



Beratungsverfahren gemäß § 135 / 137c SGB V

Neufassung der Kinder-Richtlinie:

Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) und Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

Stand: 01.09.2016

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss zur Neufassung der Kinder-Richtlinie (Formale und inhaltliche Überarbeitung [Neustrukturierung])	1
A-1	Rechtsgrundlagen	1
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-2.1	Nutzenbewertungen für neue Früherkennungsuntersuchungen	3
A-2.1.1	Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	3
A-2.1.2	Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres	4
A-2.1.3	Früherkennungsuntersuchung auf Sehstörungen	5
A-2.1.4	Screening auf Mukoviszidose	5
A-2.2	Allgemeines zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie	5
A-2.2.1	Abschnitt A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung	6
A-2.2.2	Abschnitt B. Früherkennungsuntersuchungen	6
A-2.2.2.1	Anamnese	7
A-2.2.2.2	Orientierende Beurteilung der Entwicklung	8
A-2.2.2.3	Überarbeitung der U1 – U9	9
A-2.2.2.4	Beratung (U2-U9)	11
A-2.2.3	Abschnitt D. Dokumentation und Evaluation	12
A-3	Bürokratiekostenermittlung	12
A-4	Stellungnahmeverfahren	13
A-5	Verfahrensablauf	13
A-6	Beschluss zur Neufassung der Kinder-Richtlinie (Formale und inhaltliche Überarbeitung [Neustrukturierung])	16
A-7	Anhang	63
A-7.1	Antrag zur Beratung der Überarbeitung der nach § 135 / § 137c SGB V	63
A-7.2	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V	65
B	Sektorenübergreifende Bewertung vom Aufbau, der Struktur und den neusten medizinischen Erkenntnissen	68
	Allgemeine Organisation des Programms	68
B-1	Einleitung und Aufgabenstellung	69
B-2	Medizinische Grundlagen	72
B-3	Informationsgewinnung und -auswahl	73
B-3.1	Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen zum Beratungsthema	73
B-4	Anhang	76

B-4.1	Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	76
B-4.1.1	Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger	76
B-4.1.2	Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	77
B-4.1.3	Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens	81
B-4.1.3.1	Übersichtslisten (Stand: 12. Juli 2006).....	81
B-4.1.4	Inhalte / Zusammenfassung der Inhalte der Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	86
B-4.1.4.1	Synopse der Stellungnahmen „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder- Richtlinien“.....	86
B-4.2.1.1	Liste der priorisierten Zielerkrankungen	116
B-4.2.1.2	Offenlegungen von Interessen:	143
B-4.3	Strukturierung der Entwicklungssitems	146
B-4.4	Literaturrecherchen und –listen.....	157
C	Stellungnahmeverfahren zur Neufassung der Kinder-Richtlinie (Formale und inhaltliche Überarbeitung [Neustrukturierung]) nach 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO	158
C-1	Würdigung der Stellungnahmen nach 1. Kapitel § 13 VerFO.....	158
C-1.1	Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen	158
C-1.2	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen.....	158
C-1.2.1	Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	158
C-2	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	161
D	Tragende Gründe und Beschluss über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder	162
D-1	Rechtsgrundlage.....	162
D-2	Eckpunkte der Entscheidung	162
D-3	Bürokratiekostenermittlung	164
D-4	Stellungnahmeverfahren	165
D-5	Verfahrensablauf.....	167
D-6	Anlagen.....	169
D-7	Änderungsbeschluss vom 19.05.2016.....	170
D-7.1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V	222
E	Tragende Gründe und Beschluss über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen	

der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder	225
E-1 Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit zur Befunddokumentation der Schwangerschaftsanamnese im Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft)	225
E-2 Verfahrensablauf.....	227
E-3 Anlage.....	227
E-4 Änderungsbeschluss vom 07.07.2016	228
E-4.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V	233
F Konsolidierter Beschluss vom 18.06.2015.....	235
G Anlagenverzeichnis.....	344

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgruppe
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
FBMed	Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
IKK	Innungskrankenkasse
IQWiG	Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kinder-RL	Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
RL	Richtlinien
QS	Qualitätssicherung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
TAB	Teilabschlussbericht
TG	Themengruppe
U1	Vorsorgeuntersuchung unmittelbar nach der Geburt
U2	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 3. und 10. Lebenstag
U3	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen der 4. und 5. Lebenswoche
U4	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 3. und 4. Lebensmonat
U5	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 6. und 7. Lebensmonat
U6	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat
U7	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 21. und 24. Lebensmonat
U7a	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat
U8	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 46. und 48. Lebensmonat
U9	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
ZD	Zusammenfassende Dokumentation

A Tragende Gründe und Beschluss zur Neufassung der Kinder-Richtlinie (Formale und inhaltliche Überarbeitung [Neustrukturierung])

A-1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V i.V.m. §§ 25 Abs. 3, Abs. 4 Satz 2 und 26 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf.

Entscheidungen des G-BA erfolgen auf der Grundlage der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA. Die VerfO legt u. a. den Ablauf der Beratungen für eine sektorenübergreifende Methodenbewertung fest, beschreibt die Prüfkriterien zu den gesetzlich vorgegebenen Begriffen des Nutzens, der Medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit und sieht als Basis für die Entscheidungen des G-BA eine Beurteilung der Unterlagen nach international etablierten und anerkannten Evidenzkriterien vor.

Der IKK-Bundesverband hatte am 01.02.2005 den Antrag zur inhaltlichen Überarbeitung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) dem damaligen Unterausschuss "Prävention" vorgelegt. Es sollte geprüft werden, ob das bestehende Früherkennungsprogramm dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entspricht, ob es Mängel aufweist sowie ob und inwieweit die Effektivität und Effizienz des Programms verbessert werden können.

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

Gemäß § 26 SGB V haben Kinder derzeit bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Näheres zu den Untersuchungen ist in der Richtlinie des G-BA geregelt. Das Kinder-Früherkennungsprogramm gehört seit 1971 zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die bestehenden Untersuchungsinhalte wurden in den Jahren 1977 und 1987 grundlegend überarbeitet; seitdem wurden sie kaum verändert. Eine Weiterentwicklung erfolgte in diesem Zeitraum hauptsächlich durch die Aufnahme von neuen Untersuchungsterminen und Bestandteilen (U9, Hüftsonographie, TSH-Screening¹ und erweitertes Neugeborenen-Screening mittels TMS²).

Die 2005 begonnene Überarbeitung der Kinder-Richtlinie gliedert sich in zwei Hauptbereiche (vgl. Abschnitt A-2.1 und A-2.2). Zunächst erfolgten Nutzenbewertungen für neue Untersuchungsverfahren (vgl. Abschnitt A-2.1). Auf dieser Grundlage erfolgte in einem zweiten Schritt die Überarbeitung der U1 – U9 (vgl. Abschnitt A-2.2).

Bei den Beratungen wurden auch die Ergebnisse zu den Anträgen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 28.01.2005 zur Beratung der „Früherkennung von

¹ Thyreoidea-stimulierendes Hormon

² Tandem-Massenspektrometrie

Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ und „Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen“ berücksichtigt.

Die Überarbeitung der Kinder-Richtlinien berücksichtigt die Ergebnisse der Abschlussberichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur sowie die Stellungnahmen, die vor der abschließenden Entscheidung des G-BA eingeholt wurden.

Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie

Stand: 18. Juni 2015

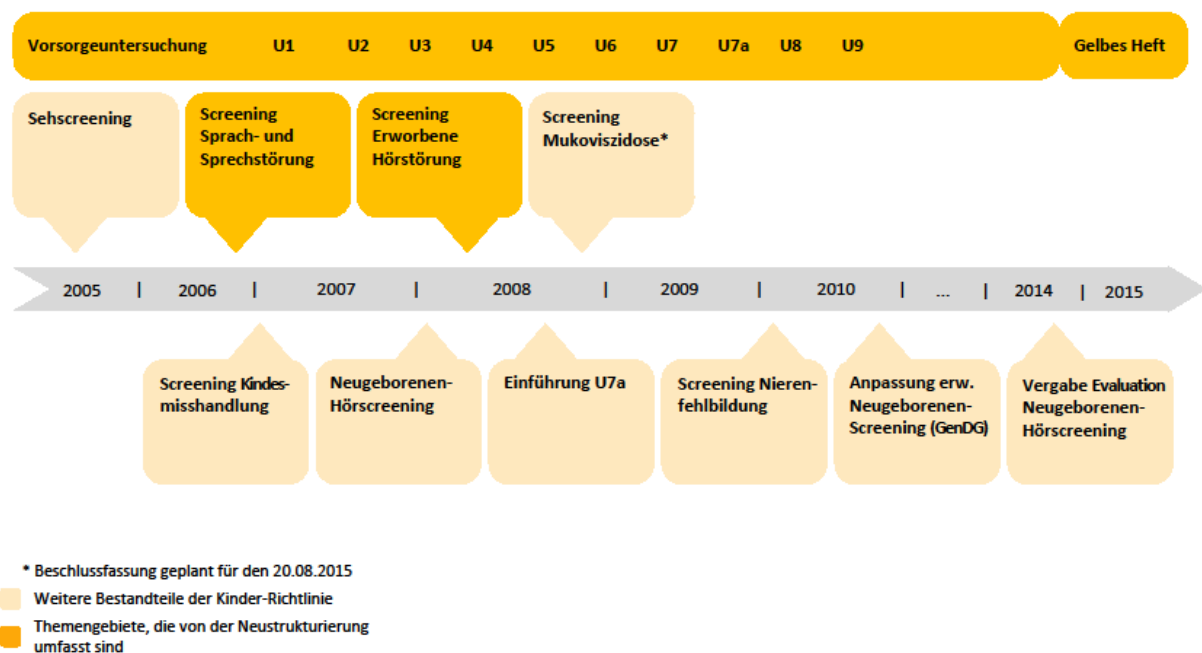


Abbildung 1: Gesamtübersicht zum Verfahren zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie. Die orange markierten Themenbereiche sind Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA.

Seit Beginn der Beratungen Anfang 2005 hat der G-BA zu einzelnen Themen bereits Teilbeschlüsse gefasst (vgl. hierzu Abbildung 1):

Am 13.09.2007 hat der G-BA den Beschluss gefasst, ein bevölkerungsbasiertes Screening zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung nicht in der Kinder-Richtlinie aufzunehmen, weil es derzeit keine standardisierten und validierten Screening-Instrumente für einen bevölkerungsweiten Einsatz gibt.

Im darauffolgenden Jahr hat der G-BA am 15.05.2008 die Einführung einer zusätzlichen Untersuchung (U7a) im Alter von drei Jahren beschlossen. Der G-BA hat damit zeitnah auf Erkenntnisse und Entwicklungen reagiert, die sich durch die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, durch den strukturellen Vergleich des nationalen mit internationalen Kinderuntersuchungsprogrammen wie auch durch publizierte Daten des Kinder- und

Jugendgesundheitssurveys KIGGS ergeben haben. Es wurde auch eine Forderung aus der aktuellen gesellschaftlichen Debatte über einen verbesserten Kinderschutz vor Misshandlung und Vernachlässigung aufgegriffen.

In diesem Zusammenhang sind in den letzten Jahren in den meisten Bundesländern Gesetze in Kraft getreten, die durch Datenübermittlungen der Meldebehörden und der Kinder- und Jugendärzte die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gemäß der Kinder-Richtlinie sicherstellen sollen.

Am 19.06.2008 hat der G-BA beschlossen, ein Neugeborenen-Hörscreening einzuführen.

Das Thema „Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege“ wurde ebenfalls prioritär beraten, da in der Versorgungspraxis bereits verschiedene „graue“ Screeningprogramme existieren, für die es keine einheitlichen Vorgaben gibt. Aufgrund der unsicheren Datenlage hat der G-BA am 11.11.2008 die Aufnahme eines universellen Screenings auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege in die Kinder-Richtlinie nicht empfohlen.

A-2.1 Nutzenbewertungen für neue Früherkennungsuntersuchungen

Neben den Themen, zu denen der G-BA bereits Teilbeschlüsse getroffen hat, wurden Nutzenbewertungen für folgende Themenbereiche durchgeführt:

A-2.1.1 Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

Ziel einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ist eine möglichst frühzeitige Diagnose und Therapie behandelbarer Entwicklungsstörungen, damit Entwicklungsbeeinträchtigungen und deren möglicherweise lebenslangen Konsequenzen vermieden oder zumindest vermindert werden. Im Rahmen der Neustrukturierung der Kinder-RL wurde das IQWiG mit einer separaten Nutzenbewertung beauftragt. Grundlage der Nutzenbewertung war der IQWiG-Abschlussbericht „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ vom 17.06.2009 sowie das IQWiG Arbeitspapier vom 10.01.2011 zur Bewertung der KiSS.2-Studie. In Ermangelung einer Screeningstudie mit Fokus auf Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen hat das IQWiG, aus der Zusammenführung der Ergebnisse aus Diagnose- und Behandlungsstudien abgeleitet, inwieweit die notwendigen Voraussetzungen für ein Screeningprogramm erfüllt sind. Es liegen Hinweise auf kurzfristige positive Effekte durch Sprachtherapien vor, die langfristigen Ziele sind jedoch kaum untersucht, ebenso wie möglicherweise vorhandene unerwünschte Behandlungsfolgen. Belege dafür, dass eine Therapie bei jüngeren Kindern effektiver ist als bei älteren, liegen nicht vor. Gleichzeitig sind für die deutschsprachigen diagnostischen Instrumente gegenwärtig keine verlässlichen Gütekriterien berichtet, die eine Entdeckung von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen in der Gesamtbevölkerung erlauben. Damit fehlen in Deutschland derzeit wesentliche methodische Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen.

Die Einführung spezieller Früherkennungsuntersuchungen gemäß Abschnitt C der Kinder-Richtlinie wie das „Screening auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr“ kann derzeit nicht empfohlen werden. Es wurden stattdessen im Rahmen der Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie die Fragen zu den Entwicklungszielen für den Bereich Sprache und Sprechen angepasst (vgl. Teilabschlussbericht (TAB) „Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr“, siehe Anlage 1 der ZD).

Mit Einführung der U7a im Jahr 2008 hat der G-BA bereits eine zusätzliche Untersuchung in dem lt. Evidenzlage für die Sprache relevanten Alter geschaffen (siehe Beschluss vom 16.12.2010, BAnz. Nr. 40 (S. 1013) vom 11.03.2011).

A-2.1.2 Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

Zur Früherkennung von angeborenen Hörstörungen wurde 2008 das Neugeborenen-Hörscreening neu in die Kinder-Richtlinie aufgenommen. Da auch nach dem Neugeborenenalter entwicklungsrelevante Hörstörungen auftreten können, erfolgte eine Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen, d. h. Hörstörungen, die erst nach der Geburt aufgetreten sind. Dies schließt auch progressive sowie late onset (deutsch: später Beginn) -Hörstörungen mit ein. Für folgende Fragestellungen erfolgten in der AG Kinder systematische Literaturrecherchen für den Zeitraum von 1990 – 2008:

1. Wie hoch ist die Prävalenz von Hörstörungen, wenn vorher ein Neugeborenen-Hörscreening flächendeckend durchgeführt wurde?
2. Welche Empfehlungen (Leitlinien) geben andere Länder bei etabliertem Neugeborenen-Hörscreening?
3. Effekte eines Screenings auf Otitis media mit Erguss?
4. Effekte einer routinemäßigen Durchführung einer Tympanometrie bzw. Audiometrie / Spielaudiometrie / Elternanamnese?
5. Welches ist der optimale Untersuchungszeitpunkt/-zeitraum (2-4 Jahre vs. >4 Jahre)? Frage der Wiederholungsuntersuchungen?

Vier Studien erfüllten die Einschlusskriterien und wurden ausgewertet. Aussagen zum Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen oder Otitis media mit Erguss sind auf dieser Datengrundlage nicht möglich. In den zwei Publikationen zum populationsbasierten Screening auf Otitis media mit Erguss wird aufgrund der Datenlage die Einführung eines Screenings explizit nicht empfohlen. Bamford et al. haben sich primär mit der Frage beschäftigt, ob ein bereits bestehendes Screening auf Hörstörungen vor Schulbeginn auch nach Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings fortgeführt werden soll. Die Kohortenstudie kommt zu dem Ergebnis, dass auch nach einem Neugeborenen-Hörscreening und zwischenzeitlichen Hörprüfungen (z. B. ausgelöst durch den Verdacht der Eltern) eine Audiometrie bei Kindern im Alter von 5 – 6 Jahren einen sogenannten yield (deutsch: Ausbeute) von 0,34/1000 ergibt, d. h. bei einer Untersuchung von 10.000 Kinder werden 3 – 4 Kinder mit bi- oder unilateralen permanenten Hörstörungen (> 20dB) identifiziert. Zusammenfassend kann daraus die Empfehlung abgeleitet werden, dass auch nach Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings die Notwendigkeit für einen Hörtest bei älteren Kindern besteht. Der bereits bei der U8 vorgesehene Hörtest wird daher beibehalten und soll nun verbindlich mittels eines Screeningaudiometers durchgeführt werden (vgl. TAB Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern von 2 Jahren bis 5 Jahren (Vollendung des 6. Lebensjahres). Es wird die Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 5 Prüffrequenzen bestimmt. Für mehrere Tonhöhen (Frequenzen) wird die Schwelle bestimmt, bei der der Ton gerade noch gehört werden kann (= Tonschwelle). Empfohlen wird eine Prüfung über Kopfhörer mit 5 Frequenzen (500, 1000, 2000, 4000, 6000 Hz) und mindestens 4 Lautstärken (20, 30, 40, 50 dB).

Das Screening gilt als auffällig, wenn auf mindestens einem Ohr bei 30 dB bis zu 2 Frequenzen nicht gehört werden. Da auch bei geringeren Schallpegeln entwicklungsrelevante Hörstörungen vorliegen können, ist bei auffälligen Reaktionsschwellenverläufen (Senke im Tiefton-, Mittelton- oder Hochtonbereich) eine weitere fachärztliche Abklärung sinnvoll.

Es müssen Audiometer verwendet werden, die von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen sind und

mindestens einmal jährlich einer messtechnischen Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV unterzogen werden.

Neben den Themen zu denen der G-BA bereits Teilbeschlüsse getroffen hat, wurden auf Grund der Komplexität des Beratungsthemas „Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie“ weitere Nutzenbewertungen für folgende Themenbereiche gesondert durchgeführt. Für diese Themenbereiche werden nach Abschluss der Beratungen jeweils separate Stellungnahmeverfahren durchgeführt bzw. wurden bereits separate Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

A-2.1.3 Früherkennungsuntersuchung auf Sehstörungen

Die Beratungen wurden auf Antrag der KBV vom 28.01.2005 zur „Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ aufgenommen. Die Nutzenbewertung erfolgte auf der Grundlage des IQWiG-Berichts S05-02 „Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen für Kinder bis zum 6. Lebensjahr“ (Amblyopie-Screening) vom 01.04.2008. Um zu gewährleisten, dass die Bewertung dem aktuell anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, wurde das IQWiG am 23.10.2014 mit der Erstellung einer Update-Recherche für den Zeitraum Januar 2008 bis Oktober 2014 zum vorgenannten Abschlussbericht S05-02 beauftragt.

A-2.1.4 Screening auf Mukoviszidose

Für dieses Teilberatungsthema „Screening auf Zystische Fibrose (Mukoviszidose)“ wird ein separater Beschluss gefasst. Im Rahmen der Bekanntmachung des Beratungsthemas „Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie“ im Bundesanzeiger vom 13.03.2008 sind erste Stellungnahmen eingegangen, die darauf hingewiesen haben, dass ein Screening auf Mukoviszidose als neuer Untersuchungsinhalt in der Kinder-Richtlinie aufgenommen werden sollte. Der G-BA hat eine Nutzenbewertung durchgeführt und die Beratungen weitgehend abgeschlossen. Um eine zeitnahe Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse zu ermöglichen, wurde das Thema aus der Gesamtberatung herausgelöst und eine entsprechende Beschlussempfehlung in das gesetzliche Stellungnahmeverfahren gegeben.

A-2.2 Allgemeines zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie

Mit der Überarbeitung wird die Kinder-Richtlinie neu strukturiert. Die Kinder-Richtlinie wird künftig in die Abschnitte A) Allgemeines, B) Früherkennungsuntersuchungen (U1 – U9) und C) Spezielle Früherkennungsuntersuchungen gegliedert. Abschnitt D) regelt die Dokumentation und Evaluation. Die Inhalte der Dokumentation und der Merkblätter werden wie bisher im Wesentlichen in Anlagen festgelegt.

Diese Neustrukturierung ergibt sich aus der schrittweisen Erweiterung des Früherkennungsprogramms um spezifische Früherkennungsuntersuchungen. Ergänzend zu U1 – U9 wurden seit Beginn des Programms bis zu den hier gegenständlichen Richtlinienänderungen spezielle Untersuchungen zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen und zur Früherkennung der Hüftgelenksdysplasie und –luxation aufgenommen. Die Durchführung dieser Untersuchungen ist in den Anlagen 2 und 5 geregelt. Neu hinzugekommen ist 2008 in Anlage 6 das Neugeborenen-Hörscreening. Zukünftig wird die Durchführung der Untersuchungen im Abschnitt C dieser Richtlinie integriert sein.

Im Zusammenhang mit der Neustrukturierung wird die Liste der bislang in Abschnitt A genannten Erkrankungen/Störungen gestrichen, da bei den speziellen Früherkennungsuntersuchungen die jeweiligen Zielerkrankungen, auf die diese ausgerichtet

sind, benannt werden. Von der U1 bis zur U9 werden künftig die Erkrankungen/Störungen, auf die diese Untersuchungen ausgerichtet sind, in Form von Zielen und Schwerpunkten zusammengefasst. Die Durchführung der U1 – U9 wurde bisher durch die zu dokumentierenden Befunde gemäß Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder, im Folgenden: Gelbes Heft) festgelegt. Künftig werden in Abschnitt B auch die Details zur Durchführung der Untersuchungen geregelt. Das Gelbe Heft wird darüber hinaus um eine separate Teilnahmekarte ergänzt. Die Dokumentation im Gelben Heft wird beibehalten und entsprechend den Änderungen in der Richtlinie angepasst. In diesem Zusammenhang wird geprüft, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen geeignet sind, die Leistungs- und Dokumentationsqualität zuverlässig abzubilden. Für die Anpassung der Dokumentation und Qualitätssicherung erfolgt vor Inkrafttreten des gegenständlichen Beschlusses eine separate Beschlussfassung.

A-2.2.1 Abschnitt A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

In § 1 Abs. 5 Satz 1 wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Anforderungen an durchführende Ärztinnen und Ärzte vorgenommen. Wie auch bislang können, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt (vgl. U1), nur diejenigen Ärzte die U-Untersuchungen durchführen, welche die berufsrechtlichen, personellen sowie apparativen Voraussetzungen erfüllen. Da insbesondere die berufsrechtlichen Vorgaben keine Ausnahmen gestatten, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, wird dies in der neuen Formulierung mittels Austausch von „sollen“ durch „dürfen“ auch entsprechend abgebildet. Daraus ergibt sich eine Konkretisierung im Wortlaut, jedoch keine inhaltliche Änderung zum bisher üblichen Vorgehen.

Es wird darauf hingewiesen, dass beim Vorliegen oder beim Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit der Arzt dafür Sorge trägt, dass diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden. Bei Kindern mit hohem Risikopotential für spätere Entwicklungsbeeinträchtigungen (z. B. Frühgeborenen; siehe Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)), Verhaltensstörungen und Behinderungen sowie mangelndes körperliches Gedeihen wird im Allgemeinen die Überleitung in eine strukturierte entwicklungsdiagnostische, diagnostische und ggf. therapeutische Betreuung unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten empfohlen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren unter ärztlicher Leitung). Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder –misshandlung hat die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der Fassung vom 01.01.2012 die notwendigen Schritte einzuleiten. Unabhängig davon sollen alle Eltern bei den Früherkennungsuntersuchungen über regionale Unterstützungsangebote (z.B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen) informiert werden.

Die Träger der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sind seit 2012 gehalten, Hilfebedarfe frühzeitig zu erkennen und im Bedarfsfall freiwillige Angebote der Frühen Hilfen zu empfehlen. Gleichzeitig wurden in 92% der Jugendamtsbezirke (vgl. Zwischenbericht des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen vom 2014 mit Stellungnahme der Bundesregierung; siehe auch Drucksache 18/2224 des Dt. Bundestags) entsprechende Netzwerke Frühe Hilfen eingerichtet und familiennahe Leistungsangebote (insb. sog. Familienhebammen, aber auch Familienpaten u.a.) etabliert.

A-2.2.2 Abschnitt B. Früherkennungsuntersuchungen

Die U1 – U9 werden in Folge der Überarbeitung ebenfalls neu strukturiert. Bisher wurden im Rahmen von U1 – U9 diverse Merkmale zur Beurteilung der kindlichen Entwicklung erfasst. Um die Entwicklung besser beurteilen zu können, wurden diese Merkmale überarbeitet und

in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst. Der Richtlinienentwurf zu den jeweiligen Untersuchungen hat daher folgende Grundstruktur:

1. Ziele und Schwerpunkte
2. Anamnese
3. Orientierende Beurteilung der Entwicklung
4. Eingehende körperliche Untersuchung
5. Beratung

Die Dokumentation zu U1 – U9 wird in Abschnitt D geregelt.

Neben Krankheiten, welche die körperliche Entwicklung von Kindern gefährden, wurden in den vergangenen Jahren signifikant mehr psycho-soziale Störungen im Kindesalter beobachtet. So belegte der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey („KIGGS“) des Robert Koch Institutes bereits 2007 durch die Daten der sogenannten BELLA-Studie, „dass bei rund 22 % der befragten Kinder und Jugendlichen [...] zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten“ vorliegen. In diesem Zusammenhang wird von sogenannten „Neuen Morbiditäten“ gesprochen, welche insbesondere Störungen des Sozialverhaltens beinhalten und vor allem die emotionale sowie kognitive Entwicklung beeinträchtigen.

Der G-BA hat in seiner Begründung zur Einführung der U7a bereits im Mai 2008 festgestellt, dass die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys einen gesteigerten Handlungsbedarf in Hinsicht auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen zeigen, die sich bereits in früher Kindheit entwickeln können. Entsprechend fordern das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder seit Jahren die Integration von psycho-sozialen Komponenten in die kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, um den zunehmenden psycho-sozialen Belastungen und dem Anstieg der psychischen- und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern Rechnung zu tragen.

A-2.2.2.1 Anamnese

Mit der Anamnese sollen wichtige Informationen über die Gesundheit, Entwicklung und das Lebensumfeld des Kindes erfasst werden. In der Kinder-Richtlinie werden obligate Inhalte der Anamneseerhebung vorgegeben. Ausgewählt wurden insbesondere Inhalte, die auf besondere Risiken hinweisen können und damit eine bessere Interpretation der übrigen Untersuchungsergebnisse ermöglichen. Die vorgegebenen Inhalte bilden nur einen Rahmen, die konkrete Ausgestaltung des Anamnesegesprächs sollte entsprechend der ärztlichen Kompetenz gemäß § 1 Abs. 5 der jeweiligen Untersuchungssituation angepasst werden.

Mit der Sozialanamnese werden die Betreuungssituation und besondere Belastungen in der Familie erfasst. Die kindliche Entwicklung ist ein multidimensionaler Prozess, bei dem biologische, psychologische und soziale Faktoren wechselseitig den Verlauf beeinflussen. Daher ist es erforderlich, dass für eine möglichst zuverlässige Beurteilung der kindlichen Entwicklung auch Risikofaktoren aus dem Lebensumfeld der Kinder berücksichtigt werden. Die Beratung der Eltern über weitere Maßnahmen kann so individueller und zielgerichteter erfolgen.

Zur Unterstützung einer strukturierten Anamneseerhebung können Checklisten verwendet werden. Dazu können bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres (U3 bis U6) die Eltern anhand von Checklisten oder Fragebögen z. B. nach ihrem Eindruck von der Zufriedenheit, der Ausgeglichenheit, dem Schlaf- und Essverhalten des Kindes, sowie zu ihrer eigenen Zufriedenheit mit der Entwicklung des Kindes und mit der eigenen und familiären Situation, befragt werden. Ab der U7 können den Eltern altersentsprechende Fragebögen, wie beispielsweise der Mannheimer Elternfragebogen oder der Strengths and Difficulties

Questionnaire o.a., zur Strukturierung des Anamnesegesprächs mit der Ärztin oder dem Arzt vorgelegt werden. Eine strukturierte ärztliche Gesprächsführung kann dabei helfen, ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung des Kindes zu erhalten, welches neben körperlichen auch seelische und soziale Aspekte abbildet.

Durch Checklisten/Fragebögen kann den Eltern auch die Möglichkeit gegeben werden, bereits vor dem Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt und der für die Eltern häufig stressbetonten Untersuchungssituation, auch solche Risiken der Entwicklung ihres Kindes zu reflektieren, welche bisher möglicherweise noch nicht ihre Aufmerksamkeit besaßen. Fragebögen können auch dazu beitragen, z.B. erste Hinweise auf Störungen in Bereichen wie dem Bindungsverhalten zu erkennen.

Im Zusammenspiel mit den anderen Komponenten der Früherkennungsuntersuchung (Prüfung des Entwicklungsstandes, körperliche Untersuchung, Interaktionsbeobachtung) können die Angaben der Eltern in Checklisten/Fragebögen als eine ergänzende Informationsgrundlage für das Gespräch der Ärztin oder des Arztes mit den Eltern herangezogen werden.

A-2.2.2.2 Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Ein wichtiges Ziel der U2 – U9 ist die Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten. Eine zuverlässige Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten ist schwierig, u. a. da die kindliche Entwicklung dynamisch und individuell unterschiedlich ist. Untersuchungsergebnisse, insbesondere aus dem ersten Lebensjahr eines Kindes, lassen kaum eine zuverlässige Prognose über langfristige Entwicklungsgefährdungen zu. Das vom Kind in der Untersuchung gezeigte Verhalten ist in hohem Maße vom jeweiligen Untersucher abhängig (geringe Durchführungsobjektivität) und wird von verschiedenen Untersuchern auch unterschiedlich interpretiert (geringe Auswertungs- und Interpretationsobjektivität). Die Ergebnisse einer Entwicklungsprüfung hängen zudem stark von der momentanen Befindlichkeit und „Tagesform“ des Kindes ab (geringe Retest-Reliabilität). Die Nutzenbewertung zu umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen und weitere orientierende Literaturrecherchen zu anderen Entwicklungsbereichen haben ergeben, dass es derzeit hierzu keine geeigneten Entwicklungstests für eine effektive Früherkennung gibt. Manche Studien (z. B. Largo & Jenni 2005) weisen aber darauf hin, dass die Ergebnisse von Entwicklungsprüfungen bei Kindern am unteren Ende der Merkmalsverteilung – und damit bei jenen Kindern, die unter pädiatrischem Aspekt von besonderem Interesse sind – teilweise wesentlich stabiler sind als bei durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Kindern. Daher wurden die bisherigen Entwicklungsmerkmale der U2 - U9 auf der Grundlage von aktuellen empirischen Daten überarbeitet. Aus verschiedenen Datenquellen wurden relevante Entwicklungsziele aus den verschiedenen Entwicklungsbereichen ausgewählt, die 90 - 95 % der Kinder einer bestimmten Altersgruppe erreichen (vgl. Tabelle 3 B-4.3).

Durch die Zusammenfassung und präzise Beschreibung der Entwicklungssitems soll die Objektivität der Beurteilung der kindlichen Entwicklung gesteigert werden. Die Items sollen durch eine Befragung der Eltern während der Früherkennungsuntersuchung erhoben werden. Die Zusammenstellung der Entwicklungsmerkmale ist bislang kein standardisierter Test, sondern kann nur einer orientierenden Beurteilung der Entwicklung dienen. Die Interpretation der Ergebnisse obliegt der ärztlichen Kompetenz (gem. § 1 Abs. 5). Dabei sollen auch die Ergebnisse der Anamnese und klinischen Untersuchung berücksichtigt werden. Die Validität der Ergebnisse von Entwicklungsprüfungen wird erhöht, wenn man die Randbedingungen (z. B. sozioökonomische Verhältnisse und Anregebungsbedingungen) bei der Wertung der Ergebnisse berücksichtigt (z. B. Roze et al. 2010).

Die soziale, emotionale und kognitive Entwicklung wird durch die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion beeinflusst, wobei die kindliche Entwicklung immer im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung zu sehen ist. Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion können zu Störungen in der Entwicklung mit emotionaler Unter- oder Überforderung des Kindes, aber auch zu inadäquater Erziehung, mangelndem Schutz, mangelnder Pflege bis hin zu manifester oder

drohender Vernachlässigung und/oder Misshandlung durch die Eltern führen. So erleben Säuglinge/Kinder depressiv erkrankter oder suchtkrankter Eltern besondere Einschränkungen in der Eltern-Kind-Interaktion. Andererseits stellen Kinder mit Regulationsstörungen, chronischen oder genetischen Erkrankungen und schwer entwicklungsverzögerte Kinder eine besondere Herausforderung und oft Überforderung der Eltern dar. Eine Interaktionsstörung kann auch ohne eine bereits auffällige krankheitswertige Symptomatik des Kindes vorliegen. Häufig sind subklinische Symptome des Kindes – Unruhe, Unzufriedenheit, Weinerlichkeit, Schreckhaftigkeit usw. für Eltern und Kind schon sehr belastend. Die Erfassung solcher Auffälligkeiten mit Kenntnis von Anamnese und Entwicklung des Kindes, sowie psychosozialen Belastungsfaktoren ist von hohem präventivem Wert.

Bei jeder Früherkennungsuntersuchung ist auf die Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson zu achten. In den ersten Lebensmonaten von Kindern gibt es Besonderheiten (z. B. frühkindliche Regulationsstörungen), die zu einer Überforderung der Eltern und zu assoziierten, kurzen und mittelfristigen Belastungen der frühen Eltern-Kind-Interaktionen führen können. Besonders wichtig ist daher die Beobachtung der Interaktion bei U3 – U6. In der Richtlinie werden hierfür altersentsprechende Reaktionen des Kindes aufgeführt die als Hinweise zur Einschätzung seiner Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeit im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson dienen können. Die Beobachtung und Beurteilung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson wird dabei in den pädiatrischen Untersuchungsgang so integriert, dass dadurch die Gesundheit und Entwicklung eines Kindes besser eingeschätzt werden kann. Es ist zu berücksichtigen, dass Auffälligkeiten bei der Eltern-Kind-Interaktion verschiedenste Ursachen haben können und teilweise auch durch die Untersuchungssituation bedingt sein kann.

Ziel ist es, Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen und durch eine anschließende Beratung der Eltern durch die Ärztin oder den Arzt eine schnelle Entlastung für Eltern und Kind zu bringen sowie eine Verfestigung der Symptomatik zu verhindern. Falls erforderlich können weitere therapeutische Intervention vorbereitet werden. Die frühzeitige Beratung bietet die Chance, einen ungünstigen Verlauf mit der Entwicklung krankheitswertiger Symptome beim Kind zu verhindern. Kindliche Symptome sollten aber immer im Kontext der Interaktion des Kindes zu seinen primären Bezugspersonen beurteilt werden, damit dysfunktionale Interaktionsmuster frühzeitig erkannt und durch die ärztliche Beratung der Eltern beeinflusst werden können.

Störungen der Eltern-Kind-Interaktion sind häufig Folge einer Überforderungssituation. Aus diesem Grund sollen alle Eltern bei den Früherkennungsuntersuchen über regionale Unterstützungsangebote (Eltern-Kind-Hilfen) informiert werden, so dass sie sich bei Belastungen möglichst frühzeitig Unterstützung suchen können.

A-2.2.2.3 Überarbeitung der U1 – U9

Die Durchführung der U1 – U9 ist in Abschnitt B der Kinder-Richtlinie geregelt. Die Untersuchungszeiträume und Toleranzgrenzen wurden nicht geändert. Die Inhalte zur U1 bis U9 wurden überarbeitet und konkretisiert. Darüber hinaus wurden orientierende Literaturrecherchen durchgeführt und thematisch relevante Leitlinien gesichtet. Die Vorgaben in der Kinder-Richtlinie bilden einen verbindlichen Rahmen für die Durchführung der Untersuchungen. Allerdings ist es nicht möglich, in einer Richtlinie alle Details einer Anamnese oder klinischen Untersuchung zu regeln. Sofern Untersuchungsinhalte nicht näher konkretisiert sind, erfolgt die Durchführung gemäß den üblichen Standards und der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Die eingehende körperliche Untersuchung orientiert sich wie bisher an den Organsystemen. Soweit möglich erfolgte eine Konkretisierung der Untersuchungsdurchführung. Ergänzend dazu sind wie bisher Befunde angegeben, welche bei der Untersuchung abgeklärt werden sollen. Von den bisher erfragten und erhobenen Befunden wurden viele beibehalten und, soweit dies erforderlich war, umformuliert oder neu zugeordnet. Einige wurden gestrichen, wenn sie zu unspezifisch waren (beispielsweise

abnorme Stühle in der U1-U3; Miktionsstörungen zur Erkennung von Urethralclappen) oder sich die Prävalenz verändert hat (z. B. Struma aufgrund von Jods substitution). Nachfolgend werden die wesentlichen Änderungen erläutert.

Der Untersuchungszeitraum für die U1 wurde konkretisiert: unmittelbar nach der Geburt heißt innerhalb der ersten 30 Minuten. Als Geburtszeitpunkt gilt hier die Geburt des Kindes selbst und nicht erst das Ende des Geburtsvorganges mit der Geburt der Plazenta. Die U1 kann wie bisher, wenn kein Arzt anwesend ist, auch von Hebammen durchgeführt werden. Diese Untersuchung hat im Wesentlichen zum Ziel, lebensbedrohliche Zustände sowie augenfällige Schäden zu erkennen und notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten. Mit der U1 sollen insbesondere Geburtstraumata, sofort behandlungsbedürftige Erkrankungen und Fehlbildungen (z. B. Asphyxie, Sepsis, schwere Hyperbilirubinämie, Atresie) festgestellt werden. Bisher wurden aus dem Mutterpass alle Schwangerschafts- und Geburtsrisiken in das Gelbe Heft übertragen. Aus Datenschutzgründen werden künftig nur noch die Angaben verbindlich dokumentiert, die für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes relevant sind. Bei der Überarbeitung der Dokumentation soll auf die Zweckbestimmung des Gelben Heftes hingewiesen werden. Dabei soll auch darauf eingegangen werden, dass die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten darüber entscheiden, wem sie das Gelbe Heft zugänglich machen.

Ziel der U2 ist es, angeborene Erkrankungen und Fehlbildungen (z.B. Fehlbildungen des Herzens oder der herznahen Gefäße) frühzeitig zu erkennen. Lebensbedrohliche Komplikationen sollen dadurch vermieden werden. Bei der Beurteilung der Haut soll auf einen pathologischen Ikterus geachtet werden, damit insbesondere eine Gallengangatresie frühzeitig erkannt wird. Die Vorgaben zur Erhebung der Anamnese wurden überarbeitet und ergänzt. Fragen zur Sozial- und Familienanamnese dienen dem frühzeitigen Erkennen von sozialen und erblich bedingten Risikofaktoren sowie einer zuverlässigeren Interpretation der Ergebnisse der orientierenden Entwicklungsbeurteilung und klinischen Untersuchung. Bei Kindern mit familiärem Risiko für Hüftdysplasien soll die sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der Kinder-RL vorgezogen werden. Bei sozialen Risiken soll auf regionale Unterstützungsangebote hingewiesen werden.

Vorrangiges Ziel der U3 – U9 ist es, Entwicklungsauffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen. Hierzu wurden Entwicklungsziele zu verschiedenen Entwicklungsbereichen festgelegt. Entsprechend dem Entwicklungsverlauf werden bei älteren Kindern insbesondere Entwicklungsziele zur Sprache, Perzeption/Kognition, soziale/emotionale Kompetenz und Interaktion/Kommunikation erhoben. Beibehalten wurde die Frage an die Eltern/Personensorgeberechtigten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit versus Unzufriedenheit mit der Entwicklung des Kindes. Damit wird den Eltern die Möglichkeit gegeben, Entwicklungsauffälligkeiten, die im Rahmen der orientierenden Beurteilung der Entwicklung nicht abgefragt wurden, von sich aus anzusprechen.

Wie bei der U2 wurde auch bei den U3 – U9 die Anamnese überarbeitet und um Fragen zur Sozial- und Familienanamnese ergänzt. Die eher unspezifische anamnestische Frage nach gehäuften Infektionen wurde beibehalten, damit Kinder mit einer pathologischen Infektanfälligkeit möglichst frühzeitig entdeckt werden. Zur besseren Abgrenzung von pathologischer und physiologischer Infektanfälligkeit können beispielsweise die Empfehlungen von Leitlinien herangezogen werden [(AWMF) 027-050 – Diagnostik von primären Immundefekten (PID³)]. Nach Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings werden mit dem gegenständlichen Beschluss die störanfälligen Hörreaktionsprüfungen gestrichen und die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten zur Hörreaktion des Kindes befragt (z.B. Reaktion auf leise und laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle). Der Hörtest bei der U8 wird beibehalten und konkretisiert. Die vorgegebene Screeningaudiometrie mittels Audiometer ist derzeit der einzige empfohlene Hörtest für Kinder im Alter von 4 Jahren.

³ Primäre Immundefekte (PID)

Derzeit sind im Gelben Heft nur die zu erkennenden Sehstörungen vorgegeben, jedoch keine konkreten Tests. Es ist augenblicklich unklar, welche Tests in der Praxis eingesetzt werden. Daher werden bei der Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen die Sehtests analog der U7a standardisiert.

Die Untersuchungen des Skelettsystems, der Motorik und des Nervensystems wurden neu strukturiert. Die Motorik wurde in die orientierende Entwicklungsbeurteilung übernommen. Unter dem Überbegriff „Bewegungsapparat“ (Knochen, Muskeln, Nerven) erfolgt eine Inspektion des ganzen Körpers in verschiedenen Positionen sowie eine Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke und der Sehnenreflexe. Die Untersuchung der Augen wurde ebenfalls konkretisiert und es wurden für die zu erhebenden Befunde altersgemäße Tests festgelegt.

Zu jeder Früherkennungsuntersuchung gehören eine Erläuterung der individuellen Untersuchungsergebnisse und eine darauf ausgerichtete Beratung über weitere Maßnahmen. Dabei sollen die Eltern insbesondere darüber aufgeklärt werden, dass mit der Früherkennungsuntersuchung primär Entwicklungsrisiken entdeckt werden, die häufig noch keine zuverlässigen Aussagen hinsichtlich einer langfristigen Prognose zulassen. Weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen soll daher ein gemeinsamer Abwägungsprozess vorausgehen.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens vor Neufassung der Kinder-Richtlinie hat die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) eine Stellungnahme abgegeben. Die DGZMK hat dabei auf die Notwendigkeit einer engeren Verkopplung der ärztlichen und zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen. Diese Verkopplung kann durch einen Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut im Zeitraum der U5-U6, zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut im Zeitraum der U7 und durch Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung im Zeitraum der U7a-U9 erreicht werden. Auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder fordert diese Aufnahme von Hinweisen auf die zahnmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen in ihrem anlässlich der im Jahr 2014 durchgeführten 87. Konferenz gefassten Beschluss (vgl. TOP 11.6 Zahnmedizinische Früherkennung bei Kleinkindern).

Es ist davon auszugehen, dass zur Früherkennung qualifizierte Ärztinnen und Ärzte auch über die unmittelbare Befunderhebung hinaus Risikokonstellationen und Belastungen des Umfeldes, die für die Entwicklung des Kindes von Bedeutung sind erfassen. Im „Gelben Heft“ wird zur Erfassung der Risikofaktoren der Hinweis aufgenommen, dass die Begleit-/Bezugsperson darüber zu informieren ist. Sofern keine Dokumentation im „Gelben Heft“ erfolgt ist zu gewährleisten, dass die Informationen in der ärztlichen Dokumentation vorliegen.

A-2.2.2.4 Beratung (U2-U9)

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung:

Im Rahmen der „entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung“ werden auch primärpräventive Beratungsinhalte verbindlicher Inhalt der Kinder-Richtlinie. In Abgrenzung von allein kurativen Ansätzen sollen die Eltern nicht nur zu Therapiemöglichkeiten bereits manifester Störungen der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung ihres Kindes beraten werden, sondern bereits vor der Entstehung vorgenannter Störungen über den Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen aufgeklärt und über Risiken beraten werden. In Abhängigkeit vom Entwicklungsstand des Kindes sollen die Eltern durch den Arzt u.a. über alterstypische Unfallgefahren sowie Adipositas aufgeklärt werden und Empfehlungen zu Themen wie Ernährung und Bewegung erhalten. Die Beratungsinhalte bilden dabei neben körperlichen auch psycho-soziale Risiken, wie beispielsweise verbale Interaktion, Medienkonsum und Suchterkrankungen in der Familie, ab.

Die Effektivität der ärztlichen primärpräventiven Beratung konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden. In Deutschland zeigt sie sich z. B. in dem signifikanten Rückgang des plötzlichen Säuglingstodes seit Einführung der standardisierten Beratung hierzu in den frühen U-Untersuchungen. Dabei wurden Kern-Botschaften wie „Schlafen in Rückenlage“, „Schlafen im Schlafsack“ und „Stillen“ vermittelt. Nach diesem Vorbild könnte mit Hilfe von primärpräventiven Beratungen beispielsweise leichten bis schweren neurologischen Erkrankungen und sogar Todesfällen in Folge von Unfällen vorgebeugt werden. Auch ließe sich z.B. die mit unzureichender Sprachförderung im Kindesalter assoziierte intellektuelle und soziale Benachteiligung durch entsprechende Beratung reduzieren.

Das ärztliche Gespräch als vorausschauende Beratung („anticipatory guidance“) allein ist nicht in der Lage, alle Präventionsziele zu erreichen. Allerdings wird sein Effekt durch das Aufgreifen und die Wiederholung der ärztlichen Botschaften in Kindertagestätten, Kindergärten, Schulen, Sportvereinen etc. verstärkt und findet auf diese Weise eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz, welche zu einer effektiven Gesundheitsförderung beiträgt.

A-2.2.3 Abschnitt D. Dokumentation und Evaluation

Mit der abtrennbaren Teilnahmekarte soll der regelmäßige Besuch der Untersuchungen dokumentiert werden. Die Teilnahmekarte wird dem Datenschutz aller Beteiligten gerecht. Die Aufmerksamkeit gegenüber der Vorsorge und der Früherkennung von Krankheiten ist in allen gesellschaftlichen Bereichen stark angestiegen. Mit der Einführung einer Teilnahmekarte erhalten die Eltern eine neue Möglichkeit, ihre gewissenhafte Fürsorge für das Kind auch anderen an der Fürsorge beteiligten Personen oder Institutionen zu zeigen, ohne dabei die vertraulichen Informationen des Gelben Heftes mit weiterzugeben. Auch der Ärztin oder dem Arzt bietet die Teilnahmekarte Sicherheit, dass ihre oder seine medizinische Dokumentation vertraulich bleibt.

A-3 Bürokratiekostenermittlung

Der vorliegende Beschluss zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie klammert die genaue Ausgestaltung der Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Kinder-Untersuchungsheft (Gelbes Heft) sowie die Dokumentation für die Evaluation und Qualitätssicherung zunächst aus. Bürokratiekosten, die den Leistungserbringern in diesem Zusammenhang entstehen können, werden insofern erst im Zuge der Beratungen zu dem noch folgenden Beschluss abgeschätzt.

Zudem entsteht aus dem vorgesehenen Beschluss eine neue Informationspflicht für Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich um die in § 58 Abs. 1 vorgesehene separate Teilnahmekarte, auf der die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch die Arztpraxis dokumentiert werden soll.

Hinsichtlich der noch folgenden Beratungen zur genauen Ausgestaltung der Teilnahmekarte wird darauf geachtet werden, den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer in diesem Zusammenhang möglichst gering zu halten. Es wird davon ausgegangen, dass die Dokumentation der Teilnahme an einer einzelnen Früherkennungsuntersuchung mit Stempel und Unterschrift erfolgt und einen fallweisen zeitlichen Aufwand von 15 Sek. bei mittlerem Qualifikationsniveau bedingt.

Jährlich werden im vertragsärztlichen Bereich rund 4 Mio. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern durchgeführt (Quelle: Häufigkeit der GOP 01711-01719 im Jahr 2013). Hieraus resultieren bezogen auf die Dokumentation der Teilnahme an diesen

Früherkennungsuntersuchungen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 525.000 Euro. Darin noch nicht enthalten sind die U-Untersuchungen, welche im stationären Bereich durchgeführt werden. Für die Ermittlung der diesbezüglichen Fallzahl wird davon ausgegangen, dass insbesondere die U1- und die U2-Untersuchungen größtenteils in Krankenhäusern durchgeführt werden. Ausgehend von der Zahl der Geburten im Jahr 2013 (n = 682.000; aktuellste verfügbare Daten) sowie unter Abzug eines Anteils von 10 Prozent der Geburten zur Berücksichtigung der in der PKV Versicherten, eines Anteils von 2 Prozent der Geburten zur Berücksichtigung der Nichtteilnahmequote sowie der U1- und U2-Untersuchungen, welche von Vertragsärzten durchgeführt wurden, ergibt sich für die Krankenhäuser eine Fallzahl von 1.036.782 Untersuchungen (hiervon 558.132 U1-Untersuchungen und 478.650 U2-Untersuchungen). Hieraus resultieren hinsichtlich der Dokumentation der Teilnahme jährliche Bürokratiekosten in Höhe von rund 136.000 Euro.

Insgesamt entstehen somit im Zuge der neu aufgenommenen Informationspflicht Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 661.000 Euro jährlich.

A-4 Stellungnahmeverfahren

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am 24.07.2014 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5 und § 92 Abs. 7d SGB V mit einer Frist von 8 Wochen beschlossen. Die Stellungnahmen sind am 17.09.2014 und am 18.09.2017 beim G-BA eingegangen. Zwei Stellungnahmen sind verfristet am 23.09.2017 und am 26.09.2017 beim G-BA eingegangen (siehe Zusammenfassung der Stellungnahmen im Volltext, Anlage 4 der ZD).

Der UA MB hat sich in seiner Sitzung am 26.02.2015 mit den schriftlichen Stellungnahmen auseinandergesetzt (vgl. Übersicht zur Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen; Anlage 3 der ZD).

Der UA MB hat in seiner Sitzung am 12.03.2015 die mündliche Anhörung durchgeführt (vgl. Teilnehmende Fachgesellschaften; Anlage 5 und 6 der ZD).

Der UA MB hat sich in seiner Sitzung am 26.04.2015 mit den mündlichen Stellungnahmen auseinandergesetzt (siehe Übersicht zur Würdigung der mündlichen Stellungnahmen; Anlage 5 der ZD).

Die Stellungnahmen der Fachgesellschaften im Original, die Würdigung durch den G-BA sowie die Dokumentation der mündlichen Anhörung sind in den Anlagen 3-6 der Zusammenfassenden Dokumentation dargestellt.

A-5 Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
	28.01.2005	Antrag des IKK-BV auf Überarbeitung der Kinder-Richtlinien
UA Prävention	01.02.2005	Einrichtung der AG Kinder und Priorisierung des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinie“

A TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ZUR NEUFASSUNG DER KINDER-RICHTLINIE
(FORMALE UND INHALTLICHE ÜBERARBEITUNG [NEUSTRUKTURIERUNG])

	11.02.2005	Beginn der Beratungen in der AG
Plenum	23.02.2005	Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über weitere Beratungsthemen zur Überprüfung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V <u>Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinie</u>
	09.04.2005	Veröffentlichung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger (BAnz. Nr. 67 (S. 5707))
Plenum	19.12.2006	Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: <u>Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache</u>
AG	08.08.2007	Beauftragung FB Medizin mit orientierender Recherche zum Teilberatungsthema: <u>Screening auf Nierenfehlbildung</u>
Plenum	13.09.2007	Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: <u>Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch</u>
	14.12.2007	Veröffentlichung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: <u>Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch</u> im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 234 (S. 8268))
AG	13.02.2008	Beauftragung der FB Medizin zur orientierenden Recherche zum Teilberatungsthema: <u>Erworbene Hörstörungen</u>
Plenum	21.02.2008	Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: <u>Verdacht auf Kindesmisshandlung</u>
UA Prävention	26.02.2008	Beauftragung der Fachberatung Medizin mit einer systematischen Recherche und Bewertung der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage zum Nutzen eines <u>Neugeborenen Screenings auf Mukoviszidose</u>
	15.04.2008	Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 57 (S. 1344))
Plenum	13.03.2008	Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §91 Abs. 5 SGB V über Beratungsthemen zur Überprüfung gemäß §135 Abs. 1 in Verbindung mit §26 SGB V: <u>Screening auf Zystische Fibrose (Mukoviszidose)</u>

A TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ZUR NEUFASSUNG DER KINDER-RICHTLINIE
(FORMALE UND INHALTLICHE ÜBERARBEITUNG [NEUSTRUKTURIERUNG])

	21.05.2008	Veröffentlichung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 75 (S. 1794))
Plenum	15.05.2008	Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: <u>Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a</u>
	01.07.2008	Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 96 (S. 2326))
AG	12.11.2008	Expertengespräch zum Teilberatungsthema: Screening auf <u>Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege</u>
Plenum	11.11.2010	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: <u>Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege</u>
UA Methodenbewertung	24.07.2014	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 SGBV und § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)
UA Methodenbewertung	26.02.2015	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen der Anhörungsberechtigten nach § 91 Abs. 5 SGB V und § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V
UA Methodenbewertung	12.03.2015	Mündliche Anhörung
UA Methodenbewertung	26.04.2015	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung über Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie
Plenum	18.06.2015	Beschluss zu den Kinder-Richtlinien: Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)
	25.09.2015	Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
	18.08.2016	Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger
	01.09.2016	Inkrafttreten des konsolidierten Beschlusses

**A-6 Beschluss zur Neufassung der Kinder-Richtlinie (Formale und inhaltliche
Überarbeitung [Neustrukturierung])**

Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Vom 18. Juni 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013) beschlossen.

- I. Die Kinder-Richtlinien werden wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

- (1) Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie bestimmt das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.
- (2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.
- (3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden.
- (4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder Misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der Fassung vom 01.01.2012 die notwendigen Schritte einzuleiten.
- (5) Untersuchungen nach dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten / geändert durch Mehreren Beschluss

B. Früherkennungsuntersuchungen

I. Untersuchungszeiträume

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	
U2	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
U3	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
U4	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
U5	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat
U7	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
U7a	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
U8	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
U9	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat

Auch bei Frühgeborenen sind die Untersuchungszeiträume einzuhalten. Die Frühgeburtlichkeit wird bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt.

II. Untersuchungen

§ 3 U1

(1) Die U1 soll unmittelbar innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt werden. Als Geburtszeitpunkt gilt hier die Geburt des Kindes selbst und nicht erst das Ende des Geburtsvorganges mit der Geburt der Plazenta. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, soll die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen.

(2) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden gesetzt:

- Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen
- Erkennen von Geburtstraumata
- Erkennen von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen
- Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- Entscheidung über die weitere Versorgung des Neugeborenen.

