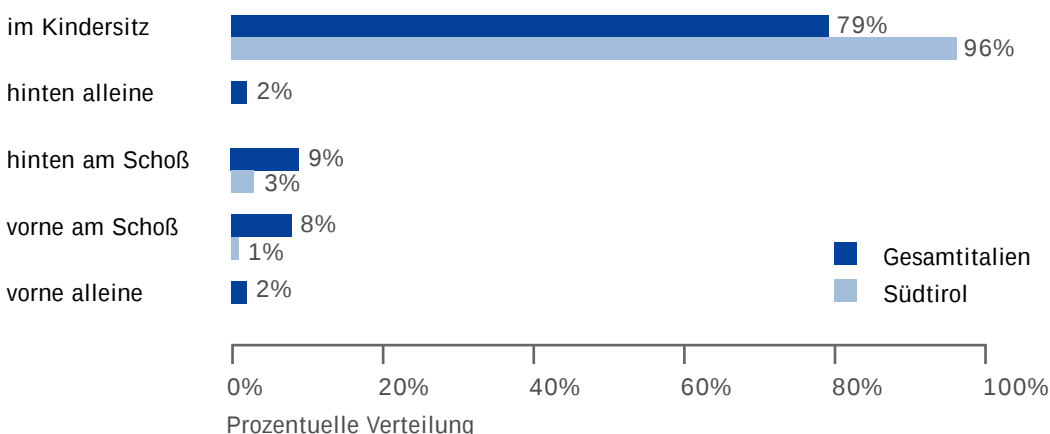
- In Südtirol war der Prozentsatz der Eltern, die ihre Kinder bei der letzten Fahrt vor dem Interview angeschnallt hatten der höchste in allen Regionen/ Autonomen Provinzen, mit starken regionalen Schwankungen zwischen nördlichen Regionen/ Autonomen Provinzen (z.B. Trient 95%, Aostatal 93%) und südlichen Regionen (Neapel 52%, Kalabrien 63%, Kampanien 63%).

- Alle Südtiroler Eltern, die ihr Kind im Kindersitz transportiert hatten, gaben an, sowohl den Sitz im Auto, als auch das Kind im Sitz angeschnallt zu haben.

- In Südtirol gaben 19 von 20 Eltern (94%) an, bei der letzten Fahrt angeschnallt gewesen zu sein (Südtirol lag damit an erster Stelle war damit um ein

P.61

Transport der Kinder im Auto während der letzten Fahrt vor dem Interview





Kindersitz im Auto

vielfaches besser als die nächstfolgende Region/ Autonomen Provinz; die regionale Variation: Trient 81%, Kalabrien und Kampanien 56%). Im nationalen Durchschnitt gab nur jeder zweite Elternteil an, bei der letzten Fahrt nicht angeschnallt gewesen zu sein,

- Von den 7 Kindern in Südtirol, die bei der letzten Fahrt nicht im Kindersitz transportiert wurden, waren die angegebenen Gründe folgende:
- 1x weil die Eltern kein eigenes Auto besitzen, 2x weil sie keinen Kindersitz besitzen, 2x weil es das Kind nicht will, einmal weil die Strecke zu kurz war und einmal wurde angegeben, dass der Gebrauch eines Kindersitzes lästig ist.

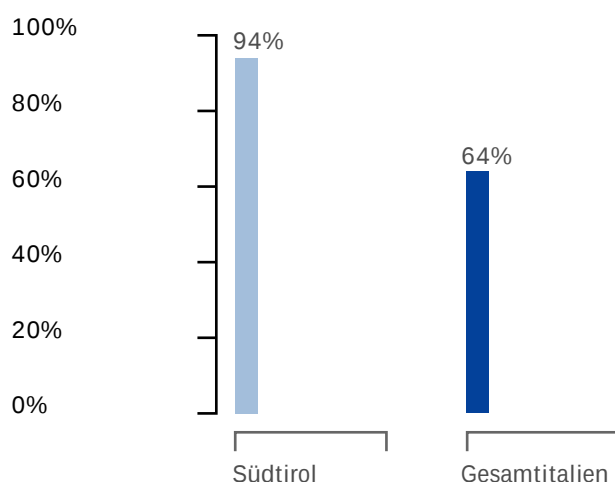
- In Südtirol gaben nur drei Eltern (1,4%) an, nie einen Kindersitz zu verwenden, damit lag Südtirol mit dem regelmäßigen Gebrauch eines Kindersitz jedoch nur an 5. Stelle (nach Trient, Aostatal, Ligurien und Friaul Julisch Venetien)

Kommentar

Nur der richtige Gebrauch eines Kindersitzes im Auto (Anschnallen des Kindersitzes im Auto und Anschnallen des Kindes im Kindersitz) ist in der Lage die Schwere von Verletzungen zu vermeiden bzw. zu minimieren. Es wird auch auf den pädagogischen Wert des Anschnallens der Eltern hingewiesen. In Südtirol sind diese Werte jedenfalls zufrieden stellend.

Prozentuelle Verteilung der Eltern, die angaben, während der letzten Fahrt vor dem Interview angeschnallt gewesen zu sein