(3) Die Untersuchungsinhalte umfassen die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die im Folgenden unter „Sonstiges“ aufgeführten Inhalte.

1. Anamnese

- a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:
Die Angaben aus dem Mutterpass (sowie ergänzende Dokumentation soweit vorliegend) mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes sind zu berücksichtigen und zu dokumentieren:
- aa) Schwangerschaftsanamnese:
- Diabetes
 - Dauermedikation
 - Besondere psychische und/oder soziale Belastungen
 - Mehrlingsschwangerschaft
 - (Poly-)Hydramnion
 - Oligohydramnion
 - Gestationsdiabetes
 - Abusus
 - Antikörpersuchtest positiv
 - akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft
 - GBS-Status der Mutter
- bb) Geburtsanamnese:
- Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Vollendete Schwangerschaftswoche (SSW) Angabe in Wochen und Tagen (Bsp. 39+4 SSW)
 - Geburtsmodus: spontan, Sektio, vaginale Operation, Vakuum, Forceps
 - Kindslage: Schädellage, Beckenendlage, Querlage
 - pH-Wert, Base excess (Nabelarterie)
 - soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik
- b) Familienanamnese
- U.a. behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangen Kind
2. Körperliche Untersuchungen:
- a) Reguläre Kreislauf-/Atemfunktion: Apgar-Wert 5'/10'
- b) Körpermaße
- Gewicht
 - Körperlänge
- c) Reifezeichen
- d) Fehlbildungen
- e) Traumata
- f) Gelbsucht
- g) Ödeme
3. Sonstiges:
- Information zur Vitamin-K-Prophylaxe und wenn nötig durchführen

§ 4 U2

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U2 gesetzt.
- a) Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen
- b) Erkennen und Vermeidung früher lebensbedrohlicher Komplikationen

- c) Prüfung der Durchführung des erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screenings auf Mukoviszidose
 - d) Erkennen eines pathologischen Ikterus
 - e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt und soweit erforderlich ergänzt.

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
 - Auffälliges Schreien
 - Risikofaktoren für Hüftdysplasie
 - Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:
 - Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden. Falls nicht sollen die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
 - nur bei Risikofaktoren für Hüftdysplasie: Screening auf Hüftgelenkdsplasie und -luxation (siehe Abschnitt C III.)
 - Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening (siehe Abschnitt C I.)
 - Screening auf Mukoviszidose (siehe Abschnitt C II.)
- b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen (u.a. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
 - Hüftdysplasie
- c) Sozialanamnese

Sozialanamnese unter Berücksichtigung der Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 Absatz 3 Nr. 1a.

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - Hydratationszustand
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation

- Atemgeräusch
- Atemfrequenz (< 50/Minute)
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, der Moro-Reaktion, des Galant-Reflexes, des Schreitautomatismus
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - Fontanellentonus
 - Crepitatio capitis
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
 - Kiefer-, Gaumenanomalie
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Stillen/Ernährung
- Plötzlicher Kindstod
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Information zu Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid

- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

§ 5 U3

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U3 gesetzt.

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
- Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenkssonographie
- Prüfung der Durchführung des Erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und des Screenings auf Mukoviszidose
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
- Impfberatung

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt und soweit erforderlich ergänzt.

- Aktuelle Anamnese des Kindes**
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung
 - Auffälliges Schreien
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
 - Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden. Falls nicht sollen die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
 - Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation (siehe Abschnitt C III.)
 - Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening (siehe Abschnitt C I.)
 - Screening auf Mukoviszidose (siehe Abschnitt C II.)
- Familienanamnese**
 - Augenerkrankungen (z. B. Kindlicher Katarakt, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
- Sozialanamnese**
 - Betreuungssituation
 - Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

- Grobmotorik:**
 - Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten.
 - Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten.
- Feinmotorik:**

- Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen.

c) Perzeption/Kognition:

- Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad.

d) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen.

e) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Zyanose
- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch

- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe, Handgreifreflex, Moro-Reaktion, Saugreflex
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - Fontanellentonus
 - Crepitatio capitis
 - lagebedingte Schädelasymmetrie
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby

- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins
- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

§ 6 U4

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U4 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Impfberatung
- c) Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Ernährung/Verdauung: Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle (Stuhlfarbe mit Farbtafel erfragen), Obstipation
- Auffälliges Schreien
- Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchung durchgeführt bzw. veranlasst wurde, Falls nicht soll diese Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine.
Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden.
- Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben.

b) Feinmotorik:

- Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden.

c) Perzeption/Kognition:

- Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm.
- Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.

d) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden.
- Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“).

e) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit durch die primäre Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Zyanose
- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation

- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe, Handgreifreflex, Fußgreifreflex Neugeborenenreflexe
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
 - Befund Hüftsonographie liegt vor/Kontrolle
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - Fontanellentonus
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- Plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)

- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen

§ 7 U5

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U5 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening
- e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
 - Auffälliges Schreien? Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)
 - Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchung durchgeführt bzw. veranlasst wurde. Falls nicht soll die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen
- Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme
- Federn mit den Beinen

b) Feinmotorik:

- Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen

c) Sprache:

- Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)

d) Perzeption/Kognition:

- Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird
- Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich
- Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes

f) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
- Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang

- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Thoraxkonfiguration
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Fontanellentonus
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:

- Stillen/Ernährung
- Plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- UV-Schutz

- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

§ 8 U6

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U6 gesetzt:
- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen von Sehstörungen
 - c) Impfberatung
 - d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schalleize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- Regelmäßiges Schnarchen

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle.
- Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen.
- Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück.

b) Feinmotorik:

- Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger.
- Klopft 2 Würfel aneinander.

c) Sprache:

- Spontane Äußerung von längeren Silbenketten.
- Produziert Doppelsilben (z. B. ba-ba, da-da).
- Ahmt Laute nach.

d) Perzeption/Kognition:

- Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand.
- Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung.

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe.
- Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden.
- Freut sich über andere Kinder.

f) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge

- Kopfumfang
 - b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
 - c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
 - d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche)
 - Femoralispulse
 - e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien (z. B. Hypospadie, Klitorishypertrophie)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe
 - g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Fontanellentonus
 - h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Behinderte Nasenatmung
 - Fehlender Mundschluss
 - Auffälliger Stimmklang (z. B. Heiserkeit und Näseln)
 - i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
4. Beratung
- Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:
- Unfallverhütung

- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnschonende Ernährung
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

§ 9 U7

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7 gesetzt:
- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen von Sehstörungen
 - c) Impfberatung
 - d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
 - Kariesprophylaxe mittels Fluorid
 - Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
 - Regelmäßiges Schnarchen
 - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
 - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

- a) Grobmotorik:
 - Kann über längere Zeit frei und sicher gehen.
 - Geht 3 Stufen im Kinderschrift hinunter, hält sich mit einer Hand fest.
- b) Feinmotorik:
 - Malt flache Spirale.
 - Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken.
- c) Sprache:
 - Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa).

- Versteht und befolgt einfache Aufforderungen.
- Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat.
- Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile.

d) Perzeption/Kognition:

- Stapelt 3 Würfel.
- Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände.

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist.
- Kann mit dem Löffel selber essen.
- Hat Interesse an anderen Kindern.

f) Interaktion/Kommunikation:

- Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamilienabstand

d) Herz, Kreislauf

Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung

- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Speichelfluss
 - Auffälliger Stimmklang
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopfneigung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid)
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung
- Ernährung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut

§ 10 U7a

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7a gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Kariesprophylaxe mittels Fluorid
 - Hörvermögen
 - Regelmäßiges Schnarchen
 - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
 - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
 - Stottert ihr Kind?
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle.
- Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest.

b) Feinmotorik:

- Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich.

c) Sprache:

- Spricht mindestens Dreiwortsätze.
- Spricht von sich in der Ich-Form.
- Kennt und sagt seinen Rufnamen.

d) Perzeption/Kognition:

- Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele.
- Öffnet große Knöpfe selbst.

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird.
- Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen.

f) Interaktion/Kommunikation:

- Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeigenreflexe

g) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Kieferanomalie
- Verletzungszeichen
- Fehlender Mundschluss
- Behinderte Nasenatmung
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Bewegung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten
- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

§ 11 U8

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Prüfung des Hörvermögens
- d) Impfberatung
- e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Regelmäßiges Schnarchen
 - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
 - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
 - Stottert ihr Kind?
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

- a) Grobmotorik:
 - Laufrad oder ähnliches Fahrzeug wird zielgerichtet und sicher bewegt.
 - Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt.
- b) Feinmotorik:
 - Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten.
 - Zeichnet geschlossene Kreise.
- c) Sprache:
 - Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache.
 - Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben
- d) Perzeption/Kognition:
 - Fragt warum, wie, wo, wieso, woher.
- e) Soziale/emotionale Kompetenz:
 - Kann sich selbst an- und ausziehen.
 - Gießt Flüssigkeiten ein.
 - Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen.
- f) Interaktion/Kommunikation:
 - Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
 - Hinweis auf Rachitis
- d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)
 - f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten, Vorbeugetest
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe
 - g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Kieferanomalien
 - h) Ohren
 - Hörtest mittels Screeningaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 5 Prüffrequenzen)
 - i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche, Rechts-links-Differenz
4. Beratung
- Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:
- Unfallverhütung
 - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
 - Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
 - Ernährung
 - Bewegung
 - Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
 - Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

§ 12 U9

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U9 gesetzt:
- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen von Sehstörungen
 - c) Impfberatung
 - d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes:

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
- Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert ihr Kind?

b) Sozialanamnese

aa) Betreuungssituation

bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Hüpf auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand.
- Größere Bälle können aufgefangen werden.
- Lläuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten.

b) Feinmotorik:

- Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich.
- Stifthaltung wie ein Erwachsener.
- Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.

c) Sprache:

- Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden.
- Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen.

d) Perzeption/Kognition:

Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt.

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln.
- Ist bereit zu teilen.
- Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen.

f) Interaktion/Kommunikation:

Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen.

- Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Kieferanomalien
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche, Rechts-links-Differenz

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Kariesprophylaxe mittels Fluorid prüfen
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung und Adipositasprävention
- Ernährung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenen Screening

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 13 Allgemeines

- (1) Das nach dieser Richtlinie durchzuführende erweiterte Neugeborenen-Screening dient der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden. Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden.
- (2) Das Screening umfasst ausschließlich die in § 17 als Zielkrankheiten aufgeführten Stoffwechseldefekte und endokrinen Störungen.

§ 14 Geltungsbereich

Die Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 des SGB V für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Neugeborenen-Screenings, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie einleitet oder erbringt.

§ 15 Anspruchsberechtigung

Neugeborene haben Anspruch auf Teilnahme am erweiterten Neugeborenen-Screening entsprechend dieser Richtlinie.

§ 16 Aufklärung und Einwilligung

- (1) Die Eltern (Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen sind vor der Durchführung des Screenings eingehend und mit Unterstützung eines Informationsblattes entsprechend Anlage 3 durch den verantwortlichen Arzt (§ 19 Absatz 1) aufzuklären. Wird die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger geleitet, kann die Aufklärung durch diese erfolgen, wenn die Rückfragemöglichkeit an einen Arzt gewährleistet ist. Die Inhalte der Aufklärung sind vor der Untersuchung zu dokumentieren.
- (2) Zu Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung gilt § 9 Gendiagnostikgesetz (GenDG). Die Aufklärung umfasst insbesondere Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung. Die Gendiagnostik-Kommission kann diese Inhalte in Richtlinie nach § 23 Absatz 2 Nummer 3 GenDG konkretisieren.

- (3) Nach der Aufklärung ist eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung einzuräumen. Die Personensorgeberechtigten können auf die Bedenkzeit verzichten, so dass unmittelbar nach der Aufklärung die Einwilligung eingeholt und Blut abgenommen werden kann. Die Einwilligung umfasst den Umfang der genetischen Untersuchung und den Umfang der mit der Filterpapierkarte weiterzugebenden personenbezogenen Daten. Die Einwilligung hat gegenüber der Person zu erfolgen, die die Aufklärung nach Absatz 1 durchgeführt hat und ist mit der Unterschrift zumindest eines Elternteiles (Personensorgeberechtigten) zu dokumentieren. Die Eltern erklären mit ihrer Einwilligung zum Screening, dass personenbezogene Daten an die Labore übermittelt werden dürfen. Als Nachweis der vorliegenden Einwilligung gegenüber dem durchführenden Labor gilt auch das Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf der Filterpapierkarte. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Person widerrufen werden.

§ 17 Zielkrankheiten und deren Untersuchung

- (1) Im erweiterten Neugeborenen-Screening wird ausschließlich auf die nachfolgenden Zielkrankheiten gescreent:
1. Hypothyreose
 2. Adrenogenitales Syndrom (AGS)
 3. Biotinidasemangel
 4. Galaktosämie
 5. Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA)
 6. Ahornsirupkrankheit (MSUD)
 7. Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD)
 8. Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD)
 9. Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD)
 10. Carnitinzyklusdefekte
 - a) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I)
 - b) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II)
 - c) Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel
 11. Glutaracidurie Typ I (GA I)
 12. Isovalerianacidämie (IVA).
- (2) Das Screening auf die Zielkrankheiten der Nummern 1 bis 4 erfolgt mit konventionellen Laboruntersuchungsverfahren (Nummer 1 und 2 mittels immunometrischer Tests [Radioimmunoassays/Fluoroimmunoassays], Nummer 3 mittels eines photometrischen Tests, Nummer 4 mittels eines photometrischen und fluorometrischen Tests). Das Screening auf die Zielkrankheiten der Nummern 5 bis 12 wird mittels der Tandemmassenspektrometrie durchgeführt.
- (3) Die Untersuchung weiterer, nicht in Absatz 1 genannter Krankheiten ist nicht Teil des Screenings. Daten zu solchen Krankheiten sind, soweit technisch ihre Erhebung nicht unterdrückt werden kann, unverzüglich zu vernichten. Deren Nutzung, Speicherung oder Weitergabe ist nicht zulässig. Die im Rahmen des Screenings erhobenen Daten dürfen ausschließlich zu dem Zweck verwendet werden, die vorgenannten Zielkrankheiten zu erkennen und zu behandeln.

2. Verfahren

§ 18 Grundsätze des Screening-Verfahrens

- (1) Der Erfolg des Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und die therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden.
- (2) Zur zuverlässigen Diagnose ist bei einem ersten auffälligen Befund sofort eine zweite Laboruntersuchung durchzuführen. Das Verfahren und die Verantwortlichkeiten sind dabei die gleichen wie bei der Erstbefundung. Ergibt auch die zweite Untersuchung einen auffälligen Befund, ist eine dem Befund angemessene unverzügliche Abklärung und ggf. Therapieeinleitung zu veranlassen. Nach Vorliegen eines abschließenden Ergebnisses (nach Kontrolle des auffälligen Erstbefundes in einer erneuten Blutprobe) soll eine genetische Beratung durch einen dafür qualifizierten Arzt/qualifizierte Ärztin angeboten werden, außer es liegt ein eindeutig negatives Ergebnis vor.
- (3) Zwischen der Abnahme der Probe und der Übermittlung eines auffälligen Befundes sollen nicht mehr als 72 Stunden liegen.

§ 19 Durchführungsverantwortung

- (1) Der Leistungserbringer, der die Geburt des Kindes verantwortlich geleitet hat, ist für die Durchführung des Screenings verantwortlich. Der Leistungserbringer (im Folgenden „Einsender“ genannt) hat das Labor mit der Analyse der zugesandten Proben zu beauftragen. Wurde die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger verantwortlich geleitet, so soll sie/er in gegenseitigem Einvernehmen einen verantwortlichen Arzt/ eine verantwortliche Ärztin benennen. Ist eine Benennung ausnahmsweise nicht möglich, hat die Hebamme /der Entbindungspfleger, das Screening in eigener Verantwortung durchzuführen, wenn die Rückfragemöglichkeit an eine Ärztin /einen Arzt gewährleistet ist. Durch die Probenübermittlung an einen nach § 23 berechtigten Laborarzt/-ärztin wird diesem die Verantwortung für die Laboruntersuchungen nach § 17 und die Befundübermittlungen nach § 22 übertragen.
- (2) Auch ohne Durchführungsverantwortung nach Absatz 1 hat sich der die U2-Früherkennungsuntersuchung beim Neugeborenen durchführende Arzt/Ärztin bei der Untersuchung zu vergewissern, dass die Entnahme der Blutprobe für das erweiterte Neugeborenen-Screening dokumentiert wurde. Ist das Screening nicht dokumentiert, so hat er/sie das Screening nach dieser Richtlinie anzubieten.

§ 20 Zeitpunkt der Probenentnahmen

- (1) Der optimale Entnahmezeitpunkt ist das Alter von 48 bis 72 Lebensstunden. Die Blutprobe soll nicht vor vollendeten 36 und nicht nach 72 Lebensstunden entnommen werden. In diesem Zeitfenster versäumte Probenentnahmen müssen unverzüglich nachgeholt werden.
- (2) Bei Entlassung vor vollendeten 36 Lebensstunden oder Verlegung soll eine erste Probe entnommen werden. Ein früherer Untersuchungszeitpunkt als 36 Lebensstunden erhöht das Risiko von falsch-negativen und falsch-positiven Befunden. Bei Entlassung vor 36 Lebensstunden müssen die Eltern (Personensorgeberechtigten) daher über die Notwendigkeit einer termingerechten zweiten Laboruntersuchung informiert werden.
- (3) Die erste Probenentnahme soll vor einer Transfusion, Kortikosteroid- oder Dopamintherapie durchgeführt werden.

- (4) Bei sehr unreifen Neugeborenen (Geburt vor vollendeten 32 Schwangerschaftswochen) muss außer dem Erstscreening nach Absatz 1 ein abschließendes Zweitscreening in einem korrigierten Alter von 32 Schwangerschaftswochen erfolgen.

§ 21 Probenentnahme und Probenbearbeitung

- (1) Bei der Probengewinnung wird natives Venen- oder Fersenblut entnommen, auf speziell dafür vorgesehenes Filterpapier (Filterpapierkarte) aufgetropft und bei Raumtemperatur getrocknet. Die Berechtigung zur Blutentnahme richtet sich nach dem Berufsrecht des jeweiligen Leistungserbringers.
- (2) Die Probenentnahme, die Angaben zum Neugeborenen und das Datum der Versendung der Blutprobe sind auf der Filterpapierkarte gemäß Anlage 4 und in geeigneter Weise auch im Kinderuntersuchungsheft zu dokumentieren, um die Überprüfung der erfolgten Blutentnahme im Rahmen der U2-Früherkennungsuntersuchung zu ermöglichen.
- (3) Durch Festlegung geeigneter Maßnahmen ist die eindeutige Probenzuordnung zum Neugeborenen sicher zu stellen.
- (4) Die Filterpapierkarte ist an einen zur Durchführung der notwendigen Laborleistungen nach § 23 berechtigten Arzt/berechtigte Ärztin zu senden.
- (5) Das Entnahme-Datum soll zugleich Proben-Versand-Datum sein.
- (6) Die Ablehnung des Screenings oder der Tod des Neugeborenen vor einer möglichen ersten Blutentnahme nach § 20 sind auf leeren Filterpapierkarten zu dokumentieren und an das Screeninglabor zu senden.

§ 22 Befundübermittlung

- (1) Wenn die Untersuchung aus der Blutprobe des Kindes im Labor den Verdacht auf das Vorliegen einer der Zielkrankheiten ergibt, ist der Einsender unverzüglich zu unterrichten und zur Entnahme einer Kontrollblutprobe aufzufordern. Dabei ist auf die Notwendigkeit einer schnellen, fachkompetenten Abklärung und Weiterbetreuung ausdrücklich und mit Bezug auf die befundete Zielkrankheit hinzuweisen. Dem Einsender ist zu empfehlen, schnellstmöglich Kontakt zu den Eltern (Personensorgeberechtigten) aufzunehmen. Außerdem sind ihm Kontaktmöglichkeiten (insbesondere Telefonnummern) zu den nächsterreichbaren Zentren mit Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit mitzuteilen.
- (2) Datum und Uhrzeit der Befundübermittlung, der Informationsempfänger und das vereinbarte Vorgehen sind zu dokumentieren.
- (3) Für ihre Erreichbarkeit zum Zeitpunkt der möglichen Befundübermittlung sind die Telefonnummern und Adressen des Einsenders und Eltern (Personensorgeberechtigte) auf einem abtrennbaren Teil der Filterpapierkarte anzugeben. Die schriftliche Einwilligung der Personensorgeberechtigten gemäß § 16 umfasst grundsätzlich die Übermittlung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Telefonnummer und Adresse, zum Zwecke der unmittelbaren Kontaktaufnahme im Sinne von Absatz 4. Nach abgeschlossener Diagnostik, Befundübermittlung und Abrechnung sind die Kontaktdaten unverzüglich zu löschen und die weiteren personenbezogenen Daten zu pseudonymisieren.
- (4) Bei pathologischen Befunden erfolgt eine unverzügliche Befundweitergabe, mündlich und schriftlich, vom Laborarzt an den Einsender. Im Falle der Nichterreichbarkeit des verantwortlichen Einsenders ist der Laborarzt berechtigt, den Befund unmittelbar den Personensorgeberechtigten mitzuteilen, wenn dies zur Abwendung unmittelbarer Gefahren für die Gesundheit des Kindes erforderlich ist und wenn deren schriftliche Einwilligung vorliegt. Der Laborarzt hat den Befund entsprechend Absatz 5 mitzuteilen.

- (5) Der Einsender informiert unverzüglich die Eltern (Personensorgeberechtigten). Dabei ist auf die Notwendigkeit einer schnellen, fachkompetenten Abklärung und Weiterbetreuung ausdrücklich hinzuweisen. Datum und Uhrzeit der Befundübermittlung, der Informationsempfänger und das vereinbarte Vorgehen sind zu dokumentieren. Außerdem sind den Personensorgeberechtigten Kontaktmöglichkeiten (insbesondere Telefonnummern) zu den nächsterreichbaren Zentren mit Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit mitzuteilen.
- (6) Unauffällige Befunde werden dem Einsender schriftlich mitgeteilt. Die Eltern (Personensorgeberechtigten) werden ohne Vorliegen eines auffälligen Befundes nur auf ihre ausdrückliche Nachfrage vom Einsender informiert.

3. Genehmigung und Qualitätssicherung für Laborleistungen

§ 23 Genehmigung für Laborleistungen

- (1) Laborleistungen nach dieser Richtlinie dürfen nur nach Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht und abgerechnet werden, in deren Gebiet der Laborarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist. Voraussetzung für die Genehmigung ist, dass der beantragende Arzt seine fachliche Qualifikation nach § 24 nachweist, die Voraussetzungen nach § 25 für das Labor belegt, in dem er die Laborleistungen erbringen will und das Labor die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4 GenDG erfüllt.
- (2) Die Genehmigung ist unter der Auflage zu erteilen, dass die Laborleistungen nach dieser Richtlinie in einem Labor erbracht werden, das die Voraussetzungen des § 25 erfüllt und der Arzt den Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 26 nachkommt.
- (3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn trotz Vorliegens der in Absatz 1 Satz 2 geforderten Nachweise erhebliche Zweifel an der qualitätsgesicherten Erbringung der Laborleistungen bestehen. Die Zweifel können sich insbesondere daraus ergeben, dass die Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 26 in erheblichem Umfang verletzt wurden oder die Laborleistungen aus derselben Blutprobe an verschiedenen Standorten erbracht werden sollen (Verbot des Probensplittings) und dadurch eine qualitätsgesicherte und zeitgerechte Erbringung der Laborleistungen nicht gewährleistet ist.
- (4) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung muss vor der Erteilung der Genehmigung und kann nach der Genehmigung die Labore nach vorheriger Anmeldung und mit Einverständnis eines das Hausrecht ausübenden Arztes begehren und auf das Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen prüfen.
- (5) Die Abrechnungsgenehmigung ist dem die Laborleistungen erbringenden Arzt zu entziehen, wenn
 - die Genehmigungsvoraussetzungen nach Absatz 1 und 3 nicht mehr vorliegen,
 - die Auflagen nach Absatz 2 nicht erfüllt werden oder
 - das Einverständnis zur Praxisbegehung versagt wird.
- (6) Vor dem Entzug der Genehmigung und vor der Ablehnung des Antrags auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung ist der Arzt im Rahme eines Kolloquiums anzuhören, und es soll eine angemessene Frist zur Beseitigung der Gründe für den Entzug der Abrechnungsgenehmigung gesetzt werden, die ein halbes Jahr nicht übersteigt. Satz 1 gilt nicht, wenn die Qualitätsmängel so gravierend sind, dass ein sofortiger Genehmigungsentzug geboten ist.

§ 24 Qualifikation des Laborarztes

- (1) Die Erbringung der Laborleistungen nach dieser Richtlinie bedarf einer besonderen fachlichen Qualifikation des erbringenden Arztes, die sowohl spezielle Kenntnisse als auch Erfahrung in der Durchführung der Tandemmassenspektrometrie umfasst.
- (2) Die besondere fachliche Qualifikation des Laborarztes gilt in der Regel als belegt, wenn er
 - a) die Gebietsbezeichnung für Laboratoriumsmedizin führen darf oder über die Fachkunde Laboruntersuchung oder die Zusatz- Weiterbildung fachgebundene Labordiagnostik verfügt und
 - b) seine persönliche Erfahrung in der Erbringung von Tandemmassenspektrometrien dadurch in geeigneter Weise belegt, dass er entweder
 - die Erbringung von 20.000 Tandemmassenspektrometrien für das Jahr glaubhaft macht, welches dem vorgesehenen Tag der Genehmigung vorausgeht, oder
 - die regelmäßige Erbringung von Tandemmassenspektrometrien über einen Zeitraum von zwei Jahren glaubhaft macht, welche dem vorgesehenen Tag der Genehmigung vorausgehen. Bestehen Zweifel an der persönlichen Erfahrung in der Erbringung von Tandemmassenspektrometrien sollen diese im Rahmen eines Fachkolloquiums u. a. anhand der Beurteilung einer Fallsammlung geklärt werden.

§ 25 Anforderungen an die Labore

- (1) Zur Optimierung der internen Qualitätssicherung und der Logistik des Screenings sowie der Wirtschaftlichkeit ist eine Mindestzahl von 50.000 untersuchter Erstscreeningproben innerhalb eines Jahres und in einem Labor Voraussetzung für die Teilnahme am Screening. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung kann die Frist für die Erfüllung der Mindestzahlen in der Anfangsphase einmal um höchstens ein Jahr verlängern.
- (2) Das Labor muss für die durchzuführenden Untersuchungen mit den entsprechenden technischen Einrichtungen ausgestattet sein und über qualifiziertes Personal verfügen. Diese organisatorisch-apparativen Voraussetzungen gelten mit einer Akkreditierung für medizinische Laborleistungen durch die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS GmbH) als belegt.
- (3) Die Genehmigung ist unter der Auflage zu erteilen, dass das Labor, in dem die Laborleistungen erbracht werden sollen, die folgenden Leistungen erbringt:
 - Versendung der Filterpapierkarten an die Leistungserbringer, für die das Labor Laborleistungen nach dieser Richtlinie erbringt und
 - Erstellung und vierteljährliche Aktualisierung eines Verzeichnisses der nächsterreichbaren Zentren mit pädiatrischen Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit zur Information nach § 22 Absatz 1.

§ 26 Qualitätssicherung

- (1) Die eindeutige Zuordnung der Proben und der Ergebnisse ihrer Untersuchung zu dem jeweiligen Neugeborenen ist sicherzustellen.
- (2) Die berufsrechtlichen Anforderungen an die persönliche Erbringung von Laborleistungen, insbesondere für die regelmäßige Überprüfung der ordnungsgemäßen Laborgeräteeinrichtung und -bedienung durch das Laborpersonal, die persönliche Erreichbarkeit und die persönliche Überprüfung der Plausibilität der erhobenen Laborparameter nach Abschluss des Untersuchungsganges im Labor und § 5 GenDG sind zu beachten. Auf die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen wird hingewiesen.

- (3) Es ist sicherzustellen, dass am Tage des Proben-Eingangs die Laboruntersuchung durchgeführt und pathologische Befunde übermittelt werden. Die Laborleistung ist zumindest von Montag bis Samstag vorzuhalten.
- (4) Die die Laborleistungen erbringenden Ärzte müssen im ersten Quartal jedes Jahres der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Qualitätsbericht über ihre Leistungen nach dieser Richtlinie im vorangegangenen Jahr vorlegen. Der Bericht muss Angaben zu der untersuchten Zahl der Proben, der pathologischen Fälle, der Endbefunde, der Recall-Raten, Abnahme- und Versandzeiten und Angaben zur Befundübermittlung enthalten. Für die Leistungen innerhalb eines Labors kann ein gemeinsamer Bericht erstellt werden; die Angaben nach Satz 2 müssen aber auf den einzelnen Arzt zurückführbar sein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen diese Berichte den Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung.

§ 27 Dokumentation der Laborleistungen

- (1) Die Laborleistungen sind auf dem Mustervordruck nach Anlage 4 der eingesandten Filterpapierkarte zu dokumentieren.
- (2) Das Labor muss die Einhaltung der jeweils gültigen Datenschutzbestimmungen gewährleisten.
- (3) Restblutproben sind unverzüglich nach Abschluss der Ringversuche zur Qualitätssicherung nach den Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, spätestens jedoch nach drei Monaten zu vernichten.

§ 28 Anpassung

- (1) Spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie soll der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses den Erfolg des erweiterten Neugeborenen-Screenings prüfen und erforderliche Änderungen der Bestimmungen empfehlen.
- (2) Die Erfüllung der Anforderungen an die Labore gemäß § 5 Absatz 2 GenDG (§ 23 Absatz 1 Satz 2) ist bis zum 1. Februar 2011 keine Voraussetzung für die Erteilung von Genehmigungen oder die Abrechnung von Laborleistungen.

II. Screening auf Mukoviszidose

§ 29 bis § 42 [vorläufig unbesetzt]

III. Durchführungsempfehlungen für die sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte zur Früherkennung der Hüftgelenkdysplasie und -luxation

§ 43 Qualifikation des Arztes für die Durchführung der Hüftgelenksonographie

Ärzte, die Leistungen der sonographischen Screening-Untersuchungen von Säuglingshäften in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen, müssen die in der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik erfüllen.

§ 44 Ärztliche Zusammenarbeit

Sofern der mit der Früherkennungsuntersuchung befasste Arzt die sonographische Untersuchung der Hüftgelenke nicht selbst ausführt, soll er die Überweisung des Kindes an

einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt mit der unter § 43 angegebenen Qualifikation veranlassen. Dieser hat den überweisenden Arzt unverzüglich über das Ergebnis der hüftsonographischen Untersuchung zu unterrichten, um die gegebenenfalls erforderlichen therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten.

§ 45 Ablauf der Untersuchungen

Die hüftsonographische Screening-Untersuchung bei Säuglingen wird in der 4. - 5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der dritten Früherkennungsuntersuchung durchgeführt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie eine eventuell notwendige Therapie vor der 6. Lebenswoche einsetzt, um so das spätere Auftreten einer Hüftgelenksluxation zu verhindern. Die Hüftsonographie soll als statische und gegebenenfalls dynamische Untersuchung entsprechend dem derzeit von den Fachgesellschaften empfohlenen Verfahren (Verfahren nach Graf) durchgeführt werden.

Die Bilddokumentation soll als Darstellung in der Standardebene nach Graf erfolgen (Unterrand des Os ilium, mittlerer Pfannendachbereich, Labrum acetabulare). Die Winkelbefunde (Alpha- und Beta-Winkel) sind auf der Grundlage der Auswertung jeweils eines Bildes pro Gelenkseite zu ermitteln. Ergeben sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund Konsequenzen für das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen, sollen dabei die aktuellen Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften beachtet werden.

§ 46 Dokumentation

Die Dokumentation der erhobenen anamnestischen, klinischen und sonographischen Befunde erfolgt auf einem gesonderten Erhebungsbogen, der Bestandteil des Untersuchungsheftes für Kinder ist. Insbesondere sind folgende Risikomerkmale und Befunde zu dokumentieren:

Risiken aus Anamnese und allgemeinem Befund

- Geburt aus Beckenendlage
- Hüftgelenksluxationen bzw. Hüftgelenkdysplasie in der Familie
- Stellungsanomalien bzw. Fehlbildungen (insbesondere der Füße)

Klinische Zeichen

- Instabilität des Hüftgelenks (Grad I - IV nach TÖNNIS)
- Abpreizhemmung

Hüftsonographische Befunde

- Hüfttyp nach Graf
- Alpha- und Beta-Winkel auf jeder Gelenkseite

Darüber hinaus sollen die gegebenenfalls veranlassten diagnostischen und/oder therapeutischen Konsequenzen angegeben werden.

IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 47 Zielsetzung

Das nach dieser Richtlinie durchzuführende Neugeborenen-Hörscreening dient primär der Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB. Solche Hörstörungen sollen bis zum Ende des 3. Lebensmonats diagnostiziert und eine entsprechende Therapie bis Ende des 6. Lebensmonats eingeleitet sein.

§ 48 Geltungsbereich

- (1) Die Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 des SGB V für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen von Hörstörungen bei Neugeborenen, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie durchführt.
- (2) Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen die Ärzte ein, die aufgrund von Übergangsregelungen der für sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung berechtigt sind oder aufgrund der für sie geltenden Weiterbildungsordnung zur Erbringung der entsprechenden Leistung(en) berechtigt sind.

§ 49 Anspruchsberechtigung

Neugeborene haben Anspruch auf die Teilnahme am Neugeborenen-Hörscreening entsprechend dieser Richtlinie.

§ 50 Aufklärung und Einwilligung

Vor Einleitung des Neugeborenen-Hörscreenings sind die Eltern (Personensorgeberechtigten) anhand des Merkblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechend Anlage 5 über Vor- und Nachteile aufzuklären. Die Eltern (Personensorgeberechtigten) entscheiden über die Teilnahme an der Untersuchung. Ihre Ablehnung ist mit der Unterschrift zumindest eines Elternteils (Personensorgeberechtigten) zu dokumentieren.

2. Verfahren

§ 51 Grundsätze des Neugeborenen-Hörscreenings

- (1) Das Neugeborenen-Hörscreening umfasst die Messung otoakustischer Emissionen (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen, TEOAE) und/oder die Hirnstammaudiometrie (AABR) einschließlich der ggf. gemäß Absatz 3 durchzuführenden Untersuchung. Der Erfolg des Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der zeitnahen Durchführung einer umfassenden pädaudiologischen Nachfolgediagnostik bei auffälligen Befunden.
- (2) Das Neugeborenen-Hörscreening erfolgt für jedes Ohr mittels TEOAE oder AABR und soll bis zum 3. Lebenstag durchgeführt werden. Für Risikokinder für konnatale Hörstörungen ist die AABR obligat. Bei Frühgeborenen soll die Untersuchung spätestens zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins, bei kranken oder mehrfach behinderten Kindern unter Beachtung der Zusatzstörungen und notwendigen klinischen Maßnahmen spätestens vor Ende des 3. Lebensmonats erfolgen. Bei Geburt im Krankenhaus erfolgt die Untersuchung vor Entlassung. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses oder nicht erfolgter Untersuchung findet die Untersuchung spätestens im Rahmen der U2 statt.
- (3) Bei auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR soll möglichst am selben Tag, spätestens bis zur U2 eine Kontroll-AABR durchgeführt werden. Die Untersuchung erfolgt an beiden Ohren.

- (4) Bei einem auffälligen Befund in dieser Kontroll-AABR soll eine umfassende pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bis zur 12. Lebenswoche erfolgen.

§ 52 Durchführungsverantwortung und Qualifikation

- (1) Die Verantwortung für die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings liegt bei Geburt im Krankenhaus bei dem Arzt, der für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlich ist.
- (2) Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses liegt die Verantwortung für die Veranlassung der Untersuchung bei der Hebamme oder dem Arzt, die oder der die Geburt verantwortlich geleitet hat. Das Neugeborenen-Hörscreening kann bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durchgeführt werden, soweit sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind.
- (3) In den Fällen, in denen ausnahmsweise im Krankenhaus nach auffälliger Erstuntersuchung keine Kontroll-AABR bis zur U2 durchgeführt wurde, wird die AABR bis spätestens zur U3 von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen vorgenommen, soweit sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind.
- (4) Die ggf. notwendige pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik wird durch Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder pädaudiologisch qualifizierte Fachärzte für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde durchgeführt.

§ 53 Apparative Anforderungen

Die Geräte zur Messung von TEOAE und AABR müssen den für diese Untersuchungen einschlägigen technischen Anforderungen genügen. Eine entsprechende Gewährleistungsgarantie des Herstellers erfüllt diese Bedingung.

§ 54 Qualitätssicherung

- (1) Bei Geburt und Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings in einem Krankenhaus soll das Krankenhaus nachfolgend genannte Qualitätsziele erfüllen:
- Der Anteil der auf Hörstörungen untersuchten Kinder zur Gesamtzahl der Neugeborenen soll bei mindestens 95 % liegen.
 - Mindestens 95% der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen vor Entlassung aus dem Krankenhaus eine Kontroll-AABR erhalten haben.
 - Der Anteil der untersuchten Kinder, für die eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik gemäß § 51 Absatz 4 erforderlich ist, soll höchstens bei 4% liegen.
- (2) Wird das Neugeborenen-Hörscreening bei einem niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen erbracht, so sollen nachfolgend genannte Qualitätsziele erfüllt werden:
- Mindestens 95% der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen in derselben Betriebsstätte, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, eine Kontroll-AABR erhalten.
 - Der Anteil der primär beim Vertragsarzt untersuchten Kinder, für die eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik gemäß § 51 Absatz 4 erforderlich ist, soll höchstens bei 4% liegen.

- (3) Unabhängig von der Verantwortung für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung gemäß § 52 hat der die U3 durchführende Arzt sich zu vergewissern, dass das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert wurde. Ist die Durchführung der Untersuchung nicht dokumentiert, so hat er die Untersuchung zu veranlassen sowie Durchführung und Ergebnis zu dokumentieren. Dasselbe gilt für die U4 und U5 durchführenden Ärzte.
- (4) Der Erfolg des Neugeborenen-Hörscreenings ist abhängig von der zeitnahen Durchführung einer umfassenden audiologischen Nachfolgediagnostik bei auffälligen Befunden und der Therapieeinleitung. Um zu gewährleisten, dass das Neugeborenen-Hörscreening allen Neugeborenen zur Verfügung steht und alle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auffällig getesteten Neugeborenen die Konfirmationsdiagnostik in Anspruch nehmen, sollen Krankenhäuser bzw. Hebammen und niedergelassene Ärzte, die die Früherkennungsuntersuchung durchführen, auch die über die in § 55 geregelten Dokumentationen hinausgehenden länderspezifischen Regelungen berücksichtigen (z. B. Dokumentation durch Screeningkarten des Erweiterten Neugeborenen-Screenings).

§ 55 Dokumentation

- (1) Im Gelben Kinderuntersuchungsheft (Anlage 1) werden Durchführung und Ergebnisse (differenziert nach einseitig/beidseitig) dieser Früherkennungsuntersuchung sowie ggf. die Durchführung einer Konfirmationsdiagnostik dokumentiert.
- (2) Zusätzlich zur Dokumentation im Gelben Heft haben die Leistungserbringer des Neugeborenen-Hörscreenings ab dem 1. Januar 2009 einmal im Kalenderjahr eine Sammelstatistik über folgende Parameter zu erstellen:
- Gesamtzahl der Neugeborenen (nur im Krankenhaus zu erfassen)
 - Anzahl der im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings getesteten Neugeborenen differenziert nach TEOAE/AABR als Erstuntersuchung
 - Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger TEOAE (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig)
 - Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger AABR (differenziert nach Erst- und Kontrolluntersuchung sowie nach einseitig/beidseitig auffällig)
 - Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger TEOAE und auffälliger AABR (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig)
- (3) Sammelstatistiken sind auf Anfrage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Evaluation bestimmten Stelle zur Verfügung zu stellen. Diese Daten können auch in Zusammenarbeit mit den länderspezifischen Screeningzentren erhoben werden.
- (4) Folgende Parameter müssen im Rahmen der U3, U4 und U5 überprüft und im Gelben Heft dokumentiert werden:
- Neugeborenen-Hörscreening ist bereits erfolgt und im Gelben Heft dokumentiert
 - Neugeborenen-Hörscreening selbst durchgeführt bzw. veranlasst falls Dokumentation im Gelben Heft fehlt
 - Ergebnisse des Neugeborenen-Hörscreenings (Früherkennungsuntersuchung unauffällig, Konfirmationsdiagnostik veranlasst, Konfirmationsdiagnostik bereits durchgeführt, angeborene Hörstörung bei Konfirmationsdiagnostik festgestellt, einseitig/beidseitig).

§ 56 Evaluation

- (1) Das Neugeborenen-Hörscreening wird hinsichtlich Qualität und Zielerreichung durch eine Studie evaluiert. Hierzu beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Art, Umfang und Zeitrahmen der Evaluation.
- (2) Zielp Parameter für die Evaluation sind insbesondere
 - Häufigkeit der durchgeführten Untersuchung differenziert nach Ort der Leistungserbringung (für die Kliniken auch die Erfassungsraten),
 - Anzahl der auffälligen Erstuntersuchungen differenziert nach Methode und nach einseitig/beidseitig auffällig,
 - Anzahl der auffälligen Kontroll-AABR differenziert nach Methode der Erstuntersuchung und einseitig/beidseitig auffällig,
 - Anzahl der richtig-positiven Befunde,
 - Zeitpunkt der Diagnosestellung und Therapieeinleitung,
 - Anzahl der falsch-positiven Befunde.

§ 57 Anpassung

Spätestens 5 Jahre nach In-Kraft-Treten der Richtlinienänderung soll der Gemeinsame Bundesausschuss das Neugeborenen-Hörscreening prüfen und erforderliche Änderungen beschließen.

D. Dokumentation und Evaluation

§ 58 Dokumentation

- (1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte bei der Ärztin oder beim Arzt und im Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft) gemäß der Anlage 1. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu dieser Richtlinie. Darüber hinaus wird die Teilnahme auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert, gemäß der Anlage
- (2) Der zuständige Untersuchungsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 3), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2), an der Filterpapierkarte (Anlage 4) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 5) vorzunehmen, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird.

Anlagen

- Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder [vorläufig unbesetzt]
- Anlage 2 Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose [vorläufig unbesetzt]
- Anlage 3 Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen Screening

ERWEITERTES NEUGEBORENEEN-SCREENING

Elterninformation zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechselerkrankungen und endokrinen Störungen bei Neugeborenen

Liebe Eltern,

die meisten Kinder kommen gesund zur Welt und bleiben es auch. Es gibt jedoch seltene angeborene Erkrankungen, die bei Neugeborenen noch nicht durch äußere Zeichen erkennbar sind. Diese Erkrankungen können bei ca. einem von 1.000 Neugeborenen auftreten. Unbehandelt können diese Erkrankungen zu Organschäden, körperlicher oder geistiger Behinderung führen. Um diese Erkrankungen zu erkennen, wird eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten (erweitertes Neugeborenen-Screening).

Warum werden Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt?

Seltene angeborene Störungen des Stoffwechsels und der Organfunktion sollen rechtzeitig erkannt werden. Durch eine frühzeitige Behandlung möglichst bald nach der Geburt können die Folgen einer angeborenen Erkrankung dieser Kinder meist vermieden werden. Deshalb finden seit über 30 Jahren bei allen Neugeborenen Blutuntersuchungen statt. Diese Stoffwechseluntersuchung wurde nun wesentlich verbessert, weitere behandelbare Erkrankungen sind in die Untersuchung eingeschlossen worden.

Wann und wie wird untersucht?

Im Laufe des zweiten bis dritten Lebenstages (36 bis 72 Stunden nach der Geburt), ggf. zusammen mit der zweiten Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes, der U2, werden wenige Blutstropfen (aus der Vene oder Ferse) entnommen, auf die dafür vorgesehene Filterpapierkarte getropft und nach dem Trocknen sofort zu einem Screeninglabor geschickt. Dort werden die Proben unverzüglich mit speziellen, sehr empfindlichen Untersuchungsmethoden untersucht.

Auf welche Krankheiten wird untersucht?

Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS), Biotinidasemangel, Galaktosämie, Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA), Ahornsirupkrankheit (MSUD), Fettsäurestoffwechseldefekte (MCAD-Mangel, LCHAD-Mangel, VLCAD-Mangel), Carnitinzyklusdefekte, Glutaracidurie Typ I, Isovalerianacidämie (Krankheiten nachfolgend beschrieben).

In der Summe findet man bei ungefähr einem von 1.000 Neugeborenen eine angeborene Erkrankung. In den meisten der betroffenen Familien gab es vorher noch nie derartige Erkrankungen. Da die betroffenen Kinder bei der Geburt noch völlig gesund erscheinen können, ist das Neugeborenen-Screening wichtig, um die Kinder rechtzeitig vor schweren Erkrankungen und deren Folgen, wie z. B. Störungen der geistigen und körperlichen Entwicklung zu bewahren.

Aus dieser Untersuchung allein lassen sich keine Aussagen über familiäre Risiken ableiten.

Wer erfährt das Testergebnis?

In jedem Falle erhält der Einsender der Blutprobe innerhalb weniger Tage einen schriftlichen Befund vom Screeninglabor. In dringenden Fällen wird unverzüglich zusätzlich direkt mit Ihnen Kontakt aufgenommen. Geben Sie deshalb für die Testkarte Ihre Telefonnummer und Ihre Anschrift an, unter der Sie in den ersten Tagen nach der Geburt erreichbar sein werden. Früherkennung und Frühbehandlung für betroffene Neugeborene sind nur möglich, wenn alle Beteiligten – Eltern, Klinik bzw. Kinderarzt und Screeninglabor – ohne Zeitverlust zusammenarbeiten, damit die Untersuchungsergebnisse rechtzeitig erhoben und kontrolliert werden. Unauffällige Untersuchungsergebnisse werden Ihnen nur auf Ihre persönliche Nachfrage hin mitgeteilt.

Was bedeutet das Testergebnis?

Das Ergebnis eines Screening-Testes ist noch keine ärztliche Diagnose. Mit dem Testergebnis können entweder die betreffenden untersuchten Störungen weitgehend ausgeschlossen werden, oder eine weitere diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf

eine Erkrankung erforderlich machen, z. B. durch eine Wiederholung des Testes. Eine Wiederholung eines Testes kann aber auch notwendig sein, wenn z. B. der Zeitpunkt der Blutabnahme nicht optimal war.

Können diese Krankheiten geheilt werden?

Alle genannten Stoffwechseldefekte und endokrinen Störungen sind angeboren und können deshalb nicht geheilt werden. Jedoch können die Auswirkungen dieser angeborenen Störungen mit einer entsprechend frühzeitigen Behandlung vermieden oder zumindest vermindert werden. Die Behandlung besteht in einer Spezialdiät und/oder in der Einnahme von bestimmten Medikamenten. Stoffwechselspezialisten stehen für die Beratung und Betreuung im Verdachts- oder Krankheitsfall zur Verfügung.

Die Teilnahme am Neugeborenen-Screening ist freiwillig. Die Kosten der Untersuchung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Das Ergebnis der Untersuchung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und darf nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben werden.

Ihr Einverständnis umfasst nur die oben genannten Zielerkrankungen sowie die Weitergabe der personenbezogenen Angaben zur Durchführung des Erweiterten Neugeborenen-Screenings.

Wir sind mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung der hierfür vorgesehenen Angaben einverstanden.

Datum, Unterschrift mindestens eines/r Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift aufklärende Person

Adrenogenitales Syndrom

Hormonstörung durch Defekt der Nebennierenrinde: Vermännlichung bei Mädchen, möglicher tödlicher Verlauf bei Salzverlustkrisen. Behandlung durch Hormongaben (Häufigkeit ca. 1/10.000 Neugeborene).

Ahornsirupkrankheit

Defekt im Abbau von Aminosäuren: geistige Behinderung, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/200.000 Neugeborene).

Biotinidasemangel

Defekt im Stoffwechsel des Vitamins Biotin: Hautveränderungen, Stoffwechselkrisen, geistige Behinderung, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Biotingabe (Häufigkeit ca. 1/80.000 Neugeborene).

Carnitinstoffwechseldefekte

Defekt im Stoffwechsel der Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/100.000 Neugeborene).

Galaktosämie

Defekt im Verstoffwechseln von Milchzucker: Erblindung, körperliche und geistige Behinderung, Leberversagen, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/40.000 Neugeborene).

Glutaracidurie Typ I

Defekt im Abbau von Aminosäuren: bleibende Bewegungsstörungen, plötzliche Stoffwechselkrisen. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe (Häufigkeit ca. 1/80.000 Neugeborene).

Hypothyreose

Angeborene Unterfunktion der Schilddrüse: schwere Störung der geistigen und körperlichen Entwicklung. Behandlung durch Hormongabe (Häufigkeit ca. 1/4.000 Neugeborene).

Isovalerianacidämie

Defekt im Abbau von Aminosäuren: geistige Behinderung, Koma. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe (Häufigkeit ca. 1/50.000 Neugeborene).

LCHAD-, VLCAD-Mangel

Defekt im Stoffwechsel von langkettigen Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, Muskel- und Herzmuskelschwäche, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät. Vermeiden von Hungerphasen (Häufigkeit ca. 1/80.000 Neugeborene).

MCAD-Mangel

Defekt bei der Energiegewinnung aus Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Carnitingabe, Vermeiden von Hungerphasen (Häufigkeit ca. 1/10.000 Neugeborene).

Phenylketonurie

Defekt im Stoffwechsel der Aminosäure Phenylalanin: Krampfanfälle, Spastik, geistige Behinderung. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/10.000 Neugeborene).

Hinweis:

Nicht bei allen oben genannten Erkrankungen kann die rechtzeitige Behandlung Krankheitsfolgen vollständig verhindern. Eine umgehende Behandlung ermöglicht dem betroffenen Kind in den meisten Fällen eine normale Entwicklung.

- Anlage 4: Filterpapierkarte (§ 21 Absatz 2):

1. Screeningdokumentation (vom Einsender zu dokumentieren)

a) bei allen Blutproben

- Art der Probenentnahme (Erst-, Zweit- oder Kontrollprobe),
- Stammdaten des Kindes, bestehend aus Name, Geschlecht und Geburtsdatum,
- Uhrzeit der Geburt,
- Geburtenbuch-Nummer,
- auf einem abtrennbaren Teil der Filterpapierkarte: Telefonnummern und Adressen, unter denen die Eltern (Personensorgeberechtigten) zum Zeitpunkt der voraussichtlichen Befundübermittlung zu erreichen sind,
- Nachweis über die Einwilligung der Personensorgeberechtigten,
- Adresse und Telefonnummer des Einsenders,
- Datum und Uhrzeit der Probenentnahme,
- Name des Einsenders,
- Kostenträger,
- Angabe des Gestationsalters und des Geburtsgewichts,
- Kennzeichnung von Mehrlingen,
- Angaben zu parenteraler Ernährung (ja/nein),
- Angaben zu Transfusion, Kortikosteroidgabe, Dopamingabe,

- Besonderheiten, wie positive Familienanamnese, bei Zweitscreening: Nummer der Erstscreeningkarte und
- Angabe der EBM-Ziffer der Laboruntersuchung,
- gemäß Abschnitt C IV. § 54 Absatz 4 kann ebenfalls die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings dokumentiert werden.

b) bei Kontrollproben zusätzlich:

- Ergebnis des Erstbefundes
- pädiatrischer Stoffwechselfacharzt oder Endokrinologe, zu dem Kontakt aufgenommen wurde

2. Laborleistungen (vom Labor auszufüllen)

a) bei allen Blutproben:

- Datum und Uhrzeit des Zugangs,
- das Befundergebnis,
- interne Dokumentationsnummer des Labors (für die Zwecke interner Qualitätssicherung und der Beweissicherung), und

b) bei auffälligen Befunden:

- Zeitpunkt und Empfänger der fernmündlichen Befundübermittlung
- Angaben zur Beratung / Besonderheiten (Freifeld)

c) bei Kontrollprobe zusätzlich:

- Bestätigung des Erstbefundes
- Unterrichtung des bereits kontaktierten pädiatrischen Stoffwechselfacharztes oder Endokrinologen in dringenden Fällen

- Anlage 5 Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening

Gemeinsamer Bundesausschuss

Neugeborenen-Hörscreening – Elterninformation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Liebe Eltern,

die Geburt Ihres Kindes liegt gerade hinter Ihnen. Die meisten Kinder kommen gesund zur Welt und bleiben es auch. Es gibt jedoch seltene angeborene oder um den Geburtszeitpunkt auftretende Erkrankungen, die bei Neugeborenen noch nicht durch äußere Zeichen erkennbar sind, wie zum Beispiel Hörstörungen. Bleibende Hörstörungen treten bei etwa 2 von 1000 Neugeborenen auf. Unbehandelt können diese Erkrankungen zu Störungen der Hör-, Sprach- und Kommunikationsentwicklung und nachfolgend der geistigen, sozialen, emotionalen, bildungs- und berufsbezogenen Entwicklung führen. Um solche Hörstörungen zu erkennen, wird eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten (Neugeborenen-Hörscreening).

Warum wird das Neugeborenen- Hörscreening durchgeführt?

Angeborene oder um den Geburtszeitpunkt auftretende Hörstörungen sollten möglichst frühzeitig erkannt werden. Durch eine rechtzeitige Behandlung können die Folgen einer solchen Hörstörung vermieden werden.

Wann und wie wird untersucht?

Das Hörscreening wird in den ersten Lebenstagen Ihres Kindes durchgeführt, möglichst vor der Entlassung aus der Geburtseinrichtung. Die Tests sind völlig schmerzfrei und können durchgeführt werden, während Ihr Kind schläft, am besten nach dem Füttern.

Wie kann man eine Hörstörung feststellen?

Für das Neugeborenen-Hörscreening werden zwei Verfahren angewendet: die Messung der „otoakustischen Emissionen“ und die „Hirnstammaudiometrie“. Bei diesen Verfahren muss Ihr Kind nicht mitarbeiten.

Was sind „otoakustische Emissionen“ und wie werden sie gemessen?

Die Messung der otoakustischen Emissionen (OAE) basiert darauf, dass ein normales Innenohr nicht nur Schall empfangen, sondern auch aussenden kann. Dazu wird eine kleine Sonde in den äußeren Gehörgang eingeführt. Diese gibt leise „Klick“-Geräusche ab. Diese Geräusche werden ins Innenohr fortgeleitet, zur Hörschnecke mit ihren Sinneszellen. Erreichen die Töne ihr Ziel, „antworten“ diese Zellen, ähnlich einem Echo, mit Schwingungen, die wiederum als Schallwellen vom Innenohr zurück ins äußere Ohr übertragen werden. Dort nimmt ein an der Sonde befestigtes winziges Mikrofon die Schallwellen auf und misst, wie stark sie sind. Bleibt das Signal aus oder ist es sehr schwach, kann dies auf eine gestörte Schallaufnahme im Innenohr hinweisen. Die Ursache ist häufig eine Störung der Sinneszellen. Ein schlechtes Messergebnis bedeutet aber nicht immer, dass das Kind schwerhörig ist. Zum Beispiel kann die Signalaufnahme verzerrt werden, wenn das Kind unruhig ist, Flüssigkeit im Ohr hat oder Hintergrundgeräusche stören.

Wie funktioniert die „Hirnstammaudiometrie“?

Durch diese Messung lässt sich feststellen, ob die Übertragung der Schallsignale ins Gehirn richtig funktioniert. Die Hirnstammaudiometrie (englisch: Brainstem electric response audiometry, BERA oder auditory brainstem response, ABR) ist eine spezielle Elektroenzephalografie (EEG) – ein Verfahren, das die vom Innenohr und Teilen der Hörbahn (Hörnerv und Hör-Gehirn) produzierten elektrischen Aktivitäten misst. Vor der Messung werden am Kopf des Kindes zunächst kleine Metallplättchen (Elektroden) auf die Haut geklebt. Über eine Sonde oder einen Kopfhörer werden dann ebenfalls Klickgeräusche in das Ohr gesendet. Über die Elektroden wird gemessen, ob die Schallwellen als elektrische Impulse aus dem Innenohr an das Gehirn weiter geleitet und verarbeitet werden. Ist die Antwort des Innenohrs oder von Teilen der Hörbahn gestört, liegt ein Hinweis auf eine Hörminderung vor, der eine weitere Untersuchung erforderlich macht. Auch dieser Test erfordert eine ruhige Umgebung. Je aktiver und wacher das Kind ist, desto mehr elektrische Signale produziert sein Gehirn, und es wird schwierig, die Signale der Hörbahn von diesen zu unterscheiden. Deshalb ist es am besten, wenn Ihr Kind während der Untersuchung schläft.

Zusammen mit der OAE kann die Hirnstammaudiometrie auch Hinweise liefern, ob das Hören durch eine Schädigung im Innenohr oder der Hörbahn beeinträchtigt ist. Ihr Kind erhält entweder eine der beiden Untersuchungen oder beide.

Was bedeutet das Testergebnis?

Das Ergebnis des Hörscreenings ist noch keine Diagnose. Ein unauffälliges Ergebnis bedeutet, dass eine Hörstörung weitgehend ausgeschlossen werden kann. Ein auffälliges Ergebnis bedeutet noch nicht, dass Ihr Kind schlecht hört, sondern dass das Screening-Ergebnis kontrolliert werden muss. Nur ungefähr ein Kind von 30 bis 40 im Screening auffälligen Kindern hat tatsächlich eine Hörstörung. Dennoch ist es für die weitere Entwicklung Ihres Kindes besonders wichtig, bei einem auffälligen Befund im Screening das Hörvermögen überprüfen zu lassen. Es ist dann eine Kontrolle mittels Hirnstammaudiometrie nötig oder eine genauere, diagnostische Untersuchung des Hörsystems.

Eine Hörstörung kann aber auch erst im Laufe der Entwicklung eines Kindes auftreten, z.B. durch eine Infektion im Kleinkindalter. Deshalb ist es auch nach einem unauffälligen Testergebnis wichtig, dass Sie als Eltern bei Ihrem Kind auch weiterhin darauf achten, ob Ihr Kind gut hört.

Können Hörstörungen bei Neugeborenen behandelt werden?

Neugeborenen-Hörstörungen lassen sich in den meisten Fällen nicht heilen, aber so wirksam behandeln, dass eine weitgehend normale Entwicklung des Kindes zu erwarten ist. Dazu ist meist die Versorgung mit einem oder zwei Hörgeräten nötig, manchmal auch eine Operation des Mittelohrs oder eine Versorgung mit einem Cochlea-Implantat (elektronische Innenohr-Prothese), das Erlernen der Gebärdensprache und eine Frühförderung des Hörens. All diese Behandlungen sind umso wirksamer, je früher sie erfolgen.

Muss Ihr Kind an der Untersuchung teilnehmen?

Die Teilnahme am Neugeborenen-Hörscreening ist freiwillig, die Kosten werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Zum Wohle Ihres Kindes empfehlen wir Ihnen, das Hörscreening durchführen zu lassen.

Wenn Sie mit der Untersuchung jedoch nicht einverstanden sind, informieren Sie bitte das medizinische Personal und unterschreiben Sie im folgenden Feld.

Ich bin mit der Untersuchung nicht einverstanden.

Datum, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

- II. Dieser Beschluss tritt mit den noch zu fassenden Beschlüssen zur Änderung der Dokumentation, zur Evaluation und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie mit der Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Juni 2015

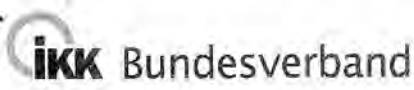
Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

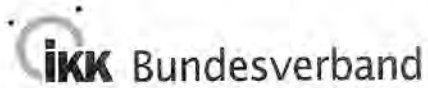
Prof. Hecken

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

A-7 Anhang

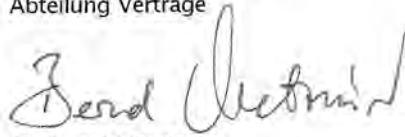
A-7.1 Antrag zur Beratung der Überarbeitung der nach § 135 / § 137c SGB V

		Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I			
IKK-Bundesverband · Postf. 10 01 52 · 51401 Bergisch Gladbach		Eingang: 01. Feb. 2005			
Gemeinsamer Bundesausschuss Geschäftsführung Postfach 1763 53707 Siegburg		Original: <i>Dr. Dietz</i> Kopie: <i>Dr. Dietz</i>			
		Vorstand: GF, StG, StS, P/O, Verw., Abt. II Recht, Medizin			
		Ihr/e Gesprächspartner/in Dr. Dominik Dietz			
		Tel.: 02204 44-114 Fax: 02204 44-66114 E-Mail: dominik.dietz@bv.ikk.de			
		Geschäftszeichen: A 2.5 (1)/eng			
		28. Januar 2005			
<p>Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres ("Kinder-Richtlinien"); hier: Antrag auf Überarbeitung der "Kinder-Richtlinien"</p>					
<p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>hiermit beantragt der IKK-Bundesverband auf Grundlage des § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit den §§ 25, 26 SGB V die Überarbeitung der "Kinder-Richtlinien".</p> <p>Die 1976 beschlossenen "Kinder-Richtlinien" konkretisieren den Anspruch, den versicherte Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügiger Masse gefährden, haben. Neben einem sehr umfangreichen Katalog von Zielerkrankungen beinhalten die Richtlinien die Terminierung der neun Kinderuntersuchungen (U1 – U9) sowie die bei den einzelnen Untersuchungen zu erhebenden Anamnese sowie die Zielorgane/Systeme für die Untersuchung. Der Inhalt der Kinder-Richtlinien ist, mit Ausnahme der Aufnahme des Hüftsonographie-Screenings, des TSH-Screenings sowie des vor kurzem beschlossenen erweiterten Neugeborenen-Screenings, im wesentlichen seit 1976 unverändert. Sowohl auf Grund des medizinischen Fortschritts, der teilweisen Veränderungen der Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen im Kindesalter sowie der wissenschaftlichen Anforderung, die an Früherkennungsprogramme gestellt werden, halten wir eine Überarbeitung für dringend geboten.</p>					
Friedrich-Ebert-Straße (TechnologiePark) 51429 Bergisch Gladbach IKK: 109 900 019 BBNR: 37912580		Telefon: 02204 44-0 Telefax: 02204 44-185 E-Mail: ikk-bundesverband@bv.ikk.de Internet: www.ikk.de		SEB AG Filiale Köln Kölnener Bank von 1867 Postbank Köln	
		Konto-Nr. 1 008 036 600 Konto-Nr. 29 317 003 Konto-Nr. 1 923 00-507		BLZ 370 101 11 BLZ 371 600 87 BLZ 370 100 50	
		Seite 1 von 2 gem. bundesausschuss.doc			



Ziel dieser Überarbeitung ist insbesondere die Überprüfung der derzeit vorgenommenen Maßnahmen, die eventuellen Ergänzungen von Screeninguntersuchungen, die Konkretisierung einzelner Untersuchungsinhalte und die Anforderungen an die die Früherkennungsuntersuchung durchführenden Ärzte.

Mit freundlichen Grüßen
Abteilung Verträge

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bernd Metzinger'.

Dr. Bernd Metzinger

A-7.2 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per Fax: 030 – 275838105

REFERAT 213
BEARBEITET VON Adina Wiebe
HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4242
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 25. September 2015
AZ 213 – 21432 - 26

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 18. Juni 2015
hier: Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis
zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien):
Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o.a. Beschluss vom 18. Juni 2015 über eine
Neufassung der Kinder-Richtlinien wird nicht beanstandet. Die Nichtbeanstandung wird mit
folgenden Auflagen verbunden:

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird aufgegeben,

1. die in § 58 Absatz 2 der Richtlinie vorgesehene Ermächtigung des zuständigen
Unterausschusses zur eigenständigen Vornahme von Richtlinienänderungen in
Dokumentationsvorgaben und Merkblättern – entsprechend der geltenden Fassung der
Kinder-Richtlinien – auf Fälle anlassbezogener Notwendigkeit für eine Änderung zu
beschränken,
2. eine Regelung zum Inkrafttreten des Beschlusses zu treffen, die eine eindeutige
Bestimmung des Zeitpunkts des Inkrafttretens des Beschlusses ermöglicht.

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

SW 2/2013 Die zur Umsetzung der Auflagen erforderlichen Änderungsbeschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 SGB V vorzulegen.

Begründung:

1.

Unter Berücksichtigung des legitimen Zwecks einer Verfahrens- und Umsetzungsbeschleunigung wurde die Delegation von Normsetzungskompetenzen vom Plenum auf Unterausschüsse des G-BA bisher vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) trotz des Fehlens einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage in engen Grenzen als rechtlich vertretbar angesehen, soweit es sich lediglich um technische bzw. redaktionelle Änderungen handelt, die nicht in Rechte Dritter eingreifen sowie den wesentlichen Inhalt der Regelungen nicht berühren. Voraussetzung für eine Ermächtigung des zuständigen Unterausschusses zur Normsetzung hinsichtlich Änderungen an Dokumentationsvorgaben und Merkblättern ist gemäß Abschnitt C Nummer 2 der geltenden Kinder-Richtlinien insbesondere auch, dass sich deren Notwendigkeit aus der praktischen Anwendung ergibt. Die geltende Ermächtigung erfordert also ebenso wie Delegationsregelungen in anderen Richtlinien des G-BA, dort etwa im Hinblick auf erforderliche Anpassungen an Änderungen des ICD-10-GM oder des OPS, einen konkreten Anlass dafür, dass Normsetzungsbeschlüsse ausnahmsweise durch einen Unterausschuss getroffen werden können.

Demgegenüber sieht der vorgelegte Richtlinienbeschluss über eine Neufassung der Kinder-Richtlinien in § 58 Absatz 2 der Richtlinie keine Beschränkung der Ermächtigung des zuständigen Unterausschusses auf Fälle anlassbezogener Notwendigkeit mehr vor. Aufgrund des engen Ausnahmecharakters einer Delegation von Normsetzungskompetenzen auf einen Unterausschuss steht das Erfordernis der Rechtssicherheit einer solchen Ausweitung des Ermächtigungstatbestandes entgegen. Dem G-BA wird daher aufgegeben, den Ermächtigungstatbestand – entsprechend der geltenden Fassung der Kinder-Richtlinien – auf Fälle anlassbezogener Notwendigkeit für eine Änderung zu beschränken. Der erforderliche Änderungsbeschluss ist dem BMG nach § 94 SGB V vorzulegen.

2.

Die unter Ziffer II. des Beschlusses getroffene Regelung, wonach der Beschluss „mit den noch zu fassenden Beschlüssen zur Änderung der Dokumentation, zur Evaluation und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie mit der Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose“ in Kraft trete, ist nicht hinreichend bestimmt. Ein zumindest taggenau bestimmbarer Zeitpunkt für das Inkrafttreten kann dieser Formulierung nicht mit hinreichender Rechtsklarheit entnommen werden. Es bedarf daher eines weiteren, die Ziffer II abändernden Beschlusses, um die erforderliche Rechtsklarheit herbeizuführen. Dieser Beschluss zum Inkrafttreten ist ein

wesentlicher Bestandteil des zur Prüfung vorgelegten Richtlinienbeschlusses und daher erneut nach § 94 SGB V vorzulegen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

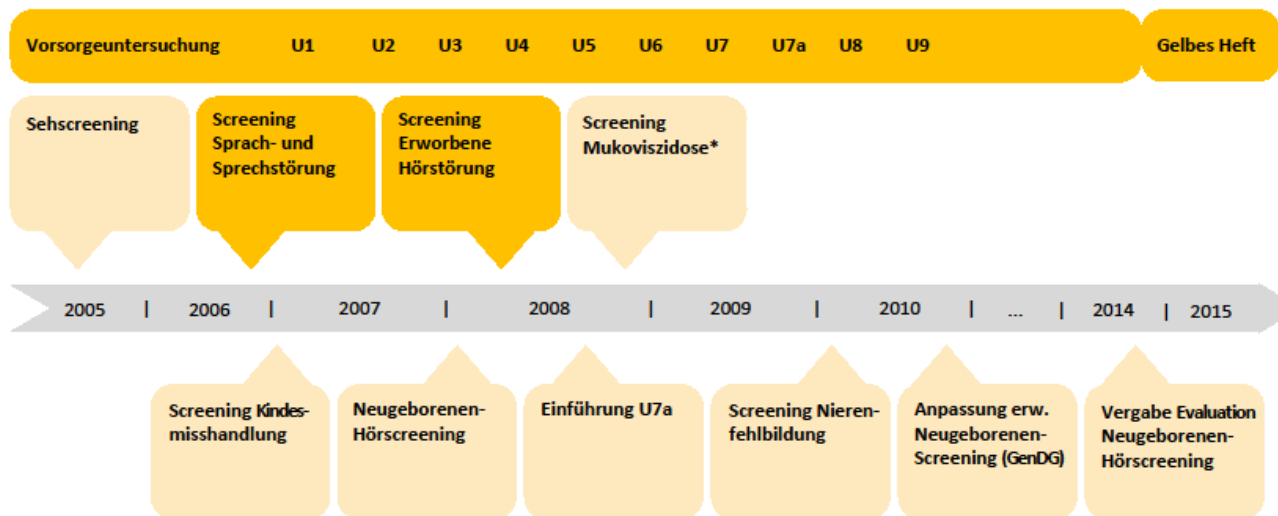
Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann binnen eines Monats nach Zugang schriftlich oder elektronisch gemäß § 65a SGG in Verbindung mit der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2 - 6, 14482 Potsdam Klage erhoben werden.

B Sektorenübergreifende Bewertung der Struktur der Kinder-RL und den neusten medizinischen Erkenntnissen

Allgemeine Organisation des Programms

Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie
Stand: 18. Juni 2015



* Beschlussfassung geplant für den 20.08.2015

- Light orange box: Weitere Bestandteile der Kinder-Richtlinie
- Dark orange box: Themengebiete, die von der Neustrukturierung umfasst sind

B-1 Einleitung und Aufgabenstellung

Gemäß § 26 SGB V haben Kinder derzeit bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Näheres zu den Untersuchungen ist in den Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Das Kinder-Früherkennungsprogramm gehört seit 1971 zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die bestehenden Untersuchungsinhalte wurden in den Jahren 1977 und 1987 grundlegend überarbeitet; seitdem wurden sie kaum verändert. Eine Weiterentwicklung erfolgte hauptsächlich durch die Aufnahme von neuen Untersuchungsterminen und -Bestandteilen (U9, Hüftsonographie, TSH-Screening und erweitertes Neugeborenen-Screening mittels TMS).

Der IKK-Bundesverband hatte am 01.02.2005 den Antrag zur inhaltlichen Überarbeitung der Kinder-Richtlinien dem damaligen Unterausschuss "Prävention" vorgelegt. Die 2005 begonnene Überarbeitung gliedert sich in zwei Hauptbereiche. Zunächst erfolgten Nutzenbewertungen für neue Untersuchungsverfahren. Auf dieser Grundlage erfolgte in einem zweiten Schritt die Überarbeitung der U1 - U9. Hierbei wurden auch die Ergebnisse der Beratungen zu den Anträgen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 28.01.2005 zur Beratung der „Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ und „Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen“ berücksichtigt.

Seit Beginn der Beratungen Anfang 2005 hat der G-BA zu einzelnen Themen bereits Teilbeschlüsse gefasst (siehe Tabelle 1 und 2):

Am 13.09.2007 hat der G-BA den Beschluss gefasst, kein bevölkerungsbasiertes Screening zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung in die Kinder-Richtlinien aufzunehmen, weil es derzeit keine standardisierten und validierten Screening-Instrumente für einen bevölkerungsweiten Einsatz gibt (Tabelle 1).

Im darauffolgenden Jahr hat der G-BA am 15.05.2008 die Einführung einer zusätzlichen Untersuchung (U7a) im Alter von drei Jahren beschlossen (Tabelle 1). Der G-BA hat damit zeitnah auf Erkenntnisse und Entwicklungen reagiert, die sich durch die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, durch den strukturellen Vergleich des nationalen mit internationalen Kinderuntersuchungsprogrammen wie auch durch die jüngst publizierten Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys KIGGS ergeben haben. Es wurde auch eine Forderung aus der aktuellen gesellschaftlichen Debatte über einen verbesserten Kinderschutz vor Misshandlung und Vernachlässigung aufgegriffen. In diesem Zusammenhang wurden in den letzten Jahren in den meisten Bundesländern gesetzliche Regelungen für ein Einladungsverfahren sowie eine Überprüfung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien geschaffen.

Am 19.06.2008 hat der G-BA beschlossen, ein Neugeborenen-Hörscreening einzuführen (Tabelle 2).

Das Thema „Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege“ wurde ebenfalls prioritär beraten, da in der Versorgungspraxis bereits verschiedene „graue“ Screeningprogramme existieren, für die es keine einheitlichen Vorgaben gibt. Aufgrund der unsicheren Datenlage hat der G-BA am 11.11.2008 die Aufnahme eines universellen Screenings auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege in die Kinder-Richtlinien nicht empfohlen (Tabelle 1).

Neben den Themen zu denen der G-BA bereits Teilbeschlüsse getroffen hat, wurden Nutzenbewertungen für folgende Themenbereiche durchgeführt:

Die folgenden zwei Teilberatungsthemen zur Änderung Kinder-Richtlinien werden einem separaten Stellungnahmeverfahren zugeführt und mit der entsprechenden Zusammenfassenden Dokumentation begleitet.

Für das Teilberatungsthema ‚Sehscreening‘ wird ein separater Beschluss gefasst, da die Beratungen auf der Grundlage des Antrags der KBV vom 28.01.2005 zur „Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ durchgeführt wurden. Die Nutzenbewertung erfolgte auf der Grundlage des IQWiG-Berichts: „Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen für Kinder bis zum 6. Lebensjahr“ vom 01.04.2008.

Das Teilberatungsthema ‚Screening auf Zystische Fibrose (Mukoviszidose)‘ wurde aufgrund der eingegangenen ersten Stellungnahmen zur inhaltlichen Überarbeitung der Kinder-Richtlinien separat am 13.03.2008 im Bundesanzeiger veröffentlicht und ein weiteres erstes Stellungnahmeverfahren dazu eingeleitet. Die Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA wurde mit einer systematischen Recherche und Bewertung der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage zum Nutzen eines Neugeborenen Screenings auf Mukoviszidose beauftragt. Auf Grundlage der letztmalig aktualisierten Fassung vom 08.05.2013 wurde von der AG Kinder-RL die Nutzenbewertung sowie die Bewertung der Wirtschaftlichkeit und sektorenbezogenen Notwendigkeit weitestgehend abgeschlossen.

Die folgenden zwei Teilberatungsthemen mit den entsprechenden Teilabschlussberichten (TAB) wurden diesem Stellungnahmeverfahren zugeführt sowie die Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9.

Die Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache hat eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung dieser Entwicklungsstörungen zum Ziel, damit Entwicklungsbeeinträchtigungen und deren möglicherweise lebenslange Konsequenzen vermieden oder zumindest vermindert werden (siehe TAB, Anlage 1 der ZD). Grundlage der Nutzenbewertung ist der IQWiG Abschlussbericht „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ vom 17.06.2009 (siehe Anlage 1a der ZD), die Bewertung von Studien zu umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (siehe Stellungnahme der Fachberatung Medizin des G-BA, Anlage 1b der ZD) sowie das IQWiG Arbeitspapier vom 10.01.2011 zur Bewertung der KiSS.2-Studie (siehe Anlage 1c der ZD).

Zur Früherkennung von angeborenen Hörstörungen wurde 2008 das Neugeborenen-Hörscreening neu in die Kinder-Richtlinien aufgenommen. Auch nach dem Neugeborenenalter können entwicklungsrelevante, erworbene Hörstörungen auftreten (siehe TAB, Anlage 2 der ZD). Für relevante Fragestellung zu diesem Themenbereich hat die AG Kinder eine systematische Literaturrecherche für den Zeitraum von 1990 - 2008 bei der FB Medizin veranlasst.

Im Rahmen der Überarbeitung der U1 - U9 wurde geprüft, inwieweit die Ergebnisse beider Teilberatungsthemen in die Vorsorgeuntersuchungen integriert werden können.

Die Vorsorgeuntersuchungen U1- U9 wurden in Folge der Überarbeitung ebenfalls neu strukturiert. Bisher wurden im Rahmen von U1- U9 diverse Merkmale zur Beurteilung der kindlichen Entwicklung erfasst. Um die Entwicklung besser beurteilen zu können, wurden diese Merkmale überarbeitet und sollen in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst werden. Folgende Grundstruktur soll umgesetzt werden:

1. Ziele und Schwerpunkte
2. Anamnese
3. Orientierende (GKV-SV/ PatV) Beurteilung der Entwicklung
4. Eingehende körperliche Untersuchung
5. Sonstiges (z. B. Aufklärung über Impfungen)

Die Dokumentation zu den Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9 sowie den weiteren Früherkennungsuntersuchungen (siehe Anlagen 2 - 7 der Kinder-Richtlinien) wird nach Beschlussfassung zu der Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien im Abschnitt D geregelt.

Tabelle 1. Übersicht der Beratungsthemen, die aufgrund des Antrags des IKK-BV zur inhaltlichen Überarbeitung der Kinder-Richtlinien beraten wurden

Beratungsthemen	Beratungszeitraum	Beschluss	Dokumentation
Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien; Anpassung der Dokumentation im Gelben Heft	2005-2014 2014-2016	18.06.2015 19.05.2016 07.07.2016	In dieser ZD
Screening auf Kindesmisshandlung	2005-2007	13.09.2007	Kinder-Richtlinien (Screening auf Kindesmisshandlung) www.g-ba.de
Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a	2005-2008	15.05.2008	Kinder-Richtlinien (Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a) www.g-ba.de
Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache	2006-2011 Stellungnahme verfahren eingeleitet	18.06.2015	Siehe Anlage 1 der ZD
Screening auf Nierenfehlbildung und Fehlbildung der ableitenden Harnwege	2007-2010	11.11.2010	Kinder-Richtlinien (Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege) www.g-ba.de
Screening auf erworbene Hörstörungen bei Vorschulkindern	2008-2010 Stellungnahme verfahren eingeleitet	18.06.2015	Siehe Anlage 2 der ZD
Screening auf Mukoviszidose	2007-2014 Separates Stellungnahme verfahren eingeleitet	20.08.2015,	Kinder-Richtlinien (Screening auf Mukoviszidose) www.g-ba.de

Tabelle 2. Übersicht der Beratungsthemen zu Änderungen der Kinder-Richtlinien ab 2005, unabhängig vom Antrag des IKK-BV

Beratungsthemen	Beratungszeitraum	Beschluss	Dokumentation
Neugeborenen-Hörscreening	2005-2008	19.06.2008	Kinder-Richtlinie (Neugeborenen-Hörscreening) www.g-ba.de
Anpassung des Erweiterten Neugeborenen-Screenings an das Gendiagnostikgesetz	2009-2010	16.12.2010	Kinder-Richtlinien (Anpassung des Erweiterten Neugeborenen-Screenings an das Gendiagnostikgesetz) www.g-ba.de
Sehscreenings bei Kindern	2005-2012	16.07.2015	Kinder-Richtlinie (Sehscreening bei Kindern) www.g-ba.de
Prüfung des Screenings auf schwere congenitale Herzfehler mittels Pulsoxymetrie	2013-2016	Beschlussfassung nach der Neustrukturierung der Kinder-RL	www.g-ba.de

B-2 Medizinische Grundlagen

Die 1976 beschlossenen Kinder-Richtlinien konkretisieren den Anspruch, den versicherte Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Neben dem sehr umfangreichen Katalog von Zielerkrankungen, sind in den Kinder-Richtlinien auch die Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen (U1 - U9), die bei den einzelnen Untersuchungen zu erhebenden Anamnesen sowie die Organe und Organsysteme für die einzelnen Untersuchungen geregelt.

Sowohl auf Grund des medizinischen Fortschritts, der teilweise veränderten Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen im Kindesalter sowie der wissenschaftlichen Anforderung, die an Früherkennungsprogramme gestellt werden, wurde eine inhaltliche Überarbeitung und damit im Ergebnis eine Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien durchgeführt.

B-3 Informationsgewinnung und -auswahl

B-3.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen zum Beratungsthema

Das Beratungsthema "Inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) der Kinder-Richtlinien" wurde am 1.02.2005 vom Unterausschuss Prävention priorisiert, am 23.01.2005 im Plenum beschlossen und am 9.04.2005 im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Mit der Veröffentlichung des Beratungsthemas wurde insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztegesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen, sowie Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Zur Strukturierung des Themenkomplexes wurde ein Fragenkatalog entwickelt, um die für den G-BA relevanten Informationen systematisiert einzuholen. Es wurde darum gebeten, dass die Aussagen zum Nutzen, zur Medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch beizufügende wissenschaftliche Veröffentlichungen belegt werden. Der Fragenkatalog wurde allen zugeschickt, die der Geschäftsführung mitteilten, dass sie eine Stellungnahme abgeben wollten (vgl. Anhang B-4.1.2). Aufgrund der Veröffentlichung sind insgesamt 16, Stellungnahmen zu den unterschiedlichsten Themenbereichen eingegangen. Es wurden auch formlose Mitteilungen als Stellungnahme gewertet. Dazu zählen auch Stellungnahmen, die im Jahr 2006 zu diesem Beratungsthema im Zusammenhang mit der „Inhaltliche Überarbeitung der Kinderrichtlinie“ eingeschickt wurden. Alle Stellungnahmen wurden für den Teil A des Fragenkatalogs zusammengefasst und für den Teil B getrennt nach Zielerkrankungen dargestellt. Alle in den Stellungnahmen genannten Zielerkrankungen wurden in einer Synopse zusammengefasst (siehe Anhang B-4.1.4).

Ergänzend zu den Stellungnahmen erfolgte eine Recherche zu bestehenden internationalen Programmen und Empfehlungen. Die TG sichtete Reviews/Berichte von folgenden Organisationen:

- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination
- Child and Youth Health Intergovernmental Partnerships, Australia
- U.S. Preventive Task Force
- UK National Screening Committee
- ANAES, Frankreich

Die durch die Recherche identifizierten Empfehlungen wurden ebenfalls in die Synopse der Zielkrankheiten aufgenommen und kurz erläutert (siehe Anhang B-4.2.1.1). Die Synopse der Zielkrankheiten enthält eine umfangreiche Anzahl von Zielkrankheiten/Themenkomplexen, die in den Stellungnahmen zur Aufnahme in die Kinder-Richtlinien vorgeschlagen bzw. von internationalen Organisationen als Zielerkrankungen für Screening-Maßnahmen überprüft wurden. Ein Teil dieser Zielkrankheiten/Themenkomplexe wurde nicht beraten, da es sich entweder nicht um eine geeignete Zielerkrankung für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres handelt, die genannte Zielerkrankung bereits beraten wurde (z. B. angeborene Hüftgelenkdysplasie; Neuroblastom) oder die Zielkrankheit im Sinne eines "Casefindings" durch eine klinischen Untersuchung entdeckt wurden. Die zusammengefassten Zielerkrankungen wurde im UA Prävention am 6.06.2006 beraten und auf der Grundlage der Relevanz als mögliche Screeningmaßnahme gemäß §25 Abs. 3 SGB V und § 5 Kapitel 2 Verfahrensordnung (VerfO) priorisiert.

Die Teilthemen gliederten sich in folgende Bereiche (I-III) auf.

I. Themen für die vorrangige Bearbeitung in der TG:

- Kindesvernachlässigung/-misshandlung (frühe Identifizierung von Kindern aus Risikofamilien, etc.) – Bearbeitung durch die AG erfolgt
- CF/Mukoviszidose – Bearbeitung durch die AG erfolgt
- Früherkennung von Kindern mit angeborenen Nierenfehlbildungen („urologische Fehlbildungen“) – Bearbeitung durch die AG erfolgt
- Früherkennung von Kindern mit Harnwegsinfekten (Urinuntersuchung zur Entdeckung von Nierenerkrankungen und sonstigen Erkrankungen), Prüfung der Beleglage aus der entspr. SN – Bearbeitung durch die AG erfolgt
- Entwicklungsstörungen – Beauftragung des IQWiG erfolgt
 - sprachlich
 - kognitiv
 - psychosoziale
 - tiefgreifend
 - Psychosen
 - Frühkindlicher/Asperger Autismus
 - motorisch (z.B. Cerebralpareesen)
 - neuromotorische Störungen
 - psychomotorische Störungen
- Erworbene Hörstörungen – Bearbeitung durch die AG und FB Medizin
- Überarbeitung des Manuals für die Klinische Untersuchung im Rahmen der U-Untersuchungen
- allergische Disposition – Bearbeitung TG, orientierende Beurteilung
- Angeborene, metabolische und endokrine Störungen/ Erweitertes Neugeborenen-Screening – Bearbeitung nach Vorlage der Ergebnisse der Screeningkommission sowie der QS-Berichte der KVen im Rahmen der vorgegebenen Überprüfung:
 - Angeborene adrenale Hyperplasie
 - Duchenne-Muskeldystrophie
 - Morbus Gaucher
 - Hämoglobinopathien(z.B. Sichelzellanämie)
 - Morbus Canavan
 - Neonatale Alloimmunthrombozytopenie

II. Bearbeitung im zweiten Durchgang erfolgte im Kontext mit den Beratungen zur standardisierten, klinischen Untersuchung:

- Wachstumsstörungen (Messung Längenwachstum)
- Gedeihstörungen (Messung Längenwachstum und Körpergewicht)
- Eisenmangelanämie
- Adipositas (Frage ab wann BMI-Messung sinnvoll ist)
- Angeborene Störungen des Herz- u. Kreislaufsystems (Memo: Prüfung britischer HTA)
- Maleszensus testis/Genitalfehlbildungen
- Neonatale Cholestase (z.B. Gallengangsatresie)
- Milchzahnkaries
- Zahn- und Kieferfehlstellungen (Dysgnathien)
- Frühe Fütter-, Schrei- und Schlafstörungen (Regulationsstörungen, Bindungsstörungen)
- Infektionskrankheiten/ Impfungen (Dokumentation/Organisation)
- skelettale Erkrankungen/Auffälligkeiten, Spina bifida und Hydrozephalus
- Marfan-Syndrom
- Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (u.a. submukös, Pierre-Robin-Syndrom)

III. In den Stellungnahmen bzw. recherchierten Screeningempfehlungen benannte Zielerkrankungen, für die nach gegenwärtigem Stand der Prüfung der Unterlagen eine weitere Bearbeitung nicht angezeigt ist:

- Metabolisches Syndrom (Entscheidung nach Abgleich KIGGS-Daten 09/06)
- Diabetes mellitus Typ 2 (nach Abgleich KIGGS-Daten 09/06)
- Diabetes mellitus Typ 1 (da akut manifestierende, chronifizierende Erkrankung)
- Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im Erwachsenenalter (bisher keine therapeutische Konsequenz bekannt)
- Angeborene Hüftgelenkdysplasie (bereits Bestandteil der Kinderfrüherkennungsuntersuchung, Evaluation ist erfolgt)
- Asthma bronchiale (da akut manifestierende, chronifizierende Erkrankung)
- Passives Rauchen (Primärprävention)
- Bleivergiftung/-belastung (kein aktuelles Gesundheitsproblem in Deutschland)
- Neuroblastom (nach Ergebnissen des deutschen Modellprojektes 1995-2000 mehr Schaden als Nutzen)
- Atlantoaxiale Instabilität (Abklärungsdiagnostik bei Morbus Down)
- Krebserkrankungen (wegen Polyätiologie und unspezifischer Symptomatik keine Früherkennungsmaßnahmen für Kinder)

Anhand der inhaltlichen Komplexität der Teilthemen und den ggf. verfügbaren Literaturquellen wurde im Rahmen der Beratungen Aufträge an das IQWiG oder die FB Medizin vergeben.

In der Sitzung vom 19.12.2006 hat das Plenum des G-BA an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den Auftrag erteilt für die Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache eine Nutzenbewertung durchzuführen. Das Ergebnis ist im Teilabschlussbericht abgebildet (vgl. TAB ‚Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache‘, siehe Anlage 1 der ZD).

Die AG Kinder-RL hat am 08.08.2007 die FB Medizin mit der orientierenden Recherche zum Teilberatungsthema: Screening auf Nierenfehlbildung beauftragt. Das Ergebnis ist in den Beschlussunterlagen des Plenums vom 11.11.2010 aufgeführt (vgl. Dokumentation auf der Internetseite des G-BA: www.g-ba.de).

Die AG Kinder-RL hat am 13.02.2008 die FB Medizin zur orientierenden Recherche zum Teilberatungsthema: Erworbene Hörstörungen beauftragt. Das Ergebnis ist im Teilabschlussbericht abgebildet (vgl. TAB ‚Erworbene Hörstörungen‘, siehe Anlage 2 der ZD).

Der G-BA hat nach § 91 Abs. 5 SGB V in seiner Sitzung am 13.03.2008 die FB Medizin mit einer systematischen Recherche und Bewertung der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage zum Nutzen eines Neugeborenen Screenings auf Mukoviszidose beauftragt.

Die AG Kinder-RL hat am 12.11.2008 ein Expertengespräch zum Teilberatungsthema: Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege anberaumt. Das Ergebnis ist in den Beschlussunterlagen des Plenums vom 11.11.2010 aufgeführt (vgl. Dokumentation auf der Internetseite des G-BA, www.g-ba.de).

Die Themen aus den Bereichen I-III wurden in die Beratung zur Neustrukturierung der Kinder-RL einbezogen. Die Beratungen dazu sind abgeschlossen.

B-4 Anhang

B-4.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens

B-4.1.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger

BAnz. Nr. 67 (S. 5707) vom 09.04.2005

Bekanntmachungen

■ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Bekanntmachung [1333 A] des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über weitere Beratungsthemen zur Überprüfung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Vom 23. Februar 2005

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue oder bereits in der vertragsärztlichen Versorgung angewendete ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet gemäß § 135 Abs. 1 SGB V darüber, ob und unter welchen Vorgaben die jeweiligen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden zu Lasten der GKV durchgeführt werden können. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Unterausschuss veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Entsprechend der Festsetzung des Unterausschusses vom 1. Februar 2005 wird zusätzlich folgendes Thema beraten:

— Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien

Mit dieser Veröffentlichung soll insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Stellungnahmen zu oben genanntem Thema sind anhand eines Fragenkataloges innerhalb einer Frist von zwölf Wochen nach dieser Veröffentlichung möglichst in elektronischer Form einzureichen und themenbezogen an folgende Adresse zu senden:

Kinder-rili@g-ba.de

Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Siegburg, den 23. Februar 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Dr. jur. R. H e s s

B-4.1.2 Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens

Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 5 SGB V Unterausschuss "Prävention"

Fragenkatalog zum Thema: „Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchung“

Vorbemerkung:

§ 26 SGB V i.V. mit § 25 sowie 135 Abs. 1 SGB V legt die Voraussetzungen fest, unter denen bei Kindern Früherkennungsuntersuchungen von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt werden können.

Der nachfolgende Fragenkatalog orientiert sich an diesen gesetzlichen Vorgaben und der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ihre Stellungnahme soll den Bundesausschuss bei der Beurteilung unterstützen, ob und für welche Inhalte (z.B. Untersuchungen, Beratungen) diese gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Maßgeblich für die Beratung des Gemeinsamen Bundesausschusses sind vor allem die wissenschaftlichen Belege (Studien und sonstige wissenschaftliche Literatur), die Sie zur Begründung Ihrer Stellungnahme anführen (zitierte Literatur bitte möglichst in Kopie oder in elektronischer Form beifügen).

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um die Überarbeitung sowohl des gesamten Früherkennungsprogramms als auch um die einzelnen Inhalte handelt. Daher gliedert sich der Fragenkatalog in zwei Abschnitte.

A. Allgemeine Fragen zum Kinder-Früherkennungsprogramm:

1. Gibt es Ihres Erachtens eine geeignetere Konzeption für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen im deutschen Versorgungskontext als das bisher etablierte Programm (ärztliche Untersuchungen in bestimmten Altersabschnitten) und ist eine bessere Nutzenbilanz (Akzeptanz, Wirksamkeit etc.) belegt? Wenn ja, stellen Sie bitte die Grundzüge dar.
2. Welche derzeit in den Kinder-Richtlinien geregelten Inhalte des Kinderfrüherkennungsprogramms halten Sie für erhaltenswert, welche für überarbeitungsbedürftig, und warum?
3. Welche Untersuchungsbestandteile halten Sie für obligat und welche für fakultativ?
4. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach modifiziert oder Zielerkrankungen, die konkretisiert werden müssen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten speziellen Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.
5. Halten Sie zusätzliche Maßnahmen für sinnvoll? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.
6. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach nur für bestimmte Risikogruppen angeboten werden sollen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

7. Welche Strategien empfehlen Sie zur Erhaltung bzw. Steigerung der Inanspruchnahmerate der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen?
8. Würden Sie eine andere als die bisherige Dokumentation der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich Ziel, Inhalt und Form befürworten? Wenn ja, wie könnte eine neue Dokumentation strukturiert werden?
9. Haben Sie darüber hinausgehende weitere Anregungen zu dem Programm?

Da der Bundesausschuss für jede aufzunehmende Früherkennungsuntersuchung die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen zu überprüfen hat, bitten wir Sie, die Fragen in Teil B für jede der von Ihnen vorgeschlagenen Untersuchung separat zu beantworten.

B. Fragen zur jeweiligen, konkreten Maßnahme des Früherkennungsprogramms:

Voraussetzung 1:

Es soll sich um eine Krankheit handeln, die wirksam behandelt werden kann.

1. Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)
2. Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?
3. Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?
4. Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?
5. Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?

Voraussetzung 2:

Vor- oder Frühstadien sollen durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sein.

6. Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?
7. Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/ Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.
8. Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität).
9. Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?

Voraussetzung 3:

Die Krankheitszeichen sollen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.

10. Vorgehen bei auffälligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchung möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.
11. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?

Voraussetzung 4:

Genügend Ärzte und Einrichtungen sollen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

12. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?
13. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?
14. Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)?

Einschätzung der Wirtschaftlichkeit:

15. Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nicht-ärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?
16. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungsuntersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?
17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?
18. Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?

Offenlegung von Interessen:

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie Angaben zu Interessen Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Schlussbemerkung

Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden und die Sie darstellen möchten?

Bitte ergänzen Sie Ihre Stellungnahme obligat durch eine Liste der zitierten Literatur und eine Liste der Anlagen.

B-4.1.3 Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens

B-4.1.3.1 Übersichtslisten (Stand: 12. Juli 2006)

der eingegangenen Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas:

„Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“

Lfd. Nr.	Institution	Autor	Titel	Briefdatum	Eingangsdatum
1	Hilfe für das autistische Kind Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen Landesverband Bayern e. V.	Dr. N. Nieß		11.04.2005	02.06.2005
2	gemeinsame Stellungnahme der Firmen Chiron Vaccines, GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur MSD GmbH, Solvay Arzneimittel und Wyeth Pharma, vertreten in der Arbeitsgruppe Impfstoffe im Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller e.V.	Frau Doris-Ulrike Meyer National Key Account Manager	Stellungnahmen der Firmen Chiron Vaccines, GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur MSD GmbH, Solvay Arzneimittel und Wyeth Pharma zu den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.	30.06.2005 30.06.2005	30.06.2005 06.07.2005

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

3	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Herr Harald Lehmann Stellv. Direktor Frau Dr. Monika von dem Knesebeck	Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Unterausschuss „Prävention“ zum Thema „inhaltliche Bearbeitung der Kinderrichtlinien“	29.06.2005	01.07.2005 Per Post
4	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Herr Dipl.-Psych. Timo Harfst	Kinder-Richtlinien – Stellungnahme der BPtK	05.07.2005	05.07.2005 Per E-Mail
5	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)	Frau Dr. Monika Rausch Frau Katrin Kolfenbach	Stellungnahme Kinder-Richtlinien	05.07.2005 06.07.2005	05.07.2005 07.07.2005 Per E-Mail Per Post
6	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ)	Prof. Dr. med. Dr. h. c. Dietrich Niethammer Generalsekretär DAKJ e. V.	Überarbeitung der Kinderrichtlinien	05.07.2005	13.07.2005 Per Post 14.07.2005 Per E-Mail Teil B am 05.10.2005
7	Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (DSB)	Frau Renate Welter – Vizepräsidentin	Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchung	27.06.2005	28.06.2005 Per E-Mail

Lfd. Nr	Institution	Autor	Titel	Briefdatum	Eingangsdatum
8	Marfan Hilfe	Frau Christiane Ulbrich	Kinderscreening	19.01.2006	19.01.2006 Per Email
9	Mukoviszidose e. V.	Herr Dipl.-Kfm. Hans-Detlev Kunz (Patientenvertreter im G-BA)	Früherkennung Cystische Fibrose	31.01.2006	02.02.2006 Per Brief
10	BVL-Legasthenie	Frau Christine Sczygiel 1. Vorsitzende BVL	Notwendige ergänzende Kinder-untersuchungen im Rahmen der GKV	01.03.2006	02.03.2006 Per Email
11	Deutsche Leukämie- Forschungshilfe	Frau Gerlind Bode Geschäftsführerin	Stellungnahme zu Kinder- Richtlinien	28.03.2006	28.03.2006 Per Email
12	DGKJP	Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski (BAG) Dr. med. Christa Schaff (BKJPP) Prof. Dr. med. Renate Schepker (BAG) Prof. Dr. med. Michael Schulte- Markwort (DGKJP)	Stellungnahme Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsunter- suchung [Version vom 03.04.2006 enthielt Grafikfehler, mit Mail am 24.04.06 korrigiert]	03.04.2006	03.04.2006 Per Email
13	Fachbeirat ASBH	Dr. A. Ermert	Rehabilitationsplan zur medizinischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit Spina bifida und Hydrozephalus	22.03.2006	22.03.2006 Per Email

<p>14</p>	<p>EVU-Arbeitsgruppe, Sprecher der Arbeitsgruppe ist Chefarzt Dr. Peter Melchers, Krankenhaus Gummersbach GmbH</p>	<p>Dr. Peter Melchers, Kreiskrankenhaus Gummersbach, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sprecher der Arbeitsgruppe Dipl.-Psych. Stephan Floß, St.-Marien-Hospital Düren, Kinderklinik, stellv. Leiter des SPZ Prof. Dr. Ingeborg Brandt, Universitäts-Kinderklinik Bonn Dr. Karl-Josef Eßer, St.-Marien-Hospital Düren, Chefarzt der Kinderklinik Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, Universitätsklinik Köln, Direktor Kinder- und Jugendpsychiatrie Prof. Dr. Hellgard Rauh, Universität Potsdam, Psychologisches Institut PD Dr. Elisabeth Sticker, Universität Köln, Psychologisches Institut</p>	<p>Beratung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Unterausschuss "Prävention" zum Thema „Inhaltliche Bearbeitung der Kinder-Richtlinien“</p>	<p>06.02.2006</p>	<p>13.02.2006 Per Brief</p>
<p>15</p>	<p>Selbsthilfvereinigung für Lippen-Gaumen-Fehlbildungen e.V. -Wolfgang Rosenthal Gesellschaft,-</p>	<p>Frau Dr. M. Grzonka, Herrn Dr. H. Koch und Herrn Prof. Dr. Dr. J. Koch</p>	<p>Die submuköse Segel-Gaumen-Vomer-Fehlbildung (SGVF) -eine diagnostische Herausforderung“</p>	<p>17.02.2006</p>	<p>17.02.2006 Per Email</p>

16	H., R. und Chr. Joithe	H., R. und Chr. Joithe	Kinderfrüherkennungsrichtlinie, Erweiterung auf Regeltests zur Früherkennung des Diabetes Typ I	26.12.2005	02.01.2006 Per Post
----	------------------------	------------------------	---	------------	-------------------------------

B-4.1.4 Inhalte / Zusammenfassung der Inhalte der Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens

B-4.1.4.1 Synopse der Stellungnahmen „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“

Stellungnahmen, die den Fragebogen Teil A beantwortet haben, werden in der nachfolgenden Synopse zusammengefasst. Wurde auch Teil B zu einzelnen Zielerkrankungen beantwortet, wird dieser Teil hier nur kurz dargestellt und nach Zielerkrankungen bzw. Erkrankungskomplexen getrennt in Synopsen erfasst.

Sonstige Mitteilungen zum Beratungsthema, die nicht den Fragebogen beantwortet haben, aber gezielt auf die Aufnahme bestimmter Zielerkrankungen in die Kinder-Richtlinien hinwiesen, werden nur in der Synopse der potentiellen Zielerkrankungen ("Zielerkrankungs-Katalog") aufgeführt.

1. Stellungnahmen und Mitteilungen			
Stellungnehmende	Autor(en)	Abkürzung in den Synopsen	Anmerkung
Deutscher Schwerhörigenbund e.V. Bundesverband der Schwerhörigen und Ertaubten	Renate Welter Vizepräsidentin des Schwerhörigenbund e. V.	DSB	Fragebogen Teil A und B
Hilfe für das autistische Kind Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen Landesverband Bayern e. V.	Dr. Nr. Nieß Vorsitzende des Vorstandes	Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen	Mitteilung: Forderung, dass im Untersuchungsheft auf die Checkliste des Autismus LV verwiesen wird bzw. Items aufgenommen werden siehe Zielerkrankungskatalog

<p>Gemeinsame Stellungnahme der Firmen: Chiron Behring GmbH & Co KG GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG Sanofi Pasteur MSD GmbH Solvay Arzneimittel GmbH Wyeth Pharma GmbH</p>	<p>Dr. Walter Geike Leiter Geschäftsbereich Impfstoffe Doris Ulrike Meyer National Key Account Manager Gesundheitspolitik Impfstoffe</p>	<p>gsk</p>	<p>alle Firmen sind Mitglied in der Arbeitsgruppe Impfstoffe im Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller e. V. Fragebogen Teil A und B</p>
<p>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</p>	<p>Harald Lehmann stellv. Direktor Dr. Monika von dem Knesebeck verantw. für das Projekt „Eltern-Ordner „Gesund groß werden“.</p>	<p>BZgA</p>	<p>Fragebogen Teil A, bei Teil B Verweis auf SN DAKJ</p>
<p>BundesPsychotherapeutenKammer</p>	<p>Lothar Wittmann Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer</p>	<p>BPtK</p>	<p>Fragebogen Teil A und B</p>
<p>Deutscher Bundesverband der Logopädie e.V.</p>	<p>Dr. Monika Rausch unter Mitarbeit von Katrin Kolfenbach</p>	<p>dbl</p>	<p>Fragebogen Teil A und B</p>

<p>Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., diese vertritt als Dachverband die Interessen folgender Fachgesellschaften: Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.</p>	<p>Prof. Dr. Dr. Dietrich Niethammer Generalsekretär Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.</p>	<p>DAKJ</p>	<p>Stellungnahmen aus den Fachgesellschaften eingeholt Fragebogen Teil A und B Der Stellungnahme ist eine tabellarische Zusammenfassung der Zielerkrankungen beigefügt. Teilweise wurden von den Fachgesellschaften zusätzlich noch ausführliche SN anhand des Fragebogens Teil B eingereicht. Unabhängig davon wurden alle Zielerkrankungen der Tabelle in den Zielerkrankungskatalog aufgenommen.</p>
<p>EVU-Arbeitsgruppe Mitglieder dieser Arbeitsgruppe: Dr. Peter Melchers Dipl. Psych. Stephan Floß Prof. Dr. Ingeborg Brandt Dr. Karl-Josef Esser Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl Prof. Dr. Hellgard Rauh PD Dr. Elisabeth Sticker</p>	<p>Dr. Peter Melchers (Sprecher der EVU Arbeitsgruppe)</p>	<p>EVU</p>	<p>EVU-Arbeitsgruppe wurde 1996 gegründet zwecks Erarbeitung und Evaluation eines ergänzenden entwicklungsneurologischen und entwicklungspsychologischen Screeningverfahrens Fragebogen Teil A und B</p>

<p>Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)</p> <p>Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)</p>	<p>Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisiniski, Schriftführer der BAG</p> <p>Dr. med. Christa Schaff Vorsitzende des BKJPP</p> <p>Prof. Dr. med. Renate Schepker, Vorsitzende der BAG</p> <p>Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort Präsident der DGKJP</p>	<p>BAG, BKJPP, DGKJP</p>	<p>Fragebogen Teil A und B</p>
<p>Selbsthilfevereinigung für Lippen-Gaumen-Fehlbildungen e.V. -Wolfgang Rosenthal Gesellschaft-</p>		<p>Selbsthilfevereinigung für Lippen-Gaumen-Fehlbildungen e.V.</p>	<p>Mitteilung: Informationen zur submuköse Segel-Gaumen-Vomer-Fehlbildung (SGVF) siehe Zielerkrankungskatalog</p>
<p>M. Ballmann M. Stuhmann- Spangenberg MHH- Hannover Mukoviszidose e.V.</p>	<p>M. Ballmann M. Stuhmann- Spangenberg</p>	<p>Mukoviszidose e.V.</p>	<p>Mitteilung: Diskussionspapier zur Früherkennung der cystischen Fibrose siehe Zielerkrankungskatalog</p>

<p>Deutsche Leukämie-Forschungshilfe Aktion für krebskranke Kinder e.V. Dachverband Bonn</p>	<p>Gerlind Bode Geschäftsführung</p>	<p>Deutsche Leukämie-Forschungshilfe</p>	<p>Mitteilung: Hinweis auf Krebserkrankungen bei der routinemäßigen Ganzkörper-Untersuchungen siehe Zielerkrankungskatalog</p>
<p>Bundesverband "Arbeitsgemeinschaft Spina bifida - Hydrozephalus (ASBH)" Dortmund</p>	<p>Dr. A. Ermert Pädiater und Fachbeirat ASBH</p>	<p>ASBH</p>	<p>Mitteilung: Rehabilitationsplan zur medizinischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit Spina bifida und Hydrozephalus siehe Zielerkrankungskatalog</p>
<p>BVL - Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. Hannover</p>	<p>Simone Wejda Geschäftsführerin</p>	<p>BVL</p>	<p>Mitteilung: Der BVL hält es für dringend notwendig, Störungen der Vorläuferfertigkeiten, die eine spätere Lese-Rechtschreibstörung (F81.0, ICD-10) erzielen können, so frühzeitig wie möglich mithilfe eines Screeningbogens zu erkennen. siehe Zielerkrankungskatalog</p>
<p>Marfan Hilfe (Deutschland) e.V.</p>	<p>Christiane Ulbrich</p>	<p>Marfan Hilfe e.V.</p>	<p>Mitteilung: Screeninguntersuchung auf Marfan-Syndrom siehe Zielerkrankungskatalog</p>

H., R. und Chr. Johite Unterhaching		Johite	Mitteilung: Erweiterung auf Regeltest zur Früherkennung von Diabetes Typ I siehe Zielerkrankungskatalog
--	--	--------	---

2. Vorbemerkungen/Anhang:			
Institution	Vorbemerkungen		
DSG	Der DSG misst insbesondere einem Screening bei Neugeborenen auf Hörstörungen eine hohe Bedeutung bei. Da verschiedene Formen von Schwerhörigkeit erst im Kleinkinderalter auftreten, sollen auch diese rechtzeitig erkannt werden, um Entwicklungspotenziale zu erschließen und zu fördern.		
gsk	Der Impfstatus wird erst ab der 7. Untersuchung (U7) überprüft. Es ist aber wichtig, dass bereits zu einem früheren Zeitpunkt auf den altersgerechten Impfschutz geachtet wird. Die SN konzentriert sich daher auf die verstärkte Integration der Schutzimpfungen in die Kinderrichtlinien.		
BPtK	<p>Die psychische Entwicklung (inkl. sozialer, emotionaler und kognitiver Kompetenz) sollte i. R. der Früherkennungsuntersuchungen umfassender und systematischer berücksichtigt werden.</p> <p>Bisher konnten einzelne Untersuchungsbestandteile/Screenings nicht in eine systematische Evaluation eingebunden werden. Daher hält die BPtK es für unbedingt erforderlich, im Rahmen der Überarbeitung/ Neukonzeption der Kinder-Richtlinien erfolgversprechende Ansätze für die avisierten Zielkrankungen in Modellprojekten zu erproben, zu evaluieren und systematisch weiterzuentwickeln. Die BPtK ist gerne bereit, an diesem längerfristigen Überarbeitungsprozess in Arbeitsgruppen sowie in Form weiterer Stellungnahmen beratend mitzuwirken.</p> <p>Die BPtK verweist darauf, dass einige Vorschläge in den SN noch weitere Präzisierungen erfordern, die erst im Verlauf des Überarbeitungsprozesses im Kontext der Gesamtentwicklung geleistet werden können.</p>		
dbl	Zwischen U7 (21.-24. Lebensmonat) und U8 (43. - 48. Lebensmonat) liegt ein Zeitraum von 24 Monaten, in dem wichtige, unterscheidbare Fortschritte der Sprachentwicklung zu beobachten sind (Diese		Angabe zahlreicher Literaturquellen zu diesem Thema

	Fortschritte sind in der Vorbemerkung detailliert dargestellt.) Um Abweichungen von diesen Entwicklungsschritten in diesem Zeitraum zu erkennen, müsste eine Vorsorgeuntersuchung um den dritten Geburtstag herum mit dem Schwerpunkt Sprachentwicklung durchgeführt werden.		
BAG, BKJPP, DGKJP	Vor dem Hintergrund sinkender Geburtenziffern erscheint es umso wichtiger, Risiken und Störungen bei Kindern so früh wie möglich und so vollständig wie möglich zu erkennen, um durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen die weitere Entwicklung unserer Kinder positiv zu unterstützen.	Bundesinstitut für Bevölkerung und Entwicklung, 2006 Klingholz, 2006	

3. Allgemeine Fragen zum Kinder-Früherkennungsprogramm zum Teil A

Frage 1

Gibt es Ihres Erachtens eine geeignetere Konzeption für Kinder- Früherkennungsuntersuchungen im deutschen Versorgungskontext als das bisher etablierte Programm (ärztliche Untersuchungen in bestimmten Altersabschnitten) und ist eine bessere Nutzenbilanz (Akzeptanz, Wirksamkeit etc.) belegt? Wenn ja, stellen Sie bitte die Grundzüge dar.