Prozentuelle Verteilung



Information über den Gebrauch des Kindersitzes

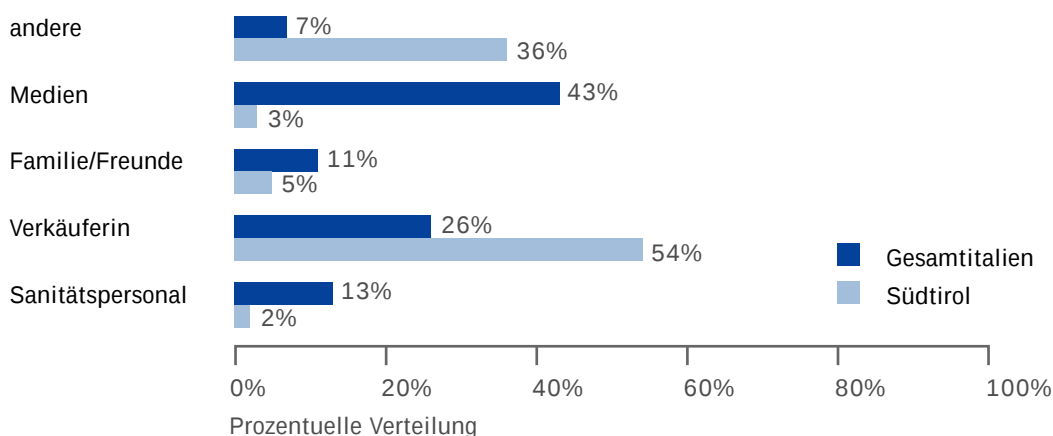
- Insgesamt gaben $\frac{3}{4}$ der Südtiroler Eltern (75%) an, Informationen über den Gebrauch des Autokindersitzes erhalten zu haben, auf nationaler Ebene waren es gleich viele.
- Als Hauptinformationsquellen wurden von den Eltern VerkäuferInnen der Kindersitze (55%) und Freunde (5%) angegeben. Das Gesundheitssystem wurde nur als viert häufigste Informationsquelle angegeben, und das nur in 2% der Fälle. In der Kategorie „andere“ wurde in 93% der Fälle in Südtirol die Gebrauchsanweisung als Informationsquelle angegeben.

Kommentar

Obwohl der Gebrauch des Kindersitzes in Südtirol sehr weit verbreitet ist, sollte weitere Sensibilisierungsarbeit geleistet werden, damit Kleinkinder IMMER, auch auf kurzen Strecken angeschnallt werden. Da es sehr viele unterschiedliche Modelle von Kindersitzen gibt, ist es dringend notwendig auf die genaue Einsichtnahme in die Gebrauchsanweisung des jeweiligen Kindersitzes hinzuweisen. Auch das Gesundheitssystem sollte eine Rolle in der Verbreitung dieser Information involviert sein.

Ein unsachgemäßer Gebrauch eines Kindersitzes erfüllt nicht den Zweck, die Sicherheit beim Transport eines Kleinkindes, zu gewährleisten. Genau zu diesem Thema hat das Assessorat für Gesundheitswesen im selben Jahr der Studie (2003) ein Projekt zum Thema „Kindersicherheit im Straßenverkehr“ organisiert, das verschiedene für die Verkehrssicherheit der Kinder zuständige Einrichtungen vernetzt hat und mit einem Informationsstand an der internationalen Herbstmesse in Bozen abgeschlossen wurde.

Informationsquellen über den Gebrauch eines Kindersitzes im Auto in Südtirol und Gesamtitalien



Es ist schon lange bekannt, dass Rauchen während der Schwangerschaft mit einem niedrigem Geburtsgewicht des Kindes und Komplikationen in der Schwangerschaft assoziiert ist.

Immer häufiger wird nachgewiesen, dass eine Exposition von Zigaretten mit verschiedenen Krankheiten verbunden ist. Passivrauchen ist ein bedeutender Risikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen, wie Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündung, bakterielle Meningitis sowie plötzlicher Kindstod (SIDS). Schätzungen ergaben, dass in Italien circa 20% der Todesfälle von Kindern im zweiten Lebensjahr von plötzlichen Kindstod oder akuten Atemwegserkrankungen auf Passivrauchen zurückzuführen sind, sowie fast 10% der Asthmafälle. Bei einer im Jahr 1998 in Südtirol durchgeführten Studie über Risikofaktoren der Meningokokkenmeningitis, war Passivrauchen einer der wichtigsten Risikofaktoren für eine bakterielle Meningitis, hervorgerufen durch Meningokokken [19].

Kleinkinder verbringen den Großteil ihrer Zeit mit ihren Eltern. Falls die Eltern rauchen, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder dem Zigaretten- oder Zigarrenrauch ausgesetzt sind (Passivrauchen). Nicht nur rauchende Mütter, sondern auch rauchende Väter und andere Personen, die Kontakt mit den Kindern haben (Großeltern, Tagesmütter, etc) können zu negativen Konsequenzen beim Kleinkind beitragen. Es bleibt weiterhin, trotz vieler eingeführter Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens, sehr schwierig, der besonders anfälligen Gruppe von Kleinkindern eine rauchfreie Umgebung gewährleisten zu können. Je mehr Menschen in der Umgebung rauchen, desto stärker ist ein Kind auch dem Passivrauch ausgesetzt, und umso stärker ist daher auch der gesundheitliche Schaden. Passivrauchen im Haus hat den stärksten gesundheitsschädlichen Einfluss.



Art der Exposition

- In Südtirol ist mehr als jedes dritte Kind (38%) mit Personen in Kontakt, die rauchen und daher passivem Rauch ausgesetzt; der nationale Durchschnitt ist 52%, mit starken regionalen Schwankungen (36% in Trient bis 76% in Neapel).
- In Südtirol, ist nach Angaben der Eltern jedes 5. Kind (18%) auch innerhalb des eigenen Haushaltes passivem Rauch ausgesetzt (10% in Trient bis 57% in Neapel).
- Südtiroler Väter (27%) sind häufiger Raucher als Mütter (19%). Jedes 10. Kind (11%) verbrachte mindestens eine Stunde pro Woche mit einer rauchenden Person, die nicht ein Elternteil ist.
- Unter allen Rauch exponierten Kindern in Südtirol, waren zwei von drei exponierten Kindern nur einer

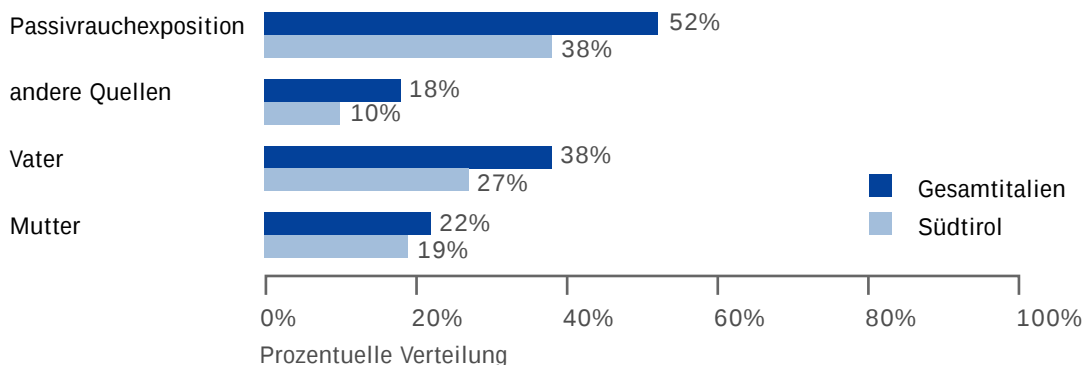
Quelle ausgesetzt (61%), jedes dritte exponierte Kind zwei Quellen (30%) und jedes 10. Kind (9%) drei Quellen oder mehr.