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
DSG	<p>verpflichtendes Neugeborenen-Hörscreening in der Geburtsklinik</p> <p>wiederholtes Hörscreening bei allen Früherkennungsuntersuchungen bis zum 3. Lebensjahr (Lj.)</p> <p>ab dem 3. oder 4. Lj. reguläre Hörprüfungen</p>		Unterschied Hörscreening/Hörprüfung?
BZgA	Verbindung der U's mit Elterninformationen zu relevanten Themen der Prävention und vorausschauende Elternberatung	Konzept und Eltern-Ordner des BzGA (wurde der SN beigefügt), wird noch evaluiert	Konzept wurde bereits im UA 2003/2004 diskutiert
BPtK	<p>hohe Akzeptanz der U's bei Eltern, jedoch deutliche Ost-West-Unterschiede, geringere Inanspruchnahme bei Familien der unteren sozialen Schicht, kinderreichen Familien und Familien mit Migrationshintergrund</p> <p>auffällig starker Abfall der Inanspruchnahmerate von der U7 zur U8 (Zeitintervall von 2 Jahren) , es wurden Reminder für die Eltern vorgeschlagen</p> <p>keine systematische Evaluation und keine validen Daten zur Wirksamkeit der Screeninguntersuchungen im Rahmen der U1 - U9, mit Ausnahme einzelner Bestandteile.</p> <p>der weitgehend geringe Operationalisierungsgrad der Untersuchungen lässt darüber hinaus eine hohe Varianz hinsichtlich der Untersuchungsdurchführungen durch die Pädiater erwarten.</p>	<p>Delekat & Kis, 2001;</p> <p>Klocke, 2001</p>	<p>Forderung:</p> <p>Teilnahmesteigerung</p> <p>Evaluation</p> <p>Operationalisierung/Standardisierung</p>

<p>DAKJ</p>	<p>zur Wirksamkeit liegen keine wissenschaftlich evaluierten Daten vor, da Evaluationskonzept kein Bestandteil</p> <p>das bisherige Programms ist nicht streng an den Screening-Kriterien der WHO orientiert, das ist auch die Stärke des Programms, denn die Risiken für die Entwicklung gehen nicht nur von genau definierbaren Zielkrankheiten aus, sondern von einer Vielzahl von Belastungsfaktoren,</p> <p>standardisierte Erfassung (standardisierte Anamnese) der sog. neue Morbidität z. B. ADHS , Adipositas, schwerwiegende Störungen der Sprachentwicklung, psychische Auffälligkeiten und (psycho-) somatische Beschwerden</p> <p>Aufnahme positiv evaluiertes primärpräventive Maßnahmen umfassen (Impfungen, Unfallverhütung etc.)</p> <p>das bisherige Programm, in vorgegebenen Intervallen, ergänzt durch spezielle Untersuchungen sollte erhalten bleiben.</p>	<p>Prävalenzangaben zur "neuen Morbidität" aus KIGGS</p> <p>Lehmkuhl et al., 1998</p> <p>American Academy of Pediatrics, 2001;</p>	<p>Forderungen:</p> <p>Evaluation</p> <p>Zielgröße: neben Krankheiten auch Belastungsfaktoren,</p> <p>grundsätzlich Beibehaltung Programmstruktur</p> <p>Erweiterung auf psychische/ psychosomt. Auffälligkeiten, Spracherwerbsstörung</p> <p>Aufnahme prim.präv. Beratungsleistungen</p> <p>Standardisierung (z.B. Anamnese)</p>
<p>EVU</p>	<p>unter grundsätzlichen Erwägungen scheint eine geeignetere Konzeption nicht denkbar</p>		
<p>BAG, BKJPP, DGKJP</p>	<p>bislang wurde keine umfassende systematische Evaluation der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt</p> <p>die aktuelle Konzeption ist ungeeignet, die später besonders kostenintensiven Kinder aus Risikokontexten (Armut, Migrationshintergrund, Wohnbezirk: "sozialer Brennpunkt", Kinder psychisch kranker Eltern, psychische Störungen bei geistiger Behinderung oder chronischer somatischer Erkrankung) ausreichend zu erreichen</p> <p>Programme für Kinder aus Risikokontexten: gezielte Aufklärung und Beratung (z. B. BZgA "Ich geh zur U! Und Du?"), aufsuchende und vernetzte Angebote, gestuftes Vorgehen aufgrund der großen Zahl der unterschiedlichen Störungen, zeitnahe weiterführende Angebote,</p>	<p>RKI, 2004, 2004a, 2005</p> <p>Bruns-Philipps & Bunzendahl, 2004,</p> <p>Delekat & Kis, 2001</p> <p>Mersmann, 1998</p> <p>Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, 2002</p> <p>Beauftragte der Bundesregierung für Migration,</p>	<p>ausführliche Darstellung der Risikokontexte in der SN</p>

		<p>Flüchtlinge und Integration, 2005a</p> <p>Koch et al. 2000</p> <p>Schepker et al. 1999</p> <p>Brucks & Wahl, 2003</p> <p>Deneke, 2005</p> <p>Lenz, 2005</p> <p>Schone & Wagenblass, 2002</p> <p>Feinstein & Reiss 1996</p> <p>Steinhausen & Neuhäuser, 2003</p> <p>Phillips et al. im Druck</p> <p>Weiland, 1992</p> <p>Lauchet et al. 2000</p> <p>Conen, 2004</p> <p>Fegert & Schrapper, 2004</p> <p>Schepker, 2000</p> <p>DGKJP et al. 2003</p>	
--	--	--	--

Frage 2

Welche derzeit in den Kinder-Richtlinien geregelten Inhalte des Kinderfrüherkennungsprogramms halten Sie für erhaltenswert, welche für überarbeitungsbedürftig, und warum?

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
DSG	Verfahren zur Früherkennung von Hörschäden sollte spezifiziert werden		Operationalisierung Überprüfung Hörvermögen
gsk	frühzeitige und regelmäßige Überprüfung des Impfstatus und ggf. Verabreichung noch fehlender Schutzimpfungen gemäß STIKO und Erstattungsregelungen der GKV sollten als eigenständiges Ziel in die Kinderrichtlinie aufgenommen werden Kombination der Termine für die Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen		Überprüfung Impfstatus, Kombination Termin U/Impfung Überprüfung Impfstatus bei red. Überarbeitung Gelbes Heft bereits berücksichtigt (ab U4)
BZgA	umfangreicher Katalog der Zielkrankheiten (suggeriert den Eltern, dass ihre Kinder auf all diese Erkrankungen hin untersucht wurden und somit frei von diesen Erkrankungen sind) Aufklärung der Eltern über Gegenstand, Ziel, Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennungsuntersuchungen		Aufklärung Eltern
BPtK	ausführliche Operationalisierung der Screening-Untersuchung und Konkretisierungen wie im Anhang 2 zum erweiterten Neugeborenen-Screening erheblicher Überarbeitsbedarf in Bezug auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (z. B. externalisierende Verhaltensauffälligkeiten)	schriftliche Mitteilung vom ZI Berlin, Altenhofen 2005; Ihle, Esser, Laucht & Schmidt, 2004; Briggs-Gowan et al., 2003; Robins & Price, 1991;	Operationalisierung Entwicklungs- und verhaltensstörung

dbI	<p>Bei U6/ U7 Überarbeitung Erfassung der Sprachentwicklung zur Identifizierung von Risikokinder. Ergänzungen:</p> <p>Erfassung sprachrelevanter Vorausläuferfertigkeiten per Elternfragebogen bei der U6 (z.B. Nachahmung von Lauten),</p> <p>Erfassung des Umfangs des produktiven Wortschatzes per Elternfragebogen im Rahmen der U7 (> 50 Wörter).</p>	<p>Grimm, 1999; Grimm und Doil, 2000;</p>	Sprachentwicklung
DAKJ	<p>Grundsätzliche Bestandteile des Programms, die sich bewährt haben:</p> <p>Untersuchungen mit gesichertem Screeningcharakter, standardisierte Instrumente zur Anamneseerhebung, standardisierte körperliche Untersuchung und eine standardisierte Entwicklungsdiagnostik als "case finding", Beratung zur Gesundheitserziehung.</p> <p>Berücksichtigung der neuen Morbiditätsstruktur durch Unterscheidung zwischen Kategorien von Gesundheitsstörungen:</p> <p>Zielkrankheiten im engen Sinne (klar definiert, mit zuverlässig erkennbaren Vor- und Frühsymptomen, einer Behandlung zugänglich und mit hoher Krankheitslast bei später Erkennung und Behandlung)</p> <p>komplexe, multifaktoriell bedingten und nosologisch heterogenen Störungen</p>	<p>Baumann & Joss, 1993; American Academy of Pediatrics, 1997/2002;</p>	
EVU	<p>erhaltenswert und wichtig sind die auf organische Erkrankungen zielende Inhalte</p> <p>gezielte und präzisierte Befragung und Untersuchung zur Entwicklung des Kindes erforderlich</p>		
BAG, BKJPP, DGKJP	<p>psychische Störungen werden unzureichend erfasst</p>	<p>Verhulst, 1995 Petermann, 2005 Richman et al. 1982 Ford et al. 2003</p>	

Frage 3

Welche Untersuchungsbestandteile halten Sie für obligat und welche für fakultativ?

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
DSG	Hörscreening bei allen Regeluntersuchungen ab dem 3. oder 4. Lj. genaue Hörtest (Audiogramme)		
gsk	Impfungen gemäß STIKO sollten obligater Bestandteil sein		
BZgA	Verweis auf die SN der DAKJ		
BPtK	Unterscheidung in obligate und fakultative Untersuchungsbestandteile wird generell als problematisch bewertet, da Gefahr von zu unsystematischen und ggf. nicht inhaltlich begründeten Variationen in der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen. Besser: gestuftes Vorgehen, auf der Basis eines generischen Screening oder einer spezifischen Konstellation von Risikofaktoren zur Indikation weiterführenden Untersuchungen		
DAKJ	obligate Untersuchungsbestandteile: Messung von Länge, Gewicht und Kopfumfang, Berechnung des BMI (Eintragung in Perzentilkurven), standardisierte klinisch-körperliche Untersuchung, standardisierte Elternbefragung zu altersspezifischen Gesundheitsthemen und zu entwicklungsabhängigen Fähigkeiten, Erhebung und Dokumentation des Impfstatus, standardisierte Erfassung von Grenzsteinen der kindlichen Entwicklung, apparative, subjektive Hör - und Sehtests ab U8, Aushändigung von entsprechendem Infomaterial, ausreichend sensitive und spezifische Screeningtests (wie z. B. erweitertes Neugeborenen-Screening).		
EVU	Beschränkung auf das wirklich nötige, daher erscheinen fakultative	(Schlack, 2001)	

	<p>Untersuchungsbestandteile als wenig sinnvoll</p> <p>Ergänzungen zur entwicklungsneurologischen, entwicklungspsychologischen und psychopathologischen Diagnostik sollen obligater Bestandteil sein wegen gezielter Fördertherapie</p>		
<p>BAG, BKJPP, DGKJP</p>	<p>Auf eine Unterteilung in obligate und fakultative Untersuchungsbestandteile sollte verzichtet werden, stattdessen wird ein operationalisiertes stufenweises Vorgehen empfohlen. Das Früherkennungsprogramm sollte aus folgenden Bestandteilen bestehen:</p> <p>standardisiertes Instrument zur Anamneseerhebung</p> <p>Untersuchungen mit gesicherten Screening-Eigenschaften</p> <p>standardisierte körperliche Untersuchung und standardisierte Entwicklungsdiagnostik</p> <p>Beratung zur Gesundheitserziehung</p>	<p>American Academy of Pediatrics, 2002</p>	

Frage 4

Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach modifiziert oder Zielerkrankungen, die konkretisiert werden müssen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten speziellen Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
BZgA	<p>systematische Information und Beratung der Eltern (standardisiert und qualitätsgesichert),</p> <p>Auswahl der Themen und Inhalte muss definierten Kriterien unterliegen (z. B. Prävalenz, Schwere der Erkrankung, Prävenierbarkeit),</p> <p>möglichst hohe Evidenzbasierung.</p> <p>Zielerkrankungen, die konkretisiert werden müssen (da epidemiologisch relevant und erhebliches Präventionspotential):</p> <p>Seh- und Hörstörungen,</p> <p>Sprech- und Sprachstörungen,</p> <p>Verhaltensauffälligkeiten,</p> <p>Adipositas.</p>		
BPtK	<p>ab U3 strukturierte Erhebung der wichtigsten Risikofaktoren für spätere Verhaltensauffälligkeiten (weitgehend standardisierte Befunderhebung, ausdifferenzierte Gestaltung der Dokumentation)</p> <p>ab der U7 Ausdifferenzierung in internalisierende/externalisierende Verhaltensauffälligkeiten,</p> <p>Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen sowie schulischen Fertigkeiten (Lese- und/oder Rechtschreibstörung).</p>		
DAKJ	<p>standardisierte körperliche Untersuchung (je nach Lebensalter Fokussierung auf spezifische Inhalte)</p> <p>konkrete Untersuchungen für einzelne Zielerkrankungen/Störungen</p>		

EVU	Verweis auf Teil B		
<p>BAG, BKJPP, DGKJP</p>	<p>Im Rahmen des gestuften Vorgehens ist ein Basis-Screening für psychische Störungen einzuführen. Hierzu werden zwei unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben: Variante A (dreistufige Diagnostik; Verweis auf "EVU" und "SDQ": Basis-Screening; vertieftes Basis-Screening, Abklärungs-/Differentialdiagnostik) oder Variante B (zweistufige Diagnostik: Basis-Screening, Abklärungs-/Differentialdiagnostik).</p> <p>Den Stellungnehmenden ist für U1 - U3 kein praktikables evaluiertes standardisiertes deutschsprachiges Screening-Verfahren zur Erkennung psychischer Störungen bekannt.</p> <p>Diagnosestellung: Klassifizierung nach ICD-10, multitaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes - und Jugendalters (Erfassung von relevanten Risikofaktoren für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten) und für Kinder von 0-3 Jahren "Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood" 2005</p> <p>WHO (2002) benennt Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern als bedeutsamen Teil der globalen Krankheitsbelastung und misst ihr in ihrer gesundheitspolitischen Agenda einen hohen Stellenwert bei.</p> <p>Risikofaktoren für Misshandlung bzw. Vernachlässigung: Aspekte der elterlichen Entwicklungs- und Lebensgeschichte (z. B. eigene Misshandlungserfahrungen eines Elternteils) Elterliche Persönlichkeitsmerkmale und Dispositionen (z. B. ausgeprägte negative Emotionalität) Psychische Gesundheit und Intelligenz der Eltern (z. B. Depression)</p>	<p>Goodman et al. 2000 Remschmidt et al. 2006 Fegert et al. 2003 Kindler, 2002 Sarimski, 2003 Serbin & Karp, 2004 Schmidt & Göpel, 2005 Kindler et al. 2006 Deutsches Jugendinstitut 2005</p>	

	<p>Merkmale der familiären Lebenswelt (z. B. Partnerschaftsgewalt)</p> <p>Merkmale des Kindes (z. B. schwieriges Temperament)</p> <p>Merkmale gegenwärtiger und früherer Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsvorfällen</p> <p>Derzeit liegen international mehr als zehn Längsschnittstudien vor, in denen die Vorhersagekraft von Risikoeinschätzungsverfahren in Familien untersucht wurde, bei denen eine Gefährdung vorlag. Eine Reihe von Verfahren erwies sich dabei als sehr aussagekräftig. In Deutschland befindet sich die Anwendung dieser Verfahren noch im Anfangsstadium. Deutsche Untersuchungen zur Validierung der Verfahren stehen noch aus.</p> <p>Risikoeinschätzung nach innerfamiliärem sexuellem Missbrauch:</p> <p>Risikoeinschätzungsverfahren mit belegbarer Aussagekraft, die in der Jugendhilfe nach einem Missbrauchsvorfall einsetzbar wären, liegen derzeit nicht vor.</p> <p>Kritisch wird von den Stellungnehmenden angemerkt, dass Risikoeinschätzungen Unterschiede im Grad der Gefährdung sichtbar machen können, aber zukünftige Misshandlungen nicht mit der juristisch für Eingriffe erforderlichen "ziemlichen Sicherheit" vorhersagen können. Eine Risikoeinschätzung erfordert ein nachfolgendes effektives Risikomanagement.</p> <p>Vorschlag der Stellungnehmenden:</p> <p>Aufnahme ausgewählter Risikofaktoren in ein Manual zur standardisierten Durchführung der Früherkennungsuntersuchung, damit diese bei der Anamneseerhebung berücksichtigt werden (als Arbeitsgrundlage könnte der Prüfbogen des Deutschen Jugendinstituts von 2005 dienen)</p>		
--	---	--	--

Frage 5

Halten Sie zusätzliche Maßnahmen für sinnvoll? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
BZgA	schriftliche Elterninformation und explizit gesteuerte Elternbeobachtung		
BPtK	zur U8 /U9 ergänzend ein psychometrisches Screeningverfahren für Verhaltensauffälligkeiten eingeführt werden (z. B. deutsche Übersetzung des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) bei KiGGS als valides Fremdratingverfahren bewährt bei Kinder ab 4 Jahren), gesondertes Screening für Essstörungen, spezifische Phobien und Trennungsangst (werden durch SDQ nur unzureichend erfasst), zur Validitätsverbesserung sollte zusätzliche eine Befragung der ErzieherInnen/LehrerInnen erfolgen (mit Einverständnis der Eltern), Implementierung strukturierter Interviewleitfäden zur besseren Standardisierung (hier kann auf Erfahrungen zu Modellversuchen zurückgegriffen werden).	Ravens-Sieberer, Holling, Bettge & Wietzker, 2002 Goodman, 1997; Klasen, Woerner, Rothenberger & Goodman, 2003; Klasen et al.,2000; Goodman & Scott, 1999; Goodman, Ford, Simmons, Gateward & Meltzer, 2000;	Datenschutz (bei Fremdanamnese)?
dbI	zusätzliche Vorsorgeuntersuchung zwischen der U7 und U8, (insbesondere auf Sprachentwicklungsstörungen)		
DAKJ	Für einige epidemiologisch relevante Störungen sind neue, gezielte Maßnahmen sinnvoll. Daten zur Prüfung der Voraussetzungen zur Einführung von Screeninguntersuchungen sind für diese Maßnahmen nicht vorhanden.		Hinweis auf fehlende Evidenzbasierung
EVU	Verweis auf Teil B		
BAG, BKJPP, DGKJP	Ergänzung der Anamneseerhebung hinsichtlich familiären, traumatischen und sozialen Belastungen incl. subjektiver Einschätzung		

Frage 6

Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach nur für bestimmte Risikogruppen angeboten werden sollen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
BZgA	<p>Von vornherein können keine Risikogruppen identifiziert werden, aber die systematische Einbeziehung der Elternbeobachtung erlaubt Arzt Risikokinder/r Risikofamilien zu identifizieren und weitere diagnostische Instrumente einzusetzen (z. B. Fragebögen v. Papousek zu frühen Regulationsstörungen, Michaelis zu Lernstörungen, Esser zu Verhaltensauffälligkeiten).</p>		
BPtK	<p>Längsschnittstudien zeigen, dass es Risikofaktoren für die Entwicklung und Chronifizierung von Verhaltensauffälligkeiten sowie psychischen und Entwicklungsstörungen gibt (im Rahmen von Modellprojekten sollte geklärt werden, ob es ggf. zielführender und ökonomischer ist, bestimmte Screeningmaßnahmen nur bei Risikogruppen durchzuführen).</p> <p>Relevante Risikofaktoren für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Geburtskomplikationen, psychische Erkrankungen der Mutter nach der Geburt, aktuelle psychische Störung/Suchterkrankung eines Elternteils, erhebliche Beeinträchtigung der frühen Mutter-Kind-Beziehung, frühe Trennung in der Säuglingszeit, z. B. durch stationäre Behandlung der Mutter oder des Kindes, innerfamiliäre Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung (Risiko-Assessment-Instrument) frühe Elternschaft, geringe Bildung der Eltern, externalisierte Verhaltensprobleme sind prädiktiv für eine Chronifizierung von psychischen Fehlentwicklungen (geschlechtsspezifisch), schwere belastende Lebensereignisse im frühen Kindesalter. 	<p>Laucht, Esser, Baving et al., 2000; Laucht et al., 1992; Nagata, Nagai, Sobajima Ando & Honjo, 2003; Lenz, 2005; Martin, 2005; Mattejat, Wuthrich & Remschidt, 2000; Laucht, Esser & Schmidt, 2000b; Nagata et al., 2003; Ziegenhain, Müller & Rauh, 1996; Sroufe, 2000; Cicchetti & Toth, 2005; Deegener & Körner, 2005; Kindler, 2002; Serbin & Karp, 2004; Esser, Ihle, Schmidt & Blanz, 2000;</p>	

	<p>Bei Verwendung einer Risikoabschätzung ist jedoch darauf zu achten, dass hierdurch nicht Vorurteile gegenüber bestimmten sozialen Gruppen geschürt und zugleich der Blick auf einzelne Teilgruppen verengt wird.</p> <p>Bei der Organisation der Dokumentation sollte dafür Sorge getragen werden, dass keine relevanten Informationen verloren gehen, wenn mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind.</p>	<p>Esser, Schmidt & Wörner, 1990; Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2000 und 2002;</p> <p>Serbin & Karp, 2004;</p> <p>Wu et al., 2004;</p> <p>Cicchetti & Toth, 2005;</p> <p>National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2004</p>	
DAKJ	<p>In der Pädiatrie gibt es eine Vielzahl von Risikogruppen (z. B. sehr frühgeborene Kinder, Kinder nach perinatalen Komplikationen, Kinder mit chronischen Krankheiten, definierten familiären Krankheitsbelastungen oder psychosozialen Risikofaktoren)</p> <p>Durch eine strukturierte Anamneseerhebung sollten spezifische Risikogruppen erfasst und einer genaueren Diagnostik zugeführt werden.</p>		
EVU	<p>prinzipiell sollte es keine diagnostischen Maßnahmen geben, die bestimmten Risikogruppe vorbehalten bleiben</p> <p>das von der EVU-Arbeitsgruppe vertretene Screening-Konzept dient der Identifizierung von "Risikokinder", deren aktueller Entwicklungsstand so weit vom Durchschnitt abweicht, dass hieraus eine ungünstige Entwicklungsprognose zu stellen ist</p>		
BAG, BKJPP, DGKJP	<p>Bei den oben genannten Risikogruppen (z. B. Armut, Migrationshintergrund) sollte die Anamnese durch Angaben aus dem Kindergarten ergänzt werden.</p> <p>z. B. SDQ in der jeweiligen Muttersprache</p> <p>Informationen zu Beratungsstellen und regionalen Hilfssystemen</p>		

Frage 7

Welche Strategien empfehlen Sie zur Erhaltung bzw. Steigerung der Inanspruchnahmerate der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen?

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
BZgA	gezielte Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme für U7 bis U9 (v.a. bei unteren sozialen Schichten und Migranten. Hinweis auf die Aktion des BZgA „Ich geh zur U! Und Du?“. Fortsetzung der Aktion in Zusammenarbeit mit BVKJ 1. Halbjahr 2005, eine Unterstützung des G-BA für die bundesweite Implementierung dieser nachweislich wirksamen Strategie wäre wünschenswert.	Anlage 4 der SN	
BPtK	nach 33-36 Monaten (nach der U7) eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung, bessere Verknüpfung der U1 - U9 mit der J1 durch eine zusätzliche Untersuchung nach 84 - 96 Monaten, schriftliche oder telefonische Terminerinnerungen (durch die pädiatrische Praxis) bei regelhafter Vereinbarung des Folgetermins im Rahmen der vorherigen Früherkennungsuntersuchung, Eltern-Ordner/Elternbegleitheft (wie im Modellprojekt des BZgA)	Knesebeck, Fillinger, Koch, Pawils & Busche, 2005	
DAKJ	von großer Bedeutung ist die Qualität des Programms (verbindliches Manual, zertifizierte Fortbildung), Empathie des Untersuchers, kontinuierliche Unterstützung durch öffentliche Medien, bei sozial schwachen Schichten Durchführung der Früherkennungsuntersuchung beim öffentlichen Jugendgesundheitsdienst, Erinnerung an die Termine durch die Krankenkasse, Bonussystem, Übersetzung der Informationen in die wesentlichen Fremdsprachen		
EVU	Aufklärung über eine im Entwicklungszusammenhang tatsächlich effektivere		

	<p>und sinnvollere sowie prognostisch aussagefähigere Früherkennung</p> <p>Sinnhaftigkeit von Bonusprogrammen und Auflagen sollte medizinsoziologisch geprüft werden</p> <p>Zwang zur Teilnahme sollte mit gewisser Zurückhaltung betrachtet werden, denn der Wert der Früherkennungsuntersuchung relativiert sich, wenn die Eltern nicht bereit sind weiterführende Maßnahmen durchführen zu lassen.</p>		
<p>BAG, BKJPP, DGKJP</p>	<p>Nennung von diversen allgemeinen Maßnahmen: z. B. Bildung von Netzwerken, Medien, Erinnerungsverfahren, BZgA-Aktion</p> <p>Maßnahmen für Migranten: übersetzte Einladungsschreiben, spezielle Öffentlichkeitsarbeit, Non-Responder-Analysen</p> <p>Kinderfrüherkennungsuntersuchungen im Kindergarten</p>	<p>Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2005b</p> <p>KIGGS</p> <p>Robert-Koch-Institut 2004</p>	

Frage 8

Würden Sie eine andere als die bisherige Dokumentation der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich Ziel, Inhalt und Form befürworten? Wenn ja, wie könnte eine neue Dokumentation strukturiert werden?

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
BZgA	Standardisierung unter den Aspekten der Nachvollziehbarkeit und Auswertungsrelevanz, kompatibel mit den Instrumentarium des KIGGS (RKI), kontinuierliche und verbindliche Auswertung der Dokumentation (evtl. in Koordination mit dem RKI).		
BPtK	Dokumentation soll eine Vollständigkeit der Befunderhebung unterstützen, z. B. obligatorische Beantwortung ja/nein, Dokumentation der ICD-10 Diagnosekodierung, Zusatz ob Verdachts- oder gesicherte Diagnosen, aufgrund häufiger Multimorbidität mehr als drei Dokumentationsfelder, Doku der eingeleitete, ausführliche Evaluation in repräsentativ ausgewählten Regionen, Konkretisierung und Aktualisierung auf der Ebene der Verfahrensanweisungen für die Durchführung der Untersuchungen.		
DAKJ	Verwendung des ICD-10 mit Differenzierung zwischen Auszuschließen/Verdacht/Gesichert, gesonderte Dokumentation der Dauerdiagnosen, die Dokumentation sollte eine Evaluation ermöglichen, die Dokumentation sollte EDV-basiert erfolgen.		
EVU	Dokumentation ermöglicht einen Entwicklungssurvey auf solider Basis		
BAG, BKJPP, DGKJP	Codierung nach ICD-10 und MAS, ggf. bei Kinder von 0 - 3 nach DC: 0-3R Begleitmaterial für ein standardisiertes Vorgehen bei Anamneseerhebung Dokumentationen von Interventionen	DIMDI 2005, Remschmidt et al. 2006, ZERO TO THREE, 2005	

	Verlaufsbeurteilung EDV-basierte Dokumentation (Möglichkeit der Evaluation)		
--	--	--	--

Frage 9

Haben Sie darüber hinausgehende weitere Anregungen zu dem Programm?

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
DSB	Wenn eine Hörschädigung diagnostiziert wurde, sollte geprüft werden, ob eine genetische Erkrankung vorliegt.		kurativ
BZgA	Aufgrund drohender Manifestation von Verhaltensauffälligkeiten/ Teilleistungsstörungen im Grundschulalter sowie dem großen Präventions- und Früherkennungspotential dieser „neuen Morbiditäten“ regt die BZgA an, zu prüfen, ob eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung im frühen Schulalter eingeführt werden sollte.		
BPtK	stärkere Beachtung von Verhaltensauffälligkeiten/ psychischen Störungen und deren Frühsymptome und Risikofaktoren. stärkere Beachtungen von Gewalt- und Suchtprävention Entwicklung von geeigneten Schnittstellen zwischen SGB V und SGB VIII systematische lokaler Vernetzung von Pädiatern mit Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie Leistungserbringern der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen		
DAKJ	Koordination mit Impfterminen, Erhebung epidemiologischer Daten in einer repräsentativen Anzahl von geschulten Kinder- und Jugendarztpraxen (Daten sollten longitudinal im Sinne einer prospektiven Beobachtung ausgewertet werden), eine Zusammenführung unterschiedlicher Datensätze (Impfnachweis, Röntgenpass, Einschulungsuntersuchung etc.) sollte erwogen werden.		
EVU	das von der EVU-Arbeitsgruppe entwickelte , erprobte und normierte standardisierte diagnostische Inventar mit dem Eigennamen "Erweiterte Vorsorgeuntersuchung" (EVU)		der SN wurden die Fragebögen und ein Handbuch für die EVU beigefügt

BAG, BKJPP, DGKJP	Verweis auf die Antworten zu den anderen Fragen Teil A bzw. auf Teil B		
-------------------------	--	--	--

4. Fragen zur jeweiligen, konkreten Maßnahme des Früherkennungsprogramms zum Teil B

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
DSB	Hörschädigung: 1% der 14- bis 19-Jährigen sind hörgeschädigt Verweis auf die SN von Prof. Kruse	W. Sohn, 2001	
gsk	Die STIKO empfiehlt den Beginn der Grundimmunisierung ab dem 3. Lebensmonat (Lm) für: Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus influenzae Typ b-Erkrankung, Hepatitis B. Ab dem 12. Lm. Auffrischimpfungen und Impfungen gegen <u>Masern, Mumps, Röteln und Windpocken</u> . In der SN werden die Fragen des Teil B zu den einzelnen Infektionskrankheiten ausführlich beantwortet und mit Literatur belegt.		
BZgA	Verweis auf die SN der DAKJ		
BPtK	Hyperkinetische Störungen inkl. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom: 6-Monats-Prävalenzrate für hyperkinetische Störungen bei 8 Jährigen: 4,6% (nur Jungen betroffen, Prävalenzrate der Jungen: 9,5%) bei Untersuchungen mit SDQ wurden bei den 4-7 Jährigen bei 20,1% der Kinder ein hyperaktives Verhalten angegeben (einschließlich Kinder mit subklinischen Problem- bzw. Symptomausprägungen) Störungen des Sozialverhaltens, bei jüngeren Kindern insbesondere Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten: 6-Monats-Prävalenzrate für Störungen des Sozialverhaltens bei 8 Jährigen: 1,7% (nur Jungen betroffen, Prävalenzrate der Jungen: 3,6%) bei Untersuchungen mit SDQ wurden bei den 4-7 Jährigen bei 18,9% der Kinder erhöhte Werte für oppositionelles Verhalten angegeben.	Ihle et al., 2000; Sanders et al., 2005; Blanz, 2003; Esser, 2003; Haffner et al., 1998; Warnke, Hemminger & Plume, 2004; Cicchetti & Toth, 2005; Wetzels, 1997; Administration on Children Youth and Families, 2005; Briere & Elliott, 2003;	Es ist unklar auf welches Land sich die angegebenen Prävalenzraten beziehen.

	<p>Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache / Lese- und Rechtschreibstörungen / isolierte Rechtschreibstörung:</p> <p>Gesamtprävalenz für das Spektrum der umschriebenen Entwicklungsstörungen für das Grundschulalter: 17,6%</p> <p>Kindesmisshandlung und Vernachlässigung:</p> <p>psychische Störungen und sozio-emotionale Verhaltensauffälligkeiten als Folge von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung</p> <p>nach einer etwas älteren retrospektiv angelegten Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (1997) sind in Deutschland circa 150.000 Kinder pro Jahr von körperlicher Kindesmisshandlung durch die Eltern betroffen,</p> <p>laut Polizeilichen Kriminalstatistik wurden im Jahr 2004 in Deutschland insgesamt 15.255 Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern erfasst.</p> <p>Größe des Dunkelfeldes kann aus populationsbasierten retrospektiven Studien zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch in der Kindheit abgeleitet werden (Studien aus dem angloamerikanischen Bereich).</p> <p>In der SN werden die Fragen des Teil B zu den angeführten Komplexen ausführlich beantwortet und mit Literatur belegt.</p>	<p>Mac Millan et al., 1997; Vogeltanz et al., 1999;</p>	
dbI	<p>Unter dem deskriptiven Oberbegriff "<u>Sprachentwicklungsstörung</u>" werden verschiedene Störungsbilder subsummiert:</p> <p>Sprechstörungen (Artikulationsstörungen, Redeflussstörungen), Dysarthrien</p> <p>linguistisch beschreibbare Sprachentwicklungsstörungen (umschriebene Entwicklungsstörungen, komplexe Störungen).</p> <p>sehr uneinheitliche Zahlen zu Prävalenz/Inzidenz (Prävalenzen zwischen</p>	<p>Amorosa & Noetredaeme, 2003; Kiese-Himmel, 1999; Heinemann, 1997 und 1998; Doleschal & Radü (nicht genannt); Bode, 2001;</p>	

	1% - 18%) In der SN werden die Fragen des Teil B hinsichtlich Sprachentwicklungsstörungen ausführlich beantwortet und mit Literatur belegt.		
EVU	Mit der EVU wird nicht eine einzelne Untersuchungsmaßnahme vorgeschlagen, sondern ein zusammengehöriges System einzelner Untersuchungsschritte, das sich auf die Entwicklungsbereich Motorik, Sprache und Kognition sowie auf das Entstehen von Verhaltensproblemen bezieht. In der SN werden die Fragen des Teil B hinsichtlich der genannten Entwicklungsbereiche ausführlich beantwortet.	Melchers et al. 2000	
BAG, BKJPP, DGKJP	Einbeziehung von Entwicklungsstörungen und psychischen Störungen mit Beginn in der Kindheit gefordert (IDD-10: F8 und F9). In der SN werden die Fragen des Teil B hinsichtlich der genannten Entwicklungsbereiche ausführlich beantwortet.		

Aus den eingegangenen Stellungnahmen zum Teil B des Fragebogens (Fragen zur jeweiligen, konkreten Maßnahme des Früherkennungsprogramms) wurde eine Liste mit Zielkrankheiten herausgearbeitet. Diese Liste wurde im UA Prävention in seiner Sitzung am 6. Juni 2006 beraten. Nach der Priorisierung der Zielerkrankungen (siehe B-3 dieser Zusammenfassenden Dokumentation) wurde in der AG Kinder teilweise Nutzenbewertungen (Beauftragung IQWiG, FB Medizin, Expertengespräche) beauftragt. Vergleiche hierzu auch den Verfahrensablauf sowie die Tabellen 1 und 2. Diese Nutzenbewertungen wurden in separaten Dokumentationen zusammengefasst, weshalb an dieser Stelle auf die Auflistung der Stellungnahmen zu den Zielerkrankungen mit Nutzenbewertung im Weiteren verzichtet wird.

Die Teilberatungsthemen Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sowie von angeborenen Hörstörungen wird aufgrund der vorgenommenen Nutzenbewertung in Teilabschlussberichten dargestellt, welche dieser Dokumentation angegliedert sind.

Die komplexe Struktur der Vorsorgeuntersuchungen U2-9 wurde keiner Nutzenbewertung unterzogen.

B-4.2.1.1 Liste der priorisierten Zielerkrankungen

Der UA Prävention hat in seiner Sitzung am 6.06.2006 diese Liste der zusammen gestellten Zielerkrankungen beraten.

Synopse Zielkrankheiten Stand: 22.05.2006

Erkrankung	Stellungnahmen und weitere Quellen	Bewertung internationale Screening-Kommissionen	Weitere Bearbeitung
Wachstumsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • Kanada • Australien • UK • Frankreich 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • es gibt wenig Evidenz für die Effektivität dieser Maßnahmen • aufgrund des Wachstumshormonmangels wird diese Maßnahme dennoch von vielen für sinnvoll erachtet <p>CTFPHC:</p> <p>Teil der standardisierten klinischen Untersuchung, Empfehlung für die wiederholte Messung von Größe, Gewicht und Zirkumferenz (Empfehlungsgrad B), da hinsichtlich Kleinwuchs aufgrund von Hypothyreose, Hypopituitarismus, und kongenitaler adrenaler Hyperplasie effektive Behandlungen zur Verfügung stehen (Kohortenstudien) ANAES:</p> <p>Regelmäßige Messung von Gewicht, Größe und Kopfumfang als Teil einer standardisierten Untersuchung</p> <p>NSC:</p> <p>Größe und Gewicht sollten um die Zeit des Schulbeginns gemessen werden</p>	Keine weitere Bearbeitung in der TG (keine Nutzenbewertung), da Längenmessungen und Beurteilung bereits essentieller Bestandteil der Kinderuntersuchungen (Ganzkörperuntersuchung), Hinweis auf standardisierte Durchführung erforderlich

Gedeihstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Tabelle und SN DAKJ • Australien 	<p>NHMCR (Gewichtsmessung):</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • es gibt Hinweise, dass ein Screening während dem ersten Lebensjahr den "outcome" verbessert 	Keine weitere Bearbeitung in der TG, da Längen- und Gewichtsmessungen und Beurteilung bereits essentieller Bestandteil der Kinderuntersuchungen (Ganzkörperuntersuchung), Hinweis auf standardisierte Durchführung erforderlich
Adipositas	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • US • Kanada • UK • Australien • Frankreich 	<p>NHMCR (Gewichtsmessung):</p> <ul style="list-style-type: none"> • es gibt eine ausreichende Evidenz gegen ein Screening • wenn es eine effektive und leicht zugängliche Therapie gibt, sollte diese Empfehlung noch einmal überprüft werden <p>CTFPHC:</p> <p>Screening auf Adipositas</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen Größen- und Gewichtsmessung, BMI, Messung der Hautfaltendicke (Empfehlungsgrad C), da kein Nachweis für verbesserte Outcome und Einfluss auf Erwachsenenadipositas (Kohortenstudien)</p> <p>Behandlung von Adipositas</p> <p>Ablehnung von Behandlung durch kalorienreduzierte Diät (Empfehlungsgrad D), da Gewichtsreduktion nicht aufrecht erhalten wird (Kohortenstudien)</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen Sport (Empfehlungsgrad C), da Rolle für Gewichtsverlust und Beibehaltung von Gewichtsreduktion unklar (Kohortenstudien)</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen familienzentrierte Ernährungs/Sportberatung bzw. Verhaltensmodifikation (Empfehlungsgrad C), da hohe Kosten, unklare Outcome außer Gewichtsreduktion (RCTs)</p>	<p>Inzidenz und Wirksamkeit Behandlungsmethoden unklar (Verweis auf Konsensus-Papier des BMG)</p> <p>Analog zu den Wachstumsstörungen Stufendiagnostik bei pathologischem Wert in den AGA-Leitlinien</p> <p>Formulierung der Frage ob und wenn ja wann ein BMI zur Erfassung einer Adipositas bis zum Alter von 6 Jahren sinnvoll ist (Bewertung der BMI-Messung unter 6 Jahren). Abwarten der Ergebnisse des KIGGS-Projekts (angekündigt zum Sept. 2006)</p>

		<p>ANAES:</p> <p>Regelmäßige Messung (min. 2x im Jahr) von Größe und Gewicht und ab einem Jahr zusätzlich des BMI (siehe auch ANAES-Bericht 2003) mit dem Ziel, eine vorzeitige Zunahme des BMI (rébond d'adiposité) vor dem Alter von 6 Jahren zu erkennen. Verwendung von Perzentilkurven im Gesundheitsheft, Verbesserung der Lesbarkeit insbesondere für die Altersgruppe 0-6 Jahre, Einfügen einer BMI-Kurve.</p> <p>USPTF:</p> <p>(July 2005)</p> <p>Evidenz ist unzureichend für eine Empfehlung für oder gegen (I) ein Routinescreening auf Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Vermeidung von Folgeerkrankungen. Evidenz vorhanden, dass der BMI ein geeignetes Instrument ist, adipöse Kinder zu identifizieren. Unzureichende Evidenz für den Nutzen von Verhaltensmaßnahmen oder anderen Präventionsinterventionen mit adipösen Kindern, sowie unzureichende Evidenz über das Ausmaß des Schadens eines Routinescreenings und Behandlungen.</p> <p>NSC:</p> <p>keine Empfehlung für ein Screening</p> <p>Konsensuskonferenz 2000: es gibt keine Evidenz für ein Screening, Einsetzung einer Arbeitsgruppe</p>	
metabolisches	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ 		Keine weitere Bearbeitung in der TG, keine Zielerkrankung der

Syndrom			<p>Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.</p> <p>Screening bis zum 6 LJ. nicht sinnvoll, bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. Adipositas) ggf. Abklärung kurativ. Bei Vorstellung KIGGS-Daten Abgleich epidemiologischer Daten.</p>
Typ2 – Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ 		<p>Keine weitere Bearbeitung in der TG, keine Zielerkrankung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.</p> <p>Screening bis zum 6 LJ. nicht sinnvoll. Bei Vorstellung KIGGS-Daten Abgleich epidemiologischer Daten.</p>
<p>Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im Erwachsenenalter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familienanamnese "vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankung" • Hyperlipidämie • Hypertonie 	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • Australien (Bluthochdruck) • UK (Bluthochdruck) 	<p>NHMCR:</p> <p><u>Bluthochdruck</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz gegen ein Screening • es gibt keine Evidenz, dass ein Screening während der Kindheit den "health outcome" verbessert • keine Evidenz, dass Blutdruckmessungen bei Kindern ein valider und reliabler Screeningtest sind <p>NSC:</p> <p><u>Hypertonie</u></p> <p>keine Empfehlung für ein Screening bei Kindern</p> <p><u>Hyperlipidämie</u></p> <p>stufenweises Screening bei nachgewiesener familiärer Belastung (Initiative des "genetic white paper" 2003)</p> <p>NHS R&D HTA 2000: Casefinding bei positiver Familienanamnese könnte kosteneffektiv sein, evtl. auch ein allgemeines Screening im Alter von 16 Jahren oder bei jungen Patienten mit Myokardinfarkten</p>	<p>Derzeit keine weitere Bearbeitung in der TG, da voraussichtlich Screening bis zum 6 LJ. nicht sinnvoll. Bei Vorstellung KIGGS-Daten Abgleich epidemiologischer Daten. Evtl. Literaturbewertung.</p>

		<p><u>Hypertrophe Kardiomyopathie</u></p> <p>keine Empfehlung für ein Screening</p> <p>National Service Framework;</p> <p>Population Screening for Hypertrophic cardiomyopathy 2005</p>	
<p>Angeborene Störungen des Herz- u. Kreislaufsystems</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tabelle DAKJ • Australien • UK 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • dennoch die Empfehlung, die klinische Untersuchung nach Geburt und nach 6 Wochen beizubehalten, da dies die einzige Möglichkeit ist noch nicht symptomatische angeborenen Störungen des Herz- und Kreislaufsystems zu entdecken (am besten im Zusammenhang mit einem "adequate early detection program or system") <p>NSC:</p> <p>Teil der klinischen Untersuchung von Neugeborenen</p> <p>NHS R&D HTA 2005: weitere Studien zu Screening mittels Pulsoxymetrie, EKG sowie pränatalen Screening gefordert</p>	<p>Bestandteil der Kinderuntersuchungen (Ganzkörperuntersuchung), Hinweis auf standardisierte Durchführung erforderlich</p>
<p>Maldeszensus Test/Genitalfehlbildungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • Australien • UK 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening dennoch Empfehlung weiterhin die klinische Untersuchung bei Geburt und nach 6 Wochen (am besten im Zusammenhang mit einem "adequate early detection program or system"), da eine Behandlung vor dem Alter von 2 Jahren die Fertilität im Erwachsenenalter verbessert 	<p>Keine weitere Bearbeitung in der TG, da Inspektion und Palpation des äußeren Genitales und Beurteilung bereits essentieller Bestandteil der Kinderuntersuchungen (Ganzkörperuntersuchung), Hinweis auf standardisierte Durchführung erforderlich</p>

		<p>NSC: Teil der klinischen Untersuchung von Neugeborenen</p>	
Früherkennung von Kindern mit angeborenen Nierenfehlbildungen („urologische Fehlbildungen“)	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ 		Literaturrecherche
Früherkennung von Kindern mit Harnwegsinfektionen (Urinuntersuchung zur Entdeckung von Nierenerkrankungen und sonstigen Erkrankungen)	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • Australien • Kanada 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz gegen Screening • es gibt keine Evidenz, dass durch eine Urinanalyse Nierenerkrankungen oder andere Erkrankungen verhindert werden • es gibt Hinweise, dass die Behandlung asymptomatischer bakterieller Harnwegsinfektionen schädlich ist; hohe Raten an Fehlklassifikationen <p>CTFPHC: Screening auf Harnwegsinfektionen bei asymptomatischen Kindern Ablehnung eines Screening mittels Urinsticks (Empfehlungsgrad D,E), da relativ schlechte Testeigenschaften (Kohortenstudien) und Nichtbehandlung einer asymptomatischen Bakteriurie gutes outcome hat (Kohortenstudien, RCT's)</p>	Literaturrecherche, evtl. Teil der Recherche zu Nierenfehlbildungen
Angeb. metabol. u. endokrine	<ul style="list-style-type: none"> • Nennung in der Tabelle DAKJ 	<p>NHMCR: <u>(AGS)</u></p>	Ist abgeschlossen (vgl. Erweitertes Neugeborenen-Screening) wird unter den Punkten CF (Mukoviszidose) und

<p>Störungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • US • Kanada • Australien • UK 	<ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • zu viele offene Fragen hinsichtlich Test und Dokumentation, die Ergebnisse der Programme weichen stark von einander ab • AGS ist nicht lebensbedrohlich, viele AGS-Fälle werden bereits bei Geburt oder kurze Zeit später entdeckt, da sie klinisch auffällig sind; • Gefahr der Übertherapie bei milden Formen von AGS • der Nutzen überwiegt nicht den potentiellen Schaden und die Kosten <p><u>Angeborene Hypothyreose:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • gute Evidenz für eine Screeningempfehlung <p><u>PKU:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz für ein Screening <p>CTFPHC: <u>PKU-Screening</u> Empfehlung für ein Neugeborenen-Screening (Empfehlungsgrad A), da gute Testeigenschaften (Fallserien) und starke Effekte durch frühzeitige Behandlung (Fallserien)</p> <p><u>Screening auf Kongenitale Hypothyreose</u></p> <p>Empfehlung für ein universelles TSH-Screening (Empfehlungsgrad A), da Frühbehandlung dramatische outcome-Verbesserung bewirkt (prospektive Kohortenstudien)</p> <p>USPTF: (1996)</p> <p>Screening auf Hypothyreose ist etabliert und eine evidenzbasierte Präventionsmaßnahme.</p>	<p>Hämoglobinopathien abgearbeitet</p>
------------------	--	---	--

		<p>NSC:</p> <p><u>Biotinidase-Mangel</u> Keine Empfehlung für ein Screening HTA 1997: weitere Untersuchungen bzw. Evaluation von Programmen erforderlich</p> <p><u>Morbus Canavan</u> Keine Empfehlung für ein Screening Auftrag für einen Review erteilt</p> <p><u>Angeborene adrenale Hyperplasie</u> Keine Empfehlung für ein Screening HTA 1997: weitere Untersuchungen bzw. Evaluation von Programmen erforderlich</p> <p><u>Hypothyreose</u> Empfehlung für ein Screening (Teil des Programms für alle Neugeborenen) HTA 1997</p> <p><u>Mukoviszidose</u> Einführung in den nächsten 3 Jahren Child Health Sub-Group Report on Cystic Fibrosis, 2005: Studien zeigen einen "modest benefit", Vor- und Nachteile sind "finely balanced", u. a. allgemeine Einführung da bereits 18% der Kinder in UK gescreent werden</p> <p><u>Duchenne-Muskeldystrophie</u> Keine Empfehlung für ein Screening Child Health Sub-Group Report on Duchene Muscular</p>	
--	--	--	--

		<p>Dystrophy, 2004: da es derzeit keine Behandlung gibt, ist der Nutzen eines Screenings gering</p> <p><u>Galaktosämie</u></p> <p>Keine Empfehlung für ein Screening</p> <p>HTA 1997: keine Evidenz für ein Screening</p> <p><u>Morbus Gaucher</u></p> <p>Keine Empfehlung für ein Screening</p> <p><u>Sichelzellanämie</u></p> <p>Screening wurde eingeführt</p> <p>HTA 1999: selektives oder allgemeines pränatales und neonatales Screening sinnvoll (u. a. wegen Gerechtigkeitsüberlegungen) ; weitere Forschung erforderlich</p> <p><u>Angeborene Stoffwechselstörungen (IEM)</u></p> <p>Keine Empfehlung für ein Screening</p> <p>HTA 1997: derzeit keine Rechtfertigung für ein Screening</p> <p><u>Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCADD)</u></p> <p>derzeit laufende Evaluationsstudie</p> <p>HTA 1997: Evaluation von Programmen erforderlich und ein Screening auf MCADD sollte nur in Verbindung mit TMS eingeführt werden</p> <p><u>Organic acid metabolism disorder</u></p> <p>keine Empfehlung für ein Screening</p> <p><u>PKU</u></p> <p>ist bereits Teil des Neugeborenen-Screeningprogramms, keine Empfehlung auf andere seltene " amino acid</p>	
--	--	---	--

<p>Angeborene Hüftgelenksdysplasie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Literatur DAKJ • US • Kanada • Australien • UK 	<p>metabolism disorders" zur screenen.</p> <p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz gegen ein Ultraschall-Screening (Gefahr der Übertherapie bei einem generellen Screening, aber evtl. sinnvoll als Risikogruppenscreening) • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening mittels klinischer Untersuchung (dennoch Empfehlung einer klinischen Untersuchung bei Geburt und nach 6 Wochen im Rahmen eines "adequate early detection program or system") <p>CTFPHC:</p> <p>Teil der standardisierten Untersuchung in den ersten beiden Lebensjahren;</p> <p>Screening auf Hüftgelenksdysplasie</p> <p>Empfehlung einer seriellen klinischen Untersuchung durch geschulte Kliniker bis Kinder alleine laufen (Empfehlungsgrad B), da Operationsrate gesenkt wird (Expertenkonsens)</p> <p>Ablehnung eines Ultraschall-Screening (Empfehlungsgrad D), da häufiger Falsch pos. Diagnosen und Interventionen in Form von Abduktionstherapien, Folgeuntersuchungen, ohne Operationsrate zu senken (kontrollierte Studien)</p> <p>Ablehnung eines selektiven Screening von Risikokindern (Empfehlungsgrad D), da aufgrund der geringen Häufigkeit von Risikokindern, die Operationsrate nicht gesenkt wird (kontrollierte Studien)</p> <p>Ablehnung einer Röntgenuntersuchung im Alter von 3-5 Monaten (Empfehlungsgrad D), da schlechte Sensitivität und kein Konsens über radiologische Definition einer</p>	<p>Abgeschlossen (vgl. Erweitertes Neugeborenen-Screening)</p> <p>Frage der Terminierung und endgültige Dokumentation in den Beratungen zum Gesamtprogramm</p>
--	--	--	--

		<p>Hüftgelenksdysplasie und fehlende Korrelation mit funktionellem Outcome (Expertenkonsens)</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen Abduktionstherapie (Empfehlungsgrad C), da kein endgültiger Nachweis eines Therapieeffekts und Nebenwirkungen (Expertenkonsens)</p> <p>Empfehlung für abwartende Haltung bei Abduktionstherapie (Empfehlungsgrad A) bei hoher Spontanremission (RCT)</p> <p>USPTF: (March 2006)</p> <p>Evidenz ist unzureichend für eine Empfehlung für oder gegen (I) eine Routinescreening auf Dysplasie der Hüften bei Kindern. Evidenz vorhanden, dass Screening zu einer früheren Entdeckung führt, aber mehr als 90 % der durch Ultraschall entdeckten Fälle beheben sich spontan. Es gibt wenige qualitative hochwertige Studien über den Nutzen der Therapie (invasiv und nicht-invasiv). Eine aseptische Hüftkopfnekrose trat bei 0 bis 60 % der behandelten Kinder auf; keine Beurteilung möglich ob Nutzen oder Schaden eines Screenings überwiegt.</p> <p>NSC: Teil der klinischen Untersuchung von Neugeborenen (Risikofaktoren)</p> <p>National Screening Committee Child Health Sub-Group Report Dysplasia of the hip, 2004: keine Empfehlung für ein Screening mittels Ultraschall, da Nutzen fraglich ist</p>	
<p>Neonatale Cholestase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • UK 	<p>NSC <u>Biliäre Atresie</u></p>	<p>Literaturrecherche, Thema wird von TG weiter bearbeitet:</p>

<p>(z.B. Gallengangsatrie)</p>		<p>Keine Empfehlung für ein Screening Studie 1999: Screening mittels TMS (conjugated bile acids) ist nicht geeignet für ein Massenscreening</p>	<ul style="list-style-type: none"> • könnte Bestandteil einer standardisierten Ganzkörperuntersuchung sein (Manual) • gezielte Dokumentation, • optimaler Zeitpunkt (3./4. Lebenswoche) der • Untersuchung im Zusammenhang mit anderen Untersuchungen (Hüfte) • Memo: Stuhlfarbe
<p>Erworbene Hörstörungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • SN DSB • Kanada • Australien • UK • Frankreich 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gute Evidenz gegen ein Screening (bei erworbenen Hörstörungen durch Otitis media) • geringer langfristiger Nutzen, auch wenn häufig gescreent wird (da Otitis media mit Erguss kein konstanter Zustand ist) <p>CTFPHC:</p> <p>Screening auf Otitis media mit Erguß durch Tympanometrie, Mikrotympanometrie, akustische Reflexometrie Pneumo-Otoskopie (0 bis 4 Jahre)</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen Screening (Empfehlungsgrad C), da Meßmethoden und Effekt auf outcome unklar (RCT, Kohortenstudien)</p> <p>Ablehnung von Hörscreening durch Audiometrie (pure tone), Tympanometrie, akustische Reflexometrie (Empfehlungsgrad D), da die Entdeckung von Hörstörungen die spätere Prävalenz nicht reduziert (kontrollierte Studie ohne Randomisierung, Kohortenstudie)</p> <p>ANAES:</p> <p>Mehrfache Untersuchungen; Ziele und Methodik abhängig</p>	<p>Wird von TG weiter bearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Literaturrecherche zu erworbenen Hörstörungen (Testmethoden + Zeitpunkt) • keine besondere Berücksichtigung von Otitis-media-Folgen <p>Abgrenzung des Themas vom Screening auf <u>angeborene</u> Hörstörungen (IQWiG) ist wichtig</p>

		<p>vom Lebensalter Untersuchungsziele (und –methoden) in Abhängigkeit vom Alter des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> • vor dem 6. Lebensmonat: Aufdecken von Taubheit und schweren Hörstörungen. • um das 2. Lebensjahr herum: zusätzlich Hörstörungen im Zusammenhang mit Otitis. • ab 4 Jahren: zusätzlich einseitige Hörstörungen. <p>Risikofaktoren sind für angeborene Hörstörungen: Hörstörungen in der Familie, Hörgerät vor dem 50. Lebensjahr, Krankenhausaufenthalt >48h in der Neugeborenenperiode. Außerhalb der Neugeborenenperiode sollten folgende Faktoren zu einer Überwachung des Gehörs führen: Sorge der Eltern bzgl. Gehör, Sprache, Entwicklung des Kindes, eitrig-seröse Otitis von min. 3 Monaten Dauer.</p> <p>NSC:</p> <p>Fortsetzung des Hörscreenings im Schulalter, während weiter zu diesem Thema geforscht wird</p>	
Milchzahnkaries	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • US • UK • Australien • Kanada 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es gibt keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • es ist unklar, ob Milchzahnkaries behandelt werden soll <p>CTFPHC:</p> <p>Empfehlungen zu Untersuchungsintervallen/inhalten und Empfehlungen zu „Milchzahnkaries, passivem Rauchen und Impfungen im Rourke Baby Record ohne genauere Begründung der Empfehlungen</p>	<p>Wird von TG weiter bearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • könnte Bestandteil einer standardisierten Ganzkörperuntersuchung sein (Manual) • Information des UA über die immanente Problematik (Zahnärzte) Berücksichtigung der Ergebnisse von Modellprojekten (Strippel, MDK-Forum)

		<p>USPTF:</p> <p>Prevention of Dental Caries in Preschool Children (April 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orale Fluoridgabe: Empfehlung (B) zur Fluoridgabe für Kinder älter als 6 Monate, da Evidenz vorhanden, dass Fluoridgabe Zahnkaries reduziert • Routine-Risiko-Assessment: Evidenz ist unzureichend für eine Empfehlung für oder gegen (I) eine Risikobewertung zur Prävention von Zahnkaries. Keine validierten Assessmenttools oder –algorithmen vorhanden. Evidenz für Beratungen von Hochrisikokindern und Überweisungen zu Zahnärzten ist gering. <p>NSC:</p> <p>für dieses Thema wird derzeit ein Review erstellt, 2005 ist ein Zwischenbericht erstellt worden</p>	
<p>Zahn- und Kieferfehlstellungen (Dysgnathien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tabelle und Literatur DAKJ • Ergänzung der Tabelle durch die Fachgesellschaft DGKFO erfolgt Januar 2006 inkl. SN aus dem Jahr 2000 		<p>Wird von TG weiter bearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • könnte Bestandteil einer standardisierten Ganzkörperuntersuchung sein (Manual) • Information des UA über die immanente Problematik (Zahnärzte)

	<ul style="list-style-type: none"> • UK 		
Asthma bronchiale	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ 		Wird evtl. unter dem Thema "allergische Dispositionen" bearbeitet.
Passives Rauchen	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • Kanada 	CTFPHC: Empfehlungen zu Untersuchungsintervallen/inhalten und Empfehlungen zu „Mischzahnkaries, passivem Rauchen und Impfungen im Rourke Baby Record ohne genauere Begründung der Empfehlungen	Weitere Beratung bei der Umsetzung der Dokumentation zu den Untersuchungen
motorische Entwicklungsstörungen (z.B. Cerebralpareesen)	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJUK 		Wird von TG weiter bearbeitet: <ul style="list-style-type: none"> • Literaturrecherche (Abgrenzung von Zielkrankheiten + Testmethoden + Zeitpunkt) • • Differenzierung zwischen neuromotorischen und psychomotorischen Störungen
allergische Disposition	<ul style="list-style-type: none"> • Tabelle und Literatur DAKJ 		Weitere Bearbeitung durch die TG, Literaturrecherche
Kindesvernachlässigung/ misshandlung - frühe Identifizierung von Kindern aus Hochrisikofamilien	<ul style="list-style-type: none"> • Tabelle und Literatur DAKJ • US • Kanada 	CTFPHC: kein spezielles Screening, Teil der standardisierten Untersuchung in den ersten beiden Lebensjahren; Prävention von Kindesvernachlässigung/Misshandlung Ablehnung von Ansätzen, Risikofamilien zu identifizieren (Empfehlungsgrad D), da hohe falsch positive Rate und „Mislabelling“ (Kohorten/Querschnittsstudie) Empfehlung für Hausbesuche durch Hebammen/Krankenschwestern in Perinatalperiode bei Frauen unter bestimmten Umständen (erstes Kind und niedrige Sozialschicht, alleinerziehend, minderjährig) (Empfehlungsgrad A), da verringerte Vernachlässigungs-	Weitere Bearbeitung durch die TG, Literaturrecherche. Definition von Hochrisikofamilien laut Sozialpädiatrie.