- Jedes dritte Kind (31%) von mindestens einem rauchenden Elternteil war auch im Haus passivem Rauch ausgesetzt.

Kommentar

Obwohl im Vergleich zum restlichen Italien, der Prozentsatz der Kinder, die Passivrauchen ausgesetzt sind deutlich niedriger liegt, muss unbedingt stark daran gearbeitet werden, Kindern die besten Voraussetzungen für ein gesundes Leben zu geben, und daher diesen wichtigen Risikofaktor für viele der häufigsten Erkrankungen zu reduzieren. Die Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit

Zigarettenrauch Exposition der Studienteilnehmer in Südtirol nach Expositionsquelle





Passivrauchen

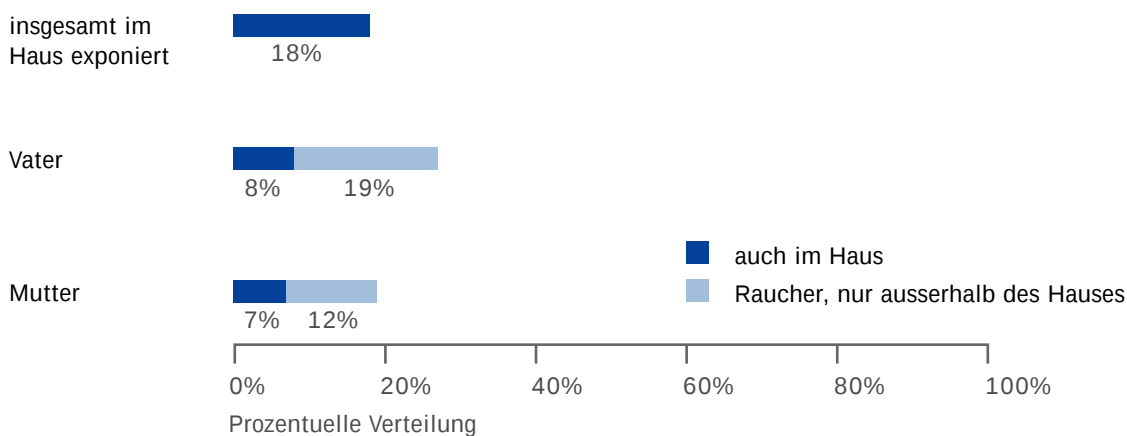
des Kindes sind sehr ausführlich dokumentiert worden. Ein nennenswerter Prozentsatz an Kindern ist mindestens einer Quelle ausgesetzt; zum Glück gab der Großteil der Eltern an, nur außer Haus zu rauchen, wobei laut Studien die Risiken für das Kind leider trotzdem nicht signifikant verringert werden. Zudem ist Passivrauchen auch als wichtiger Risikofaktor für bakterielle Meningitiden anzusehen [10]. Da es sehr schwierig ist mit dem Rauchen aufzuhören, sollten Präventionskampagnen weitergeführt werden. Bei Jugendlichen gilt es vor allem das Einstiegsalter so weit wie möglich zu verzögern bzw. die Gewohnheit gar nicht erst annehmen zu lassen. Für rauchende Eltern sollten Sensibilisierung und

Motivierung nicht zu rauchen, vom Sanitätspersonal anlässlich von Visiten (Schwangerschaftsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsuntersuchung, Kinderstätte, Untersuchung beim Kinderarzt oder Hausarzt) angeboten werden.

Falls geraucht wird, sollte auf keinen Fall im Haus und in Präsenz der Kinder geraucht werden.

Der steigende Anteil der Raucher in der weiblichen Bevölkerung Südtirols wurde bereits in einer Studie des Assessorates für Gesundheitswesen aus dem Jahr 2001 gezeigt: In Südtirol rauchen 53% der jugendlichen Berufs- und Oberschüler, wobei nur sehr geringe geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen (55% Mädchen; 52% Buben).

Zigarettenrauch Exposition der Studienteilnehmer in Südtirol nach Ort der Exposition



Seit nunmehr über 10 Jahren organisiert das Assessorat für Gesundheitswesen kontinuierlich Kampagnen zur Förderung des Nichtrauchens und zur Bewerbung der Raucherentwöhnungskurse der Pneumologischen Dienste der Sanitätsbetriebe. Es wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass passives Rauchen besonders bei Kindern die Wahrscheinlichkeit von Asthma und Atemwegsproblemen erhöht und ein Hauptfaktor ist, der mit dem plötzlichen Kindstod in Zusammenhang gebracht wird. Möglicherweise sollten spezielle Ausstiegs-Angebote ganz allgemein für junge Mädchen und Frauen, werdende Mütter bzw. Frauen, die eine Schwangerschaft

wünschen, vorgesehen werden. Dies auch im Hinblick auf die obgenannten Ergebnisse, die zeigen, dass der Anteil der weiblichen Raucher zugenommen hat.

Eine interessante Beobachtung: „Gleich und gleich gesellt sich gern“: Rauchende Mütter haben eine fast 4x so hohe Wahrscheinlichkeit mit rauchenden Partnern zusammen zu sein (RR 3,7, 95% CI 2,5–5,5); und rauchende Männer sogar eine 5x so hohe Wahrscheinlichkeit (RR 5,1, 95% CI 2,9–9,6) mit rauchenden Partnerinnen zusammen zu leben.