		<p>und Misshandlungsquoten nachweisbar (RCTs)</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen die Überweisung in spezielle Programme (Comprehensive health care program, Parent education and support program, Kombination Haushaltsbasierter Angebote z.B case-management und Psychotherapie) (Empfehlungsgrad C), da keine ausreichend eindeutige Studienlage (kontrollierte Studien)</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen Programme, die sich an Kinder richten, um sexuellen Missbrauch zu verhindern (Empfehlungsgrad C), da kein Nachweis einer Inzidenzreduktion durch solche Programme (RCTs)</p> <p>In Armut/Benachteiligung lebende Kinder</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen fokussierte Aufmerksamkeit in Routineversorgung (Empfehlungsgrad C), da nicht evaluiert.</p> <p>USPTF:</p> <p>"Screening for Family and Intimate Partner Violence" (March 2004)</p> <p>Evidenz ist unzureichend für eine Empfehlung für oder gegen (I) ein Routinescreening von Eltern oder Erziehern auf physische Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern. Es gibt keine direkte Evidenz, dass ein Screening zu weniger Behinderungen oder frühzeitigem Tod führt. Es gibt keine Studien, die die Genauigkeit von Screeningtools zur Identifizierung solcher Familien bestimmen. Gute Evidenz gibt es, dass Schäden für Kinder durch Interventionen bei den entdeckten Fällen reduziert werden. Keine Studien haben sich direkt mit dem Schaden von Screening und Interventionen beschäftigt.</p>	
--	--	--	--

<p>Frühe Fütter-, Schrei- und Schlafstörungen (Regulationsstörungen, Bindungsstörungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN DAKJ • Kanada 	<p>CTFPHC: Empfehlung für antizipatorische Beratung von Eltern zu nächtlichem Schreien (Empfehlungsgrad A), da Familien hierdurch geringere Probleme mit nächtlichem Schreien haben (RCT)</p>	<p>Wird von TG auf frühe Bindungs- und Regulationsstörung eingegrenzt beinhaltet auch Aspekte der Kindesmisshandlung.</p>
<p>Frühkindlicher Autismus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schreiben der Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen Landesverband Bayern e. V. • UK • Frankreich • SN Kinder-/Jugendpsychiater 	<p>ANAES: AG empfiehlt die Durchführung des CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) zwischen 18 und 24 Lebensmonaten durch entsprechend geschulte Kräfte. Falls der Test nicht durchgeführt werden kann, so sollen folgende vier Fragen an die Eltern gestellt werden: Zeigt Ihr Kind mit dem Zeigefinger auf etwas? Spielt Ihr Kind Rollenspiele? Ahmt Ihr Kind Sie nach? Reagiert Ihr Kind auf Lächeln?</p> <p>NSC: keine Empfehlung für ein Screening</p>	<p>Wird unter " Psychosoziale Entwicklung" mit beraten. Wird von TG unter dem Thema "tiefgreifende Entwicklungsstörungen" behandelt (F84).</p>
<p>Infektionskrankheiten/ Impfungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN der Arzneimittelhersteller • Kanada 	<p>CTFPHC: Empfehlungen zu Untersuchungsintervallen und -inhalten und Empfehlungen zu „Mischzahnkaries, passivem Rauchen und Impfungen im Rourke Baby Record ohne genauere Begründung der Empfehlungen</p>	<p>Überprüfung des Impfstatus wurde bereits in das überarbeitete Gelbe Untersuchungsheft aufgenommen → keine weitere Bearbeitung erforderlich Diskussion im Rahmen Untersuchungszeitpunkten (Ziel:</p>

			Synchronisierung von Impfungen und Untersuchungszeitpunkten)
Marfan-Syndrom	Schreiben Marfan Hilfe e.V.		Konsens TG: keine Zielerkrankung für Screening, wird durch andere Untersuchungseinheiten bereits abgedeckt (Ganzkörperuntersuchung, Längenmessung), evtl. im Manual berücksichtigen
Diabetes mellitus Typ I	Schreiben Johite		keine Zielkrankheit, da keine Frühform der Erkrankung existiert
Skoliose, Skelettale Erkrankungen/Auffälligkeiten (z. B: Beinlängendifferenz)	<ul style="list-style-type: none"> • US • Australien • Kanada • UK 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz gegen ein Screening • Nutzen nicht belegt, viele Fälle werden ohne Screening entdeckt und viele brauchen keine Therapie bzw. haben die verfügbaren Therapien bei schwachen ausgeprägten • Wirbelsäulenverkrümmungen keinen Nutzen <p>CTFPHC: Screening auf idiopathische Skoliose</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen Screening (Empfehlungsgrad C), da hohe Rate falsch-positiver Befunde (Kohorten, Fall-Kontrollstudien), kein Nachweis auf outcome durch Frühentdeckung (Fallserien), Effekte von verschiedenen Interventionen unklar (Fall-Kontrollstudien, Kohortenstudien, RCT)</p>	Längenmessungen und Beurteilung bereits essentieller Bestandteil der Kinderuntersuchungen (Ganzkörperuntersuchung), Hinweis auf standardisierte Durchführung erforderlich, Altersgrenzen festlegen, weitere Literaturrecherche zu einer skelettalen Ganzkörperunter-

		<p>USPTF: (2004)</p> <p>Die Kommission spricht sich gegen ein routinemäßiges Screening aus (D). Es gibt keine gute Evidenz, dass durch ein Screening von asymptomatischen Jugendlichen Skoliose in einem früheren Stadium erkannt wird. Der Test (Bending-Test mit oder ohne Skoliometer) ist ungenau und es gibt Evidenz, dass die Nachverfolgung der durch solche Programme identifizierten Fälle gering ist. Die meisten durch Screening entdeckten Fällen entwickeln sich nicht zu klinisch signifikanten Formen der Skoliose. Es gibt Evidenz, dass durch Screening moderater Schaden entstehen kann, einschließlich einer Übertherapie (Überweisung zu Zentren). Der Schaden eines Screenings überwiegt dem potentiellen Nutzen.</p> <p>NSC: keine Empfehlung für ein Screening</p>	suchung.
Bleivergiftung/-belastung	<ul style="list-style-type: none"> • US • Australien • Kanada • UK • Frankreich 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz gegen ein Screening • keine Akzeptanz bei Ärzten und Eltern • geringe Bleiexposition bei der Mehrheit der australischen Kinder • keine Informationen über die Effektivität des Screenings <p>CTFPHC: Screening auf Bleiexposition</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen ein universelles Screening von Kindern (Empfehlungsgrad C), da schlechte Studienlage, niedrige Prävalenz, begrenzte Daten über Effektivität einer Intervention und Gesundheitsbeeinträchtigung durch eine gering bis moderat erhöhte Exposition gering (Querschnittsstudien, Fallserien, Expertenkonsens)</p> <p>Empfehlung für gezieltes Screening durch Bleibestimmung im Blut bei Risikokindern (Empfehlungsgrad B), da Gesundheitsbeeinträchtigung nachgewiesen (Kohortenstudien, Metaanalyse von Fallserien), zuverlässiger Screeningtest</p>	<p>Konsens TG: Niedrige Priorität</p> <p>Keine Empfehlung für generelles Screening</p>

		<p>(Querschnittsstudien, Fall-Kontrollstudien), verbesserte klinische Outcome durch Bleibestimmung (RCTs, Kohortenstudien), bei schwerer Bleibelastung nachgewiesene günstige Behandlungseffekte (RCTs, Kohortenstudien).</p> <p>ANAES: Bleivergiftung</p> <p>Erhebung der Risikofaktoren zwischen 9 und 12 Lebensmonaten und mit 2 Jahren + Blutuntersuchung bei Vorliegen von Risikofaktoren.</p> <p>USPTF: (1996, update) Derzeit erfolgt ein Update. Die Empfehlung von 1996 enthält möglicherweise Informationen, die veraltet sind.</p> <p>NSC: keine Empfehlung für ein Screening</p>	
CF/Mukoviszidose	<ul style="list-style-type: none"> • Eingabe Mukoviszidose e.V. • Kanada • Australien • UK 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz für ein Screening • es gibt einen allgemeinen Experten-Konsensus, dass die frühzeitige Diagnose einen Nutzen hat ("modest benefit") • der Test (IRT/DNA → Schweißtest) ist kostengünstig und hat eine niedrige Rate falsch positiver Befunde <p>CTFPHC: Screening auf Mukoviszidose</p> <p>Ablehnung eines generellen Screening auf Mukoviszidose mittels Schweißtest, immunreaktiven Trypsins, „BM Mekonium“-Test (Empfehlungsgrad D), da schlechter</p>	Literaturrecherche, potenzielle Zielerkrankung für das Neugeborenen-Screening

		<p>PPV (Kohortenstudien), kein Nachweis eines besseren outcome durch Behandlung vor der 4.-6. Wochen nach der Geburt (randomisierte Studien, Kohortenstudien)</p> <p>Empfehlung eines Schweißtests auf Mukoviszidose bei Kindern mit betroffenen Geschwistern im Alter zwischen 4 und 6 Wochen, da frühe Diagnose outcome verbessern könnte (Empfehlungsgrad B, Kohortenstudien)</p> <p>Ablehnung eines universellen Screening/Case finding mittels DNA-Analyse, um Carrier-Status zu bestimmen (Empfehlungsgrad D), da schlechte Sensitivität und kein Nachweis eines besseren outcome durch Behandlung vor 4-6 Wochen nach Geburt (Kohortenstudien)</p> <p>Empfehlung einer DNA-Analyse bei Kindern mit betroffenen Geschwistern, da in Hoch-Risikopopulation hohe Test-Sensitivität (Empfehlungsgrad B, Expertenkonsens)</p> <p>NSC:</p> <p>Einführung in den nächsten 3 Jahren</p> <p>Child Health Sub-Group Report on Cystic Fibrosis, 2005: Studien zeigen einen "modest benefit", Vor- und Nachteile sind "finely balanced", u. a. allgemeine Einführung da bereits 18% der Kinder in UK gescreent werden</p>	
<p>Hämoglobino- pathien (z.B. Sichelzellanämie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kanada • UK • Frankreich 	<p>CTFPHC:</p> <p>Screening auf Hämoglobinopathien</p> <p>Empfehlung für ein Screening von Hochrisiko-Neugeborenen (afrikanische Abstammung), da gute Testeigenschaften (Kohortenstudien) und nachgewiesene Behandlungseffekte (RCT's)</p> <p>ANAES:</p> <p>Kein allgemeines Screening, aber zunehmende Evidenz für ein Screening bei Risikogruppen</p>	<p>Literaturrecherche, weitere Bearbeitung durch die TG</p>

		<p>NSC:</p> <p>Screening wurde eingeführt</p> <p>HTA 1999: selektives oder allgemeines pränatales und neonatales Screening sinnvoll (u. a. wegen Gerechtigkeitsüberlegungen) ; weitere Forschung erforderlich</p>	
<p>Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte</p> <p>(u.a. submukös, Pierre-Robin-Syndrom)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schreiben Selbsthilfevereinigung für Lippen-Gaumen-Fehlbildungen e.V. 		<p>könnte Bestandteil einer standardisierten Ganzkörperuntersuchung sein (Manual)</p>
<p>Duchenne Muskeldystrophie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UK 	<p>NSC:</p> <p>Keine Empfehlung für ein Screening</p> <p>Child Health Sub-Group Report on Duchene Muscular Dystrophy, 2004: da es derzeit keine Behandlung gibt, ist der Nutzen eines Screenings gering</p>	<p>weiteres Vorgehen wird noch geklärt</p>
<p>Neuroblastom</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UK 	<p>NSC:</p> <p>keine Empfehlung für ein Screening</p> <p>HTA 2003</p>	<p>Beratung in Deutschland abgeschlossen: keine Empfehlung</p>
<p>Eisenmangelanämie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UK • Australien • Kanada 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Evidenz gegen ein Screening • unklar in welchem Alter gescreent werden soll • der Nutzen ist unklar und evtl. überwiegt der Schaden • Bestimmung des Eisenspiegels bei Risikofaktoren und evtl. Primärprävention (Information über richtige Ernährung) <p>CTFPHC:</p> <p>Prävention von Eisenmangelanämien</p> <p>Empfehlung für angereicherte Ernährung nicht gestillter Kinder (Empfehlungsgrad B),</p>	<p>Evtl. in Zusammenhang mit Gedeihstörungen diskutieren.</p>

		<p>da Häufigkeit von Eisenmangelanämien gesenkt wird (RCTs)</p> <p>Propagierung von Stillen (Empfehlungsgrad B), da Häufigkeit von Eisenmangelanämien gesenkt wird (quasi RCT, Kohortenstudie)</p> <p>Empfehlung für Eisensupplementation (Empfehlungsgrad B), da Benefit in zwei RCTs nachgewiesen wurde</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen Routine-Hämoglobinbestimmung im Alter zwischen 6 und 12 Monaten (Empfehlungsgrad C) aufgrund inkonsistenter Ergebnisse bezüglich Therapieeffekt (RCTs), Empfehlung für Routine-Hämoglobinbestimmung im Alter zwischen 6 und 12 Monaten bei Risikokindern (Empfehlungsgrad B)</p> <p>NSC: keine Empfehlung für ein Screening</p>	
Neonatale Alloimmunthrombozytopenie	<ul style="list-style-type: none"> • UK 	<p>NSC: keine Empfehlung für ein Screening</p>	weiteres Vorgehen wird noch geklärt
Atlantoaxiale Instabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Australien 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • zu wenig Information über natürlichen Verlauf, Progression, und negative Folgen des Screenings, so dass keine Nutzen-Schadensabwägung möglich ist und keine Screeningzeitpunkte/-intervalle definiert werden können. 	<p>Konsens TG: Niedrige Priorität</p> <p>Risikoscreening bei Morbus Down</p>
Krebserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schreiben Deutsche Leukämie-Forschungshilfe 		könnte Bestandteil einer standardisierten Ganzkörperuntersuchung sein (Manual)
Spina bifida und Hydrozephalus	<ul style="list-style-type: none"> • Schreiben ASBH 		Untersuchung auf Spina bifida occulta könnte Bestandteil einer standardisierten Ganzkörperuntersuchung sein (Manual)

			<p>Konsens TG: betrifft die Mutterschafts-Vorsorge. Sonderprogramme zur Rehabilitation, keine gesonderten Maßnahmen im Rahmen der Kinderfrüherkennung untersuchungen erforderlich</p>
<p>Entwicklungsstörungen/-verzögerungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Australien • Frankreich • SN Kinder-/Jugendpsychiater 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • Entwicklungsstörungen erfüllen nicht die Kriterien für eine Screeningprogramm aber es gibt eine Evidenz, dass die Identifikation Entwicklungsstörungen und die nachfolgende Intervention die Entwicklung und andere "social outcomes" verbessert • es gibt einige akzeptable Screeningtests aber mit hohen Rate an falsch positiven Fällen und nicht entdeckten Entwicklungsstörungen <p>ANAES:</p> <p>Die AG betont die Bedeutung dieser Störungen und empfiehlt die regelmäßige Untersuchung von Meilensteinen der kindlichen Entwicklung und biometrische Messungen insbesondere des Kopfumfangs bis zum Alter von 6 Jahren. Einige bereits vorhandene Tests (Brunet-Lézine, Denver, Entwicklungstafeln) könnten nach einer kurzen Schulung im Verlauf einer Untersuchung durchgeführt werden. Die AG empfiehlt dennoch die Entwicklung einfacher Tests und deren Validierung in Frankreich.</p>	<p>TG erarbeitet für alle Entwicklungsstörungen eine Systematik:</p> <p>Motorisch, sprachlich, kognitiv, psychosozial und tiefgreifend.</p>

<p>Sprachentwicklungsstörung (inkl. Sprechentwicklungsstörungen, Legasthenie/ Lese-Rechtschreibstörung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN dbl und • SN DAKJ (separate SN zu Sprachstörungen und umschriebenen Entwicklungsstörungen) • Schreiben BVL (Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie) • SN Kinder-/Jugendpsychiater • US • Kanada • Australien • UK • Frankreich 	<p>NHMCR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ausreichende Evidenz für oder gegen ein Screening • Schwierigkeiten einer korrekten Definition von Sprachentwicklungsstörungen • Schwierigkeiten ein effektives Screeningprogramm mit hohem Standard zu implementieren • ein RCT gibt Hinweise, dass sehr kleine Kinder von einem Screening profitieren könnten <p>CTFPHC:</p> <p>Vorschul-Screening auf Entwicklungsstörungen (im Alter von 3-5 Jahren)</p> <p>Ablehnung eines Screening mittels „Denver Developmental Scale“ (Empfehlungsgrad D), da kein Effekt auf Schulleistung bei gesteigerter Elternverunsicherung (RCTs)</p> <p>Keine Empfehlung für oder gegen andere Tests (Empfehlungsgrad C), da Nutzen der Früherkennung und Behandlung unklar (nicht randomisierte kontrollierte Studien, Vor/Nach-Vergleichsstudien)</p> <p>Teil der standardisierten Untersuchung in den ersten beiden Lebensjahren:</p> <p>Empfehlung für die Befragung über die Erreichung von „Meilensteinen“ der Entwicklung (Empfehlungsgrad B), da bei deprivierten Kindern möglicherweise positive Effekte (Kohortenstudie)</p> <p>ANAES:</p> <p>Systematische Untersuchung empfohlen, auch wenn keine Beschwerden z.B. von Seiten der Eltern vorliegen (siehe auch ANAES-Bericht 2001).</p> <p>3 Jahre: bildet das Kind Sätze, verwendet es Artikel und konjugiert es Verben?</p> <p>4 Jahre: Tests (Typ ‚ERTL 4‘)</p> <p>6 Jahre: Tests (Typ ‚BSEDS 5-6‘, ‚ERTLA 6‘ oder ‚BREV‘), im Rahmen der</p>	<p>TG erarbeitet für alle Entwicklungsstörungen eine Systematik:</p> <p>Motorisch, sprachlich, kognitiv, psychosozial und tiefgreifend.</p> <p>Literaturrecherche, Thema wird von TG weiter bearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Testmethoden + Zeitpunkt)
---	--	---	--

		<p>Schuluntersuchungen.</p> <p>USPTF: (February 2006)</p> <p>Evidenz ist unzureichend für eine Empfehlung für oder gegen (I) einen routinemäßigen Einsatz kurzer, formalisierter Screeninginstrumente zur Aufdeckung von Sprachentwicklungsstörungen bis zum Alter von 5 Jahren. Unzureichende Evidenz, dass kurze, formalisierte Instrumente genau die Kinder identifiziert, die von weiteren Interventionen profitieren würden. Evidenz ist vorhanden, dass Interventionen kurzfristig die Sprachfähigkeiten verbessern. Es sind keine Studien zu Langzeitergebnissen vorhanden, auch nicht zum potentiellen Schaden, wie Stigmatisierung, Elternängste oder unnötige Maßnahmen.</p> <p>NSC: keine Empfehlung für ein Screening</p> <p>NHS R&D HTA 1998: weitere Studien erforderlich, ansonsten Information der Eltern und Förderung der sprachlichen Interaktion Eltern/Kind</p>	
<p>Psychosoziale Entwicklung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN der BPTK • SN Kinder-/Jugendpsychiater • Kanada • UK • Frankreich 	<p>ANAES: Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung</p> <p>Ab dem Alter von 3 Jahren können Symptome entdeckt werden. Die größte Schwierigkeit besteht jedoch in der mangelnden Spezifität dieser möglichen Frühzeichen. Der Untersucher sollte in der Lage sein, im Vorschulalter die 5-10% der Kinder mit Verhaltens- und/oder Aufmerksamkeitsstörungen von den 90-95% mit vorübergehenden Symptomen zu unterscheiden.</p> <p>Nach Meinung der AG besteht das Risiko beim ADHS eher in einer vereinfachenden Diagnostik als im Screening. Vor dem 6. Lebensjahr sollte das Hyperaktivitätssyndrom zu den kognitiven Entwicklungsstörungen, den psychiatrischen Störungen und den Eltern-Kind-Beziehungsstörungen gerechnet werden.</p>	<p>TG erarbeitet für alle Entwicklungsstörungen eine Systematik: Motorisch, sprachlich, kognitiv, psychosozial und tiefgreifend.</p>

		<p>NSC: <u>Entwicklungs- und Verhaltensprobleme</u> ein Screening auf diese komplexen Entwicklungsstände erfüllt nicht die NSC Kriterien</p> <p>National Screening Committee Child Health Sub-Group Report on Developmental and Behavioural problems, 2005: da ein Screening nicht möglich erscheint, werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung und primären Prävention sowie Beratungsangebote (mit Assessment der Kinder) empfohlen</p>	
<p>Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen und Verhaltensstörungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SN EVU-Arbeitsgruppe (Melchers) 		<p>TG erarbeitet für alle Entwicklungsstörungen eine Systematik:</p> <p>Motorisch, sprachlich, kognitiv, psychosozial und tiefgreifend.</p> <p>Spezielle geschlossene Screening-Einheit (Testbatterie) zur Diagnostik von kindlichen Entwicklungsstörungen,</p> <p>Ergänzung der bisher praktizierten Kinderfrüherkennungsuntersuchung (U4-U9)</p>

Legende:

"US" = "US Preventive Task Force" (USPTF)

Empfehlungskategorien:

A: dringende Empfehlung

B: Empfehlung

C: Keine Empfehlung dafür oder dagegen

D: Gegen routinemäßige Anwendung

I: Evidenz unzureichend für Empfehlung dafür oder dagegen

"Australien" = "Australian NHMRC (National Health and Medical Research Council)"

"Kanada" = "CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care)"

"UK" = "UK National Screening Committee" (NSC)

"Frankreich" = "ANAES"

Die Suche nach englischsprachigen Dokumentationen in den skandinavischen Ländern (ein allgem. Artikel zu Schweden) sowie Niederlande und Japan verlief ergebnislos.

Die Dokumentationen aus Österreich und der Schweiz wurden bereits in der Stellungnahme der DAKJ berücksichtigt.

B-4.2.1.2 Offenlegungen von Interessen:

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie Angaben zu Interessen Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
DSB	DSB ist die Interessenvertretung schwerhöriger und ertaubter Menschen		

	in Deutschland. Die Vizepräsidentin Renate Welter ist selbst an Taubheit grenzend schwerhörig und themenbezogene Patientenvertreterin für Hörschädigungen im G-BA.		
gsk	Die beteiligten Firmen sind pharmazeutische Hersteller von Impfstoffen. Sie sind als Arbeitsgruppe Impfstoffe im Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. VFA organisiert. Innerhalb dieser Arbeitsgruppe wurde die Stellungnahme abgestimmt.		
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland		
dbl	Deutscher Bundesverband der Logopädie e. V. (dbl), Dr. Monika Rausch, unter Mitarbeit unter Katrin Kolfenbach		
DAKJ	-		
EVU	Dr. Peter Melchers als Sprecher der EVU-Arbeitsgruppe, die aus den oben genannten Mitgliedern besteht und sich seit 1996 mit der Erarbeitung und Evaluation einer Ergänzung zur praktizierten pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung beschäftigt. Als Ergebnis dieser Arbeit gab die Gruppe 2003 das Verfahren "EVU" heraus.		
BAG, BKJPP, DGKJP	Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisiniski, Schriftführer der BAG, Ärztlicher Leiter der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Viersen Dr. med. Christa Schaff Vorsitzende des BKJPP, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse		

	<p>Prof. Dr. med. Renate Schepker, Vorsitzende der BAG, Chefärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau</p> <p>Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort Präsident der DGKJP, Direktor der Psychosomatischen Abteilung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf</p>		
--	--	--	--

B-4.3 Strukturierung der Entwicklungsitens

Ein wichtiges Ziel der U2 – U9 ist die Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten. Eine zuverlässige Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten ist schwierig, u. a. da die kindliche Entwicklung dynamisch und individuell unterschiedlich ist. Untersuchungsergebnisse, insbesondere aus dem ersten Lebensjahr eines Kindes, lassen kaum eine zuverlässige Prognose über langfristige Entwicklungsgefährdungen zu. Anhand einer umfassenden Literaturrecherche von Experten der AG Kinder-RL, wurden Entwicklungsitens zusammengetragen und in den Beschlussentwurf integriert.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Entwicklungsitens

U3 (4.-6. LW)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 90. P	ET6-6 90.-95. P.
Grobmotorik	Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten.			4	
	Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten.			4	
Feinmotorik	Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen.			4-6	
Perzeption/ Kognition	Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad.			4	
Soziale/ emotionale Kompetenz	Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen.	Denver 6			

U4 (3.-4.LM)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 90. P	ET6-6 90.- 95. P.
Grobmotorik	Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine			3	
	Hält Kopf in Sitzhaltung aufrecht mind. 0,5 Min			3	
	Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf Unterarme, Kopf wird in Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute erhoben.			3	
Feinmotorik	Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden, Fingerspiel wird beobachtet.			4	
Perzeption/ Kognition	Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm			2-3	
	versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen		6	3	
Soziale/ emotionale Kompetenz	Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden			2	
	Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“)			3	

U5 (6.-7. LM)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 90. P	ET6-6 90.-95. P.
Grobmotorik	Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen			6	
	Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme			6	
	Federt auf beiden Beinen			7	
Feinmotorik	Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen			6	6
Perzeption/ Kognition	Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gestreckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)	7			
Soziale/ emotionale Kompetenz	lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird			5	
	benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich			6	
	Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes				6
Sprache	Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)			5	

U6 (10.-12. LM)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 90. P	ET6-6 90.- 95. P.	Nennstiel
Grobmotorik	Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle	9		12		12
	zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen	12	14	11		12
	selbstständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück	12				
Feinmotorik	Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger	12		12	12	12
	Klopft 2 Würfel aneinander		13	10		
Perzeption/ Kognition	Gibt der Mutter nach Aufforderung einen Gegenstand			12		
	verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung			12		
Soziale/ emotionale Kompetenz	Freut sich über andere Kinder					12
	Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden					12
	Kann Flasche alleine trinken, trinkt aus Tasse, Becher mit etwas Hilfe			12		
Sprache	Spontane Äußerung von längeren Silbenketten				12	12
	produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da)			12		12

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	ahmt Laute nach		11			
--	-----------------	--	----	--	--	--

U7 (21.-24. LM)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 95. P.	ET6-6 90.- 95. P.	Nennstiel
Grobmotorik	Kann über längere Zeit frei und sicher gehen					24
	Geht 3 Stufen im Kindersschritt hinunter, hält sich mit 1 Hand fest			23		
Feinmotorik	Malt flache Spirale			25		
	Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken					24
Perzeption/ Kognition	Stapelt drei Würfel		21		24	
	Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände					24
Soziale/ emotionale Kompetenz	Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist					24
	Hat Interesse an anderen Kindern					24
	Kann mit Löffel selber essen				24	
Sprache	Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa)				24	24
	Versteht und befolgt einfache Aufforderungen	20			24	

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat.			25		
	Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile			24		
Interaktion/ Kommunikation	Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen				24	

U7a (34.-36. LM)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 95. P.	ET6-6 90.- 95. P.	Nennstiel
Grobmotorik	Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle					36
	Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest			32		36
Feinmotorik	Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich					36
Perzeption/ Kognition	Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele					36
	Öffnet große Knöpfe selbst			35		
Soziale/ emotionale Kompetenz	Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird				36	
	Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen					36
Sprache	Spricht mindestens Dreiwortsätze	34		36	36	36
	spricht von sich in der Ich-Form			34	36	
	kennt und sagt seinen Rufnamen	30		31		36
Interaktion/ Kommunikation	Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele				36	36

U8 (46.-48. LM)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 95. P.	ET6-6 90.- 95. P.	Nennstiel
Grobmotorik	Laufrad oder ähnliches Fahrzeug werden zielgerichtet und sicher bewegt				48	48
	Hüpft über ein 20-50 cm breites Blatt			43		48
Feinmotorik	Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten					48
	Zeichnet geschlossenen Kreis	48				
Perzeption/ Kognition	Fragt warum, wie, wo, wieso, woher			(Warum) 44		48
Soziale/ emotionale Kompetenz	Kann sich selber an- und ausziehen	Denver 46				48
	Gießt Flüssigkeiten ein				48	
	Bei alltäglichen Ereignissen kann Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen				48	
Sprache	Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache			48	48	
	Geschichten werden in etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben				48	
Interaktion/ Kommunikation	Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln	48			42-60	48

U9 (60.-64. LM)		Zürich 90. P.	Griffith 95. P.	MFED 95. P.	ET6-6 90.- 95. P.	Nennstiel
Grobmotorik	Hüpft auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand					60
	Größere Bälle können aufgefangen werden				60	60
	Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten			45	60	60
Feinmotorik	Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich				66	
	Stifthaltung wie ein Erwachsener				66	
	Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden					60
Perzeption/ Kognition	Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt				60	60
Soziale/ emotionale Kompetenz	Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln				60	60
	Ist bereit zu teilen					60
	Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen.				48	
Sprache	Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden					60
	Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch					60

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	einfach strukturierten Sätzen					
Interaktion/ Kommunikation	Lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen					60
	Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern	48				60

B-4.4 Literaturrecherchen und –listen

Largo, R. & Jenni, O. (2005). 50 Jahre Forschung in den Zürcher Longitudinalstudien: Was haben wir daraus gelernt? In: Arbeitsstelle Frühförderung Bayern (Hrsg.), Tagungsband „Forschung für die Praxis I – Wie funktioniert (kindliche) Entwicklung?“ (S. 47-56) München: Arbeitsstelle Frühförderung.

Roze, E., Meijer, L., Van Braeckel, K.N.J.A., Ruiter, S.A.J., Bruggink, J.L.M., Bos, A.F. (2010) Development trajectories from birth to school age in healthy term-born children. Pediatrics 126, 1134-1142

RKI 2007: KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. www.kiggs-studie.de

Hellbrügge, T., Lajosi, F., Menara, D., Schamberger, R. & Rautenstrauch T. (1978) Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. München

Jenni, O. & Latal, Bea (2009) Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinderärztliche Praxis 80, 3

Jenni, O., Benz, C. & Latal, B. (2011) Das Entwicklungsprofil. Wenn die kindliche Entwicklung nicht im Gleichschritt verläuft. Pädiatrie up2date

Kinderspital Zürich (2010) Motorik. <http://www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Medizin/Medizin/AWE/Downloads/motorik.pdf>

Kinderspital Zürich (2010) Spiel. <http://www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Medizin/Medizin/AWE/Downloads/Spiel.pdf>

Kinderspital Zürich (2010) Motorik. <http://www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Medizin/Medizin/AWE/Downloads/motorik.pdf>

Köhler, G. & Egelkraut H. (1984) Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik für das 2. und 3. Lebensjahr. München

Petermann, F., Stein, I.A. & Macha T. (2006) Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6. Frankfurt

Petermann, F., Macha, T., ET 6-6-R Manual, Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahren – Revision, Pearson (2013)

Petermann, F., Macha, T., Psychologische Tests für Kinderärzte, Hogrefe (2005)

Esser, G., Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Thieme (2002), Seite 40 – 51

Köhler, G., Egelkraut, H., Hellbrügge, T., Neufassung der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik für das 2. und 3. Lebensjahr, Der Kinderarzt, Ausgabe 11/83, Seite 1405 – 1407

Sarimski, K., Entwicklungsdiagnostik für das 2. und 3. Lebensjahr, Der Kinderarzt, Ausgabe 8/85, Seite 1069 - 1074

C Stellungnahmeverfahren zur Neufassung der Kinder-Richtlinie (Formale und inhaltliche Überarbeitung [Neustrukturierung]) nach 1. Kapitel 3. Abschnitt Verfo

C-1 Würdigung der Stellungnahmen nach 1. Kapitel § 13 Verfo

C-1.1 Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

Die Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf und der Tragenden Gründe über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) ist in der Anlage 3 der ZD dargestellt.

C-1.2 Würdigung der mündlichen Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur mündlichen Anhörung am 12.03.2015 eingeladen. Die Würdigung der mündlichen Stellungnahmen ist in der Anlage 6 der ZD dokumentiert.

C-1.2.1 Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt Verfo Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 Verfo (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 12.03.2015 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	Dr. med. Klaus Rodens	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dr. Gabriele Olbrisch	nein	nein	nein	nein	nein	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. Michael Kölch	nein	ja	keine Angabe	keine Angabe	nein	nein

C STELLUNGNAHMEVERFAHREN ZUR NEUFASSUNG DER KINDER-RICHTLINIE (FORMALE UND INHALTLICHE ÜBERARBEITUNG [NEUSTRUKTURIERUNG]) NACH 1. KAPITEL 3. ABSCHNITT VERFO

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)	Prof. Dr. Werner Hosemann	nein	ja	ja	ja	ja	nein
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Dr. med. Tobias Freund	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)	Prof. Dr. T. W. Goecke	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI)	Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser	nein	ja	ja	ja	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)	Elke Mattern	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)	Prof. Dr. Christian Splieth	nein	nein	ja	ja	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)	Dr. Christian Fricke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V. (DGPP)	Prof. Dr. Rainer Schönweiler	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dr. med. Barbara Arnold	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Die Würdigung der mündlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) ist in der Anlage 5 der ZD dargestellt.

C-2 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) ist in der Anlage 4 der ZD dargestellt.

Das Wortprotokoll zur mündlichen Anhörung gemäß 1. Kapitel § 12 Verfo zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) ist in der Anlage 5 der ZD dargestellt.

- D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSSHEFT FÜR KINDER
-

D Tragende Gründe und Beschluss über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

D-1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18.06.2015 die Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinie“) in der Fassung vom 26.04.1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11.11.1976) zuletzt geändert am 16.12.2010 (Bundesanzeiger Nr. 40 (S. 1013) vom 11.03.2011) beschlossen. Dieser Beschluss beinhaltet die Regelung, dass er mit den noch zu fassenden Beschlüssen zur Änderung der Dokumentation, zur Evaluation und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie zur Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose in Kraft tritt. Am 20.08.2015 hat der G-BA die Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose beschlossen. Mit dem vorliegenden Beschluss zur Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation ist die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinie gemäß dem Beratungsantrag des IKK-Bundesverbandes vom 01.02.2005 abgeschlossen und die Neufassung der Kinder-Richtlinie kann in Kraft treten.

D-2 Eckpunkte der Entscheidung

Zu I. Änderung des Abschnitt D (§ 58 Qualitätssicherung)

Um eine möglichst einheitliche Durchführung der Untersuchungen zu ermöglichen, wurden Untersuchungsbestandteile konkretisiert und standardisiert. Die Ärztinnen oder Ärzte müssen diese vorgegebenen Standards einhalten. Hervorzuheben sind hierbei die mit dem Beschluss vom 18.06.2015 neu etablierten Standards zur Durchführung der Sehtests sowie für die orientierende Beurteilung der Entwicklung. Im Rahmen der Überarbeitung wurden für die Untersuchung der Augen neben den zu erhebenden Befunden auch entsprechende Tests und Durchführungshinweise verbindlich vorgegeben. Für die orientierende Beurteilung der Entwicklung wurden altersspezifische Items relevanter Entwicklungsbereiche aus verschiedenen deutschsprachigen Testnormierungen im Hinblick auf Validität und Reliabilität gesichtet, überprüft und ausgewählt. Die so vorgegebenen Items sollen die Objektivität der Beurteilung der kindlichen Entwicklung zukünftig verbessern.

Als Hörtest ist gemäß § 11 des Beschlusses vom 18.06.2015 bei der U8 eine Screeningaudiometrie mittels Audiometer verbindlich vorgeschrieben. Die Audiometer müssen von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen sein und mindestens einmal jährlich einer messtechnischen Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV unterzogen werden.

Zu I. Änderung des Abschnitt D (§ 59 Evaluation)

Die Untersuchungen nach §§ 3 – 12 des Beschlusses vom 18.06.2015 werden anhand einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert. Im Sinne einer Anwendungsbeobachtung soll insbesondere untersucht werden, inwieweit durch die neu etablierten Standards zur Durchführung der Sehtests und der orientierenden Beurteilung der Entwicklung Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden können. Der G-BA beauftragt spätestens 2 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, welches unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen mit der Durchführung der Evaluation betraut wird. Der G-BA geht davon aus, dass das Institut die Daten von freiwilligen Teilnehmern selbst erhebt. Im Rahmen des Vergabeverfahrens wird der G-BA entsprechende Anforderungen an den Datenschutz in die Leistungsbeschreibung aufnehmen. Der G-BA sieht in § 59 Absatz 3 vor, die Kriterien für eine Evaluation später festzulegen. Hierfür wird er nach der gesetzlichen Vorgabe in § 92 Absatz 4 Nr. 3 SGB V die Einzelheiten in der Richtlinie regeln, so dass für die in spätestens 2 Jahren vorgesehene Evaluation ein weiterer Richtlinienbeschluss erforderlich sein wird.

Zu II. Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

Die Untersuchungsinhalte wurden durch den vorliegenden Beschluss nicht verändert, sondern die Dokumentation nach Maßgabe der Beschlüsse vom 18.06.2015 und 20.08.2015 neu geregelt. Die Dokumentation erfolgt im so genannten „Gelben Heft“.

Das Gelbe Heft ist Bestandteil der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie). Dort ist detailliert festgelegt, zu welchem Zeitpunkt welche Untersuchung durchgeführt wird und zu dokumentieren ist.

Das Gelbe Heft dient somit der ärztlichen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie den sich daraus ableitenden Maßnahmen für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Bei einem Arztwechsel wird die Weitergabe von anamnestischen und klinischen Befunden sowie die ärztliche Dokumentation zum Entwicklungsstand des Kindes erleichtert. In Vorbereitung auf die jeweilige Früherkennungsuntersuchung dient das Gelbe Heft den Eltern zur Information über die altersentsprechenden Untersuchungsinhalte.

Aufgrund der Neustrukturierung, Konkretisierung und Standardisierung der Untersuchungsinhalte wird die Dokumentation angepasst. Die Inhalte im Gelben Heft sind eng an den Richtlinien text gebunden. Die Dokumentation auffälliger Befunde wird beibehalten und erfolgt in den Bereichen Anamnese, Orientierende Entwicklungsbeurteilung und Klinische Untersuchung.

Die Beratungsthemen sind vorgegeben und deshalb obligat. Zu den Inhalten werden in der Kinder-Richtlinie keine Regelungen vorgenommen. Konsistent zur Gesamtstruktur des überarbeiteten Gelben Heftes wird für die Beratungsthemen ebenso wie für alle anderen Inhalte auch die Möglichkeit zur Dokumentation von Auffälligkeiten durch Ankreuzen vorgeschlagen. Für eine optionale Differenzierung des auf diese Weise dokumentierten erweiterten Beratungsbedarfs ist ein Freitextfeld vorgesehen.

Ergänzend zur Anpassung der Dokumentation der Untersuchungsinhalte lt. Beschluss vom 18.06.2015, wird in 2 Jahren, im Rahmen einer Stichprobenerhebung für die Evaluation der

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

Kinder-Richtlinie, eine elektronische Dokumentation angestrebt. Es ist vorgesehen, für diese Erfassung der Daten die Einwilligung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Eltern einzuholen.

Teilnahmekarte

Mit der separaten Teilnahmekarte wird der regelmäßige Besuch der Untersuchungen dokumentiert. So haben die Eltern die Möglichkeit die regelmäßige Teilnahme nachzuweisen, ohne vertrauliche Informationen des Gelben Heftes weitergeben zu müssen. Die U3 – U9 beinhalten jeweils eine Impfberatung und Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus. Daher ist die Teilnahmekarte grundsätzlich geeignet, gemäß § 34 Abs. 10a des Infektionsschutzgesetzes bei Erstaufnahme in eine Kindertagesstätte, die ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen und altersgemäßen Impfschutz nachzuweisen.

Zu III. Inkrafttreten

Das Inkrafttreten der Neufassung wird auf 14 Tage nach Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger festgelegt. Dies erfolgt, um hinreichend Zeit für die Zurverfügungstellung der neuen Gelben Hefte zu gewährleisten. Frühestens soll der Beschluss jedoch zum 01.07.2016 in Kraft treten.

D-3 Bürokratiekostenermittlung

§ 58 Abs. 3 verweist auf die EU-Richtlinie 93/42/EWG sowie die MPBetreibV. Den Leistungserbringern entstehen aus dem Verweis keine über die genannten Vorgaben hinausgehenden Aufwände.

Aus der Regelung zur geplanten Evaluation in § 59 Abs. 3 ergeben sich zum jetzigen Zeitpunkt noch keine quantifizierbaren Bürokratiekosten für Leistungserbringer, da die konkreten Festlegungen zur Ausgestaltung der repräsentativen Stichprobe zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Der G-BA wird bei der näheren Ausgestaltung darauf achten, dass sich im Zuge der Evaluation keine unverhältnismäßigen Bürokratiekosten für Leistungserbringer ergeben.

Bürokratiekosten entstehen den Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die in § 59 Abs. 1 geregelte Vorgabe, wonach die Dokumentation der Befunde zusätzlich zur Patientenakte auch im Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft) erfolgt. Zur Bestimmung der sich aus der Richtlinienänderung ergebenden Aufwände für Leistungserbringer ist der Abgleich zwischen der bislang und der künftig geltenden Fassung des Gelben Heftes erforderlich. Für die Bürokratiekosten der Leistungserbringer relevant sind hierbei in erster Linie die in jedem Fall obligatorisch zu dokumentierenden Felder, wie etwa Untersuchungsdatum, Körpergewicht, altersgemäße Entwicklung, Impfstatus etc.

Zur Quantifizierung der sich ergebenden Bürokratiekosten werden folgende jährliche Fallzahlen der einzelnen Untersuchungen herangezogen: U1: 630.565; U2: 630.565; Mukoviszidose-Screening: 630.565; U3: 591.191; U4: 578.333; U5: 570.251; U6: 561.081; U7: 549.340; U7a: 514.537; U8: 526.651; U9: 518.656; Quelle: GOP-Auswertung der KBV für Fallzahlen bei Vertragsärzten sowie eigene Berechnung für Fallzahl in Krankenhäusern bei U1 und U2.

Die Zahl der in jedem Fall zu dokumentierenden Felder bleibt im Falle des Neugeborenen-Hörscreenings und der Hüftsonographie unverändert, so dass sich hieraus keine veränderten Bürokratiekosten ergeben. Auch die Dokumentation des Erweiterten

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSSHEFT FÜR KINDER

Neugeborenen-Screenings erfordert künftig keinen höheren Aufwand als bislang, zumal diese Dokumentation in den meisten Fällen mithilfe von Aufklebern des Labors erfolgt.

Die Dokumentation des neu eingeführten Mukoviszidose-Screenings ergibt bei einer geschätzten jährlichen Fallzahl von 630.565 Untersuchungen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 660.780 Euro.

Im Zuge der Straffung der Dokumentation im Gelben Heft konnte die Zahl der in jedem Fall zu dokumentierenden Felder in der U3, der U7, der U7a, der U8 und der U9 um jeweils ein Feld reduziert werden; bei der U1, der U4 und der U6 erfolgt eine Reduzierung um zwei in jedem Fall zu dokumentierende Felder sowie bei der U2 und der U5 eine Reduzierung um drei in jedem Fall zu dokumentierende Felder. Hieraus ergibt sich insgesamt eine Verringerung der jährlichen Bürokratiekosten um 2.062.882 Euro.

In der Gesamtschau ergibt sich aus der neu aufgenommenen Dokumentation des Mukoviszidose-Screenings sowie den genannten reduzierten Dokumentationsanforderungen eine Reduzierung der jährlichen Bürokratiekosten um geschätzt 1.402.100 Euro. Dies berücksichtigt allerdings nicht den Aufwand, der sich aus den Feldern ergibt, die nicht in jedem Fall zu dokumentieren sind, sondern nur bei Vorliegen von Auffälligkeiten. Da zur Häufigkeit in diesen Fällen keine validen Daten vorliegen, kann hierzu keine Bezifferung der Bürokratiekosten vorgenommen werden. Insgesamt wird daher davon ausgegangen, dass die Überarbeitung des Gelben Heftes bürokratiekostenneutral ist.

D-4 Stellungnahmeverfahren

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am 28.01.2016 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5, 5a und § 92 Abs. 7d SGB V beschlossen. Am 29.01.2016 wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum 26.02.2016 eingeleitet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Die Bundesärztekammer hat am 26.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Die Bundeszahnärztekammer hat am 26.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Abs. 5a SGB V

Die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit hat am 26.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Stellungnahmen gemäß § 92 Abs. 7d SGB V

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin hat am 23.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde hat am 24.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (über die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) hat am 24.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat am 24.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hat am 26.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat eine gemeinsame Stellungnahme mit dem nicht stellungnahmeberechtigten Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am 26.02.2016 abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft hat am 26.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie und die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung wurden von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zusätzlich ausgewählt. Die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie und die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung haben keine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie hat am 26.02.2016 eine Stellungnahme abgegeben.

Die nachfolgenden jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden über ihre Stellungnahmerechte mit Schreiben vom 29.01.2016 informiert, haben aber keine Stellungnahme abgegeben:

- Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie (DGKED)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
- Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)

Der UA MB hat sich in seiner Sitzung am 14.04.2016 mit den schriftlichen Stellungnahmen auseinandergesetzt (vgl. Übersicht zur Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen; Anlage 7 der ZD).

Von dem Recht zur mündlichen Anhörung haben nachfolgende Fachgesellschaften Gebrauch gemacht:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
- Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (über die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSSHEFT FÜR KINDER

Der UA MB hat sich in seiner Sitzung am 28.04.2016 mit den mündlichen Stellungnahmen auseinandergesetzt (siehe Übersicht zur Würdigung der mündlichen Stellungnahmen; Anlage 8 der ZD).

D-5 Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
	28.01.2005	Antrag des IKK-BV auf Überarbeitung der Kinder-Richtlinien
UA Prävention	01.02.2005	Einrichtung der AG Kinder und Priorisierung des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinie“
	11.02.2005	Beginn der Beratungen in der AG
Plenum	23.02.2005	Bekanntmachung des G-BA gemäß § 91 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über weitere Beratungsthemen zur Überprüfung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V: Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinie
	09.04.2005	Veröffentlichung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger (BAnz. Nr. 67 (S. 5707))
Plenum	19.12.2006	Auftrag des G-BA an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
AG	08.08.2007	Beauftragung FB Medizin mit orientierender Recherche zum Teilberatungsthema: Screening auf Nierenfehlbildung
Plenum	13.09.2007	Beschlusses des G-BA zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch
	14.12.2007	Veröffentlichung des Beschlusses des G-BA zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 234 (S. 8268))
AG	13.02.2008	Beauftragung der FB Medizin zur orientierenden Recherche zum Teilberatungsthema: Erworbene Hörstörungen
Plenum	21.02.2008	Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung
UA Prävention	26.02.2008	Beauftragung der FB Medizin mit einer systematischen Recherche und Bewertung der

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

		aktuellen wissenschaftlichen Datenlage zum Nutzen eines Neugeborenen Screenings auf Mukoviszidose
	15.04.2008	Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 57 (S. 1344))
Plenum	13.03.2008	Bekanntmachung des G-BA gemäß §91 Abs. 5 SGB V über Beratungsthemen zur Überprüfung gemäß §135 Abs. 1 in Verbindung mit §26 SGB V: Screening auf Zystische Fibrose (Mukoviszidose)
	21.05.2008	Veröffentlichung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 75 (S. 1794))
Plenum	15.05.2008	Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a
	01.07.2008	Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger (BAnz Nr. 96 (S. 2326))
AG	12.11.2008	Expertengespräch zum Teilberatungsthema: Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege
Plenum	11.11.2010	Beschluss des G-BA zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege
UA Methodenbewertung	24.07.2014	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 SGBV und § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)
	18.09.2014	Eingang der Stellungnahmen
UA Methodenbewertung	26.02.2015	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen der Anhörungsberechtigten nach § 91 Abs. 5 SGB V und § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V
UA Methodenbewertung	12.03.2015	Mündliche Anhörung
UA Methodenbewertung	26.04.2015	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung über Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie
Plenum	18.06.2015	Beschluss zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie: Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)
UA Methodenbewertung	28.01.2016	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5, 5a SGBV und § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V zum Beschlussentwurf über eine Änderung des

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

		Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie: Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation
UA Methodenbewertung	14.04.2016	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen der Anhörungsberechtigten nach § 91 Abs. 5, 5a SGB V und § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V
UA Methodenbewertung	14.04.2016	Mündliche Anhörung
UA Methodenbewertung	28.04.2016	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen, Beschlussempfehlung über die Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie: Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation
Plenum	19.05.2016	Beschluss über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie: Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation
	07.06.2016	Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
	18.08.2016	Veröffentlichung des konsolidierten Beschlusses im Bundesanzeiger
	01.09.2016	Inkrafttreten der Richtlinienänderung zur Neustrukturierung und zur Dokumentation der Kinderuntersuchungen

D-6 Anlagen

- 1 Würdigung schriftliche Stellungnahmen (siehe Anlage 7 der ZD)
- 2 Würdigung mündliche Stellungnahmen (siehe Anlage 8 der ZD)

D-7 Änderungsbeschluss vom 19.05.2016

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

Vom 19. Mai 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Mai 2016 beschlossen, den Beschluss vom 18. Juni 2015 über eine Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung), wie folgt zu ändern:

I. Ziffer I. wird wie folgt geändert:

1. Der Abschnitt „D. Dokumentation und Evaluation“ wird wie folgt gefasst:

„D. Qualitätssichernde Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation

§ 58 Qualitätssicherung

- (1) Die Untersuchungen nach den §§ 3 - 12 dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können und nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind.
- (2) Bei der Durchführung der Untersuchung müssen die in der Richtlinie vorgegebenen Standards eingehalten werden.
- (3) Für die Durchführung der Screeningaudiometrie nach § 11 dieser Richtlinie müssen Audiometer verwendet werden, die von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen sind und entsprechend den Vorgaben der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) einer regelmäßigen Wartung unterzogen werden.

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

§ 59 Dokumentation

- (1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte und im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt die Inhalte der Anlage 1 als Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft) in gedruckter Version den Leistungserbringern zur Verfügung. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu dieser Richtlinie. Darüber hinaus wird jeweils die Teilnahme an den Untersuchungen (U2 bis U9) auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert (gemäß Anlage 1).
- (2) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 3), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2), an der Filterpapierkarte (Anlage 4) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 5) vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird. 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 2 der Verfahrensordnung gilt entsprechend.
- (3) Die Untersuchungen nach Abschnitt B werden anhand einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt spätestens 2 Jahre nach Inkrafttreten der Neufassung dieser Richtlinie ein unabhängiges wissenschaftliches Institut mit der Evaluation. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in einem gesonderten Beschluss die Kriterien festlegen, nach denen ein unabhängiges wissenschaftliches Institut unter Hinzuziehung von ausgewählten Leistungserbringern und unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere die überarbeiteten Teile der Untersuchungen (Abschnitt B) bewertet."