EMPFEHLUNGEN

In diesem Kapitel wird versucht gezielte Empfehlungen an alle verschiedenen Verantwortlichen und Betroffenen zu geben, inklusive an die Medien und die Bevölkerung, die wesentlich zur allgemeinen Gesundheit beitragen können und darüber mitentscheiden sollten. Zur Formulierung der Empfehlung dienen nicht ausschließlich die Ergebnisse der Studie ICONA 2003, insbesondere bei den Empfehlungen, die die Durchimpfungsraten und Impfdienste betreffen, haben auch Ergebnisse von anderen Untersuchungen (z.B. Routineimpfdaten, Erhebung über aktive Einladungen, finanzielle Abgeltungen, Erfahrungen und Ergebnisse von Projekten im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung, etc.) entscheidend dazu beigetragen, die Empfehlungen möglichst gezielt zu formulieren. Außerdem wurde großer Wert darauf gelegt, dass die Empfehlungen umsetzbar sein sollten, ein Zeitplan für die Umsetzung wurde nicht berücksichtigt. Ein Großteil der Empfehlungen wird sich auf das Problem der Masern Mumps Rötelnimpfung beziehen, da hier weiterhin der größte Handlungsbedarf besteht.

Empfehlungen an die politischen

Entscheidungssträger

- Sicherzustellen, dass der Plan für die Elimination von Masern und der angeborenen Rötelnembryopathie, der sowohl auf internationaler (WHO), als auch nationaler Ebene (Oberstes Gesundheitssinstitut (ISS), Gesundheitsministerium) höchste Priorität genießt, auch in Südtirol als das prioritäre Ziel bezüglich Infektionskrankheiten angesehen wird und politische Unterstützung zur Erreichung der Erhöhung der Durchimpfungsraten und anderer notwendiger Strategien gewährleistet wird.
- Innerhalb möglichst kurzer Zeit sollte versucht werden, die stark unterschiedliche finanzielle Abgeltung von Impfungen für Sprengelhygieniker und Basis-kinderärzte zu harmonisieren bzw. die Rolle der Pädiater in Anbetracht bestehender und organisierter Hygienesdienste präziser zu definieren.
- Es sollte auch politischer Wille gezeigt werden, präzise Evaluierungskriterien zur Erfüllung der vertraglich festgesetzten Aufgaben eines Sprengelhygienikers (alle empfohlenen Pflicht- und freiwilligen Impfungen anzubieten und zu verabreichen), sowie eventuelle Maßnahmen bei Nichterfüllung derselben (kein aktives Angebot, keine Meldung usw.) vorzusehen.

Empfehlungen an die Landesabteilungen für Gesundheitswesen

Epidemiologische Beobachtungsstelle/epiteam/
Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit

- Es sollte unbedingt die Einführung und Umsetzung von Evidenz basierten Präventions-Strategien koordiniert und überwacht werden, um das Ziel der Elimination von Masern und angeborenen Röteln bis zum Jahr 2010 auch auf Landesebene gewährleisten zu können.
- Koordination der Organisation und der Strategien der Impfdienste.
- Viermal jährlich eine Analyse und Interpretation der Durchimpfungsraten auf Gemeindeebene und nach Geburtsjahr durchzuführen und über das Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit qualitativ hoch-

wertige, gut verständliche Ergebnisse an die Verantwortlichen der Hygienesdienste weiterzuleiten, mit denen gezielt Strategien auf SB Ebene geplant werden können.

- Zusätzliche Studien bzw. Erhebungen durchzuführen, die in der Lage sind organisatorische Probleme zu identifizieren, wie z.B. eine Wiederholung der im Jahr 2001 durchgeführten Erhebung über aktive Einladung zur empfohlenen MMR Impfung.
- Weiterführen eines verstärkten Überwachungssystems für Masern, mit besonderer Berücksichtigung der zeitgerechten Meldung und Laborunterstützung der Diagnose, um auch spezifische Aktionen durchführen zu können, wie eine post expositionelle Prophylaxe.
- Planung, Organisation und Einführung eines verstärkten Überwachungssystems für die Rötelnembryopathie in enger Zusammenarbeit mit den Sanitätsbetrieben, den beteiligten Ärzten im Krankenhaus und am Territorium, dem Labor, dem Obersten Gesundheitssinstitut und dem Gesundheitsministerium.
- Gewährleistung einer regelmäßigen und qualitativ hochwertigen Rückmeldung von Daten des offiziellen Überwachungssystems für Infektionskrankheiten (SIMI), Durchimpfungsraten der Routineimpfdaten, Daten der verstärkten Masernüberwachung und Ergebnissen der ad hoc durchgeführten Erhebungen an alle Beteiligten (Sanitätsdirektionen, Hygienesdienste, Basisärzte und Pädiater) im Rahmen eines Bulletins und einer WebPage.
- Verbesserung der Meldetätigkeit von unerwünschten, nach Impfung auftretenden Nebenwirkungen.
- Information der Bevölkerung durch Gesundheits-erziehungsmaßnahmen und über Massenmedien, über die derzeitige Situation der durch Impfung vorzubeugende Krankheiten.
- Organisation und insbesondere Supervision von Organisationsabenden für die Bevölkerung bezüglich Impfungen.
- Veranlassen, dass Informationsmaterial bezüglich Impfungen auch auf der WebPage des Assessorats

vorhanden ist und heruntergeladen werden kann (ev. Übersetzungen einiger Schlüsselartikel).

- Sicherstellen, dass qualitativ hochwertiges und leicht verständliches Informationsmaterial bezüglich Impfungen für die Bevölkerung, insbesondere für Schwangere, vorhanden sind (Geburtsvorbereitungskurse, territoriale Dienste, und Ambulatorien).
- Richtlinien für das Personal der Sanitätsbetriebe vorbereiten.
- Bei der Beitragsvergabe an Vereine, der Qualifikation der Referenten für Veranstaltungen über Impfungen und Infektionskrankheiten, besondere Beachtung widmen.
- Durchführung des RHN (Regions for Health Network) Masern – Projektes zum internationalen Vergleich von Impfstrategien.
- Eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Labors zu unterstützen, um die Laborbestätigung verschiedener durch Impfung vermeidbarer Krankheiten gewährleisten.

P.70

Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals

- Anbieten von Fortbildungsveranstaltungen für Sprengelhygieniker, Basismediziner und Pädiater in Bezug auf die Masernüberwachung und vor Einführung eines verstärkten Überwachungssystems der Rötelnembryopathie über Ziel, Nutzen, Arbeitsaufwand, Datenflüsse, eines solchen Systems mit Vergabe von ECM Punkten.
- Aus- und Weiterbildung von Hebammen, Gynäkologen und anderem Gesundheitspersonal, um schon im pränatalen Bereich auf die Notwendigkeit und Wichtigkeit von Impfungen aufmerksam zu machen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, mit besonderer Berücksichtigung von Kommunikationstechniken.