2. In § 10 Absatz 2 Nummer 4 wird im sechsten Spiegelstrich die Angabe „Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten“ durch die Angabe „Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten“ ersetzt.

3. In § 11 Absatz 2 wird nach dem Wort „Beratung“ ein Punkt angefügt.

4. Nach der Angabe „Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder“ wird die Angabe „[vorläufig unbesetzt]“ gestrichen und folgender Text als Anlage 1 eingefügt:

„Untersuchungsheft für Kinder

Herausgeber: Gemeinsamer Bundesausschuss, PSF 120606, 10596 Berlin, www.g-ba.de

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Teilnahmekarte

Name	
Vorname	
Geburtstag	

Liebe Eltern! Schützen Sie die Daten Ihres Kindes! Mit dieser herausnehmbaren Karte können Sie bei Behörden, Kindertagesstätten, Schulen und Jugendämtern den Nachweis erbringen, dass Ihr Kind an den Untersuchungen teilgenommen hat.

U2 Lebensstag	3.-10.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift)
U3 Lebenswoche	4.-5.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U4 Lebensmonat	3.-4.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U5 Lebensmonat	6.-7.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U6 Lebensmonat	10.-12.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U7 Lebensmonat	21.-24.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U7a Lebensmonat	34.-36.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U8 Lebensmonat	46.-48.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U9 Lebensmonat	60.-64.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *

* Die Untersuchung beinhaltet eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ausreichenden Impfschutz.

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Liebe Eltern,

herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Babys!

Gerade in den ersten Lebensjahren macht Ihr Kind sehr viele Entwicklungsschritte. Um eventuell vorliegende Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkennen und entsprechend handeln zu können, gibt es regelmäßige Untersuchungen. Diese sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge für Ihr Kind. Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Innerhalb der ersten sechs Lebensjahre untersucht die Ärztin oder der Arzt, ob sich Ihr Kind gesund und altersgemäß entwickelt. Die Ergebnisse jeder Untersuchung werden Ihnen erläutert. Darüber hinaus werden Sie über Schutzimpfungen informiert, die zugleich mit den Untersuchungen erfolgen können. Sie haben bei sämtlichen Untersuchungen die Gelegenheit, die Entwicklung Ihres Kindes mit der Ärztin oder dem Arzt zu besprechen und Fragen zu stellen, etwa zu Themen wie Ernährung oder Unfallvermeidung.

Zudem erhalten Sie im Rahmen der einzelnen Untersuchungen von der Ärztin oder dem Arzt Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (wie z. B. Eltern-Kind-Angebote, Frühe Hilfen, Familienhebammen, -paten, öffentlicher Gesundheitsdienst).

Für alle Untersuchungen sind bestimmte Zeiträume vorgegeben. Dass Sie diese kennen und einhalten, ist besonders wichtig, da manche Erkrankungen nur in einer bestimmten Altersspanne rechtzeitig erkannt und behandelt werden können (z. B. Stoffwechselstörungen oder Fehlstellungen der Hüfte). Auch bei Frühgeborenen, also Kindern, die vor der 37+0 Schwangerschaftswoche geboren werden, sollen die Untersuchungszeiträume dringend eingehalten werden. In solchen Fällen wird der frühe Geburtstermin bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Bitte nutzen Sie das Angebot der Untersuchungen! Sie geben sich und Ihrem Kind die Chance, dass gesundheitliche Probleme oder Auffälligkeiten rechtzeitig erkannt und behandelt werden können.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei dem Gelben Heft um eine vertrauliche Information handelt. Keine Institution (z. B. Kita, Schule, Jugendamt) darf eine Einsichtnahme verlangen. Sie entscheiden, wem Sie den Einblick gewähren. Die herausnehmbare Teilnahmekarte ist als Beleg für die Wahrnehmung der Untersuchungen ausreichend.

Wir wünschen Ihrem Kind und Ihnen alles Gute!

Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin*

*Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gebildet von der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Der G-BA legt in Richtlinien fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Das Gelbe Heft ist eine Anlage der Kinder-Richtlinie des G-BA. Weitere Informationen finden Sie auf den Internetselten des G-BA unter www.g-ba.de.

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

U1

Elterninformation zur Neugeborenen-Erstuntersuchung

Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Babys statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, dass Ihr Baby die Geburt gut überstanden hat.

Es geht bei der U1 vor allem darum, sofort behandlungsbedürftige Zustände und äußerliche Fehlbildungen zu erkennen. So können notwendige Sofortmaßnahmen eingeleitet und Komplikationen vermieden werden.

Das wird untersucht:

- Mit dem sogenannten Apgar-Wert werden die Hautfarbe des Babys, der Herzschlag, die Reflexe, die Muskelspannung und die Atmung geprüft. Dieser Wert wird nach fünf und nochmals nach zehn Minuten ermittelt.
- Um sicher zu sein, dass Ihr Neugeborenes während der Geburt ausreichend mit Sauerstoff versorgt worden ist, wird der Nabelschnur Blut entnommen und dessen pH-Wert (Säuregrad) bestimmt.
- Es wird nach äußerlich erkennbaren Fehlbildungen geschaut.

Ihr Baby wird gemessen und gewogen und es erhält nach Rücksprache mit Ihnen Vitamin K, um inneren Blutungen vorzubeugen.

Zur Ernährung Ihres Kindes (Stillen oder andere Ernährungsformen) werden Sie fachkundig beraten und können während der gesamten Stillzeit und bei Ernährungsproblemen auf Hilfe zurückgreifen.

In den kommenden drei Tagen werden Ihnen für Ihr Baby weitere wichtige Untersuchungen empfohlen: Der Test auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose aus einigen Tropfen Blut Ihres Babys ermöglicht eine rechtzeitige Behandlung dieser Erkrankungen. Mit dem Hörtest für Neugeborene können frühzeitig Hörstörungen erkannt werden. Zu diesen Untersuchungen erhalten Sie jeweils ein ausführliches Informationsblatt.

Die nächste Untersuchung soll vom 3. bis zum 10. Lebenstag (U2) vorgenommen werden.

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

Anamnese

Schwangerschaftsanamnese aus dem Mutterpass übertragen.

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Zutreffendes bitte ankreuzen
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/>
Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/>	(Poly-)Hydramnion	<input type="checkbox"/>
Dauermedikation	<input type="checkbox"/>	Oligohydramnion	<input type="checkbox"/>
akute oder chronische Infektionen in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	besondere psychische Belastungen	<input type="checkbox"/>
Antikörper-Suchtest positiv	<input type="checkbox"/>	besondere soziale Belastungen	<input type="checkbox"/>
B-Streptokokken-Status der Mutter positiv	<input type="checkbox"/>	Abusus	<input type="checkbox"/>

Geburtsanamnese:

Geburtsdatum Uhrzeit

SSW (Wochen+Tage)

Geschlecht männlich weiblich unbestimmt

Geburtsmodus spontan Sectio vaginale Operation: üm peps

Kindslage Schädellage Beckenendlage erlage

pH-Wert (Nabelarterie) Base excess

Soweit vorhanden, Befunde einer pränatalen Diagnostik:

Familienanamnese: (u. a. behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangenen Kind)

Körperliche Untersuchung

Apgar-Wert 5/10

Körpergewicht in g Körperlänge in cm

Reifezeichen: _____

Fehlbildungen: _____

Traumata: _____

Gelbsucht Ödeme

- D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

Sonstiges

Vitamin-K-Prophylaxe gegeben: ja Dosis: 2 mg oral abweichende Dosis: _____
 nein

Stempel

Unterschrift und Datum:

Änderungsbeschluss

- D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

Erweitertes Neugeborenen-Screening

Untersuchung erfolgt am:	Datum:	<input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig
Zweite Laboruntersuchung erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durchgeführt am:	<input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig
Kontrolluntersuchung bei auffälligem Befund durchgeführt am:	Datum:	
Screeninglabor und Patientenummer:		
Eltern wünschen keine Untersuchung	Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes	

Screening auf Mukoviszidose

Untersuchung erfolgt am:	Datum:	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Abklärung veranlasst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:	
Screeninglabor und Patientenummer:		
Eltern wünschen keine Untersuchung	Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes	

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

Neugeborenen-Hörscreening

Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR, in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen durchgeführt am:		Stempel und Unterschrift
TEOAE	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
AABR	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
Kontroll-AABR bei auffälligem Erstbefund, in der Regel bis U2 durchgeführt am:		Stempel und Unterschrift
AABR	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
Päaudiologische Diagnostik bei auffälliger Kontroll-AABR veranlasst am:		Stempel und Unterschrift
Ergebnisse der päaudiologischen Diagnostik , in der Regel bis zur 12. Lebenswoche durchgeführt am:		
	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
Untersuchungsergebnisse und ggf. erforderliche Therapie mit den Eltern besprochen am:		Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes
Eltern wünschen keine Untersuchung		

U2 3.-10. Lebenstag

U2

Elterninformation zur Untersuchung vom 3. bis zum 10. Lebenstag

Ihr Baby ist jetzt einige Tage alt. Wenn Sie in der Klinik sind, wird die zweite Untersuchung, die U2, dort stattfinden. Wenn Sie zu Hause sind, vereinbaren Sie so früh wie möglich einen Untersuchungstermin bei der Ärztin oder dem Arzt, die oder der Ihr Baby betreuen soll. Die U2 soll drei bis spätestens zehn Tage nach der Geburt stattfinden. Falls die Tests auf angeborene Stoffwechselstörungen und/oder Mukoviszidose sowie der Neugeborenen-Hörtest noch nicht durchgeführt wurden, sollten sie umgehend erfolgen, da es für einige Erkrankungen wichtig ist, dass die Diagnose schnell gestellt werden kann.

Durch eine eingehende körperliche Untersuchung Ihres Babys sollen bei der U2 angeborene Erkrankungen und Fehlbildungen (z. B. Fehlbildungen des Herzens) erkannt und lebensbedrohliche Komplikationen vermieden werden. Hierzu gehört auch das Erkennen einer behandlungsbedürftigen Gelbsucht.

Bei dieser und bei allen weiteren Untersuchungen wird Ihr Baby gemessen und gewogen.

Es wird besonders geachtet auf:

- die Haut
- die Sinnesorgane
- die Brust- und Bauchorgane
- die Geschlechtsorgane
- den Kopf (Mund, Nase, Augen, Ohren)
- das Skelettsystem mit Muskeln und Nerven.

Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen, was für die gesunde Entwicklung Ihres Babys wichtig ist. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Bei dieser Untersuchung erhält Ihr Baby nochmals Vitamin K, um Blutungen vorzubeugen. Außerdem werden Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid beraten, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist. Gegebenenfalls werden diese Ihrem Baby verschrieben. Außerdem werden Sie zu den Themen Stillen und Ernährung beraten sowie über Maßnahmen, die das Risiko eines plötzlichen Kindstodes vermindern.

Tipp: Ist Ihnen bei Ihrem Baby etwas aufgefallen, das Sie ungewöhnlich finden? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen möchten.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U2 3.-10. Lebenstag

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: Erhebung und Dokumentation in der U1 prüfen und ggf. nachtragen

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen
- Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
- Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
- auffälliges Schreien
- Risikofaktoren für Hüftdysplasie

Familienanamnese:

- Augenerkrankungen (z. B. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte
- Hüftdysplasie

Sozialanamnese (unter Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese):

-

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> Hydratationszustand 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Moro-Reaktion <input type="checkbox"/> Galant-Reflex <input type="checkbox"/> Schreitautomatismus <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephahämatom <input type="checkbox"/> Fontanellentonus <input type="checkbox"/> Crepitalio capitis
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herzöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkammes <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Nabelveränderungen <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokone, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom) <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Prüfung im durchfallenden Licht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminaionsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien
<p><u>Ohren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie) 	

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U2 3.-10. Lebensstag

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

--

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Stillen/Ernährung
- plötzlicher Kindstod
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Information zu Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

Bemerkung:

--

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U2 3.-10. Lebenstag

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Erweitertes Neugeborenen-Screening	
Screening auf Mukoviszidose	
Neugeborenen-Hörscreening	
Screening auf Hüftgelenkdysplasie und – luxation (nur bei Risikofaktoren)	
Vitamin-K-Prophylaxe gegeben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dosis: 2 mg oral abweichende Dosis: _____ <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

U3 4.-5. Lebenswoche

U3

Elterninformation zur Untersuchung von der 4. bis zur 5. Lebenswoche

Ihr Baby ist jetzt etwa einen Monat alt. Die meisten Babys können von der dritten Woche an den Kopf zu Geräuschquellen hinwenden. Sie schauen lieber farbige als graue Flächen an und haben einen ausgeprägten Saug- und Greifreflex.

Ein wichtiges Ziel der U3 und aller weiteren Untersuchungen ist es, Entwicklungsauffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen. Bei der U3 achtet die Ärztin oder der Arzt beispielsweise darauf, ob Ihr Baby schon in Bauchlage den Kopf halten kann, die Hände spontan öffnet oder aufmerksam in nahe Gesichter schaut.

Neben einer gründlichen körperlichen Untersuchung werden zusätzlich mit Ultraschall die Hüftgelenke Ihres Babys überprüft, um eventuelle Fehlstellungen rechtzeitig behandeln zu können. Die Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke sollten Sie nutzen, da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können. Wie bei der U1 und U2 wird die Ärztin oder der Arzt nochmals darauf achten, ob Ihr Baby eine behandlungsbedürftige Gelbsucht hat, die zum Beispiel ein Hinweis auf einen Verschluss der Gallengänge sein kann.

Sie werden gefragt, ob es Auffälligkeiten beim Schlafen, Trinken, bei der Verdauung oder im sonstigen Verhalten Ihres Babys gibt. Zur Vorbeugung gegen die Knochenerkrankung Rachitis wird Vitamin D sowie Fluorid für die spätere Zahnhärtung empfohlen. Sie werden erneut zum Thema Stillen und Ernährung beraten sowie über Maßnahmen, die das Risiko eines plötzlichen Kindstodes mindern. Zudem geht es allgemein um Unfallverhütung und um Gefahren für Ihr Baby durch Abhängigkeit und Sucht in der Familie. Falls die Tests auf angeborene Stoffwechselstörungen und/oder Mukoviszidose sowie der Neugeborenen-Hörtest noch nicht stattgefunden haben, sollten sie umgehend erfolgen, da es für einige Erkrankungen wichtig ist, dass die Diagnose schnell gestellt werden kann.

Bei der Untersuchung wird angesprochen, wie Sie sich verhalten können, wenn Ihr Baby besonders viel schreit. Sie erhalten außerdem eine ausführliche Beratung, welche Impfungen sinnvoll sind. Sofern Sie einverstanden sind, wird Ihr Baby mit 6 Wochen zum ersten Mal geimpft und Sie erhalten einen Impfpass. Vereinbaren Sie dazu einen Impftermin, da in diesem Alter keine Untersuchung erfolgt.

Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen?

Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

U3 4.-5. Lebenswoche

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: Erhebung und Dokumentation in der U1 prüfen und ggf. nachtragen.

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung
- auffälliges Schreien
- Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)

Familienanamnese:

- Augenerkrankungen (z. B. Kindliche Katarakt, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten. Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen.

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U3 4.-5. Lebenswoche

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Handgreifreflex <input type="checkbox"/> Moro-Reaktion <input type="checkbox"/> Saugreflex <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dymorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephalhämatom <input type="checkbox"/> Fontanellentonus <input type="checkbox"/> Crepittatio capitis <input type="checkbox"/> lagebedingte Schädelasymmetrie
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkammes <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> orofacialer Hypotonus
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Nabelveränderungen <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom) <input type="checkbox"/> Nystagmus
<p><u>Ohren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z. B. Ohrfeisten, Anhängsel) 	<p>Prüfung im durchfallenden Licht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U3 4.-5. Lebenswoche

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Stillen/ Ernährung/ Mundhygiene
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U3 4.-5. Lebenswoche

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Erweitertes Neugeborenen-Screening	
Screening auf Mukoviszidose	
Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation	
Neugeborenen-Hörscreening	
Vitamin-K-Prophylaxe gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dosis: 2 mg oral abweichende Dosis: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Impftermin am:	
U4 am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSSHEFT FÜR KINDER

Spezielle Früherkennungsuntersuchung

Screening auf Hüftgelenksdysplasie und – luxation

Anamnese:	
Geburt aus Beckenendlage	<input type="checkbox"/> ja
Hüftgelenksluxation bzw. Hüftgelenksdysplasie in Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/> ja
Stellungsanomalie bzw. Fehlbildungen (insb. der Füße)	<input type="checkbox"/> ja
Klinische Zeichen:	
Hüftsonographie: A	
Hüftsonographischer Vorbefund:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Hüfttyp (nach Graf)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Alpha-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Beta-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Hüftsonographie: B	
Hüftsonographischer Befund in der 4.-5. Lebenswoche:	
Hüfttyp (nach Graf)	links <input type="checkbox"/> Ia/Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIc/D <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV rechts <input type="checkbox"/> Ia/Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIc/D <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV

- D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER
-

Spezielle Früherkennungsuntersuchung

Alpha-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Beta-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Weiteres Vorgehen:	
Kontrollsonographie	<input type="checkbox"/> ja
Überweisung zur diagnostischen Abklärung	<input type="checkbox"/> ja
Behandlungsempfehlung	<input type="checkbox"/> ja
Datum und Unterschrift:	

U4 3.-4. Lebensmonat

U4

Elterninformation zur Untersuchung vom 3. bis zum 4. Lebensmonat

Die meisten Babys werden in diesem Alter immer mobiler und aktiver. Sie beginnen, nach Dingen zu greifen und zu lächeln. Sie reagieren auf ihre Bezugsperson. Außerdem machen sie sich durch bestimmte Laute bemerkbar.

Die Ärztin oder der Arzt achtet vor allem darauf, ob sich Ihr Baby körperlich und geistig altersgerecht entwickelt. Unter anderem wird auch beobachtet, wie sich Ihr Baby bewegt. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob Ihr Baby hören und sehen kann. Außerdem interessiert es Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wie Sie und Ihr Baby miteinander im Kontakt sind. Es wird wieder eine körperliche Untersuchung durchgeführt und dabei wird auch kontrolliert, ob die Knochenlücke am Kopf (Fontanelle) ausreichend groß ist, damit der Schädel weiterhin problemlos wachsen kann.

Zur U4 werden Wiederholungsimpfungen angeboten. Spätestens jetzt erfolgen die ersten Impfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Verdauung Ihres Babys, Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes, Unfallverhütung und wie Sie reagieren sollten, wenn Ihr Baby besonders viel schreit und nicht schlafen kann. Weitere Themen sind die Förderung der Sprachentwicklung durch häufiges Sprechen und Singen mit dem Baby sowie die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Falls der Neugeborenen-Hörtest noch nicht stattgefunden hat, sollte er umgehend erfolgen.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen?

Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten. Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSSHEFT FÜR KINDER

U4 3.-4. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen
- abnorme Stühle (Stuhlfarbe mit Farbtafel erfragen), Obstipation
- auffälliges Schreien

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine. Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden. Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben.	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden.
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm. Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden. Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“).

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit durch die primäre Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

U4 3.-4. Lebensmonat

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Handgreifreflex <input type="checkbox"/> Fußgreifreflex <input type="checkbox"/> Neugeborenenreflexe <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephalhämatom <input type="checkbox"/> Fontanelle tonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkammes <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> orofacialer Hypotonus
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie) <p>Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationschwäche rechts/links

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U4 3.-4. Lebensmonat

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U4 3.-4. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Neugeborenen-Hörscreening	
Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfung:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
nächster Impftermin am:	
U5 am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

U5 6.-7. Lebensmonat

U5

Elterninformation zur Untersuchung vom 6. bis zum 7. Lebensmonat

Ihr Baby entwickelt sich weiter. Die meisten Babys können ihren Oberkörper auf den gestützten Armen anheben. Sie lachen, wenn sie geneckt werden und sie versuchen vielleicht schon, sich mit mehrsilbigen Lautketten wie „dei-dei-dei“ mitzuteilen. Bei einigen Babys setzt jetzt das „Fremdeln“ ein, Ihr Baby unterscheidet also in seinem Verhalten zwischen bekannten und unbekanntem Personen. Typisch für dieses Alter ist auch, dass Gegenstände in die Hand genommen und in den Mund gesteckt werden.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U5 insbesondere darauf, ob es bei Ihrem Baby Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen oder -risiken gibt. Ihr Baby wird körperlich untersucht. Um Hinweise auf Sehstörungen zu bekommen, werden zur Untersuchung der Augen bestimmte Tests durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt beobachtet, wie beweglich Ihr Baby ist und wie es seinen Körper beherrscht. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Baby.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Verdauung Ihres Babys sowie über Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes. Sehr wichtig ist das Gespräch über Unfallverhütung, Ihr Verhalten, wenn das Baby schreit und die Vermeidung von Schlafstörungen. Die Förderung der Sprachentwicklung ist ein weiteres Thema. Weiterhin werden die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid besprochen. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Rat zur kindlichen Mundhygiene.

Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Baby werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühen Hilfen).

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten. Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U5 6.-7. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- auffälliges Schreien
- Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen. Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme. Federn mit den Beinen.	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen.
	<input type="checkbox"/> Sprache: Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei).
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell).	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird. Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich. Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes.

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

U5 6.-7. Lebensmonat

Regulation/Stimulation:

- Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.
- Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).
- Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.
- Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dismorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Fontanellentonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <p><input type="checkbox"/> Femoralispulse</p>	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> fehlender Mundschluss
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie) <p>Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U5 6.-7. Lebensmonat

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Stillen/Ernährung
- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- UV-Schutz
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U5 6.-7. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Neugeborenen-Hörscreening	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U6 10.-12. Lebensmonat

U6

Elterninformation zur Untersuchung vom 10. bis zum 12. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast ein Jahr alt. Es kann wahrscheinlich schon robben oder krabbeln und sich an Möbeln in den Stand hochziehen. Mit Unterstützung geht es möglicherweise sogar schon ein paar Schritte. Ihr Kind wird fingerfertiger, so dass es mit etwas Hilfe auch schon aus einem Becher trinken kann. Die meisten Kinder ahmen in diesem Alter Laute nach und können Doppelsilben wie „da-da“ bilden. Wenn Sie Ihr Kind dazu auffordern, reicht es Ihnen vielleicht schon einen Gegenstand.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U6 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Untersuchungen der Augen durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt schaut, wie beweglich Ihr Kind ist und wie es seinen Körper beherrscht. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen Themen wie die Ernährung Ihres Kindes und Maßnahmen zur Unfallverhütung. Die Förderung der Sprachentwicklung sind weitere Themen, ebenso die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Hinweise zur kindlichen Mundhygiene. Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen.

Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

U6 10.-12. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- regelmäßiges Schnarchen

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle. Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen. Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück.	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger. Klopf 2 Würfel aneinander.
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand. Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung.	<input type="checkbox"/> Sprache: Spontane Äußerung von längeren Silbenketten. Produziert Doppelsilben (z. B. ba-ba, da-da). Ahmt Laute nach.
	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe. Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden. Freut sich über andere Kinder.

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U6 10.-12. Lebensmonat

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskelreflexe
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamilienabstand 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dymorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Fontanellentonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> fehlender Mundschluss <input type="checkbox"/> auffälliger Stimmklang (z. B. Heiserkeit und Naseln)
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehlhaltung <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie) <p>Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links <p>Pupillenstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U6 10.-12. Lebensmonat

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnchonende Ernährung
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U6 10.-12. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am	
Stempel	Unterschrift und Datum:

U7 21.-24. Lebensmonat

U7

Elterninformation zur Untersuchung vom 21. bis zum 24. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast zwei Jahre alt. Es kann nun wahrscheinlich schon über längere Zeit frei und sicher laufen und auch schon Treppenstufen hinuntergehen. Bei den meisten Kindern wächst der Wortschatz schnell. Sie sagen gerne „Nein“ und probieren aus, was sie mit ihrem Verhalten bewirken.

Die letzte Untersuchung liegt etwa ein Jahr zurück. Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U7 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Untersuchungen der Augen durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob Ihr Kind einfache Wörter und Sätze versteht. Sie werden gefragt, wie sich Ihr Kind zum Beispiel beim Spielen, in der Familie oder in einer Gruppe von Kindern verhält. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Hinweise zur kindlichen Mundhygiene. Zur Abklärung von Auffälligkeiten beim Kieferwachstum, an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U7 21.-24. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kann über längere Zeit frei und sicher gehen. Geht 3 Stufen im Kinderschrift hinunter, hält sich mit einer Hand fest.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Stapelt 3 Würfel. Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Macht flache Spirale. Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist. Kann mit dem Löffel selber essen. Hat Interesse an anderen Kindern.
<input type="checkbox"/> Sprache: Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa). Versteht und befolgt einfache Aufforderungen. Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat. Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Haut <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven) Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
Thorax, Lunge, Atemwege <input type="checkbox"/> Auskultation	Mundhöhle, Kiefer, Nase <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U7 21.-24. Lebensmonat

<input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand	<input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> Speichelfluss <input type="checkbox"/> auffälliger Stimmklang
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation: <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebenegeräusche	<u>Augen</u> Inspektion: <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehllhaltung Brückner-Test: <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie)
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien	Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid)
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung
- Ernährung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U7 21.-24. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSSHEFT FÜR KINDER

U7a 34.-36. Lebensmonat

U7a

Elterninformation zur Untersuchung vom 34. bis zum 36. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt etwa drei Jahre alt. Die meisten Kinder sprechen von sich in der Ich-Form und möchten mit kleinen Handreichungen im Haushalt helfen. Sie haben Freude daran, mit anderen Kindern zu spielen und dabei in andere Rollen zu schlüpfen. Ihr Kind hat vielleicht einen großen Bewegungsdrang, kann schon Stufen im „Erwachsenenschritt“ steigen und von unteren Treppenstufen herabspringen.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U7a wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Sehtests durchgeführt. Außerdem sieht sich die Ärztin oder der Arzt bei der U7a die Beschaffenheit der Zähne und die Entwicklung des Kiefers an. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt der sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes sowie Maßnahmen zur Unfallverhütung. Die Förderung der Sprachentwicklung sowie die Rolle von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag des Kindes sind weitere Themen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.
Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

U7a 34.-36. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle. Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele. Öffnet große Knöpfe selbst.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-, Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird. Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Spricht mindestens Dreiwortsätze. Spricht von sich in der Ich-Form. Kennt und sagt seinen Rufnamen.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Haut <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven) Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
Thorax, Lunge, Atemwege <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand	Mundhöhle, Kiefer, Nase <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> fehlender Mundschluss <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U7a 34.-36. Lebensmonat

<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebenegeräusche 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehhaltung <p>Pupillenstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) <p>Hornhautreflexbildchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig (Strabismus) <p>Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig <p>Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstests, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Bewegung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U7a 34.-36. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U8 46.-48. Lebensmonat

U8

Elterninformation zur Untersuchung vom 46. bis zum 48. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast vier Jahre alt. Die meisten Kinder können sich in diesem Alter schon selbst an- und ausziehen. Ihre Sprache ist schon so weit entwickelt, dass sie vielleicht kleine Geschichten erzählen können und viele Fragen nach dem Warum, Wie, Wo oder Wann stellen.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U8 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Sehtests durchgeführt. Das Hörvermögen Ihres Kindes wird ebenfalls geprüft. Die Ärztin oder der Arzt untersucht die Beschaffenheit der Zähne und die Entwicklung des Kiefers. Während der Untersuchung testet die Ärztin oder der Arzt, wie beweglich und geschickt Ihr Kind ist, ob es sich alleine beschäftigen kann und wie gut es spricht. Sie werden gefragt, wie sich Ihr Kind beim Spielen, in der Familie oder in einer Gruppe von Kindern verhält. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und den verantwortungsbewussten Gebrauch von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag Ihres Kindes.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U8 46.-48. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Laufrad oder ähnliches Fahrzeug wird zielgerichtet und sicher bewegt. Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition Fragt warum, wie, wo, wieso, wöher.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten. Zeichnet geschlossene Kreise.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich selbst an- und ausziehen. Gießt Flüssigkeiten ein. Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache. Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Haut <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven) Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <input type="checkbox"/> Vorbeugetest <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
Thorax, Lunge, Atemwege <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand <input type="checkbox"/> Hinweis auf Rachitis	
Herz, Kreislauf Auskultation: <input type="checkbox"/> Herzfrequenz	Mundhöhle, Kiefer, Nase <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U8 46.-48. Lebensmonat

<input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne Herznebengeräusche	<input type="checkbox"/> Verletzungszeichen
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Anäreregion)</u> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)	<u>Augen</u> Inspektion: <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopfneigung Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) Hornhautreflexbildchen: <input type="checkbox"/> auffällig (Strabismus) Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test): <input type="checkbox"/> auffällig Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstests, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz
<u>Ohren</u> Hörtest mittels Screeningaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 5 Prüffrequenzen): <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links	

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Ernährung
- Bewegung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U8 46.-48. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSSHEFT FÜR KINDER

U9 60.-64. Lebensmonat

U9

Elterninformation zur Untersuchung vom 60. bis zum 64. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt etwa fünf Jahre alt. Viele Kinder haben in diesem Alter einen großen Bewegungsdrang, klettern gern und stellen viele Fragen. In der Regel entwickeln die Kinder in Rollenspielen mit anderen viel Fantasie und haben Freude am Malen mit Buntstiften oder am Schneiden mit einer Schere. Sollte Ihr Kind noch nicht alle Laute fehlerfrei aussprechen, bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, darauf besonders zu achten und Sie dazu zu beraten.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U9 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden wieder Sehtests durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt testet, wie beweglich und wie geschickt Ihr Kind ist und wie gut es spricht. Außerdem möchte die Ärztin oder der Arzt wissen, woran Ihr Kind Interesse und Freude hat oder wovor es sich möglicherweise ängstigt. Ihr Kind kommt bald in die Schule. Damit die Ärztin oder der Arzt Sie gegebenenfalls rechtzeitig unterstützen kann, sind diese Informationen wichtig. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Zudem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und den verantwortungsbewussten Gebrauch von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag Ihres Kindes. Sie werden nochmals auf eine Kariesprophylaxe mittels Fluorid aufmerksam gemacht. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U9 60.-64. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Hüft auf einem Bein, jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand. Größere Bälle können aufgefangen werden. Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich. Stifthaltung wie ein Erwachsener. Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln. Ist bereit zu teilen. Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden. Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch hoch einfach strukturierten Sätzen.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen. Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Haut <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven) Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
Thorax, Lunge, Atemwege <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch	Mundhöhle, Kiefer, Nase <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U9 60.-64. Lebensmonat

<input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand	<input type="checkbox"/> Verletzungszeichen
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation: <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebergeräusche	<u>Augeninspektion:</u> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehhaltung Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) Hornhautreflexbildchen: <input type="checkbox"/> auffällig (Strabismus) Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test): <input type="checkbox"/> auffällig Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstests, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien	

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Kariesprophylaxe mittels Fluorid prüfen
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung und Adipositasprävention
- Ernährung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Bemerkung:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

U9 60.-64. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am	
Stempel	Unterschrift und Datum:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

II. Ziffer II. wird wie folgt gefasst:

„Die Neufassung der Richtlinie tritt 14 Tage nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger, frühestens zum 01. Juli 2016, in Kraft.“

III. Dieser Beschluss tritt mit Beschlussfassung in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. Mai 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Änderungsbeschluss

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

D-7.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss

Wegelystraße 8

10623 Berlin

Vorab per Fax an: 030/ 275838-105

Dr. Thomas Stracke

Ministerialrat

Leiter des Referats 314 "Psychiatrie,
Neurologie, Pädiatrie"

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn

POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1104

FAX +49 (0)228 99 10 441-1104

E-MAIL thomas.stracke@bmg.bund.de

INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Bonn, 7. Juni 2016

AZ 314-105801/30

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 19. Mai 2016 – Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 24. Mai 2016 übersandten Sie den in der Sitzung am 19. Mai 2016 gefassten Beschluss zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Kinder-Richtlinien im Hinblick auf Maßnahmen der Qualitätssicherung, Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie zum Untersuchungsheft für Kinder.

Bei der Prüfung dieses Beschlusses nach § 94 SGB V hat sich der Bedarf für die Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme ergeben.

In den tragenden Gründen finden sich keine Ausführungen dazu, auf welcher Rechtsgrundlage die Datenübertragung bestimmter Daten aus dem Mutterpass in das Untersuchungsheft für Kinder erfolgt. Der Anlage 1 „Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf“ vom 28.04.2016 lässt sich auf Seite 35 entnehmen, dass sich die Patientenvertretung in der schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf den datenschutzrechtlichen Bedenken der DGGG bzgl. der Übertragung der anamnestischen Daten aus dem Mutterpass in das Untersuchungsheft ihres Kindes angeschlossen hat. Diese lauten:

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Seite 2 von 3

„CAVE: Es muss juristisch und aus Sicht der Patientenvertreter noch geklärt werden, inwieweit anamnestiche Daten aus der Schwangerschaft in das U-Heft eingetragen werden dürfen. Der Geburtshelfer/die Hebamme, die im Rahmen der Erstuntersuchung die Anamnese in das U-Heft eintragen, sind zumindest dem Kinderarzt und auch dem Kind gegenüber entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet. Auf der anderen Seite dient die Weitergabe der Information dem Wohlergehen des Kindes. Eventuelle Lösung: Zusätzliche Zeile in der durch den Eintragenden bestätigt wird, dass die Mutter Ihre explizite Erlaubnis gegeben hat, dass anamnestiche Daten der Schwangerschaft im U-Heft aufgeführt werden dürfen.“

Nach der Position von GKV-SV/KBV/DKG/KZBV erfolgt die Eintragung mit dem Einverständnis der Mutter. Eine Stellungnahme der Rechtsabteilung des G-BA zu den aufgeworfenen Fragen liegt dem BMG nicht vor.

Es wird daher um die Beantwortung der folgenden Fragen gebeten:

- 1) Ist mit dem Begriff „Einverständnis“ die datenschutzrechtliche Einwilligung gemeint?
- 2) Auf welche Vorschrift stützt sich das „Einverständnis“? In § 3 Abs. 3 Nr. 1 a), aa) G-BA Kinder-RL (v. 18. Juni 2015) zur U1 findet sich keine entsprechende Normierung. Für spezielle Früherkennungsuntersuchungen gibt es eine solche Regelung jedoch etwa in § 16 Abs. 3 G-BA Kinder-RL.
- 3) In welcher Form wird das Einverständnis erteilt? Datenschutzrechtliche Einwilligungen haben in der Regel schriftlich zu erfolgen.
- 4) In welcher Form findet die für die Einwilligung erforderliche Information der Mutter statt und wie wird ihre Durchführung dokumentiert?
- 5) Wie wird die Verständlichkeit der Information sichergestellt bspw. bei nicht allgemein verständlichen Begriffen wie Abusus?
- 6) Wie beurteilt der G-BA den Einwand, der Geburtshelfer verletze seine Schweigepflicht?

Ich bitte darüber hinaus zu klären, ob durch eine kurzfristige Beschlussfassung bzgl. der datenschutzrechtlichen Einwilligung eine Klarstellung im Rahmen der Kinder-Richtlinie möglich ist.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach § 94 Absatz 1 Satz 3 SGB V der Lauf der Beanstandungsfrist bis zum Eingang der Stellungnahme unterbrochen ist. Soweit es sich bei der ebenfalls mit Schreiben vom 24. Mai 2016 erfolgten Übersendung der konsolidierten Fassung der Beschlüsse über die Neufassung der Kinder-Richtlinie um die eigenständige Vorlage eines Beschlusses zur

D TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

Seite 3 von 3

Prüfung nach § 94 SGB V handelt, betrifft die Unterbrechung des Laufs der Beanstandungsfrist auch diesen Beschluss.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Stracke

- E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER
-

E Tragende Gründe und Beschluss über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

E-1 Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit zur Befunddokumentation der Schwangerschaftsanamnese im Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft)

Der G-BA wurde mit Schreiben vom 7. Juni 2016 um eine ergänzende Stellungnahme hinsichtlich der Befunddokumentation der Schwangerschaftsanamnese im Gelben Heft gebeten.

Dieser Bitte kann auch durch eine klarstellende Änderung des Beschlusses zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder entsprochen werden.

Beschlussänderung durch Beschluss vom 07.07.2016

In der Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie wird im Abschnitt Neugeborenen-Erstuntersuchung U1 unter der Überschrift „Anamnese“ der Satz „Schwangerschaftsanamnese aus dem Mutterpass übertragen.“ wie folgt geändert:

„Schwangerschaftsanamnese:“

Begründung

Vorliegend sollen unter der Überschrift „Anamnese“ solche Befunde in Bezug auf die Schwangerschaft bzw. die Mutter dokumentiert werden, die in einem besonderen Zusammenhang mit der Beurteilung der Gesundheit des Kindes stehen. Mit dem Beschluss über eine Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) vom 18. Juni 2015 wurde der § 3 Abs. 3 Nr. 1a wie folgt beschlossen: „Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:

Die Angaben aus dem Mutterpass (sowie ergänzende Dokumentation soweit vorliegend) mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes sind zu berücksichtigen und zu dokumentieren:“

Diese Angaben, die ihrerseits rechtmäßig erhoben und dokumentiert wurden, dienen der anamnestischen Erhebung der Befunde, die für die Planung der Geburt und Versorgung des Kindes erforderlich sind. Sie stellen zwar persönliche Angaben der Mutter dar, sind aber zugleich auch für das Kind notwendige, im Gelben Heft zu dokumentierende Befunde zur Schwangerschaftsanamnese.

E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

In der Regel wird ein Mutterpass dann ausgestellt, wenn bei einer Frau anlässlich einer Untersuchung bei der Fachärztin oder dem Facharzt für Gynäkologie eine Schwangerschaft festgestellt wird. Der Mutterpass ist ein persönliches Dokument der Mutter. Sie allein entscheidet darüber, wem er zugänglich gemacht werden soll.

Zwischen der Schwangeren und der Ärztin oder dem Arzt besteht ein Behandlungsvertrag. Es werden Befunde innerhalb der Schwangerschaft erhoben, die zum einen den Gesundheitszustand der Frau und zum anderen den des Embryos und Feten umfassen. Diese werden in der Patientenakte und im Mutterpass dokumentiert. Der Mutterpass dient als „tragbare Patientenakte“, welche für die Schwangere im Falle eines Arztwechsels wichtig ist, um alle Befunde die Schwangerschaft betreffend weitergeben zu können. Dazu zählen auch Befunde von der Schwangeren und dem Feten, die für die Geburt und eine entsprechende Versorgung nach der Geburt wichtig sind. In der Regel werden vollumfänglich Kindslage, Herztöne, Kindsbewegung und Gewicht des Embryos und Feten dokumentiert. Diese Befunde sind für die Planung der Geburt und Nachsorge erforderlich. So kann z. B. eine Beckenendlage zur Entscheidung einer Entbindung mittels Kaiserschnitt führen. Anamnestische Befunde der Schwangeren hinsichtlich einer Abhängigkeit von Genussmitteln können z.B. bei Alkoholsucht zum fetalen Alkoholsyndrom führen, wobei die Neugeborenen postnatal einer entsprechenden Nachsorge zugeführt werden müssen. Wird während der Schwangerschaft ein Gestationsdiabetes diagnostiziert, kann es in einigen Fällen direkt nach der Geburt zu Anpassungsproblemen und Unterzuckerung des Neugeborenen kommen. Durch eine entsprechende Betreuung und Überwachung des Neugeborenen in der Entbindungs- und Kinderklinik können mögliche Auffälligkeiten rechtzeitig behandelt werden.

Willigt die Frau in die Betreuung ihrer Schwangerschaft beim Arzt oder Ärztin ein, schließt das die Betreuung des Embryo und Feten mit ein. Mit der Geburt erfolgt dann durch die weiterbehandelnde Fachärztin oder den weiterbehandelnden Facharzt (i.d.R. Geburt leitende Gynäkologin oder leitender Gynäkologe) auch eine Befunddokumentation in getrennten Dokumenten, hier ergänzend zum Mutterpass, das Gelbe Kinderuntersuchungsheft. Das Gelbe Heft dient, wie der Mutterpass, der Weitergabe von Befunden von Fachärztin oder Facharzt zu Fachärztin oder Facharzt und kann somit auch als „tragbare Patientenakte“ angesehen werden.

Wie oben dargestellt, sind Befunde vom Feten aus der Schwangerschaft (in Gemeinschaft mit der Mutter) entscheidend für die Betreuung und Versorgung nach der Geburt.

Daher sieht die Kinder-Richtlinie den Mutterpass als zu berücksichtigende Informationsquelle für die Anamnese des Kindes vor.

Eine Übertragung der Daten aus dem Mutterpass als konkrete Erhebungsform vorzugeben, ist indes nicht erforderlich. Daher war die Angabe „aus dem Mutterpass zu übertragen“ zu streichen.

E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

E-2 Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
Plenum	19.05.2016	Beschluss über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie: Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation
	07.06.2016	Prüfung des BMG Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme durch das BMG zur Befunddokumentation der Schwangerschaftsanamnese in das Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft)
UA Methodenbewertung	23.06.2016	Änderung des Beschlusses vom 19.05.2016 beraten, im Ergebnis mit einer Beschlussempfehlung für das Plenum am 07.07.2016
Plenum	07.07.2016	Beschluss über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie: Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation
	22.07.2016	Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
	18.08.2016	Veröffentlichung des konsolidierten Beschlusses im Bundesanzeiger
	01.09.2016	Inkrafttreten der Richtlinienänderung zur Neustrukturierung und zur Dokumentation der Kinderuntersuchungen

E-3 Anlage

Siehe D-7.1.

- E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

E-4 Änderungsbeschluss vom 07.07.2016

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

Vom 7. Juli 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 7. Juli 2016 beschlossen, den Beschluss vom 19. Mai 2016 über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder, wie folgt zu ändern:

- I. Ziffer I Nr. 4 des Beschlusses vom 19. Mai 2016 wird wie folgt geändert:
In dem Abschnitt Neugeborenen-Erstuntersuchung U1 wird
unter der Überschrift „Anamnese“ der Satz „Schwangerschaftsanamnese aus dem Mutterpass übertragen.“ wie folgt geändert:
„Schwangerschaftsanamnese:“
- II. Dieser Beschluss tritt mit Beschlussfassung in Kraft.

E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR
ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE
FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6.
LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE
ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1
UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 7. Juli 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Änderungsbeschluss

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

U1

Elterninformation zur Neugeborenen-Erstuntersuchung

Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Babys statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, dass Ihr Baby die Geburt gut überstanden hat.

Es geht bei der U1 vor allem darum, sofort behandlungsbedürftige Zustände und äußerliche Fehlbildungen zu erkennen. So können notwendige Sofortmaßnahmen eingeleitet und Komplikationen vermieden werden.

Das wird untersucht:

- Mit dem sogenannten Apgar-Wert werden die Hautfarbe des Babys, der Herzschlag, die Reflexe, die Muskelspannung und die Atmung geprüft. Dieser Wert wird nach fünf und nochmals nach zehn Minuten ermittelt.
- Um sicher zu sein, dass Ihr Neugeborenes während der Geburt ausreichend mit Sauerstoff versorgt worden ist, wird der Nabelschnur Blut entnommen und dessen pH-Wert (Säuregrad) bestimmt.
- Es wird nach äußerlich erkennbaren Fehlbildungen geschaut.

Ihr Baby wird gemessen und gewogen und es erhält nach Rücksprache mit Ihnen Vitamin K, um inneren Blutungen vorzubeugen.

Zur Ernährung Ihres Kindes (Stillen oder andere Ernährungsformen) werden Sie fachkundig beraten und können während der gesamten Stillzeit und bei Ernährungsproblemen auf Hilfe zurückgreifen.

In den kommenden drei Tagen werden Ihnen für Ihr Baby weitere wichtige Untersuchungen empfohlen: Der Test auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose aus einigen Tropfen Blut Ihres Babys ermöglicht eine rechtzeitige Behandlung dieser Erkrankungen. Mit dem Hörtest für Neugeborene können frühzeitig Hörstörungen erkannt werden. Zu diesen Untersuchungen erhalten Sie jeweils ein ausführliches Informationsblatt.

Die nächste Untersuchung soll vom 3. bis zum 10. Lebenstag (U2) vorgenommen werden.

E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR
 ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE
 FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6.
 LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE
 ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1
 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Anamnese

Schwangerschaftsanamnese:

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Zutreffendes bitte ankreuzen
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/>
Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/>	(Poly-)Hydramnion	<input type="checkbox"/>
Dauermedikation	<input type="checkbox"/>	Oligohydramnion	<input type="checkbox"/>
akute oder chronische Infektionen in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	besondere psychische Belastungen	<input type="checkbox"/>
Antikörper-Suchtest positiv	<input type="checkbox"/>	besondere soziale Belastungen	<input type="checkbox"/>
B-Streptokokken-Status der Mutter positiv	<input type="checkbox"/>	Abusus	<input type="checkbox"/>

Geburtsanamnese:

Geburtsdatum Uhrzeit

SSW (Wochen+Tage)

Geschlecht männlich weiblich unbestimmt

Geburtsmodus spontan Sectio vaginale Operation: Lum Ceps

Kindslage Schädellage Beckenendlage Ferlage

pH-Wert (Nabelarterie) Base excess

Soweit vorhanden, Befunde einer pränatalen Diagnostik:

Familienanamnese: (Ü.a. behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangenen Kind)

Körperliche Untersuchung:

Apgar-Wert 5/10'

Körpergewicht in g Körperlänge in cm

Reifezeichen: _____

Fehlbildungen: _____

Traumata: _____

Gelbsucht Ödeme

- E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

Sonstiges

Vitamin-K-Prophylaxe gegeben: ja Dosis: 2 mg oral abweichende Dosis: _____
 nein

Stempel

Unterschrift und Datum:

Änderungsbeschluss

E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6. LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1 UNTERSUCHUNGSHEFT FÜR KINDER

E-4.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030/ 275838-105

Berlin, 22. Juli 2016
AZ 213 – 21432-26

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 19. Mai 2016 sowie vom 7. Juli 2016

- hier:
1. **Beschluss vom 19. Mai 2016 (in der Fassung des Beschlusses vom 7. Juli 2016) über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder**
 2. **Beschluss vom 19. Mai 2016 über eine Änderung des Beschlusses über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinie): Formale Anpassungen**
 3. **Beschluss vom 7. Juli 2016 über eine Änderung des Beschlusses über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinie): redaktionelle Änderung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegten o.a. Beschlüsse vom 19. Mai 2016 sowie 7. Juli 2016 über Änderungen des Beschlusses zur Neufassung der Kinder-Richtlinie (Kinder-RL) werden nicht beanstandet.

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

E TRAGENDE GRÜNDE UND BESCHLUSS ÜBER EINE ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR
ÄNDERUNG DES BESCHLUSSES ZUR NEUFASSUNG DER RICHTLINIE ÜBER DIE
FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN BEI KINDERN BIS ZUR VOLLENDUNG DES 6.
LEBENSJAHRES (KINDER-RICHTLINIE): MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG SOWIE
ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION UND EVALUATION SOWIE ANLAGE 1
UNTERSUCHUNG SHEFT FÜR KINDER

Somit Zym 2

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Im Hinblick auf das in Abschnitt C.II der Neufassung der Kinder-RL genannte Screening auf Mukoviszidose wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gebeten, unter Berücksichtigung des Schreibens der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) vom 18. Dezember 2015 spätestens im Rahmen der Evaluation nach § 42 zu prüfen, wie der in § 37 Absatz 2 der Neufassung der Kinder-RL vorgesehene Weg einer Befundmitteilung in der Praxis umgesetzt wird, ob sich bei dessen praktischer Umsetzung Probleme ergeben haben sowie, ob und inwieweit es zu negativen Auswirkungen auf das Qualitätssicherungsverfahren betreffend das Screening auf Mukoviszidose gekommen ist und ob die Regelung somit – im Ergebnis – einer Anpassung bedarf.

In diesem Zusammenhang weist das BMG darauf hin, dass auch der zunächst seitens des G-BA vorgesehene Weg einer Befundmitteilung nach § 37 Absatz 2 Kinder-RL, wie er auch der Stellungnahme der GEKO nach § 16 Absatz 2 des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) vom 26. Juni 2015 zugrunde lag, mit den Vorschriften des GenDG vereinbar sein dürfte.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

F Konsolidierter Beschluss vom 18.06.2015

BAnz AT 18.08.2016 B1



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Vom 18. Juni 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen am 18. Juni 2015, 20. August 2015, 19. Mai 2016 und 7. Juli 2016 die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinie“), in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013) beschlossen.

I. Die Kinder-Richtlinien werden wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)

BAnz AT 18.08.2016 B1

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

- (1) Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie bestimmt das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.
- (2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.
- (3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden.
- (4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der Fassung vom 1. Januar 2012 die notwendigen Schritte einzuleiten.
- (5) Untersuchungen nach dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

BAnz AT 18.08.2016 B1

B. Früherkennungsuntersuchungen**I. Untersuchungszeiträume****§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen**

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	
U2	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
U3	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
U4	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
U5	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat
U7	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
U7a	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
U8	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
U9	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat

Auch bei Frühgeborenen sind die Untersuchungszeiträume einzuhalten. Die Frühgeburtlichkeit wird bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt.

II. Untersuchungen**§ 3 U1**

(1) Die U1 soll unmittelbar innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt werden. Als Geburtszeitpunkt gilt hier die Geburt des Kindes selbst und nicht erst das Ende des Geburtsvorganges mit der Geburt der Plazenta. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, soll die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen.

(2) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden gesetzt:

- a) Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen
- b) Erkennen von Geburtstraumata
- c) Erkennen von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen
- d) Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- e) Entscheidung über die weitere Versorgung des Neugeborenen.

(3) Die Untersuchungsinhalte umfassen die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die im Folgenden unter „Sonstiges“ aufgeführten Inhalte.

BÄnz AT 18.09.2016 B1

1. Anamnese

a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese

Die Angaben aus dem Mutterpass (sowie ergänzende Dokumentation soweit vorliegend) mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes sind zu berücksichtigen und zu dokumentieren:

aa) Schwangerschaftsanamnese

- Diabetes
- Dauermedikation
- besondere psychische und/oder soziale Belastungen
- Mehrlingsschwangerschaft
- (Poly-)Hydramnion
- Oligohydramnion
- Gestationsdiabetes
- Abusus
- Antikörpersuchtest positiv
- akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft
- GBS-Status der Mutter

bb) Geburtsanamnese

- Geburtsdatum
- Geschlecht
- vollendete Schwangerschaftswoche (SSW) Angabe in Wochen und Tagen (Bsp. 39+4 SSW)
- Geburtsmodus: spontan, Sektio, vaginale Operation: Vakuüm, Forceps
- Kindslage: Schädellage, Beckenendlage, Querlage
- pH-Wert, Base excess (Nabelarterie)
- soweit vorhanden, Befunde einer pränatalen Diagnostik

b) Familienanamnese

- U.a. behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangen Kind

2. Körperliche Untersuchungen

a) Reguläre Kreislauf-/Atemfunktion: Apgar-Wert 5'/10'

b) Körpermaße

- o Gewicht
- Körperlänge

c) Reifezeichen

d) Fehlbildungen

e) Traumata

f) Gelbsucht

g) Ödeme

3. Sonstiges

Information zur Vitamin-K-Prophylaxe und wenn nötig durchführen

BAnz AT 18.08.2016 B1

§ 4 U2

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U2 gesetzt.

- a) Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen
- b) Erkennen und Vermeidung früher lebensbedrohlicher Komplikationen
- c) Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screenings auf Mukoviszidose
- d) Erkennen eines pathologischen Ikterus
- e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt und soweit erforderlich ergänzt.

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen
- Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
- Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
- auffälliges Schreien
- Risikofaktoren für Hüftdysplasie
- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:
- Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden. Falls nicht sollen die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
 - nur bei Risikofaktoren für Hüftdysplasie: Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation (siehe Abschnitt C Kapitel III)
 - Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C Kapitel IV)
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening (siehe Abschnitt C Kapitel I)
 - Screening auf Mukoviszidose (siehe Abschnitt C Kapitel II)

b) Familienanamnese

- Augenerkrankungen (u.a. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte
- Hüftdysplasie

c) Sozialanamnese

Sozialanamnese unter Berücksichtigung der Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a.

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

BAnz AT 18.09.2016 B1

b) Haut

- auffällige Blässe
- Zyanose
- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- Hydratationszustand

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz (< 50/Minute)
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
- Femoralispulse

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Anomalien
- Nabelveränderungen
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Spontanmotorik
- Muskeltonus
- Opisthotonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, der Moro-Reaktion, des Galant-Reflexes, des Schreitautomatismus
- Prüfung auf klinische Frakturzeichen

g) Kopf

- Fehlhaltung
- Dymorphiezeichen
- Schädelnähte
- Kephahämatom
- Fontanellentonus
- Crepitatio capitis

h) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
- Kiefer-, Gaumenanomalie

BAnz AT 18.08.2016 B1

- abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - i) Ohren
 - Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie)
 - j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößen auffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien
3. Beratung
- Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:
- Stillen/Ernährung
 - plötzlicher Kindstod
 - Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
 - Information zu Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
 - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

§ 5 U3

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U3 gesetzt.
- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
 - c) Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenkssonographie
 - d) Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und des Screenings auf Mukoviszidose
 - e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
 - f) Impfberatung
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
1. Anamnese
- Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt und soweit erforderlich ergänzt.
- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung
 - auffälliges Schreien
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden. Falls nicht sollen die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
 - Screening auf Hüftgelenkdsdysplasie und -luxation (siehe Abschnitt C Kapitel III)
 - Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C Kapitel IV)
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening (siehe Abschnitt C Kapitel I)
 - Screening auf Mukoviszidose (siehe Abschnitt C Kapitel II)
 - b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen (z. B. Kindliche Katarakt, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
 - c) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) besondere Belastungen in der Familie
2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung
- a) Grobmotorik
 - Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten.
 - Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten.
 - b) Feinmotorik
 - Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen.
 - c) Perzeption/Kognition
 - Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad.
 - d) Soziale/emotionale Kompetenz
 - Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen.
 - e) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3 bis U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:
Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.
Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

BAnz AT 18.08.2016 B1

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Zyanose
- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche)
- Femoralispulse

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Anomalien
- Nabelveränderungen
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
- Asymmetrien

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Schiefhaltung
- Spontanmotorik
- Muskeltonus
- Opisthotonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeligenreflexe, Handgreifreflex, Moro-Reaktion, Saugreflex
- Prüfung auf klinische Frakturzeichen

g) Kopf

- Fehlhaltung
- Dysmorphiezeichen
- Schädelnähte
- Kephalhämatom
- Fontanellentonus
- Crepitatio capitis
- lagebedingte Schädelasymmetrie

h) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
- Kiefer- Gaumenanomalie
- Verletzungszeichen
- abnorme Größe der Zunge
- behinderte Nasenatmung
- orofacialer Hypotonus

i) Ohren

- Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel)

j) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößen auffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
- Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins
- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

BAnz AT 18.08.2016 B1

§ 6 U4

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U4 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Impfberatung
- c) Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Ernährung/Verdauung: Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle (Stuhlfarbe mit Farbtafel erfragen), Obstipation
- auffälliges Schreien
- Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchung durchgeführt bzw. veranlasst wurde. Falls nicht soll diese Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C Kapitel IV)

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik

- Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine.
- Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mindestens 30 Sekunden.
- Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben.

b) Feinmotorik

- Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden.

c) Perzeption/Kognition

- Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm.
- Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.

d) Soziale/emotionale Kompetenz

- Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden.
- Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“).