Empfehlungen an die Sanitätsbetriebe (SB)

Ressourcen investieren, um die Durchimpfungsraten auf das erforderliche Niveau von 95% zu steigern, durch folgende Maßnahmen:

- Optimierung der elektronischen Impfreger. In der Stadt Bozen sollte der Zugriff auf die meldeamtlichen

Daten noch im ersten Halbjahr 2004 gewährleistet werden.

- Impfstoffe sollten gemeinsam eingekauft werden, um Kosten zu sparen und qualitativ gleichwertige Impfstoffe der gesamten Südtiroler Bevölkerung anbieten zu können.
- Impfstrategien in verschiedenen Sanitätsbetrieben sollten UNBEDINGT harmonisiert werden, wie zum Beispiel Art und Häufigkeit der Einladung für (empfohlene) Impfungen, Impfstoffe, Datenbasen,...
- Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung (insbesondere werdende Mütter) sollten standardisiert werden (nach einer Probephase seitens der Abteilung für Gesundheitswesen) und in allen Gemeinden, aber insbesondere in jenen, in denen die Durchimpfungsraten besonders schlecht sind, in regelmäßigen Abständen angeboten werden.
- Auch auf SB Ebene sollte versucht werden, in Gemeinden mit schlechter Durchimpfungsrate (insbesondere MMR), Ursachen für diese zu identifizieren, ev. mit Hilfe von OEP/epiteam.
- Menschliche und finanzielle Ressourcen weiterhin flexibel und rationell einsetzen, um das Ziel erreichen zu können.
- Weiterhin aktiv an der Ein- und Durchführung von Überwachungssystemen (Masern und angeborenen Röteln) tätig sein und mit menschlichen Ressourcen die Durchführung dieser Tätigkeiten zu gewährleisten.
- Im Falle einer Epidemie (verstärkte Überwachung) ausreichend Personal zur Verfügung stellen, damit eine schnelle und qualitativ hochwertige Aufklärung von staten laufen kann.
- Gemeinsam mit den anderen SB und der Abteilung für Gesundheitswesen für eine kapillare Umsetzung von landesweiten Strategie für Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitspersonal (Multiplikation) in den einzelnen Gemeinden in regelmäßigen Abständen gewährleisten, beginnend bei den Gemeinden mit den schlechtesten Durchimpfungsraten.
- Sicherstellen, dass in allen Gemeinden des jeweiligen Sanitätsbetriebes aktiv auch zu empfohlenen freiwilligen Impfungen eingeladen wird und dass bei Nichtbefolgen mit entsprechenden Korrekturmaßnahmen eingegriffen wird.

Empfehlungen an Ärzte

(Sprengelhygieniker, Basismediziner, Pädiater)

Alle Ärzte:

- Sich Zeit nehmen, die Bevölkerung in ausreichendem Umfang und in verständlicher Weise über Nutzen und Risiko von Impfungen aufklären und zur Durchführung der empfohlenen Pflicht- und insbesondere der empfohlenen freiwilligen Impfungen motivieren.
- Weiterbildungsveranstaltungen bezüglich Impfungen besuchen.
- Jeden Verdachtsfall von Masern und angeborenen Röteln SOFORT dem SB melden.

Impfende Ärzte:

- Ungeimpfte Kinder, wann immer es möglich ist (z.B. wenn ein Arztbesuch aus anderen Gründen erfolgt) auf die Notwendigkeit und den Nutzen von Impfungen aufmerksam machen, und sie unbürokratisch verabreichen (nicht nur an vorhergesehenen Terminen), die sogenannte *opportunistische* Impfung
- Vor jeder Impfung eine Impfanamnese erheben und diese mit den landesweit vereinbarten Anamneseblättern auch dokumentieren, um Komplikationen möglichst gering zu halten.
- Sicherstellen, dass die Daten über durchgeführte Impfungen auch registriert werden.

Empfehlungen an die Gemeinden

- Mit dem Sprengelhygieniker zusammen Impftermine vereinbaren, die auch in kleinen Gemeinden zumindest einmal im Monat abgehalten werden und alle ausgewählten Kinder aktiv einladen (auch wenn nur wenige Kinder ansässig sind), damit Verzögerungen eines effektiven Impfschutzes vermindert werden.
- Eine zeitgerechte und verlässliche Eingabe der Daten, die von den jeweiligen Sprengelhygienikern UND Pädiatern durchgeführt werden, gewährleisten.
- Sicherstellen, dass jeder Verdachtsfall auf unerwünschte Nebenwirkungen von Impfungen laut Gesetzesbestimmungen gemeldet wird.
- Die eigene Tätigkeit mit jenen anderer Berufsgruppen abstimmen, die auf demselben Zuständigkeitsgebiet die Impfung anbieten.

II) Geburt und Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr

Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger

- Sicherstellen, dass die Qualität und der Standard der Leistungen und Dienste während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett gewährleistet sind.
- In Zusammenarbeit mit Wirtschaft/Medien: Förderung der Vermarktung und des Angebotes gesunder und hochqualitativer Lebensmittel, mit besonderer Berücksichtigung der lokalen Produktion.
- Berücksichtigen, dass wirtschaftliche/organisatorische Probleme der Familie sich negativ auf die Stilldauer und auf die Pflege der Kleinkinder auswirken können und entsprechende familienfreundliche Politik fördern.

Empfehlungen an die Landesabteilungen für Gesundheitswesen

Amt für öffentliche Gesundheit

- Erarbeitung und kapillare Verteilung homogener Richtlinien zur gesunden Ernährung in Zusammenarbeit mit den Diensten für Diät und klinische Ernährung und den Abteilungen für Pädiatrie (Themen: Ernährung Erwachsener, Kinderernährung, Fettleibigkeit und Übergewicht, Sport und körperliche Betätigung, Lebensmittelsicherheit, Allergien, Zusatzstoffe, Produktion hochqualitativer Lebensmittel, Küchenhygiene,...).
- Gesundheitserziehung für Eltern und Erziehungsberechtigte durch verschiedene Instrumente (Projekttätigkeit, Informationsmaterial, Medien) weiterführen.
- Sicherstellen, dass die Produktion und Verteilung von hochwertigem Informationsmaterial (Stillbrochüren, Ernährungsfibel) an die werdenden Mütter gewährleistet wird.

Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals

- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für Sanitätspersonal wie Hebammen, Geburtshelfer, Krankenschwestern und SanitätsassistentInnen, bezüglich Wichtigkeit und Dauer des Stillens und allgemeiner Richtlinien zum Übergang von Muttermilch zu fester Kost, mit besonderer Berücksichtigung der Kuhmilch.

Amt für Krankenhäuser und Amt für Gesundheitssprengel

- Bedingungen schaffen, damit vermehrt Rooming-in angeboten werden kann.
- Werdende Mütter sollten insbesondere von Gynäkologen und Geburtshelfern verstärkt zum Stillen ermutigt werden.

Empfehlungen an die Sanitätsbetriebe

- Detaillierte Analysen über Häufigkeit, und vor allem Indikationsstellung von Kaiserschnitt und anderen Geburtshilfen wie Zange oder Vakuumsaugglocke sollten in jedem Krankenhaus durchgeführt werden, damit evidence based- aber vor allem, unter Gewährleistung der derzeitigen Standards und ohne dass dadurch Risiken für Mutter oder Kind entstehen, die Sectio Rate auf die von der WHO empfohlenen Richtwerte angenähert werden kann.

Empfehlungen an die Eltern

- Förderung einer angemessenen und nahrhaften Ernährung speziell für diese Altersgruppe, aber auch für Kinder im Vorschulalter und Vermeidung, aus diätetischer Sicht, unangemessener Nahrungsmittel, mit besonderer Berücksichtigung der Speisen, die reich an gesättigten Fettsäuren und einfachen Zuckern sind.

III) Risikofaktoren für plötzlichen Kindstod, Verletzungen im Auto und durch Passivrauchen verursachte Folgeschäden

Auch wenn die meisten der untersuchten Risikofaktoren für Verletzungen von Kindern im Auto, SIDS und durch Passivrauchen verursachte Folgeschäden sicher nicht gänzlich vermieden werden können, sollte eine Reduktion dieser Risikofaktoren bzw. eine Förderung von Primärpräventionsmaßnahmen unterstützt werden.

Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger

- Allgemeine Maßnahmen gegen Tabakkonsum fördern (strukturelle Maßnahmen, Aufklärung und Verabschiedung von Gesetzesbestimmungen) mit dem Ziel, dass möglichst wenige Personen, aber vor allem Kleinkinder nicht dem passivem Rauch ausgesetzt sind, indem der Zigaretten- und Zigarrenkonsum in öffentlichen Institutionen, wie Kindergärten, Schulen und Lokalen weiterhin gesetzlich verboten bleibt und diese Verbote auch eingehalten werden.
- Sicherstellen, dass Präventionsmaßnahmen (z.B. zur Vorbeugung des Rauchens bzw. Raucherentwöhnungskurse, des plötzlichen Kindstods, von Verkehrsunfällen) trotz allgemeiner Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen durchgeführt werden.
- Eine enge Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Einrichtungen (Gesundheitswesen, Transport, Verkehr, Schule) und anderen Institutionen (Ordnungskräfte) weiterhin gewährleisten, damit gemeinsame Strategien zur Vermeidung von Unfällen und Gebrauch von Kindersitzen im Auto effektiv umgesetzt werden können.

Empfehlungen an die Landesabteilungen für Gesundheitswesen

Epidemiologische Beobachtungsstelle/epiteam/

Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit

- Nichtraucherkampagnen durchführen und Organisationen, die Raucherentwöhnungsprogramme anbieten, fördern.
- Sicherstellen, dass leicht verständliche Informationen bezüglich Rauchen in geschlossenen Räumen,

insbesondere Lebensräume von Minderjährigen (Haus, Schule) bereitgestellt werden, besonders für Familien mit Kindern aber auch für die restliche Bevölkerung (werdende Eltern, Großeltern).

- Studien über den Effekt von durch Zigarettenrauch verursachte Schäden sowie über das Rauchverhalten in regelmäßigen Abständen durchführen, indem schon vorhandene Daten bezüglich dieser Fragestellungen untersucht werden (z.B. Anzahl der durch Rauchen verursachten Schäden, Schätzungen dieser Schäden in Zukunft).

- Erhebungen der Ursachen von Verletzungen von Kleinkindern im Auto und durch Passivrauchen verursachte Schäden durchführen.

- Projekte und Maßnahmen der Verkehrserziehung und der Sensibilisierung zur Anwendung von Schutzvorrichtungen realisieren.

Amt für Hygiene und öffentliche Gesundheit

- „Netzwerkarbeit“ mit verschiedenen Institutionen zur Gestaltung von Projekten und Sensibilisierungskampagnen über Schäden durch Rauchen und Kindersicherheit im Straßenverkehr (z.B. Fahrschule, Schule, Jugendzentren).

- Sicherstellen, dass das Thema „Sucht“, mit besonderer Berücksichtigung des Rauchens in die Gesundheitserziehung der Schulen und Jugenddienste in Abstimmung mit spezifischen Einrichtungen (Forum Prävention) alters- und geschlechtsspezifisch eingebaut wird, und dass die gesamte Schulgemeinschaft (Eltern, Lehrer) involviert wird.

- Vereinigungen unterstützen und zu fördern, die als Non-Profit Organisationen Aktionen im Sinne der Richtlinien der Abteilung für Gesundheitswesen zur Sicherheit im Straßenverkehr durchführen wollen.

- Sicherstellen, dass die Aufklärungsmaßnahmen (Sicherheit im Auto, Raucherfibel, Information über plötzlichen Kindstod) an die werdenden Eltern gesichert sind, wobei besonderes Augenmerk auf Risikofaktoren (z.B. Schlafposition des Kindes für den plötzlichen Kindstod), und Präventionsmaßnahmen gelegt werden sollte.

III) Risikofaktoren für plötzlichen Kindstod, Verletzungen im Auto und durch Passivrauchen verursachte Folgeschäden

Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals

- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für Sanitätspersonal wie SanitätsassistentInnen, Hebammen, Krankenschwestern, bezüglich Vorsichtsmaßnahmen und Risikofaktoren für SIDS.