BAnz AT 18.08.2016 B1

e) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3 bis U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit durch die primäre Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Zyanose
- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Einziehungen
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
 - d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
 - e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeigenreflexe, Handgreifreflex, Fußgreifreflex, Neugeborenenreflexe
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
 - Befund Hüftsonographie liegt vor/Kontrolle
 - g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephahämatom
 - Fontanellentonus
 - h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
 - i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
4. Beratung
- Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen

§ 7 U5

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U5 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings
- e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Auffälliges Schreien? Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)
- Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchung durchgeführt bzw. veranlasst wurde. Falls nicht soll die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C Kapitel IV)

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen.
- Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme.
- Federn mit den Beinen.

BAnz AT 18.08.2016 B1

b) Feinmotorik

- Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen.

c) Sprache

- Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)

d) Perzeption/Kognition

- Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell).

e) Soziale/emotionale Kompetenz

- Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird.
- Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich.
- Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes.

f) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3 bis U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

BÄnz AT 18.08.2016 B1

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
- Femoralispulse

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Anomalien
- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Spontanmotorik
- Muskeltonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe
- Prüfung auf klinische Frakturzeichen

g) Kopf

- Fehlhaltung
- Dymorphiezeichen
- Schädelnähte
- Fontanellentonus

h) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Verletzungszeichen
- fehlender Mundschluss

i) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
- Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie

16

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:

- Stillen/Ernährung
- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- UV-Schutz
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

§ 8 U6

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U6 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- regelmäßiges Schnarchen

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) besondere Belastungen in der Familie

BAnz AT 18.08.2016 B1

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik

- Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle.
- Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen.
- Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück.

b) Feinmotorik

- Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger.
- Klopft zwei Würfel aneinander.

c) Sprache

- Spontane Äußerung von längeren Silbenketten.
- Produziert Doppelsilben (z. B. ba-ba, da-da).
- Ahmt Laute nach.

d) Perzeption/Kognition

- Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand.
- Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung.

e) Soziale/emotionale Kompetenz

- Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe.
- Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden.
- Freut sich über andere Kinder.

f) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3 bis U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

BAnz AT 18.08.2016 B1

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Mamilienabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
- Femoralispulse

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Anomalien (z. B. Hypospadie, Klitorishypertrophie)
- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Spontanmotorik
- Muskeltonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe

BAnz AT 18.08.2016 B1

g) Kopf

- Fehlhaltung
- Dysmorphiezeichen
- Schädelnähte
- Fontanellentonus

h) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Verletzungszeichen
- behinderte Nasenatmung
- fehlender Mundschluss
- auffälliger Stimmklang (z. B. Heiserkeit und Näseln)

i) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
- Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
- Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnschonende Ernährung
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

§ 9 U7

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

BAnz AT 18.08.2016 B1

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik

- Kann über längere Zeit frei und sicher gehen.
- Geht drei Stufen im Kinderschritt hinunter, hält sich mit einer Hand fest.

b) Feinmotorik

- Macht flache Spirale.
- Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken.

c) Sprache

- Einwortsprache (wenigstens zehn richtige Wörter ohne Mama und Papa).
- Versteht und befolgt einfache Aufforderungen.
- Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat.
- Zeigt oder blickt auf drei benannte Körperteile.

d) Perception/Kognition

- Stapelt drei Würfel.
- Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände.

e) Soziale/emotionale Kompetenz

- Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist.
- Kann mit dem Löffel selber essen.
- Hat Interesse an anderen Kindern.

f) Interaktion/Kommunikation

- Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

BAnz AT 18.08.2016 B1

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe

g) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Verletzungszeichen
- Speichelfluss
- auffälliger Stimmklang

h) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopfneigung
- Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid)

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung
- Ernährung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut

§ 10 U7a

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7a gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik

- Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle.
- Steigt zwei Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest.

b) Feinmotorik

- Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich.

BAnz AT 18.08.2016 B1

c) Sprache

- Spricht mindestens Dreiwortsätze.
- Spricht von sich in der Ich-Form.
- Kennt und sagt seinen Rufnamen.

d) Perzeption/Kognition

- Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele.
- Öffnet große Knöpfe selbst.

e) Soziale/emotionale Kompetenz

- Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird.
- Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen.

f) Interaktion/Kommunikation

- Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe

g) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Kieferanomalie
- Verletzungszeichen
- fehlender Mundschluss
- behinderte Nasenatmung

h) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehhaltung
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
- Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
- nonverbaler Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster): Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Bewegung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

§ 11 U8

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Prüfung des Hörvermögens
- d) Impfberatung
- e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

BAnz AT 18.08.2016 B1

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen; schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik

- Laufrad oder ähnliches Fahrzeug wird zielgerichtet und sicher bewegt.
- Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt.

b) Feinmotorik

- Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten.
- Zeichnet geschlossene Kreise.

c) Sprache

- Spricht Sechswortsätze in Kindersprache.
- Geschichten werden etwa im zeitlichen und logischen Verlauf wiedergegeben.

d) Perzeption/Kognition

- Fragt warum, wie, wo, wieso, woher.

e) Soziale/emotionale Kompetenz

- Kann sich selbst an- und ausziehen.
- Gießt Flüssigkeiten ein.
- Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen.

f) Interaktion/Kommunikation

- Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

BAnz AT 18.08.2016 B1

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand
- Hinweis auf Rachitis

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche)

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien
- auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten, Vorbeugetest
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Spontanmotorik
- Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe

g) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Verletzungszeichen
- Kieferanomalien

h) Ohren

- Hörtest mittels Screeningaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 5 Prüffrequenzen)

i) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopfneigung
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
- Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
- nonverbaler Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

BAnz AT 18.08.2016 B1

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Ernährung
- Bewegung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

§ 12 U9

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U9 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

b) Sozialanamnese

- aa) Betreuungssituation
- bb) besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik

- Hüpf auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand.
- Größere Bälle können aufgefangen werden.
- Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten.

b) Feinmotorik

- Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich.

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Stifthaltung wie ein Erwachsener.
- Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.
- c) Sprache
 - Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden.
 - Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen.
- d) Perzeption/Kognition
 - Mindestens drei Farben werden erkannt und richtig benannt.
- e) Soziale/emotionale Kompetenz
 - Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln.
 - Ist bereit zu teilen.
 - Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen.
- f) Interaktion/Kommunikation
 - Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen.
 - Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien

BAnz AT 18.08.2016 B1

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe

g) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Verletzungszeichen
- Kieferanomalien

h) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
- Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
- nonverbaler Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Kariesprophylaxe mittels Fluorid prüfen
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung und Adipositasprävention
- Ernährung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

BAnz AT 18.08.2016 B1

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenen-Screening

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 13 Allgemeines

(1) Das nach dieser Richtlinie durchzuführende erweiterte Neugeborenen-Screening dient der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden. Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden.

(2) Das Screening umfasst ausschließlich die in § 17 als Zielkrankheiten aufgeführten Stoffwechseldefekte und endokrinen Störungen.

§ 14 Geltungsbereich

Die Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 des SGB V für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Neugeborenen-Screenings, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie einleitet oder erbringt.

§ 15 Anspruchsberechtigung

Neugeborene haben Anspruch auf Teilnahme am erweiterten Neugeborenen-Screening entsprechend dieser Richtlinie.

§ 16 Aufklärung und Einwilligung

(1) Die Eltern (Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen sind vor der Durchführung des Screenings eingehend und mit Unterstützung eines Informationsblatts entsprechend Anlage 3 durch den verantwortlichen Arzt (§ 19 Absatz 1) aufzuklären. Wird die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger geleitet, kann die Aufklärung durch diese erfolgen, wenn die Rückfragemöglichkeit an einen Arzt gewährleistet ist. Die Inhalte der Aufklärung sind vor der Untersuchung zu dokumentieren.

(2) Zu Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung gilt § 9 Gendiagnostikgesetz (GenDG). Die Aufklärung umfasst insbesondere Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung. Die Gendiagnostik-Kommission kann diese Inhalte in Richtlinie nach § 23 Absatz 2 Nummer 3 GenDG konkretisieren.

(3) Nach der Aufklärung ist eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung einzuräumen. Die Personensorgeberechtigten können auf die Bedenkzeit verzichten, so dass unmittelbar nach der Aufklärung die Einwilligung eingeholt und Blut abgenommen werden kann. Die Einwilligung umfasst den Umfang der genetischen Untersuchung und den Umfang der mit der Filterpapierkarte weiterzugebenden personenbezogenen Daten. Die Einwilligung hat gegenüber der Person zu erfolgen, die die Aufklärung nach Absatz 1 durchgeführt hat und ist mit der Unterschrift zumindest eines

BAnz AT 18.08.2016 B1

Elternteiles (Personensorgeberechtigten) zu dokumentieren. Die Eltern erklären mit ihrer Einwilligung zum Screening, dass personenbezogene Daten an die Labore übermittelt werden dürfen. Als Nachweis der vorliegenden Einwilligung gegenüber dem durchführenden Labor gilt auch das Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf der Filterpapierkarte. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Person widerrufen werden.

§ 17 Zielkrankheiten und deren Untersuchung

(1) Im erweiterten Neugeborenen-Screening wird ausschließlich auf die nachfolgenden Zielkrankheiten gescreent:

1. Hypothyreose
2. Adrenogenitales Syndrom (AGS)
3. Biotinidasemangel
4. Galaktosämie
5. Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA)
6. Ahornsirupkrankheit (MSUD)
7. Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD)
8. Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD)
9. Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD)
10. Carnitinzyklusdefekte
 - a) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I)
 - b) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II)
 - c) Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel
11. Glutaracidurie Typ I (GA I)
12. Isovalerialacidämie (IVA).

(2) Das Screening auf die Zielkrankheiten der Nummern 1 bis 4 erfolgt mit konventionellen Laboruntersuchungsverfahren (Nummer 1 und 2 mittels immunometrischer Tests [Radioimmunoassays/Fluoroimmunoassays], Nummer 3 mittels eines photometrischen Tests, Nummer 4 mittels eines photometrischen und fluorometrischen Tests). Das Screening auf die Zielkrankheiten der Nummern 5 bis 12 wird mittels der Tandemmassenspektrometrie durchgeführt.

(3) Die Untersuchung weiterer, nicht in Absatz 1 genannter Krankheiten ist nicht Teil des Screenings. Daten zu solchen Krankheiten sind, soweit technisch ihre Erhebung nicht unterdrückt werden kann, unverzüglich zu vernichten. Deren Nutzung, Speicherung oder Weitergabe ist nicht zulässig. Die im Rahmen des Screenings erhobenen Daten dürfen ausschließlich zu dem Zweck verwendet werden, die vorgenannten Zielkrankheiten zu erkennen und zu behandeln.

BAnz AT 18.08.2016 B1

2. Verfahren

§ 18 Grundsätze des Screening-Verfahrens

(1) Der Erfolg des Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und die therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden.

(2) Zur zuverlässigen Diagnose ist bei einem ersten auffälligen Befund sofort eine zweite Laboruntersuchung durchzuführen. Das Verfahren und die Verantwortlichkeiten sind dabei die gleichen wie bei der Erstbefundung. Ergibt auch die zweite Untersuchung einen auffälligen Befund, ist eine dem Befund angemessene unverzügliche Abklärung und gegebenenfalls Therapieeinleitung zu veranlassen. Nach Vorliegen eines abschließenden Ergebnisses (nach Kontrolle des auffälligen Erstbefundes in einer erneuten Blutprobe) soll eine genetische Beratung durch einen dafür qualifizierten Arzt/qualifizierte Ärztin angeboten werden, außer es liegt ein eindeutige negatives Ergebnis vor.

(3) Zwischen der Abnahme der Probe und der Übermittlung eines auffälligen Befundes sollen nicht mehr als 72 Stunden liegen.

§ 19 Durchführungsverantwortung

(1) Der Leistungserbringer, der die Geburt des Kindes verantwortlich geleitet hat, ist für die Durchführung des Screenings verantwortlich. Der Leistungserbringer (im Folgenden „Einsender“ genannt) hat das Labor mit der Analyse der zugesandten Proben zu beauftragen. Wurde die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger verantwortlich geleitet, so soll sie/er in gegenseitigem Einvernehmen eine verantwortliche Ärztin/einen verantwortlichen Arzt benennen. Ist eine Benennung ausnahmsweise nicht möglich, hat die Hebamme/der Entbindungspfleger, das Screening in eigener Verantwortung durchzuführen, wenn die Rückfragemöglichkeit an eine Ärztin/einen Arzt gewährleistet ist. Durch die Probenübermittlung an eine/n nach § 23 berechnigte/n Laborärztin/Laborarzt wird dieser/diesem die Verantwortung für die Laboruntersuchungen nach § 17 und die Befundübermittlungen nach § 22 übertragen.

(2) Auch ohne Durchführungsverantwortung nach Absatz 1 hat sich die/der die U2-Früherkennungsuntersuchung beim Neugeborenen durchführende Ärztin/Arzt bei der Untersuchung zu vergewissern, dass die Entnahme der Blutprobe für das erweiterte Neugeborenen-Screening dokumentiert wurde. Ist das Screening nicht dokumentiert, so hat sie/er das Screening nach dieser Richtlinie anzubieten.

§ 20 Zeitpunkt der Probenentnahmen

(1) Der optimale Entnahmezeitpunkt ist das Alter von 48 bis 72 Lebensstunden. Die Blutprobe soll nicht vor vollendeten 36 und nicht nach 72 Lebensstunden entnommen werden. In diesem Zeitfenster versäumte Probenentnahmen müssen unverzüglich nachgeholt werden.

(2) Bei Entlassung vor vollendeten 36 Lebensstunden oder Verlegung soll eine erste Probe entnommen werden. Ein früherer Untersuchungszeitpunkt als 36 Lebensstunden erhöht das Risiko von falsch-negativen und falsch-positiven Befunden. Bei Entlassung vor

BAnz AT 18.08.2016 B1

36 Lebensstunden müssen die Eltern (Personensorgeberechtigten) daher über die Notwendigkeit einer termingerechten zweiten Laboruntersuchung informiert werden.

(3) Die erste Probenentnahme soll vor einer Transfusion, Kortikosteroid- oder Dopamintherapie durchgeführt werden.

(4) Bei sehr unreifen Neugeborenen (Geburt vor vollendeten 32 Schwangerschaftswochen) muss außer dem Erstscreening nach Absatz 1 ein abschließendes Zweitscreening in einem korrigierten Alter von 32 Schwangerschaftswochen erfolgen.

§ 21 Probenentnahme und Probenbearbeitung

(1) Bei der Probengewinnung wird natives Venen- oder Fersenblut entnommen, auf speziell dafür vorgesehenes Filterpapier (Filterpapierkarte) aufgetropft und bei Raumtemperatur getrocknet. Die Berechtigung zur Blutentnahme richtet sich nach dem Berufsrecht des jeweiligen Leistungserbringers.

(2) Die Probenentnahme, die Angaben zum Neugeborenen und das Datum der Versendung der Blutprobe sind auf der Filterpapierkarte gemäß Anlage 4 und in geeigneter Weise auch im Kinderuntersuchungsheft zu dokumentieren, um die Überprüfung der erfolgten Blutentnahme im Rahmen der U2-Früherkennungsuntersuchung zu ermöglichen.

(3) Durch Festlegung geeigneter Maßnahmen ist die eindeutige Probenzuordnung zum Neugeborenen sicher zu stellen.

(4) Die Filterpapierkarte ist an eine/einen zur Durchführung der notwendigen Laborleistungen nach § 23 berechnigte Ärztin/berechnigten Arzt zu senden.

(5) Das Entnahme-Datum soll zugleich Proben-Versand-Datum sein.

(6) Die Ablehnung des Screenings oder der Tod des Neugeborenen vor einer möglichen ersten Blutentnahme nach § 20 sind auf leeren Filterpapierkarten zu dokumentieren und an das Screeninglabor zu senden.

§ 22 Befundübermittlung

(1) Wenn die Untersuchung aus der Blutprobe des Kindes im Labor den Verdacht auf das Vorliegen einer der Zielkrankheiten ergibt, ist der Einsender unverzüglich zu unterrichten und zur Entnahme einer Kontrollblutprobe aufzufordern. Dabei ist auf die Notwendigkeit einer schnellen, fachkompetenten Abklärung und Weiterbetreuung ausdrücklich und mit Bezug auf die befundene Zielkrankheit hinzuweisen. Dem Einsender ist zu empfehlen, schnellstmöglich Kontakt zu den Eltern (Personensorgeberechtigten) aufzunehmen. Außerdem sind ihm Kontaktmöglichkeiten (insbesondere Telefonnummern) zu den nächsterreichbaren Zentren mit Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit mitzuteilen.

(2) Datum und Uhrzeit der Befundübermittlung, der Informationsempfänger und das vereinbarte Vorgehen sind zu dokumentieren.

(3) Für ihre Erreichbarkeit zum Zeitpunkt der möglichen Befundübermittlung sind die Telefonnummern und Adressen des Einsenders und Eltern (Personensorgeberechnigte) auf einem abtrennbaren Teil der Filterpapierkarte anzugeben. Die schriftliche Einwilligung der Personensorgeberechnigten gemäß § 16 umfasst grundsätzlich die Übermittlung der

34

BAnz AT 18.08.2016 B1

personenbezogenen Daten, insbesondere der Telefonnummer und Adresse, zum Zwecke der unmittelbaren Kontaktaufnahme im Sinne von Absatz 4. Nach abgeschlossener Diagnostik, Befundübermittlung und Abrechnung sind die Kontaktdaten unverzüglich zu löschen und die weiteren personenbezogenen Daten zu pseudonymisieren.

(4) Bei pathologischen Befunden erfolgt eine unverzügliche Befundweitergabe, mündlich und schriftlich, von der Laborärztin/vom Laborarzt an den Einsender. Im Falle der Nichterreichbarkeit des verantwortlichen Einsenders ist die Laborärztin/der Laborarzt berechtigt, den Befund unmittelbar den Personensorgeberechtigten mitzuteilen, wenn dies zur Abwendung unmittelbarer Gefahren für die Gesundheit des Kindes erforderlich ist und wenn deren schriftliche Einwilligung vorliegt. Die Laborärztin/der Laborarzt hat den Befund entsprechend Absatz 5 mitzuteilen.

(5) Der Einsender informiert unverzüglich die Eltern (Personensorgeberechtigten). Dabei ist auf die Notwendigkeit einer schnellen, fachkompetenten Abklärung und Weiterbetreuung ausdrücklich hinzuweisen. Datum und Uhrzeit der Befundübermittlung, der Informationsempfänger und das vereinbarte Vorgehen sind zu dokumentieren. Außerdem sind den Personensorgeberechtigten Kontaktmöglichkeiten (insbesondere Telefonnummern) zu den nächsterreichbaren Zentren mit Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit mitzuteilen.

(6) Unauffällige Befunde werden dem Einsender schriftlich mitgeteilt. Die Eltern (Personensorgeberechtigten) werden ohne Vorliegen eines auffälligen Befundes nur auf ihre ausdrückliche Nachfrage vom Einsender informiert.

3. Genehmigung und Qualitätssicherung für Laborleistungen

§ 23 Genehmigung für Laborleistungen

(1) Laborleistungen nach dieser Richtlinie dürfen nur nach Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht und abgerechnet werden, in deren Gebiet die Laborärztin/der Laborarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist. Voraussetzung für die Genehmigung ist, dass die beantragende Ärztin/der beantragende Arzt ihre/seine fachliche Qualifikation nach § 24 nachweist, die Voraussetzungen nach § 25 für das Labor belegt, in dem sie/er die Laborleistungen erbringen will und das Labor die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4 GenDG erfüllt.

(2) Die Genehmigung ist unter der Auflage zu erteilen, dass die Laborleistungen nach dieser Richtlinie in einem Labor erbracht werden, das die Voraussetzungen des § 25 erfüllt und die Ärztin/der Arzt den Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 26 nachkommt.

(3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn trotz Vorliegens der in Absatz 1 Satz 2 geforderten Nachweise erhebliche Zweifel an der qualitätsgesicherten Erbringung der Laborleistungen bestehen. Die Zweifel können sich insbesondere daraus ergeben, dass die Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 26 in erheblichem Umfang verletzt wurden oder die Laborleistungen aus derselben Blutprobe an verschiedenen Standorten erbracht werden sollen (Verbot des Probensplittings) und dadurch eine qualitätsgesicherte und zeitgerechte Erbringung der Laborleistungen nicht gewährleistet ist.

(4) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung muss vor der Erteilung der Genehmigung und kann nach der Genehmigung die Labore nach vorheriger Anmeldung und

35

BAnz AT 18.08.2016 B1

mit Einverständnis einer/eines das Hausrecht ausübende/n Ärztin/Arztes begehen und auf das Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen prüfen.

(5) Die Abrechnungsgenehmigung ist der/dem die Laborleistungen erbringende/n Ärztin/Arzt zu entziehen, wenn

- die Genehmigungsvoraussetzungen nach Absätzen 1 und 3 nicht mehr vorliegen,
- die Auflagen nach Absatz 2 nicht erfüllt werden oder
- das Einverständnis zur Praxisbegehung versagt wird.

(6) Vor dem Entzug der Genehmigung und vor der Ablehnung des Antrags auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung ist die Ärztin/der Arzt im Rahmen eines Kolloquiums anzuhören, und es soll eine angemessene Frist zur Beseitigung der Gründe für den Entzug der Abrechnungsgenehmigung gesetzt werden, die ein halbes Jahr nicht übersteigt. Satz 1 gilt nicht, wenn die Qualitätsmängel so gravierend sind, dass ein sofortiger Genehmigungsentzug geboten ist.

§ 24 Qualifikation der Laborärztin/des Laborarztes

(1) Die Erbringung der Laborleistungen nach dieser Richtlinie bedarf einer besonderen fachlichen Qualifikation der erbringenden Ärztin/des erbringenden Arztes, die sowohl spezielle Kenntnisse als auch Erfahrung in der Durchführung der Tandemmassenspektrometrie umfasst.

(2) Die besondere fachliche Qualifikation der Laborärztin/des Laborarztes gilt in der Regel als belegt, wenn sie/er

- a) die Gebietsbezeichnung für Laboratoriumsmedizin führen darf oder über die Fachkunde Laboruntersuchung oder die Zusatz-Weiterbildung fachgebundene Labordiagnostik verfügt und
- b) ihre/seine persönliche Erfahrung in der Erbringung von Tandemmassenspektrometrien dadurch in geeigneter Weise belegt, dass sie/er entweder
 - die Erbringung von 20 000 Tandemmassenspektrometrien für das Jahr glaubhaft macht, welches dem vorgesehenen Tag der Genehmigung vorausgeht, oder
 - die regelmäßige Erbringung von Tandemmassenspektrometrien über einen Zeitraum von zwei Jahren glaubhaft macht, welche dem vorgesehenen Tag der Genehmigung vorausgehen. Bestehen Zweifel an der persönlichen Erfahrung in der Erbringung von Tandemmassenspektrometrien sollen diese im Rahmen eines Fachkolloquiums u. a. anhand der Beurteilung einer Fallsammlung geklärt werden.

§ 25 Anforderungen an die Labore

(1) Zur Optimierung der internen Qualitätssicherung und der Logistik des Screenings sowie der Wirtschaftlichkeit ist eine Mindestzahl von 50 000 untersuchter Erstscreeningproben innerhalb eines Jahres und in einem Labor Voraussetzung für die Teilnahme am Screening. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung kann die Frist für die Erfüllung der Mindestzahlen in der Anfangsphase einmal um höchstens ein Jahr verlängern.

BAnz AT 18.08.2016 B1

(2) Das Labor muss für die durchzuführenden Untersuchungen mit den entsprechenden technischen Einrichtungen ausgestattet sein und über qualifiziertes Personal verfügen. Diese organisatorisch-apparativen Voraussetzungen gelten mit einer Akkreditierung für medizinische Laborleistungen durch die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS GmbH) als belegt.

(3) Die Genehmigung ist unter der Auflage zu erteilen, dass das Labor, in dem die Laborleistungen erbracht werden sollen, die folgenden Leistungen erbringt:

- Versendung der Filterpapierkarten an die Leistungserbringer, für die das Labor Laborleistungen nach dieser Richtlinie erbringt und
- Erstellung und vierteljährliche Aktualisierung eines Verzeichnisses der nächsterreichbaren Zentren mit pädiatrischen Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit zur Information nach § 22 Absatz 1.

§ 26 Qualitätssicherung

(1) Die eindeutige Zuordnung der Proben und der Ergebnisse ihrer Untersuchung zu dem jeweiligen Neugeborenen ist sicherzustellen.

(2) Die berufsrechtlichen Anforderungen an die persönliche Erbringung von Laborleistungen, insbesondere für die regelmäßige Überprüfung der ordnungsgemäßen Laborgerätewartung und -bedienung durch das Laborpersonal, die persönliche Erreichbarkeit und die persönliche Überprüfung der Plausibilität der erhobenen Laborparameter nach Abschluss des Untersuchungsganges im Labor und § 5 GenDG sind zu beachten. Auf die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen wird hingewiesen.

(3) Es ist sicherzustellen, dass am Tage des Proben-Eingangs die Laboruntersuchung durchgeführt und pathologische Befunde übermittelt werden. Die Laborleistung ist zumindest von Montag bis Samstag vorzuhalten.

(4) Die die Laborleistungen erbringenden Ärztinnen/Ärzte müssen im ersten Quartal jedes Jahres der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Qualitätsbericht über ihre Leistungen nach dieser Richtlinie im vorangegangenen Jahr vorlegen. Der Bericht muss Angaben zu der untersuchten Zahl der Proben, der pathologischen Fälle, der Endbefunde, der Recall-Raten, Abnahme- und Versandzeiten und Angaben zur Befundübermittlung enthalten. Für die Leistungen innerhalb eines Labors kann ein gemeinsamer Bericht erstellt werden; die Angaben nach Satz 2 müssen aber auf die einzelne Ärztin/den einzelnen Arzt zurückführbar sein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen diese Berichte den Krankenkassen und dem G-BA zur Verfügung.

§ 27 Dokumentation der Laborleistungen

(1) Die Laborleistungen sind auf dem Mustervordruck nach Anlage 4 der eingesandten Filterpapierkarte zu dokumentieren.

(2) Das Labor muss die Einhaltung der jeweils gültigen Datenschutzbestimmungen gewährleisten.

BAnz AT 18.08.2016 B1

(3) Restblutproben sind unverzüglich nach Abschluss der Ringversuche zur Qualitätssicherung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, spätestens jedoch nach drei Monaten zu vernichten.

§ 28 Anpassung

(1) Spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie soll der zuständige Unterausschuss des G-BA den Erfolg des erweiterten Neugeborenen-Screenings prüfen und erforderliche Änderungen der Bestimmungen empfehlen.

(2) Die Erfüllung der Anforderungen an die Labore gemäß § 5 Absatz 2 GenDG (§ 23 Absatz 1 Satz 2) ist bis zum 1. Februar 2011 keine Voraussetzung für die Erteilung von Genehmigungen oder die Abrechnung von Laborleistungen.

II. Screening auf Mukoviszidose

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 29 Allgemeines

Das nach dieser Richtlinie durchzuführende Screening dient der Früherkennung der Mukoviszidose bei Neugeborenen. Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden. Das Screening auf Mukoviszidose erfolgt im Regelfall zum selben Zeitpunkt und aus derselben Blutprobe wie das erweiterte Neugeborenen-Screening. Das Screening auf Mukoviszidose unterliegt den Regelungen des GenDG.

§ 30 Geltungsbereich

Der Abschnitt C Kapitel II Screening auf Mukoviszidose der Kinder-Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 SGB V für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Screeninguntersuchungen auf Mukoviszidose, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie einleitet oder erbringt.

§ 31 Anspruchsberechtigung

Neugeborene haben Anspruch auf Teilnahme am Screening auf Mukoviszidose entsprechend dieser Richtlinie.

§ 32 Aufklärung und Einwilligung

(1) Das Screening auf Mukoviszidose wird dreistufig als serielle Kombination von zwei biochemischen Tests auf immunreaktives Trypsin (IRT) und Pankreatitis-assoziiertes Protein (PAP) und einer DNA-Mutationsanalyse durchgeführt. Die Personensorgeberechtigten (z.B. Eltern) des Neugeborenen sind vor der Durchführung des Screenings eingehend und mit Unterstützung eines Informationsblatts, entsprechend Anlage 2 durch die verantwortliche Ärztin oder den verantwortlichen Arzt gemäß § 7 GenDG entsprechend den Vorgaben des § 9 GenDG, aufzuklären.

BAnz AT 18.08.2016 B1

(2) Wird die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger geleitet, sind die Eltern darüber zu informieren, dass ihr Kind Anspruch auf ein Mukoviszidose-Screening hat. Die Aufklärung und Untersuchung kann nur von einer Ärztin oder einem Arzt bis zu einem Alter des Kindes von vier Wochen (z.B. U2 oder U3) gemäß § 35 vorgenommen werden.

(3) Die Aufklärung umfasst insbesondere Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung. Da das Screening auf Mukoviszidose eine DNA-Mutationsanalyse beinhalten kann, ist im Zuge der Aufklärung mitzuteilen, dass Informationen über eine mögliche Anlageträgerschaft im Rahmen des Screenings nicht mitgeteilt werden.

(4) Nach der Aufklärung ist eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung einzuräumen. Die Einwilligung umfasst alle Bestandteile der Untersuchung und den Umfang der mit der Filterpapierkarte weiterzugebenden personenbezogenen Daten. Die Einwilligung zum Screening bzw. die Ablehnung des Screenings hat gegenüber der Person zu erfolgen, die die Aufklärung nach Absatz 1 oder Absatz 2 durchgeführt hat und ist mit der Unterschrift zumindest eines Personensorgeberechtigten zu dokumentieren. Die Eltern erklären mit ihrer Einwilligung zum Screening, dass die auf der Filterpapierkarte einzutragenden personenbezogenen Daten an die Labore übermittelt werden dürfen. Als Nachweis der vorliegenden Einwilligung gegenüber dem durchführenden Labor gilt auch das Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf der Filterpapierkarte. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder mündlich, mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Ärztin oder des aufklärenden Arztes widerrufen werden.

§ 33 Untersuchungsmethode

(1) Das Screening auf Mukoviszidose erfolgt in den ersten beiden Stufen mittels konventioneller Laboruntersuchungsverfahren und in der dritten Stufe mittels einer molekulargenetischen Untersuchung auf Mutationen (DNA-Mutationsanalyse), die mit einem frühen und schweren Erkrankungsverlauf einhergehen.

(2) Die erste biochemische Untersuchung wird auf IRT durchgeführt. Die Probe gilt als positiv, wenn der Wert \geq der 99,0. Perzentile der für das durchführende Labor anzunehmenden Populationswerte liegt. Ist der IRT-Test positiv, wird aus der vorliegenden Probe ein PAP-Test durchgeführt. Liegt dieser \geq der 87,5. Perzentile erfolgt die dritte Stufe, eine genetische Untersuchung auf Mutationen gemäß Anlage 4a. Die zweite und dritte Stufe werden nicht durchgeführt wenn der IRT \geq 99,9. Perzentile liegt, da bei so deutlich erhöhten Werten das Screening schon allein durch diesen Wert als positiv gilt.

(3) Das Screening auf Mukoviszidose gilt als positiv, wenn einer der nachfolgenden Befunde vorliegt: IRT \geq 99,9. Perzentile oder mindestens eine Mutation des Cystic Fibrosis Transmembran Regulator-Gens (CFTR-Gens). In allen anderen Konstellationen gilt das Screening als negativ.

2. Verfahren

§ 34 Grundsätze des Screening-Verfahrens

Ergibt das Screening einen positiven Befund, ist der Einsender zeitnah, spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen über das Ergebnis zu informieren, um eine Abklärung in der Regel

BAnz AT 18.08.2016 B1

durch einen Schweißtest (gegebenenfalls alternative Konfirmationsdiagnostik) und bei Bestätigung die anschließende Therapieeinleitung zu ermöglichen.

§ 35 Durchführungsverantwortung

(1) Die Ärztin oder der Arzt, die/der die Geburt des Kindes verantwortlich geleitet hat, ist für die Aufklärung und bei Einwilligung der Personensorgeberechtigten auch für die Durchführung des Screenings verantwortlich. Die Ärztin oder der Arzt (im Folgenden „Einsender“ genannt) hat das Labor mit der Analyse der zugesandten Proben zu beauftragen.

(2) Wurde die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger verantwortlich geleitet, muss diese/dieser die Eltern über den Anspruch ihres Kindes auf ein Mukoviszidose-Screening informieren.

(3) Die oder der die U2- und/oder U3-Früherkennungsuntersuchung durchführende Ärztin oder durchführende Arzt hat sich zu vergewissern, dass das Screening auf Mukoviszidose dokumentiert wurde. Sofern bis zu einem Alter des Kindes von vier Lebenswochen noch keine ärztliche Aufklärung über ein Screening auf Mukoviszidose erfolgt ist, muss die Ärztin oder der Arzt die Eltern aufklären und gegebenenfalls das Screening auf Mukoviszidose veranlassen. Durch die Probenübermittlung an eine oder einen nach § 38 berechnigte Laborärztin oder berechtigten Laborarzt wird dieser oder diesem die Verantwortung für die Laboruntersuchungen nach § 33 und die Befundübermittlungen nach § 37 übertragen.

(4) Die Dokumentation der Durchführung erfolgt im Gelben Heft gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie.

§ 36 Probenentnahme und Probenbearbeitung

(1) Das Screening auf Mukoviszidose erfolgt in der Regel aus derselben Blutprobe, die auch für das erweiterte Neugeborenen-Screening entnommen wurde. Die Regelungen des § 21 zur Probenentnahme und Probenbearbeitung gelten auch für das Screening auf Mukoviszidose.

(2) Wurde die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger verantwortlich geleitet und ausnahmsweise das erweiterte Neugeborenen-Screening ohne ärztliche Aufklärung durchgeführt, muss für das Mukoviszidose-Screening nach ärztlicher Aufklärung eine zweite Blutprobe abgenommen werden. Das Mukoviszidose-Screening kann in den ersten vier Lebenswochen des Kindes nachgeholt werden.

(3) Wie bei dem erweiterten Neugeborenen-Screening muss bei Abnahme bei reifen Neugeborenen vor der 36. Lebensstunde ein Zweitscreening nach der 36. Lebensstunde durchgeführt werden. Bei sehr unreifen Neugeborenen (Geburt vor vollendeten 32 Schwangerschaftswochen) muss außer dem Erstscreening ein abschließendes Zweitscreening in einem korrigierten Alter von 32 Schwangerschaftswochen erfolgen.

§ 37 Befundübermittlung

(1) Das Labor teilt dem Einsender Befunde als positives oder negatives Ergebnis mit. Einzelheiten zum Ergebnis der DNA-Mutationsanalyse werden im Rahmen des Screenings nicht mitgeteilt. Ein positiver Screeningbefund gemäß § 33 wird vom Einsender den

40

BAnz AT 18.08.2016 B1

Personensorgeberechtigten mitgeteilt. Der Einsender informiert die Personensorgeberechtigten des Kindes über die Notwendigkeit, eine auf die Diagnose und Behandlung der Mukoviszidose spezialisierte Einrichtung zur Vornahme einer Konfirmationsdiagnostik zu kontaktieren. Dazu soll der Einsender die auf Mukoviszidose spezialisierten Einrichtungen in erreichbarer Nähe benennen.

(2) Wenn die Personensorgeberechtigten vorher schriftlich in die Weitergabe der Ergebnisse an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt eingewilligt haben, hat das Labor bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen Schweißtests (Chloridbestimmung mittels Pilocarpin-Iontophorese) oder einer anderen abklärungsbedürftigen Konfirmationsdiagnostik, Einzelheiten zur DNA-Mutationsanalyse des Screenings an den Einsender weiterzugeben. Der Einsender hat diese Einzelheiten der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt auf Anfrage zu übermitteln.

(3) Das Datum der Screening-Befundübermittlung und der Informationsempfänger sind zu dokumentieren.

(4) Negative Screeningbefunde werden dem Einsender schriftlich mitgeteilt. Die Personensorgeberechtigten werden bei Vorliegen eines negativen Screeningbefundes nur auf ihren ausdrücklichen Wunsch vom Einsender informiert.

3. Genehmigung und Qualitätssicherung für Laborleistungen

§ 38 Genehmigung für Laborleistungen

Die Regelungen des § 23 zur Genehmigung von Laborleistungen gelten auch für das Screening auf Mukoviszidose.

Zusätzlich wird für die Genehmigung von Laborleistungen für das Screening auf Mukoviszidose folgendes geregelt:

- Die Genehmigung ist unter der Auflage zu erteilen, dass die Voraussetzungen des § 39 zusätzlich erfüllt sind und die Ärztin oder der Arzt abweichend vom § 26 Absatz 4 den Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 40 nachkommt.
- Die Genehmigung ist auch dann zu versagen, wenn die Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 40 in erheblichem Umfang verletzt wurden.

§ 39 Anforderungen an die Labore

Die Regelungen des § 25 Absatz 2 und 3 Anforderung an die Labore gelten auch für das Screening auf Mukoviszidose. Abweichend vom § 25 Absatz 3 wird der 2. Spiegelstrich wie folgt geregelt:

Das Labor soll aktuelle Listen mit Mukoviszidose-spezialisierten Einrichtungen vorhalten.

§ 40 Qualitätssicherung

Als Anforderungen an die Qualitätssicherung der Labore gelten auch für das Screening auf Mukoviszidose die Regelungen des § 26 Absatz 1, 2 und 4 Satz 1, 3 und 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass abweichend von § 26 Absatz 4 Satz 2 der Bericht

- Angaben zu der Zahl der untersuchten Proben, der Zeitspanne zwischen Probeneingang und Mitteilung des Screeningbefunds an den Einsender, die

BAnz AT 18.08.2016 B1

Ergebnisse der einzelnen Untersuchungsschritte, die Anzahl und Art der gemäß § 37 mitgeteilten Screeningergebnisse und die Anzahl der aufgrund auffälliger Konfirmationsdiagnostik angeforderten und mitgeteilten DNA-Mutationsanalysen sowie die vorliegenden Befunde der Konfirmationsdiagnostik

enthalten muss.

§ 41 Dokumentation

Die Regelungen des § 27 Anforderung an die Dokumentation durch die Labore gelten auch für das Screening auf Mukoviszidose.

§ 42 Evaluation

Spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie soll der zuständige Unterausschuss des G-BA den Erfolg des Screenings auf Mukoviszidose prüfen und erforderliche Änderungen der Bestimmungen empfehlen. In die Evaluation werden die Daten nach § 40 einbezogen.

III. Durchführungsempfehlungen für die sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte zur Früherkennung der Hüftgelenkdysplasie und -luxation

§ 43 Qualifikation des Arztes für die Durchführung der Hüftgelenksonographie

Ärzte, die Leistungen der sonographischen Screening-Untersuchungen von Säuglingshäften in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen, müssen die in der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik erfüllen.

§ 44 Ärztliche Zusammenarbeit

Sofern die/der mit der Früherkennungsuntersuchung befasste Ärztin/Arzt die sonographische Untersuchung der Hüftgelenke nicht selbst ausführt, soll sie/er die Überweisung des Kindes an eine/n an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin/teilnehmenden Arzt mit der in § 43 angegebenen Qualifikation veranlassen. Diese/r hat die überweisende Ärztin/den überweisenden Arzt unverzüglich über das Ergebnis der hüftsonographischen Untersuchung zu unterrichten, um die gegebenenfalls erforderlichen therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten.

§ 45 Ablauf der Untersuchungen

Die hüftsonographische Screening-Untersuchung bei Säuglingen wird in der 4.-5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der dritten Früherkennungsuntersuchung durchgeführt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie eine eventuell notwendige Therapie vor der 6. Lebenswoche einsetzt, um so das spätere Auftreten einer Hüftgelenkluxation zu verhindern. Die Hüftsonographie soll als statische und gegebenenfalls dynamische Untersuchung

42

BAnz AT 18.08.2016 B1

entsprechend dem derzeit von den Fachgesellschaften empfohlenen Verfahren (Verfahren nach Graf) durchgeführt werden.

Die Bilddokumentation soll als Darstellung in der Standardebene nach Graf erfolgen (Unterrand des Os ilium, mittlerer Pfannendachbereich, Labrum acetabulare). Die Winkelbefunde (Alpha- und Beta-Winkel) sind auf der Grundlage der Auswertung jeweils eines Bildes pro Gelenkseite zu ermitteln. Ergeben sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund Konsequenzen für das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen, sollen dabei die aktuellen Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften beachtet werden.

§ 46 Dokumentation

Die Dokumentation der erhobenen anamnestischen, klinischen und sonographischen Befunde erfolgt auf einem gesonderten Erhebungsbogen, der Bestandteil des Untersuchungshefts für Kinder ist. Insbesondere sind folgende Risikomerkmale und Befunde zu dokumentieren:

Risiken aus Anamnese und allgemeinem Befund

- Geburt aus Beckenendlage
- Hüftgelenksluxationen bzw. Hüftgelenkdsplasie in der Familie
- Stellungsanomalien bzw. Fehlbildungen (insbesondere der FüÙe)

Klinische Zeichen

- Instabilität des Hüftgelenks (Grad I bis IV nach TÖNNIS)
- Abspreizhemmung

Hüftsonographische Befunde

- Hüfttyp nach Graf
- Alpha- und Beta-Winkel auf jeder Gelenkseite

Darüber hinaus sollen die gegebenenfalls veranlassten diagnostischen und/oder therapeutischen Konsequenzen angegeben werden.

IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 47 Zielsetzung

Das nach dieser Richtlinie durchzuführende Neugeborenen-Hörscreening dient primär der Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB. Solche Hörstörungen sollen bis zum Ende des 3. Lebensmonats diagnostiziert und eine entsprechende Therapie bis Ende des 6. Lebensmonats eingeleitet sein.

BAnz AT 18.08.2016 B1

§ 48 Geltungsbereich

(1) Die Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 des SGB V für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen von Hörstörungen bei Neugeborenen, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie durchführt.

(2) Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen die Ärzte ein, die aufgrund von Übergangsregelungen der für sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung berechtigt sind oder aufgrund der für sie geltenden Weiterbildungsordnung zur Erbringung der entsprechenden Leistung(en) berechtigt sind.

§ 49 Anspruchsberechtigung

Neugeborene haben Anspruch auf die Teilnahme am Neugeborenen-Hörscreening entsprechend dieser Richtlinie.

§ 50 Aufklärung und Einwilligung

Vor Einleitung des Neugeborenen-Hörscreenings sind die Eltern (Personensorgeberechtigten) anhand des Merkblattes des G-BA entsprechend Anlage 5 über Vor- und Nachteile aufzuklären. Die Eltern (Personensorgeberechtigten) entscheiden über die Teilnahme an der Untersuchung. Ihre Ablehnung ist mit der Unterschrift zumindest eines Elternteils (Personensorgeberechtigten) zu dokumentieren.

2. Verfahren

§ 51 Grundsätze des Neugeborenen-Hörscreenings

(1) Das Neugeborenen-Hörscreening umfasst die Messung otoakustischer Emissionen (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen, TEOAE) und/oder die Hirnstammaudiometrie (AABR) einschließlich der gegebenenfalls gemäß Absatz 3 durchzuführenden Untersuchung. Der Erfolg des Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der zeitnahen Durchführung einer umfassenden pädaudiologischen Nachfolgediagnostik bei auffälligen Befunden.

(2) Das Neugeborenen-Hörscreening erfolgt für jedes Ohr mittels TEOAE oder AABR und soll bis zum 3. Lebenstag durchgeführt werden. Für Risikokinder für konnatale Hörstörungen ist die AABR obligat. Bei Frühgeborenen soll die Untersuchung spätestens zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins, bei kranken oder mehrfach behinderten Kindern unter Beachtung der Zusatzstörungen und notwendigen klinischen Maßnahmen spätestens vor Ende des 3. Lebensmonats erfolgen. Bei Geburt im Krankenhaus erfolgt die Untersuchung vor Entlassung. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses oder nicht erfolgter Untersuchung findet die Untersuchung spätestens im Rahmen der U2 statt.

(3) Bei auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR soll möglichst am selben Tag, spätestens bis zur U2 eine Kontroll-AABR durchgeführt werden. Die Untersuchung erfolgt an beiden Ohren.

44

BAnz AT 18.08.2016 B1

(4) Bei einem auffälligen Befund in dieser Kontroll-AABR soll eine umfassende pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bis zur 12. Lebenswoche erfolgen.

§ 52 Durchführungsverantwortung und Qualifikation

(1) Die Verantwortung für die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings liegt bei Geburt im Krankenhaus bei der Ärztin/dem Arzt, die/der für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlich ist.

(2) Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses liegt die Verantwortung für die Veranlassung der Untersuchung bei der Hebamme oder der Ärztin/dem Arzt, die oder der die Geburt verantwortlich geleitet hat. Das Neugeborenen-Hörscreening kann bei Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztinnen/Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Fachärztinnen/Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durchgeführt werden, soweit sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind.

(3) In den Fällen, in denen ausnahmsweise im Krankenhaus nach auffälliger Erstuntersuchung keine Kontroll-AABR bis zur U2 durchgeführt wurde, wird die AABR bis spätestens zur U3 von Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztinnen/Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Fachärztinnen/Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen vorgenommen, soweit sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind.

(4) Die gegebenenfalls notwendige pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik wird durch Fachärztinnen/Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder pädaudiologisch qualifizierte Fachärztinnen/Fachärzte für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde durchgeführt.

§ 53 Apparative Anforderungen

Die Geräte zur Messung von TEOAE und AABR müssen den für diese Untersuchungen einschlägigen technischen Anforderungen genügen. Eine entsprechende Gewährleistungsgarantie des Herstellers erfüllt diese Bedingung.

§ 54 Qualitätssicherung

(1) Bei Geburt und Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings in einem Krankenhaus soll das Krankenhaus nachfolgend genannte Qualitätsziele erfüllen:

- Der Anteil der auf Hörstörungen untersuchten Kinder zur Gesamtzahl der Neugeborenen soll bei mindestens 95 % liegen.
- Mindestens 95 % der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen vor Entlassung aus dem Krankenhaus eine Kontroll-AABR erhalten haben.
- Der Anteil der untersuchten Kinder, für die eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik gemäß § 51 Absatz 4 erforderlich ist, soll höchstens bei 4 % liegen.

(2) Wird das Neugeborenen-Hörscreening bei einer/einem niedergelassenen Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztin/Facharzt für Hals-, Nasen-,

BAnz AT 18.08.2016 B1

Ohrenheilkunde oder einer Fachärztin/einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen erbracht, so sollen nachfolgend genannte Qualitätsziele erfüllt werden:

- Mindestens 95 % der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen in derselben Betriebsstätte, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, eine Kontroll-AABR erhalten.
- Der Anteil der primär bei der Vertragsärztin/beim Vertragsarzt untersuchten Kinder, für die eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik gemäß § 51 Absatz 4 erforderlich ist, soll höchstens bei 4 % liegen.

(3) Unabhängig von der Verantwortung für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung gemäß § 52 hat die/der die U3 durchführende Ärztin/Arzt sich zu vergewissern, dass das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert wurde. Ist die Durchführung der Untersuchung nicht dokumentiert, so hat sie/er die Untersuchung zu veranlassen sowie Durchführung und Ergebnis zu dokumentieren. Dasselbe gilt für die U4 und U5 durchführenden Ärztinnen/Ärzte.

(4) Der Erfolg des Neugeborenen-Hörscreenings ist abhängig von der zeitnahen Durchführung einer umfassenden audiologischen Nachfolgediagnostik bei auffälligen Befunden und der Therapieeinleitung. Um zu gewährleisten, dass das Neugeborenen-Hörscreening allen Neugeborenen zur Verfügung steht und alle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auffällig getesteten Neugeborenen die Konfirmationsdiagnostik in Anspruch nehmen, sollen Krankenhäuser bzw. Hebammen und niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, die die Früherkennungsuntersuchung durchführen, auch die über die in § 55 geregelten Dokumentationen hinausgehenden länderspezifischen Regelungen berücksichtigen (z. B. Dokumentation durch Screeningkarten des Erweiterten Neugeborenen-Screenings).

§ 55 Dokumentation

(1) Im Gelben Kinderuntersuchungsheft (Anlage 1) werden Durchführung und Ergebnisse (differenziert nach einseitig/beidseitig) dieser Früherkennungsuntersuchung sowie gegebenenfalls die Durchführung einer Konfirmationsdiagnostik dokumentiert.

(2) Zusätzlich zur Dokumentation im Gelben Heft haben die Leistungserbringer des Neugeborenen-Hörscreenings ab dem 1. Januar 2009 einmal im Kalenderjahr eine Sammelstatistik über folgende Parameter zu erstellen:

- Gesamtzahl der Neugeborenen (nur im Krankenhaus zu erfassen)
- Anzahl der im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings getesteten Neugeborenen differenziert nach TEOAE/AABR als Erstuntersuchung
- Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger TEOAE (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig)
- Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger AABR (differenziert nach Erst- und Kontrolluntersuchung sowie nach einseitig/beidseitig auffällig)
- Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger TEOAE und auffälliger AABR (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig).

BAnz AT 18.08.2016 B1

(3) Sammelstatistiken sind auf Anfrage der vom G-BA für die Evaluation bestimmten Stelle zur Verfügung zu stellen. Diese Daten können auch in Zusammenarbeit mit den länderspezifischen Screeningzentren erhoben werden.

(4) Folgende Parameter müssen im Rahmen der U3, U4 und U5 überprüft und im Gelben Heft dokumentiert werden:

- Neugeborenen-Hörscreening ist bereits erfolgt und im Gelben Heft dokumentiert
- Neugeborenen-Hörscreening selbst durchgeführt bzw. veranlasst falls Dokumentation im Gelben Heft fehlt
- Ergebnisse des Neugeborenen-Hörscreenings (Früherkennungsuntersuchung unauffällig, Konfirmationsdiagnostik veranlasst, Konfirmationsdiagnostik bereits durchgeführt, angeborene Hörstörung bei Konfirmationsdiagnostik festgestellt, einseitig/beidseitig).

§ 56 Evaluation

(1) Das Neugeborenen-Hörscreening wird hinsichtlich Qualität und Zielerreichung durch eine Studie evaluiert. Hierzu beschließt der G-BA Art, Umfang und Zeitrahmen der Evaluation.

(2) Zielp Parameter für die Evaluation sind insbesondere

- Häufigkeit der durchgeführten Untersuchung differenziert nach Ort der Leistungserbringung (für die Kliniken auch die Erfassungsraten)
- Anzahl der auffälligen Erstuntersuchungen differenziert nach Methode und nach einseitig/beidseitig auffällig
- Anzahl der auffälligen Kontroll-AABR differenziert nach Methode der Erstuntersuchung und einseitig/beidseitig auffällig
- Anzahl der richtig-positiven Befunde
- Zeitpunkt der Diagnosestellung und Therapieeinleitung
- Anzahl der falsch-positiven Befunde.

§ 57 Anpassung

Spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung soll der G-BA das Neugeborenen-Hörscreening prüfen und erforderliche Änderungen beschließen.

BAnz AT 18.08.2016 B1

D. Qualitätssichernde Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation

§ 58 Qualitätssicherung

(1) Die Untersuchungen nach den §§ 3 bis 12 dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können und nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind.

(2) Bei der Durchführung der Untersuchung müssen die in der Richtlinie vorgegebenen Standards eingehalten werden.

(3) Für die Durchführung der Screeningaudiometrie nach § 11 dieser Richtlinie müssen Audiometer verwendet werden, die von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen sind und entsprechend den Vorgaben der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) einer regelmäßigen Wartung unterzogen werden.

§ 59 Dokumentation

(1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte und im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1. Der G-BA stellt die Inhalte der Anlage 1 als Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft) in gedruckter Version den Leistungserbringern zur Verfügung. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu dieser Richtlinie. Darüber hinaus wird jeweils die Teilnahme an den Untersuchungen (U2 bis U9) auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert (gemäß Anlage 1).

(2) Der zuständige Unterausschuss des G-BA ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 3), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2), an der Filterpapierkarte (Anlage 4) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 5) vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird. 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 2 der Verfahrensordnung gilt entsprechend.

(3) Die Untersuchungen nach Abschnitt B werden anhand einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert. Der G-BA beauftragt spätestens 2 Jahre nach Inkrafttreten der Neufassung dieser Richtlinie ein unabhängiges wissenschaftliches Institut mit der Evaluation. Der G-BA wird in einem gesonderten Beschluss die Kriterien festlegen, nach denen ein unabhängiges wissenschaftliches Institut unter Hinzuziehung von ausgewählten Leistungserbringern und unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere die überarbeiteten Teile der Untersuchungen (Abschnitt B) bewertet.

Anlagen

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder

Teilnahmekarte

Name	
Vorname	
Geburtstag	

Liebe Eltern! Schützen Sie die Daten Ihres Kindes! Mit dieser herausnehmbaren Karte können Sie bei Behörden, Kindertagesstätten, Schulen und Jugendämtern den Nachweis erbringen, dass Ihr Kind an den Untersuchungen teilgenommen hat.

U2 Lebensstag	3.-10.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift)
U3 Lebenswoche	4.-5.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U4 Lebensmonat	3.-4.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U5 Lebensmonat	6.-7.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U6 Lebensmonat	10.-12.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U7 Lebensmonat	21.-24.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U7a Lebensmonat	34.-36.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U8 Lebensmonat	46.-48.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U9 Lebensmonat	60.-64.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *

* Die Untersuchung beinhaltet eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ausreichenden Impfschutz.

BAnz AT 18.08.2016 B1

Liebe Eltern,

herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Babys!

Gerade in den ersten Lebensjahren macht Ihr Kind sehr viele Entwicklungsschritte. Um eventuell vorliegende Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkennen und entsprechend handeln zu können, gibt es regelmäßige Untersuchungen. Diese sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge für Ihr Kind. Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Innerhalb der ersten sechs Lebensjahre untersucht die Ärztin oder der Arzt, ob sich Ihr Kind gesund und altersgemäß entwickelt. Die Ergebnisse jeder Untersuchung werden Ihnen erläutert. Darüber hinaus werden Sie über Schutzimpfungen informiert, die zugleich mit den Untersuchungen erfolgen können. Sie haben bei sämtlichen Untersuchungen die Gelegenheit, die Entwicklung Ihres Kindes mit der Ärztin oder dem Arzt zu besprechen und Fragen zu stellen, etwa zu Themen wie Ernährung oder Unfallvermeidung.

Zudem erhalten Sie im Rahmen der einzelnen Untersuchungen von der Ärztin oder dem Arzt Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (wie z. B. Eltern-Kind-Angebote, Frühe Hilfen, Familienhebammen, -paten, öffentlicher Gesundheitsdienst).