Empfehlungen an die Sanitätsbetriebe

- Sicherstellen, dass Raucherentwöhnungskurse kostengünstig, unbürokratisch und häufig angeboten werden und Informationen über die Existenz solcher Kurse weit verbreitet werden (counselling).
- Während Schwangerschaftsvorbereitungskursen, die Wichtigkeit von Nichtrauchen zu unterstreichen.

Empfehlung an die Medien

- Wiederholt auch positive Botschaften, wie Präventionsmaßnahmen zu unterstützen und ohne große Gewinnspannen gesundheitspolitische Information an die Öffentlichkeit zu verbreiten.

Empfehlungen an die Eltern

- Die vorhandenen Informationsangebote und bei weiteren Fragen, die verschiedenen Gesundheitsinstitutionen zu nutzen, um fachgerechte Informationen zu erhalten und weiterhin versuchen, den Kindern die bestmögliche Ausgangssituation für eine gesunde Zukunft bieten zu können.
- Mit den Schulen und den Gesundheitsdiensten bei Primär- und Sekundärpräventionsmaßnahmen zusammenzuarbeiten.

1. WHO Regional OFFICE FOR Europe: Operational targets for EPI diseases (1996). EUR/cmds 01 01 11
2. Hoshaw-Woodward S: Description and comparison of the methods of cluster sampling and lot quality assurance sampling to assess immunization coverage (2001). WHO/V&B/01.26
3. ISTAT Bevölkerung (2001). <http://demo.istat/pop1/index.html>
4. Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes Südtirol (2002): Landesgesundheitsbericht: 53
5. Anonymous: Statistisches Jahrbuch für Südtirol (2003), Autonome Provinz Bozen-Südtirol, Landesinstitut für Statistik (astat)
6. Rota M.C., Kreidl P., Ciofi degli Atti M., Tozzi A.E., Anemona A., Salmaso S, Gruppo ICONA. Icona: indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile (1998). Rapporti Istisan 98/33: 1-123
7. Salmaso S., Rota M.C., Ciofi degli Atti M.L., Tozzi A.E., Kreidl P. & the ICONA study group: Infant immunisation coverage in Italy: estimates by simultaneous Epi cluster surveys of regions. Bull WHO 1999; Vol. 77, 10: 787-866
8. Kreidl P., Simeoni J., Schmorak S., Zuccaro M.G., Hopfgartner A.: Prevenire il morbillo: l'esperienza della Provincia autonoma di Bolzano. Bolletina epidemiologico nazionale, Vol. 16: 5, 2003 (www.ben.iss.it)
9. Kreidl P., Morosetti G.: Do we have to expect an epidemic of measles in the near future in South Tyrol? Wien Klin Wochenschr (2003) 115 (Suppl. 3): 55-60
10. Ciofi degli Atti M., Salmaso S., Vellucci L., Caraffa De Stefano D.: Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute: Epidemia di morbillo nel Sud Italia (2002): <http://www.epicentro.iss.it/focus/morbillo/morb-ita.htm>
11. Kreidl P., Morosetti G.: Aspetti organizzativi in Alto Adige in previsione di un'epidemia di morbillo. 6. Internationale Tagung: Infektionskrankheiten in den Alpenländern, Seis am Schlern, Italien, März 2003
12. Morosetti G., Trenkwalder A., Kreidl P.: L'integrazione di attività sanitarie ed educative per la prevenzione delle malattie infettive in età pediatrica: l'esempio del morbillo in Alto Adige. VIth European Conference on Health Promotion and Education, Perugia, Italy, June 18-21, 2003
13. Beschluss der Landesregierung Südtirol vom 15.Juli 1996, Nr. 3262
14. Beschluss der Landesregierung Südtirol vom 16.Dezember 1996, Nr. 6311
15. Beschluss der Landesregierung Südtirol vom 6. November 2000, Nr. 4125
16. Piano nazionale di eliminazione del morbillo e rosolia congenita (2003): <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>
17. Strategic Plan for Measles and Congenital Rubella Infection in the European Region of WHO (2003). <http://www.euro.who.int/document/e81567.pdf>
18. Gruppo di Lavoro ICONA. ICONA 2003: indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile (2003), Rapporti Istisan 03/37: 1-116
19. Report of a WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO, Technical Report Series 916, Geneva 2003
20. Briefel R.R., Reidy K., Karwe V., Jankowski L. Toddlers' Transition to Table Foods: Impact on Nutrient Intakes and Food Patterns. J Am Diet Assoc., 104: S. 38-44, 2004
21. Skinner JD, Ziegler P., Ponza M. Transition in Infants' and Toddlers' Beverage Patterns. J Am Diet Assoc, 104: S. 45-50; 2004
22. Skinner JD, Carruth B.R., Bounds W., Ziegler P., Reid K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? J Nutr Educ Behav, 34: 310-5; 2002
23. Birch LL. Development of food acceptance patterns in the first year of life. Proc Nutr Soc, 57: 617-24; 1998
24. Bertone A., Brossa L., Campa D., Pontoriero D., Guala A. What shall I eat today? Survey about dietary habits of infants and toddlers in Valsesia. Pediatr Med Chir, 25: 122-5; 2003
25. Hu FB. Plant-based food and prevention of cardiovascular disease: an overview. Am J Clin Nutr, 78(3 suppl.): S. 544-551; 2003
26. Riboli E., Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. Am J Clin Nutr, 78(3 suppl.): S. 559-569; 2003
27. Shikany JM, White GL JR. Dietary guidelines for chronic disease prevention. South Med J, 93: 1138-51; 2000
28. La Vecchia C., Altieri A., Taviani A. Vegetables, fruit, antioxidants and cancer: a review of Italian studies. Eur J Nutr, 40: 261-7; 2001
29. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: A prospective, observational analysis. Lancet, 357: 505-8; 2001
30. Ludwig C., Kuester S., Gillespie C. Beverage choices affect adequacy of children's nutrient intakes. Arch Pediatr Adolesc Med, 154: 1148-52; 2000
31. Jahns L., Siega-Riz AM, Popkin BM. The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. J Pediatr, 38: 493-8, 2001
32. Wildey MB, Pampalone SZ, Pelletier RL, Zive MM, Elder JP, Sallis JF. Fat and sugar levels are high in snacks purchased from student stores in middle schools. J Am Diet Assoc, 100: 319-22; 2000
33. Fox MK, Pac S., Devaney B., Jankowski L. Feeding infants and toddlers study: what food are infants and toddlers eating? J Am Diet Assoc, 104: S. 22-30; 2004
34. Skinner JD, Carruth BR, Houck KS, Coletta F., Cotter R., Ott D., McLeod M. Longitudinal study of nutrient and food intakes of infants aged 2 to 24 months. J Am Diet Assoc, 97: 496-504; 1997
35. Dennison BA, Rockwell HL, Baker SL. Fruit and vegetable intake in young children. J Am Coll Nutr, 17: 371-8; 1998
36. Greco L., Musmarra F., Franzese C., Auricchio S. Early childhood feeding practices in southern Italy: is the Mediterranean diet becoming obsolete? Study of 450 children aged 6-32 months in Campania, Italy. Cultural Paediatric Association. Acta Paediatr, 87: 250-6; 1998
37. Center for Disease Control.: „Premature Mortality Due To Sudden Infant Death Syndrome. United States 1980-86“. Morbidity and Mortality Weekly Report 1987; 36: 236-38
38. Mainardi G., Pezzati M., Carbone C., et al.: „ Incidenza della Sindrome della morte improvvisa del lattante (S.I.D.S.) nella provincia di Firenze, negli anni 1985-1991. In Donzelli GP, Piumelli R (eds). S.I.D.S. Morte Improvvisa del Lattante. Istituzioni, cultura e comunità. Atti del I° Convegno Nazionale. NICOMP L.E.: pp. 173-78
39. Bevilacqua G., Volta A., Baroni M., Bosi G et al.: „Indagine epidemiologica policentrica sulla morte improvvisa dell'infanzia (SIDS) in Emilia Romagna“. Riv.Ital. Ped. 1993; 19: 25

40. Willinger M., Hoffman HJ, Hartford RB.: „Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held“ January 13 and 14, 1994, National Institute of Health, Bethesda, MD. *Pediatrics*. 1994; 93: 814–9
41. Dwyer T, Ponsonby AL.: „SIDS after the back to sleep campaign“. *BMJ* 1996; 313: 180–1
42. Donzelli GP, Piumelli R (eds): „S.I.D.S. Morte Improvvisa del Lattante. Istituzioni, cultura e comunità“. Atti del 3° Convegno Nazionale. NICOMP L.E.: 1996
43. P.I'. Hoir et al.: „Case control study of current validity of previously described risk factors for SIDS in the Netherlands“ *Arc. Dis. Child.* 1998. 79: 386
44. Centers for Disease Control and prevention (dal MMWR 1998; 47; 873–7) „Assessment of infant sleeping position selected 1996“. *Jama* 1998; 280: 1998
45. Scott CL. Et al.: „Postneonatal mortality surveillance“ *MMWR* 1998 Jul 3; 47 (SS-2): 15–30
46. J. Mc Kenna: „Sleep physiology of mother infant pairs in the solitary and bedsharing environments: implications for SIDS“. *Ambulatory Child Health* 1998; 4-S1: 138
47. M.C. Ottolini: „Prone infant sleeping despite the ‚Back to Sleep‘ campaign“. *Arch Ped Adolesc Med* 1999; 153: 512
48. Straßenverkehrsordnung, Artikel Nr. 171
49. Hofhuis W., de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child.* 2003 Dec; 88 (12): 1086–90. Review.
50. Cantarutti L., Toffol G., Basoccu P et al, Effetti del fumo passivo su alcune patologie di interesse pediatrico: risultati di uno studio caso controllo (pedianet) Medico e Bambino P.E. Contributi originali – Ricerca – Gennaio 2003
51. Anderson HR, Cook DG.: Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*. 1997 Nov; 52 (11): 1003–9. Review. Erratum in: *Thorax* 1999 Apr; 54 (4): 365–6
52. Li JS, Peat JK, Xuan W., Berry G. Meta-analysis on the association between environmental tobacco smoke (ETS) exposure and the prevalence of lower respiratory tract infection in early childhood. *Pediatr Pulmonol.* 1999 Jan; 27 (1): 5–13
53. Boffetta P., Tredaniel J., Greco A. Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: A meta-analysis. *Environ Health Perspect.* 2000 Jan; 108 (1): 73–82
54. Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54: 357–366
55. Royal College of Physicians of London. Smoking and the Young: a report of a working party of the Royal College of Physicians of London. Sudbury, Lavenham, 1992).
56. Hopper JA, Craig KA Environmental tobacco smoke exposure among urban children. *Pediatrics*. 2000 Oct; 106 (4): E47.
57. Regione Basilicata, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione Piemonte. Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile. Centro per la salute del bambino Onlus. Trieste. 2002
58. Forastiere F., Lo Presti E., Agabiti N. Health impact of exposure to environmental tobacco smoke in Italy. *Epidemiol Prev* 2002 Jan–Feb; 26 (1): 18–29
59. Stefanelli P., Fazio C., Neri A., Sofia T, Kreidl P., Salmaso S., Mastrantonio P.: Long-Term Predominance of a Rare Meningococcal Phenotype in a Small Geographical Area. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (2003) 22: 566–8
60. Ownby DR, Johnson CC, Peterson EL. Passive cigarette smoke exposure of infants: importance of non parental sources. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000 Dec; 154 (12): 1237–41
61. Crone MR, Reijneveld SA, Burgmeijer RJ, Hirasing RA. Factors that influence passive smoking in infancy. A study among mothers of newborn babies in The Netherlands. *Prev Med* 2001 Mar; 32 (3): 209–17
62. Arborelius E, Hallberg AC, Hakansson A. How to prevent exposure to tobacco smoke among small children: a literature review. *Acta Pediatr Suppl* 2000 Sep; 89 (434): 65–70
63. Guide to community preventive services. Strategie volte a ridurre l'esposizione al fumo di tabacco, incoraggiare i fumatori a smettere di fumare e ridurre il numero di persone che iniziano a fumare, da attuare in contesti comunitari e presso strutture del sistema sanitario. *Epidemiologia e prevenzione* anno 26 supplemento (4) luglio–agosto 2002