Für alle Untersuchungen sind bestimmte Zeiträume vorgegeben. Dass Sie diese kennen und einhalten, ist besonders wichtig, da manche Erkrankungen nur in einer bestimmten Altersspanne rechtzeitig erkannt und behandelt werden können (z. B. Stoffwechselstörungen oder Fehlstellungen der Hüfte). Auch bei Frühgeborenen, also Kindern, die vor der 37+0 Schwangerschaftswoche geboren werden, sollen die Untersuchungszeiträume dringend eingehalten werden. In solchen Fällen wird der frühe Geburtstermin bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Bitte nutzen Sie das Angebot der Untersuchungen! Sie geben sich und Ihrem Kind die Chance, dass gesundheitliche Probleme oder Auffälligkeiten rechtzeitig erkannt und behandelt werden können.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei dem Gelben Heft um eine vertrauliche Information handelt. Keine Institution (z. B. Kita, Schule, Jugendamt) darf eine Einsichtnahme verlangen. Sie entscheiden, wem Sie den Einblick gewähren. Die herausnehmbare Teilnahmekarte ist als Beleg für die Wahrnehmung der Untersuchungen ausreichend.

Wir wünschen Ihrem Kind und Ihnen alles Gute!

Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin*

*Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gebildet von der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Der G-BA legt in Richtlinien fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Das Gelbe Heft ist eine Anlage der Kinder-Richtlinie des G-BA. Weitere Informationen finden Sie auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de.

BAnz AT 18.08.2016 B1

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

U1

Elterninformation zur Neugeborenen-Erstuntersuchung

Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Babys statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, dass Ihr Baby die Geburt gut überstanden hat.

Es geht bei der U1 vor allem darum, sofort behandlungsbedürftige Zustände und äußerliche Fehlbildungen zu erkennen. So können notwendige Sofortmaßnahmen eingeleitet und Komplikationen vermieden werden.

Das wird untersucht:

- Mit dem sogenannten Apgar-Wert werden die Hautfarbe des Babys, der Herzschlag, die Reflexe, die Muskelspannung und die Atmung geprüft. Dieser Wert wird nach fünf und nochmals nach zehn Minuten ermittelt.
- Um sicher zu sein, dass Ihr Neugeborenes während der Geburt ausreichend mit Sauerstoff versorgt worden ist, wird der Nabelschnur Blut entnommen und dessen pH-Wert (Säuregrad) bestimmt.
- Es wird nach äußerlich erkennbaren Fehlbildungen geschaut.

Ihr Baby wird gemessen und gewogen und es erhält nach Rücksprache mit Ihnen Vitamin K, um inneren Blutungen vorzubeugen.

Zur Ernährung Ihres Kindes (Stillen oder andere Ernährungsformen) werden Sie fachkundig beraten und können während der gesamten Stillzeit und bei Ernährungsproblemen auf Hilfe zurückgreifen.

In den kommenden drei Tagen werden Ihnen für Ihr Baby weitere wichtige Untersuchungen empfohlen: Der Test auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose aus einigen Tropfen Blut Ihres Babys ermöglicht eine rechtzeitige Behandlung dieser Erkrankungen. Mit dem Hörtest für Neugeborene können frühzeitig Hörstörungen erkannt werden. Zu diesen Untersuchungen erhalten Sie jeweils ein ausführliches Informationsblatt.

Die nächste Untersuchung soll vom 3. bis zum 10. Lebenstag (U2) vorgenommen werden.

BÄnz AT 18.08.2016 B1

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

Anamnese

Schwangerschaftsanamnese:

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Zutreffendes bitte ankreuzen
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/>
Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/>	(Poly-)Hydramnion	<input type="checkbox"/>
Dauermedikation	<input type="checkbox"/>	Oligohydramnion	<input type="checkbox"/>
akute oder chronische Infektionen in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	besondere psychische Belastungen	<input type="checkbox"/>
Antikörper-Suchtest positiv	<input type="checkbox"/>	besondere soziale Belastungen	<input type="checkbox"/>
B-Streptokokken-Status der Mutter positiv	<input type="checkbox"/>	Abusus	<input type="checkbox"/>

Geburtsanamnese:

Geburtsdatum Uhrzeit:

SSW (Wochen+Tage) +

Geschlecht männlich weiblich unbestimmt

Geburtsmodus spontan Sectio vaginale Operation: Vakuum Forceps

Kindslage Schädellage Beckenendlage Querlage _____

pH-Wert (Nabelarterie) Base excess

Soweit vorhanden, Befunde einer pränatalen Diagnostik:

Familienanamnese: (u.ä. behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangenen Kind)

Körperliche Untersuchung

Apgar-Wert 5'/10'

Körpergewicht in g Körperlänge in cm

Reifezeichen: _____

Fehlbildungen: _____

Traumata: _____

Gelbsucht Ödeme

BAnz AT 18.08.2016 B1

Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

Sonstiges

Vitamin-K-Prophylaxe gegeben: ja Dosis: 2 mg oral abweichende Dosis: _____
 nein

Stempel	Unterschrift und Datum:
---------	-------------------------

BAnz AT 18.08.2016 B1

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

Erweitertes Neugeborenen-Screening

Untersuchung erfolgt am:	Datum:	<input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig
Zweite Laboruntersuchung erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durchgeführt am:	<input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig
Kontrolluntersuchung bei auffälligem Befund durchgeführt am:	Datum:	
Screeninglabor und Patientennummer:		
Eltern wünschen keine Untersuchung	Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes	

Screening auf Mukoviszidose

Untersuchung erfolgt am:	Datum:	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Abklärung veranlasst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:	
Screeninglabor und Patientennummer:		
Eltern wünschen keine Untersuchung	Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes	

BAnz AT 18.08.2016 B1

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

Neugeborenen-Hörscreening

Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR, in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen durchgeführt am:		Stempel und Unterschrift	
TEOAE	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/>		auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
AABR	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/>		auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Kontroll-AABR bei auffälligem Erstbefund, in der Regel bis U2 durchgeführt am:		Stempel und Unterschrift	
AABR	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/>		auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Pädaudiologische Diagnostik bei auffälliger Kontroll-AABR veranlasst am:		Stempel und Unterschrift	
Ergebnisse der pädaudiologischen Diagnostik , in der Regel bis zur 12. Lebenswoche durchgeführt am:			
	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/>		auffällig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Untersuchungsergebnisse und ggf. erforderliche Therapie mit den Eltern besprochen am:		Stempel und Unterschrift	
Eltern wünschen keine Untersuchung			
		Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes	

BAnz AT 18.08.2016 B1

U2 3.-10. Lebenstag

U2

Elterninformation zur Untersuchung vom 3. bis zum 10. Lebenstag

Ihr Baby ist jetzt einige Tage alt. Wenn Sie in der Klinik sind, wird die zweite Untersuchung, die U2, dort stattfinden. Wenn Sie zu Hause sind, vereinbaren Sie so früh wie möglich einen Untersuchungstermin bei der Ärztin oder dem Arzt, die oder der Ihr Baby betreuen soll. Die U2 soll drei bis spätestens zehn Tage nach der Geburt stattfinden. Falls die Tests auf angeborene Stoffwechselstörungen und/oder Mukoviszidose sowie der Neugeborenen-Hörtest noch nicht durchgeführt wurden, sollten sie umgehend erfolgen, da es für einige Erkrankungen wichtig ist, dass die Diagnose schnell gestellt werden kann.

Durch eine eingehende körperliche Untersuchung Ihres Babys sollen bei der U2 angeborene Erkrankungen und Fehlbildungen (z. B. Fehlbildungen des Herzens) erkannt und lebensbedrohliche Komplikationen vermieden werden. Hierzu gehört auch das Erkennen einer behandlungsbedürftigen Gelbsucht.

Bei dieser und bei allen weiteren Untersuchungen wird Ihr Baby gemessen und gewogen.

Es wird besonders geachtet auf:

- die Haut
- die Sinnesorgane
- die Brust- und Bauchorgane
- die Geschlechtsorgane
- den Kopf (Mund, Nase, Augen, Ohren)
- das Skelettsystem mit Muskeln und Nerven.

Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen, was für die gesunde Entwicklung Ihres Babys wichtig ist. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Bei dieser Untersuchung erhält Ihr Baby nochmals Vitamin K, um Blutungen vorzubeugen. Außerdem werden Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid beraten, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist. Gegebenenfalls werden diese Ihrem Baby verschrieben. Außerdem werden Sie zu den Themen Stillen und Ernährung beraten sowie über Maßnahmen, die das Risiko eines plötzlichen Kindstodes vermindern.

Tipp: Ist Ihnen bei Ihrem Baby etwas aufgefallen, das Sie ungewöhnlich finden? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen möchten.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U2 3.-10. Lebensstag

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: Erhebung und Dokumentation in der U1 prüfen und gegebenenfalls nachtragen

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen
- Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
- Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
- auffälliges Schreien
- Risikofaktoren für Hüftdysplasie

Familienanamnese:

- Augenerkrankungen (z. B. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte
- Hüftdysplasie

Sozialanamnese (unter Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese):

-

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> Hydratationszustand 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Moro-Reaktion <input type="checkbox"/> Galant-Reflex <input type="checkbox"/> Schreitautomatismus <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephalhämatom <input type="checkbox"/> Fontanellentonus <input type="checkbox"/> Crepitatio capitis
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkammes <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Nabelveränderungen <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom) <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Prüfung im durchfallenden Licht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminaionsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien
<p><u>Ohren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z. B. Ohrfehlstein, Anhängsel, Atresie) 	

BAnz AT 18.08.2016 B1

U2 3.-10. Lebensstag

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

--

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Stillen/Ernährung
- plötzlicher Kindstod
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Information zu Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

Bemerkung:

--

BÄnz AT 18.08.2016 B1

U2 3.-10. Lebenstag

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Erweitertes Neugeborenen-Screening	
Screening auf Mukoviszidose	
Neugeborenen-Hörscreening	
Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation (nur bei Risikofaktoren)	
Vitamin-K-Prophylaxe gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dosis: 2 mg oral abweichende Dosis: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Bemerkungen:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U3 4.-5. Lebenswoche

U3

Elterninformation zur Untersuchung von der 4. bis zur 5. Lebenswoche

Ihr Baby ist jetzt etwa einen Monat alt. Die meisten Babys können von der dritten Woche an den Kopf zu Geräuschquellen hinwenden. Sie schauen lieber farbige als graue Flächen an und haben einen ausgeprägten Saug- und Greifreflex.

Ein wichtiges Ziel der U3 und aller weiteren Untersuchungen ist es, Entwicklungsauffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen. Bei der U3 achtet die Ärztin oder der Arzt beispielsweise darauf, ob Ihr Baby schon in Bauchlage den Kopf halten kann, die Hände spontan öffnet oder aufmerksam in nahe Gesichter schaut.

Neben einer gründlichen körperlichen Untersuchung werden zusätzlich mit Ultraschall die Hüftgelenke Ihres Babys überprüft, um eventuelle Fehlstellungen rechtzeitig behandeln zu können. Die Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke sollten Sie nutzen, da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können. Wie bei der U1 und U2 wird die Ärztin oder der Arzt nochmals darauf achten, ob Ihr Baby eine behandlungsbedürftige Gelbsucht hat, die zum Beispiel ein Hinweis auf einen Verschluss der Gallengänge sein kann.

Sie werden gefragt, ob es Auffälligkeiten beim Schlafen, Trinken, bei der Verdauung oder im sonstigen Verhalten Ihres Babys gibt. Zur Vorbeugung gegen die Knochenerkrankung Rachitis wird Vitamin D sowie Fluorid für die spätere Zahnhärtung empfohlen. Sie werden erneut zum Thema Stillen und Ernährung beraten sowie über Maßnahmen, die das Risiko eines plötzlichen Kindstodes mindern. Zudem geht es allgemein um Unfallverhütung und um Gefahren für Ihr Baby durch Abhängigkeit und Sucht in der Familie. Falls die Tests auf angeborene Stoffwechselstörungen und/oder Mukoviszidose sowie der Neugeborenen-Hörtest noch nicht stattgefunden haben, sollten sie umgehend erfolgen, da es für einige Erkrankungen wichtig ist, dass die Diagnose schnell gestellt werden kann.

Bei der Untersuchung wird angesprochen, wie Sie sich verhalten können, wenn Ihr Baby besonders viel schreit. Sie erhalten außerdem eine ausführliche Beratung, welche Impfungen sinnvoll sind. Sofern Sie einverstanden sind, wird Ihr Baby mit 6 Wochen zum ersten Mal geimpft und Sie erhalten einen Impfpass. Vereinbaren Sie dazu einen Impftermin, da in diesem Alter keine Untersuchung erfolgt.

Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen?

Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U3 4.-5. Lebenswoche

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: Erhebung und Dokumentation in der U1 prüfen und gegebenenfalls nachtragen

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung
- auffälliges Schreien
- Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)

Familienanamnese:

- Augenerkrankungen (z. B. Kindliche Katarakt, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten. Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen.

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

- Stimmung/Affekt:**
 Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.
 Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.
- Kontakt/Kommunikation:**
 Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.
- Regulation/Stimulation:**
 Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.
 Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U3 4.-5. Lebenswoche

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Handgreifreflex <input type="checkbox"/> Moro-Reaktion <input type="checkbox"/> Saugreflex <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dymorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephahämatom <input type="checkbox"/> Fontanellentonus <input type="checkbox"/> Crepito capitis <input type="checkbox"/> lagebedingte Schädelasymmetrie
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkammis <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> orofacialer Hypotonus
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Nabelveränderungen <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom) <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Prüfung im durchfallenden Licht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien
<p><u>Ohren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteil, Anhängsel) 	

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U3 4.-5. Lebenswoche

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Stillen/ Ernährung/ Mundhygiene
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

Bemerkung:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U3 4.-5. Lebenswoche

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung	
weitere Maßnahmen vereinbart	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Erweitertes Neugeborenen-Screening	
Screening auf Mukoviszidose	
Screening auf Hüftgelenkdisplasie und -luxation	
Neugeborenen-Hörscreening	
Vitamin-K-Prophylaxe gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dosis: 2 mg oral abweichende Dosis: _____
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Impftermin am:	
U4 am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

Spezielle Früherkennungsuntersuchung

Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation

Anamnese:	
Geburt aus Beckenendlage	<input type="checkbox"/> ja
Hüftgelenksluxation bzw. Hüftgelenksdysplasie in Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/> ja
Stellungsanomalie bzw. Fehlbildungen (insb. der Füße)	<input type="checkbox"/> ja
Klinische Zeichen:	
Hüftsonographie: A	
Hüftsonographischer Vorbefund:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Hüfttyp (nach Graf)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Alpha-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Beta-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Hüftsonographie: B	
Hüftsonographischer Befund in der 4.-5. Lebenswoche:	
Hüfttyp (nach Graf)	links <input type="checkbox"/> Ia/Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIc/D <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV rechts <input type="checkbox"/> Ia/Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIc/D <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV

BAnz AT 18.08.2016 B1

Spezielle Früherkennungsuntersuchung

Alpha-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Beta-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Weiteres Vorgehen:	
Kontrollsonographie	<input type="checkbox"/> ja
Überweisung zur diagnostischen Abklärung	<input type="checkbox"/> ja
Behandlungsempfehlung	<input type="checkbox"/> ja
Datum und Unterschrift:	

BAnz AT 18.08.2016 B1

U4 3.-4. Lebensmonat

U4

Elterninformation zur Untersuchung vom 3. bis zum 4. Lebensmonat

Die meisten Babys werden in diesem Alter immer mobiler und aktiver. Sie beginnen, nach Dingen zu greifen und zu lächeln. Sie reagieren auf ihre Bezugsperson. Außerdem machen sie sich durch bestimmte Laute bemerkbar.

Die Ärztin oder der Arzt achtet vor allem darauf, ob sich Ihr Baby körperlich und geistig altersgerecht entwickelt. Unter anderem wird auch beobachtet, wie sich Ihr Baby bewegt. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob Ihr Baby hören und sehen kann. Außerdem interessiert es Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wie Sie und Ihr Baby miteinander im Kontakt sind. Es wird wieder eine körperliche Untersuchung durchgeführt und dabei wird auch kontrolliert, ob die Knochenlücke am Kopf (Fontanelle) ausreichend groß ist, damit der Schädel weiterhin problemlos wachsen kann.

Zur U4 werden Wiederholungsimpfungen angeboten. Spätestens jetzt erfolgen die ersten Impfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Verdauung Ihres Babys, Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes, Unfallverhütung und wie Sie reagieren sollten, wenn Ihr Baby besonders viel schreit und nicht schlafen kann. Weitere Themen sind die Förderung der Sprachentwicklung durch häufiges Sprechen und Singen mit dem Baby sowie die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Falls der Neugeborenen-Hörtest noch nicht stattgefunden hat, sollte er umgehend erfolgen.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen?

Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten. Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Babys mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U4 3.-4. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen
- abnorme Stühle (Stuhlfarbe mit Farbtafel erfragen), Obstipation
- auffälliges Schreien

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine. Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden. Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben.	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden.
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm. Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden. Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“).

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit durch die primäre Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U4 3.-4. Lebensmonat

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Handgreifreflex <input type="checkbox"/> Fußgreifreflex <input type="checkbox"/> Neugeborenenreflexe <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation: <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehhaltung <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephalhämatom <input type="checkbox"/> Fontanelleintonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> orofacialer Hypotonus
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie) <p>Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U4 3.-4. Lebensmonat

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen

Bemerkung:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U4 3.-4. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Neugeborenen-Hörscreening	
Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfung:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
nächster Impftermin am:	
U5 am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U5 6.-7. Lebensmonat

U5

Elterninformation zur Untersuchung vom 6. bis zum 7. Lebensmonat

Ihr Baby entwickelt sich weiter. Die meisten Babys können ihren Oberkörper auf den gestützten Armen anheben. Sie lachen, wenn sie geneckt werden und sie versuchen vielleicht schon, sich mit mehrsilbigen Lautketten wie „dei-dei-dei“ mitzuteilen. Bei einigen Babys setzt jetzt das „Fremdeln“ ein, Ihr Baby unterscheidet also in seinem Verhalten zwischen bekannten und unbekanntem Personen. Typisch für dieses Alter ist auch, dass Gegenstände in die Hand genommen und in den Mund gesteckt werden.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U5 insbesondere darauf, ob es bei Ihrem Baby Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen oder -risiken gibt. Ihr Baby wird körperlich untersucht. Um Hinweise auf Sehstörungen zu bekommen, werden zur Untersuchung der Augen bestimmte Tests durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt beobachtet, wie beweglich Ihr Baby ist und wie es seinen Körper beherrscht. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Baby.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Verdauung Ihres Babys sowie über Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes. Sehr wichtig ist das Gespräch über Unfallverhütung, Ihr Verhalten, wenn das Baby schreit und die Vermeidung von Schlafstörungen. Die Förderung der Sprachentwicklung ist ein weiteres Thema. Weiterhin werden die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid besprochen. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Rat zur kindlichen Mundhygiene.

Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Baby werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühen Hilfen).

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.
Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Babys mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U5 6.-7. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- auffälliges Schreien
- Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen. Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme. Federn mit den Beinen	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen.
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell).	<input type="checkbox"/> Sprache: Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei).
<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Lacht stimmhaft, wenn es gereizt wird. Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich. Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes.	

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

BAnz AT 18.08.2016 B1

U5 6.-7. Lebensmonat

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehhaltung <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnahte <input type="checkbox"/> Fontanellentonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebergeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> fehlender Mundschluss
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie) <p>Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U5 6.-7. Lebensmonat

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Stillen/Ernährung
- plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- UV-Schutz
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

Bemerkung:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U5 6.-7. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Neugeborenen-Hörscreening	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U6 10.-12. Lebensmonat

U6

Elterninformation zur Untersuchung vom 10. bis zum 12. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast ein Jahr alt. Es kann wahrscheinlich schon robben oder krabbeln und sich an Möbeln in den Stand hochziehen. Mit Unterstützung geht es möglicherweise sogar schon ein paar Schritte. Ihr Kind wird fingerfertiger, so dass es mit etwas Hilfe auch schon aus einem Becher trinken kann. Die meisten Kinder ahmen in diesem Alter Laute nach und können Doppelsilben wie „da-da“ bilden. Wenn Sie Ihr Kind dazu auffordern, reicht es Ihnen vielleicht schon einen Gegenstand.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U6 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Untersuchungen der Augen durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt schaut, wie beweglich Ihr Kind ist und wie es seinen Körper beherrscht. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalendar empfohlenen Schutzimpfungen. Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen Themen wie die Ernährung Ihres Kindes und Maßnahmen zur Unfallverhütung. Die Förderung der Sprachentwicklung sind weitere Themen, ebenso die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Hinweise zur kindlichen Mundhygiene. Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen.

Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U6 10.-12. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize. Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- regelmäßiges Schnarchen

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<p><input type="checkbox"/> Grobmotorik:</p> <p>Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle.</p> <p>Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen.</p> <p>Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück.</p>	<p><input type="checkbox"/> Feinmotorik:</p> <p>Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger.</p> <p>Klopft zwei Würfel aneinander.</p>
<p><input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition:</p> <p>Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand.</p> <p>Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sprache:</p> <p>Spontane Äußerung von längeren Silbenketten.</p> <p>Produziert Doppelsilben (z. B. ba-ba, da-da).</p> <p>Ahmt Laute nach.</p>
<p><input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz:</p> <p>Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe.</p> <p>Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden.</p> <p>Freut sich über andere Kinder.</p>	

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

BÄnz AT 18.08.2016 B1

U6 10.-12. Lebensmonat

Regulation/Stimulation:

- Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.
- Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).
- Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.
- Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.
- Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskelleigenreflexe
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dymorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Fontanelleintonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> fehlender Mundschluss <input type="checkbox"/> auffälliger Stimmklang (z. B. Heiserkeit und Näseln)
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehlhaltung <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie) <p>Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links <p>Pupillenstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links

BAnz AT 18.09.2016 B1

U6 10.-12. Lebensmonat

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnschonende Ernährung
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

Bemerkung:

BÄnz AT 18.08.2016 B1

U6 10.-12. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7 21.-24. Lebensmonat

U7

Elterninformation zur Untersuchung vom 21. bis zum 24. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast zwei Jahre alt. Es kann nun wahrscheinlich schon über längere Zeit frei und sicher laufen und auch schon Treppenstufen hinuntergehen. Bei den meisten Kindern wächst der Wortschatz schnell. Sie sagen gerne „Nein“ und probieren aus, was sie mit ihrem Verhalten bewirken.

Die letzte Untersuchung liegt etwa ein Jahr zurück. Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U7 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Untersuchungen der Augen durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob Ihr Kind einfache Wörter und Sätze versteht. Sie werden gefragt, wie sich Ihr Kind zum Beispiel beim Spielen, in der Familie oder in einer Gruppe von Kindern verhält. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Hinweise zur kindlichen Mundhygiene. Zur Abklärung von Auffälligkeiten beim Kieferwachstum, an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7 21.-24. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kann über längere Zeit frei und sicher gehen. Geht drei Stufen im Kinderschritt hinunter; hält sich mit einer Hand fest.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Stapelt drei Würfel. Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Macht flache Spirale. Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist. Kann mit dem Löffel selber essen. Hat Interesse an anderen Kindern.
<input type="checkbox"/> Sprache: Einwortsprache (wenigstens zehn richtige Wörter ohne Mama und Papa). Versteht und befolgt einfache Aufforderungen. Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat. Zeigt oder blickt auf drei benannte Körperteile.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <input type="checkbox"/> Auskultation	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7 21.-24. Lebensmonat

<input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand	<input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> Speichelfluss <input type="checkbox"/> auffälliger Stimmklang
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation: <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche	<u>Augen</u> Inspektion: <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehhaltung Brückner-Test: <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie)
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien	Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid)
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung
- Ernährung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut

Bemerkung:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7 21.-24. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kopfumfang in cm	<input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7a 34.-36. Lebensmonat

U7a

Elterninformation zur Untersuchung vom 34. bis zum 36. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt etwa drei Jahre alt. Die meisten Kinder sprechen von sich in der Ich-Form und möchten mit kleinen Handreichungen im Haushalt helfen. Sie haben Freude daran, mit anderen Kindern zu spielen und dabei in andere Rollen zu schlüpfen. Ihr Kind hat vielleicht einen großen Bewegungsdrang, kann schon Stufen im „Erwachsenenschritt“ steigen und von unteren Treppenstufen herabspringen.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U7a wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Sehtests durchgeführt. Außerdem sieht sich die Ärztin oder der Arzt bei der U7a die Beschaffenheit der Zähne und die Entwicklung des Kiefers an. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt der sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes sowie Maßnahmen zur Unfallverhütung. Die Förderung der Sprachentwicklung sowie die Rolle von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag des Kindes sind weitere Themen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7a 34.-36. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle. Steigt zwei Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele. Öffnet große Knöpfe selbst.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-, Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird. Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Spricht mindestens Dreiwortsätze. Spricht von sich in der Ich-Form. Kennt und sagt seinen Rufnamen.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Patechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> fehlender Mundschluss <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7a 34.-36. Lebensmonat

<p><u>Herz-Kreislauf</u></p> <p>Auskultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input checked="" type="checkbox"/> Kopffehhaltung <p>Pupillenstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) <p>Hornhautreflexbildchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig (Strabismus) <p>Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig <p>Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstests, z. B. Lea-Hyvärnen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Bewegung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Bemerkung:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U7a 34.-36. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U8 46.-48. Lebensmonat

U8

Elterninformation zur Untersuchung vom 46. bis zum 48. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast vier Jahre alt. Die meisten Kinder können sich in diesem Alter schon selbst an- und ausziehen. Ihre Sprache ist schon so weit entwickelt, dass sie vielleicht kleine Geschichten erzählen können und viele Fragen nach dem Warum, Wie, Wo oder Wann stellen.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U8 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Sehtests durchgeführt. Das Hörvermögen Ihres Kindes wird ebenfalls geprüft. Die Ärztin oder der Arzt untersucht die Beschaffenheit der Zähne und die Entwicklung des Kiefers. Während der Untersuchung testet die Ärztin oder der Arzt, wie beweglich und geschickt Ihr Kind ist, ob es sich alleine beschäftigen kann und wie gut es spricht. Sie werden gefragt, wie sich Ihr Kind beim Spielen, in der Familie oder in einer Gruppe von Kindern verhält. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und den verantwortungsbewussten Gebrauch von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag Ihres Kindes.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U8 46.-48. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Laufrad oder ähnliches Fahrzeug wird zielgerichtet und sicher bewegt. Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Fragt warum, wie, wo, wieso, woher.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten. Zeichnet geschlossene Kreise.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich selbst an- und ausziehen. Gießt Flüssigkeiten ein. Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Spricht Sechswortsätze in Kindersprache. Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <input type="checkbox"/> Vorbeugetest <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand <input type="checkbox"/> Hinweis auf Rachitis	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation: <input type="checkbox"/> Herzfrequenz	

BAnz AT 18.08.2016 B1

U8 46.-48. Lebensmonat

<input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herzöne Herznebengeräusche	
<p>Abdomen, Genitale (inkl. Anoregion)</p> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)	<p>Augen</p> Inspektion: <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehhaltung Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) Hornhautreflexbildchen: <input type="checkbox"/> auffällig (Strabismus) Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Tilmus-Test, TNO-Test) <input type="checkbox"/> auffällig Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstests, z. B. Lea-Hyväriinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz
<p>Ohren</p> Hörtest mittels Screeningaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 5 Prüffrequenzen): <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Lauf- und Gebärdensprache)
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
- Ernährung
- Bewegung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Bemerkung:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U8 46.-48. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U9 60.-64. Lebensmonat

U9

Elterninformation zur Untersuchung vom 60. bis zum 64. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt etwa fünf Jahre alt. Viele Kinder haben in diesem Alter einen großen Bewegungsdrang, klettern gern und stellen viele Fragen. In der Regel entwickeln die Kinder in Rollenspielen mit anderen viel Fantasie und haben Freude am Malen mit Buntstiften oder am Schneiden mit einer Schere. Sollte Ihr Kind noch nicht alle Laute fehlerfrei aussprechen, bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, darauf besonders zu achten und Sie dazu zu beraten.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U9 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden wieder Sehtests durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt testet, wie beweglich und wie geschickt Ihr Kind ist und wie gut es spricht. Außerdem möchte die Ärztin oder der Arzt wissen, woran Ihr Kind Interesse und Freude hat oder wovor es sich möglicherweise ängstigt. Ihr Kind kommt bald in die Schule. Damit die Ärztin oder der Arzt Sie gegebenenfalls rechtzeitig unterstützen kann, sind diese Informationen wichtig. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Zudem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und den verantwortungsbewussten Gebrauch von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag Ihres Kindes. Sie werden nochmals auf eine Kariesprophylaxe mittels Fluorid aufmerksam gemacht. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Tipp: Ist Ihnen in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder sind Sie durch etwas beunruhigt? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U9 60.-64. Lebensmonat

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?
- Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert Ihr Kind?

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Hüft auf einem Bein, jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand. Größere Bälle können aufgefangen werden. Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Mindestens drei Farben werden erkannt und richtig benannt.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich. Stifthaltung wie ein Erwachsener. Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln. Ist bereit zu teilen. Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden. Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen. Intensive Rollenspiele, Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskelleigenreflexe
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie

BAnz AT 18.08.2016 B1

U9 60.-64. Lebensmonat

<input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoräxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand	<input type="checkbox"/> Verletzungszeichen
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation: <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznabengeräusche	<u>Augeninspektion:</u> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehhaltung Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) Hornhautreflexbildchen: <input type="checkbox"/> auffällig (Strabismus)
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien	Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Tilmus-Test, TNO-Test): <input type="checkbox"/> auffällig Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster); (Nonverbale Formenwiedererkennungstests, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Kariesprophylaxe mittels Fluorid prüfen
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung und Adipositasprävention
- Ernährung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung)
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Bemerkung:

BAnz AT 18.08.2016 B1

U9 60.-64. Lebensmonat

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Körperlänge in cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BMI in kg/m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
fehlende Impfungen	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

BAnz AT 18.08.2016 B1

– Anlage 2 Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose

Gemeinsamer Bundesausschuss

Information für die Eltern (Personensorgeberechtigte) zur Vorbereitung der mündlichen Aufklärung für die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose

Liebe Eltern,

zeitgleich mit dem erweiterten Neugeborenen-Screening wird Ihnen eine Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose für Ihr Kind angeboten. Ziel dieser Reihenuntersuchung ist die frühzeitige Diagnose von Mukoviszidose, damit möglichst früh mit einer Behandlung begonnen werden kann und so die Lebensqualität und Lebenserwartung bei Kindern mit Mukoviszidose verbessert wird. Die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose unterliegt den besonderen Regelungen des Gendiagnostikgesetzes. Die nachfolgenden Informationen sollen Ihnen helfen, sich auf ein Aufklärungsgespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt vorzubereiten.

1. Was ist Mukoviszidose?

Mukoviszidose (auch Zystische Fibrose genannt) ist eine erbliche Krankheit, die ungefähr 1 von 3 300 Kindern betrifft. Eine Genveränderung im so genannten CFTR-Gen führt zu einer Störung des Salzaustausches in Drüsenzellen. Dies wiederum ist Ursache für die Bildung von zähflüssigem Schleim in den Atemwegen und anderen Organen, die sich dadurch dauerhaft entzünden. Die Schwere der Krankheitszeichen kann aufgrund unterschiedlicher Genveränderungen variieren. Häufig ist die Funktion der Bauchspeicheldrüse eingeschränkt. Dadurch sind betroffene Kinder oft untergewichtig und wachsen schlecht. Bei schweren Verläufen kann, infolge von wiederholten schweren Lungenentzündungen, die Lungenfunktion erheblich beeinträchtigt werden.

2. Wie kann Mukoviszidose behandelt werden?

Zurzeit gibt es keine heilende Therapie bei Mukoviszidose. Allerdings können Krankheitszeichen durch verschiedene Therapieansätze verbessert oder gelindert werden, so dass die Lebenserwartung von Mukoviszidose-Patienten kontinuierlich gestiegen ist. Die Behandlung der Mukoviszidose besteht aus Inhalationen und Physiotherapie, einer besonders kalorienreichen Ernährung und Medikamenten. Außerdem ist die Durchführung von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen in spezialisierten Mukoviszidose-Einrichtungen sinnvoll, um bereits frühe Veränderungen rechtzeitig behandeln zu können.

3. Warum ist eine Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sinnvoll?

Die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose ermöglicht eine frühe Diagnosestellung. Mit einem frühen Behandlungsbeginn kann die körperliche Entwicklung der betroffenen Kinder verbessert werden. Damit erhöht sich auch die Chance auf ein längeres und gesünderes Leben.

4. Wie wird die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose durchgeführt?

Für die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose ist in der Regel keine zusätzliche Blutabnahme notwendig. Die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose erfolgt zur gleichen Zeit und aus derselben Blutprobe, welche für das erweiterte Neugeborenen-Screening bei Ihrem Kind abgenommen wird. Diese Blutprobe wird auf eine Filterpapierkarte getropft und an ein Labor geschickt.

Dort wird zuerst das Enzym immunreaktives Trypsin (IRT) bestimmt. Bei einem erhöhten Wert erfolgt aus derselben Blutprobe eine zweite Untersuchung auf das Pankreatitis-assoziierte Protein (PAP). Sollte das zweite Testergebnis ebenfalls erhöht sein, wird mit einem DNA-Test (Erbgutuntersuchung) nach den häufigsten Genveränderungen gesucht, die

BAnz AT 18.08.2016 B1

bei Mukoviszidose auftreten. Wenn eine oder zwei Genveränderungen gefunden werden, ist die Reihenuntersuchung kontrollbedürftig.

Sollte bereits der erste Test (IRT) sehr hoch sein, ist die Reihenuntersuchung allein dadurch kontrollbedürftig und es werden die anderen Tests nicht mehr durchgeführt. Die Kombination der Testschritte führt zu einer größtmöglichen Genauigkeit und Sicherheit der Ergebnisse. Sehr selten kann es trotzdem vorkommen, dass ein Kind an Mukoviszidose erkrankt ist und in dieser Früherkennung nicht auffällt.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben im Gendiagnostikgesetz ist vor der Durchführung der Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose die Aufklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt zwingend erforderlich. Wird die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger geleitet, kann die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose bei Ihrem Kind bis zum Alter von 4 Lebenswochen bei einer Ärztin oder einem Arzt, (beispielsweise bei der U2) nachgeholt werden. Hierzu ist dann die Entnahme einer weiteren Blutprobe notwendig. Im Gegensatz zur Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sollte das erweiterte Neugeborenen-Screening idealerweise innerhalb der ersten 72 Stunden erfolgen, da dort anders als beim Mukoviszidose-Screening eine sofortige Therapieeinleitung für die Mehrzahl der getesteten Erkrankungen entscheidend ist.

Die Blutprobe Ihres Kindes wird nach der Untersuchung vernichtet.

5. Wie werden Sie über das Reihenuntersuchungsergebnis informiert und was folgt danach?

Das Labor teilt dem Einsender (Ärztin/Arzt) der Blutprobe innerhalb von 14 Tagen mit, ob der Befund kontrollbedürftig oder normal ist. Über ein normales Ergebnis werden Sie nur auf Ihre ausdrückliche Nachfrage informiert. Bei einem kontrollbedürftigen Ergebnis wird sich der Einsender mit Ihnen in Verbindung setzen und Sie an ein spezialisiertes Mukoviszidose-Zentrum verweisen. Ein kontrollbedürftiges Ergebnis bedeutet noch nicht, dass Ihr Kind Mukoviszidose hat. Nur eins von fünf Kindern mit einem kontrollbedürftigen Ergebnis hat tatsächlich Mukoviszidose. Jedoch ist die Wahrscheinlichkeit für eine sogenannte Anlageträgerschaft erhöht. Die Anlageträger sind gesund, können jedoch diese Anlage an ihre Nachkommen weitergeben. In jedem Fall wird Ihnen eine genetische Beratung angeboten, damit Sie sich ausführlich über die Bedeutung dieses Ergebnisses informieren können.

Im Mukoviszidose-Zentrum wird zunächst eine Bestätigungsuntersuchung, in der Regel ein Schweißtest durchgeführt und alles Weitere mit Ihnen besprochen. Dieser Schweißtest ist ungefährlich und schmerzfrei und belastet Ihr Kind nicht. Das Ergebnis wird Ihnen unmittelbar nach der Untersuchung mitgeteilt. Möglicherweise sind weitere Untersuchungen erforderlich.

6. Sie entscheiden für Ihr Kind!

Die Teilnahme an der Mukoviszidose-Reihenuntersuchung ist freiwillig. Die Kosten der Untersuchung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Die Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben werden. Das durchführende Labor übermittelt die Ergebnisse direkt der verantwortlichen Person, die beauftragt ist, Sie bei einem positiven Befund zu kontaktieren. Sie haben das Recht Ihre Einwilligung zur Mukoviszidose-Reihenuntersuchung jederzeit zu widerrufen.

Eine Entscheidung für oder gegen eine Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sollte auf der Basis fundierter Informationen getroffen werden. Sie haben immer die Möglichkeit, Ihre Fragen mit Ärztinnen oder Ärzten zu besprechen.

Ihre Einwilligung umfasst nur die Durchführung der Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sowie die Weitergabe der hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten.

BAnz AT 18.08.2016 B1

Wir sind mit der Durchführung der Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose und der Übermittlung der hierfür erforderlichen Angaben einverstanden:

Datum, Unterschrift mindestens eines/einer Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift aufklärende Person

Diese genetische Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose wird von der Gendiagnostik-Kommission beim Robert Koch-Institut befürwortet.

BAnz AT 18.08.2016 B1

– Anlage 3 Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening

ERWEITERTES NEUGEBORENIEN-SCREENING

Elterninformation zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen

Liebe Eltern,

die meisten Kinder kommen gesund zur Welt und bleiben es auch. Es gibt jedoch seltene angeborene Erkrankungen, die bei Neugeborenen noch nicht durch äußere Zeichen erkennbar sind. Diese Erkrankungen können bei ca. einem von 1 000 Neugeborenen auftreten. Unbehandelt können diese Erkrankungen zu Organschäden, körperlicher oder geistiger Behinderung führen. Um diese Erkrankungen zu erkennen, wird eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten (erweitertes Neugeborenen-Screening).

Warum werden Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt?

Seltene angeborene Störungen des Stoffwechsels und der Organfunktion sollen rechtzeitig erkannt werden. Durch eine frühzeitige Behandlung möglichst bald nach der Geburt können die Folgen einer angeborenen Erkrankung dieser Kinder meist vermieden werden. Deshalb finden seit über 30 Jahren bei allen Neugeborenen Blutuntersuchungen statt. Diese Stoffwechseluntersuchung wurde nun wesentlich verbessert, weitere behandelbare Erkrankungen sind in die Untersuchung eingeschlossen worden.

Wann und wie wird untersucht?

Im Laufe des zweiten bis dritten Lebenstages (36 bis 72 Stunden nach der Geburt), gegebenenfalls zusammen mit der zweiten Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes, der U2, werden wenige Blutstropfen (aus der Vene oder Ferse) entnommen, auf die dafür vorgesehene Filterpapierkarte getropft und nach dem Trocknen sofort zu einem Screeninglabor geschickt. Dort werden die Proben unverzüglich mit speziellen, sehr empfindlichen Untersuchungsmethoden untersucht.

Auf welche Krankheiten wird untersucht?

Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS), Biotinidasemangel, Galaktosämie, Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA), Ahornsirupkrankheit (MSUD), Fettsäurestoffwechseldefekte (MCAD-Mangel, LCHAD-Mangel, VLCAD-Mangel), Carnitinzyklusdefekte, Glutaracidurie Typ I, Isovalerialacidämie (Krankheiten nachfolgend beschrieben).

In der Summe findet man bei ungefähr einem von 1 000 Neugeborenen eine angeborene Erkrankung. In den meisten der betroffenen Familien gab es vorher noch nie derartige Erkrankungen. Da die betroffenen Kinder bei der Geburt noch völlig gesund erscheinen können, ist das Neugeborenen-Screening wichtig, um die Kinder rechtzeitig vor schweren Erkrankungen und deren Folgen, wie z. B. Störungen der geistigen und körperlichen Entwicklung zu bewahren.

Aus dieser Untersuchung allein lassen sich keine Aussagen über familiäre Risiken ableiten.

Wer erfährt das Testergebnis?

In jedem Falle erhält der Einsender der Blutprobe innerhalb weniger Tage einen schriftlichen Befund vom Screeninglabor. In dringenden Fällen wird unverzüglich zusätzlich direkt mit Ihnen Kontakt aufgenommen. Geben Sie deshalb für die Testkarte Ihre Telefonnummer und Ihre Anschrift an, unter der Sie in den ersten Tagen nach der Geburt erreichbar sein werden. Früherkennung und Frühbehandlung für betroffene Neugeborene sind nur möglich, wenn alle

BAnz AT 18.08.2016 B1

Beteiligten – Eltern, Klinik bzw. Kinderarzt und Screeninglabor – ohne Zeitverlust zusammenarbeiten, damit die Untersuchungsergebnisse rechtzeitig erhoben und kontrolliert werden. Unauffällige Untersuchungsergebnisse werden Ihnen nur auf Ihre persönliche Nachfrage hin mitgeteilt.

Was bedeutet das Testergebnis?

Das Ergebnis eines Screening-Testes ist noch keine ärztliche Diagnose. Mit dem Testergebnis können entweder die betreffenden untersuchten Störungen weitgehend ausgeschlossen werden, oder eine weitere diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf eine Erkrankung erforderlich machen, z. B. durch eine Wiederholung des Testes. Eine Wiederholung eines Testes kann aber auch notwendig sein, wenn z. B. der Zeitpunkt der Blutabnahme nicht optimal war.

Können diese Krankheiten geheilt werden?

Alle genannten Stoffwechseldefekte und endokrinen Störungen sind angeboren und können deshalb nicht geheilt werden. Jedoch können die Auswirkungen dieser angeborenen Störungen mit einer entsprechend frühzeitigen Behandlung vermieden oder zumindest vermindert werden. Die Behandlung besteht in einer Spezialdiät und/oder in der Einnahme von bestimmten Medikamenten. Stoffwechselspezialisten stehen für die Beratung und Betreuung im Verdachts- oder Krankheitsfall zur Verfügung.

Die Teilnahme am Neugeborenen-Screening ist freiwillig. Die Kosten der Untersuchung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Das Ergebnis der Untersuchung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und darf nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben werden.

Ihr Einverständnis umfasst nur die oben genannten Zielerkrankungen sowie die Weitergabe der personenbezogenen Angaben zur Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings.

Wir sind mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung der hierfür vorgesehenen Angaben einverstanden.

Datum, Unterschrift mindestens eines/r Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift aufklärende Person

BAnz AT 18.08.2016 B1

Adrenogenitales Syndrom

Hormonstörung durch Defekt der Nebennierenrinde: Vermännlichung bei Mädchen, möglicher tödlicher Verlauf bei Salzverlustkrisen, Behandlung durch Hormongaben (Häufigkeit ca. 1/10 000 Neugeborene).

Ahornsirupkrankheit

Defekt im Abbau von Aminosäuren: geistige Behinderung, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/200 000 Neugeborene).

Biotinidasemangel

Defekt im Stoffwechsel des Vitamins Biotin: Hautveränderungen, Stoffwechselkrisen, geistige Behinderung, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Biotingabe (Häufigkeit ca. 1/80 000 Neugeborene).

Carnitinstoffwechseldefekte

Defekt im Stoffwechsel der Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/100 000 Neugeborene).

Galaktosämie

Defekt im Verstoffwecheln von Milchzucker: Erblindung, körperliche und geistige Behinderung, Leberversagen, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/40 000 Neugeborene).

Glutaracidurie Typ I

Defekt im Abbau von Aminosäuren: bleibende Bewegungsstörungen, plötzliche Stoffwechselkrisen. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe (Häufigkeit ca. 1/80 000 Neugeborene).

Hypothyreose

Angeborene Unterfunktion der Schilddrüse: schwere Störung der geistigen und körperlichen Entwicklung. Behandlung durch Hormongabe (Häufigkeit ca. 1/4 000 Neugeborene).

Isovalerianacidämie

Defekt im Abbau von Aminosäuren: geistige Behinderung, Koma. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe (Häufigkeit ca. 1/50 000 Neugeborene).

LCHAD-, VLCAD-Mangel

Defekt im Stoffwechsel von langkettigen Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, Muskel- und Herzmuskelschwäche, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät, Vermeiden von Hungerphasen (Häufigkeit ca. 1/80 000 Neugeborene).

MCAD-Mangel

Defekt bei der Energiegewinnung aus Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Carnitingabe, Vermeiden von Hungerphasen (Häufigkeit ca. 1/10 000 Neugeborene).

Phenylketonurie

Defekt im Stoffwechsel der Aminosäure Phenylalanin: Krampfanfälle, Spastik, geistige Behinderung. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/10 000 Neugeborene).

Hinweis: Nicht bei allen oben genannten Erkrankungen kann die rechtzeitige Behandlung Krankheitsfolgen vollständig verhindern. Eine umgehende Behandlung ermöglicht dem betroffenen Kind in den meisten Fällen eine normale Entwicklung.

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Anlage 4 Filterpapierkarte (§ 21 Absatz 2)

1. Screeningdokumentation (vom Einsender zu dokumentieren)

a) bei allen Blutproben

- Art der Probenentnahme (Erst-, Zweit- oder Kontrollprobe),
- Stammdaten des Kindes, bestehend aus Name, Geschlecht und Geburtsdatum,
- Uhrzeit der Geburt,
- Geburtenbuch-Nummer,
- auf einem abtrennbaren Teil der Filterpapierkarte: Telefonnummern und Adressen, unter denen die Eltern (Personensorgeberechtigten) zum Zeitpunkt der voraussichtlichen Befundübermittlung zu erreichen sind,
- Nachweis über die Einwilligung der Personensorgeberechtigten,
 - für das Screening gemäß Abschnitt C Kapitel I Erweitertes Neugeborenen Screening,
 - für das Screening gemäß Abschnitt C Kapitel II Screening auf Mukoviszidose,
- Adresse und Telefonnummer des Einsenders,
- Datum und Uhrzeit der Probenentnahme,
- Name des Einsenders,
- Kostenträger,
- Angabe des Gestationsalters und des Geburtsgewichts,
- Kennzeichnung von Mehrlingen,
- Angaben zu parenteraler Ernährung (ja/nein),
- Angaben zu Transfusion, Kortikosteroidgabe, Dopamingabe,
- Besonderheiten, wie positive Familienanamnese, bei Zweitscreening: Nummer der Erstscreeningkarte und
- Angabe der EBM-Ziffer der Laboruntersuchung,
- gemäß Abschnitt C Kapitel IV § 54 Absatz 4 kann ebenfalls die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings dokumentiert werden.

b) bei Kontrollproben zusätzlich:

- Ergebnis des Erstbefunds
- pädiatrischer Stoffwechselspezialist oder Endokrinologe, zu dem Kontakt aufgenommen wurde

2. Laborleistungen (vom Labor auszufüllen)

a) bei allen Blutproben:

- Datum und Uhrzeit des Zugangs,
- das Befundergebnis,
- interne Dokumentationsnummer des Labors (für die Zwecke interner Qualitätssicherung und der Beweissicherung), und

b) bei auffälligen Befunden:

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Zeitpunkt und Empfänger der (soweit vorgegeben) fernmündlichen Befundübermittlung,
- Angaben zur Beratung / Besonderheiten (Freifeld)
- c) bei Kontrollprobe zusätzlich:
 - Bestätigung des Erstbefunds
 - Unterrichtung des bereits kontaktierten pädiatrischen Stoffwechselfachspezialisten oder Endokrinologen in dringenden Fällen

BAnz AT 18.08.2016 B1

- Anlage 4a DNA-Mutationsanalyse

Es wird auf folgende Mutationen untersucht:

	Mutationen
1.	F508del
2.	N1303K
3.	R553X
4.	G542X
5.	G551D
6.	R347P
7.	3849+10kb C>T
8.	1717-1G>A
9.	CFTRdele2,3
10.	W1282X
11.	2789+5G>A
12.	2183AA>G
13.	R1162X
14.	M1101K
15.	2143delT
16.	2184delA
17.	3272-26A>G
18.	delI507
19.	G85E
20.	621+1G>T
21.	3659delC
22.	R334W
23.	1677delTA
24.	1078delT
25.	E92X
26.	3905insT
27.	E60X
28.	I336K
29.	2184insA
30.	A455E
31.	Y1092X

Diese Mutationsanalyse wird mittels eines Zystische Fibrose-Testkits durchgeführt. In den ersten 18 Monaten nach Inkrafttreten des Beschlusses kann die Untersuchung auf die oben genannten Mutationen auch unter Verwendung einer Kombination verschiedener Testkits oder durch andere geeignete Verfahren erfolgen.

BAnz AT 18.08.2016 B1

– Anlage 5 Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening

Gemeinsamer Bundesausschuss

Neugeborenen-Hörscreening – Elterninformation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Liebe Eltern,

die Geburt Ihres Kindes liegt gerade hinter Ihnen. Die meisten Kinder kommen gesund zur Welt und bleiben es auch. Es gibt jedoch seltene angeborene oder um den Geburtszeitpunkt auftretende Erkrankungen, die bei Neugeborenen noch nicht durch äußere Zeichen erkennbar sind, wie zum Beispiel Hörstörungen. Bleibende Hörstörungen treten bei etwa zwei von 1000 Neugeborenen auf. Unbehandelt können diese Erkrankungen zu Störungen der Hör-, Sprach- und Kommunikationsentwicklung und nachfolgend der geistigen, sozialen, emotionalen, bildungs- und berufsbezogenen Entwicklung führen. Um solche Hörstörungen zu erkennen, wird eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten (Neugeborenen-Hörscreening).

Warum wird das Neugeborenen- Hörscreening durchgeführt?

Angeborene oder um den Geburtszeitpunkt auftretende Hörstörungen sollten möglichst frühzeitig erkannt werden. Durch eine rechtzeitige Behandlung können die Folgen einer solchen Hörstörung vermieden werden.

Wann und wie wird untersucht?

Das Hörscreening wird in den ersten Lebenstagen Ihres Kindes durchgeführt, möglichst vor der Entlassung aus der Geburtseinrichtung. Die Tests sind völlig schmerzfrei und können durchgeführt werden, während Ihr Kind schläft, am besten nach dem Füttern.

Wie kann man eine Hörstörung feststellen?

Für das Neugeborenen-Hörscreening werden zwei Verfahren angewendet: die Messung der „otoakustischen Emissionen“ und die „Hirnstammaudiometrie“. Bei diesen Verfahren muss Ihr Kind nicht mitarbeiten.

Was sind „otoakustische Emissionen“ und wie werden sie gemessen?

Die Messung der otoakustischen Emissionen (OAE) basiert darauf, dass ein normales Innenohr nicht nur Schall empfangen, sondern auch aussenden kann. Dazu wird eine kleine Sonde in den äußeren Gehörgang eingeführt. Diese gibt leise „Klick“-Geräusche ab. Diese Geräusche werden ins Innenohr fortgeleitet, zur Hörschnecke mit ihren Sinneszellen. Erreichen die Töne ihr Ziel, „antworten“ diese Zellen, ähnlich einem Echo, mit Schwingungen, die wiederum als Schallwellen vom Innenohr zurück ins äußere Ohr übertragen werden. Dort nimmt ein an der Sonde befestigtes winziges Mikrofon die Schallwellen auf und misst, wie stark sie sind. Bleibt das Signal aus oder ist es sehr schwach, kann dies auf eine gestörte Schallaufnahme im Innenohr hinweisen. Die Ursache ist häufig eine Störung der Sinneszellen. Ein schlechtes Messergebnis bedeutet aber nicht immer, dass das Kind schwerhörig ist. Zum Beispiel kann die Signalaufnahme verzerrt werden, wenn das Kind unruhig ist, Flüssigkeit im Ohr hat oder Hintergrundgeräusche stören.

Wie funktioniert die „Hirnstammaudiometrie“?

Durch diese Messung lässt sich feststellen, ob die Übertragung der Schallsignale ins Gehirn richtig funktioniert. Die Hirnstammaudiometrie (englisch: Brainstem electric response audiometry, BERA oder auditory brainstem response, ABR) ist eine spezielle

BAnz AT 18.08.2016 B1

Elektroenzephalografie (EEG) – ein Verfahren, das die vom Innenohr und Teilen der Hörbahn (Hörnerv und Hör-Gehirn) produzierten elektrischen Aktivitäten misst. Vor der Messung werden am Kopf des Kindes zunächst kleine Metallplättchen (Elektroden) auf die Haut geklebt. Über eine Sonde oder einen Kopfhörer werden dann ebenfalls Klickgeräusche in das Ohr gesendet. Über die Elektroden wird gemessen, ob die Schallwellen als elektrische Impulse aus dem Innenohr an das Gehirn weiter geleitet und verarbeitet werden. Ist die Antwort des Innenohrs oder von Teilen der Hörbahn gestört, liegt ein Hinweis auf eine Hörminderung vor, der eine weitere Untersuchung erforderlich macht. Auch dieser Test erfordert eine ruhige Umgebung. Je aktiver und wacher das Kind ist, desto mehr elektrische Signale produziert sein Gehirn, und es wird schwierig, die Signale der Hörbahn von diesen zu unterscheiden. Deshalb ist es am besten, wenn Ihr Kind während der Untersuchung schläft.

Zusammen mit der OAE kann die Hirnstammaudiometrie auch Hinweise liefern, ob das Hören durch eine Schädigung im Innenohr oder der Hörbahn beeinträchtigt ist. Ihr Kind erhält entweder eine der beiden Untersuchungen oder beide.

Was bedeutet das Testergebnis?

Das Ergebnis des Hörscreenings ist noch keine Diagnose. Ein unauffälliges Ergebnis bedeutet, dass eine Hörstörung weitgehend ausgeschlossen werden kann. Ein auffälliges Ergebnis bedeutet noch nicht, dass Ihr Kind schlecht hört, sondern dass das Screening-Ergebnis kontrolliert werden muss. Nur ungefähr ein Kind von 30 bis 40 im Screening auffälligen Kindern hat tatsächlich eine Hörstörung. Dennoch ist es für die weitere Entwicklung Ihres Kindes besonders wichtig, bei einem auffälligen Befund im Screening das Hörvermögen überprüfen zu lassen. Es ist dann eine Kontrolle mittels Hirnstammaudiometrie nötig oder eine genauere, diagnostische Untersuchung des Hörsystems.

Eine Hörstörung kann aber auch erst im Laufe der Entwicklung eines Kindes auftreten, z.B. durch eine Infektion im Kleinkindalter. Deshalb ist es auch nach einem unauffälligen Testergebnis wichtig, dass Sie als Eltern bei Ihrem Kind auch weiterhin darauf achten, ob Ihr Kind gut hört.

Können Hörstörungen bei Neugeborenen behandelt werden?

Neugeborenen-Hörstörungen lassen sich in den meisten Fällen nicht heilen, aber so wirksam behandeln, dass eine weitgehend normale Entwicklung des Kindes zu erwarten ist. Dazu ist meist die Versorgung mit einem oder zwei Hörgeräten nötig, manchmal auch eine Operation des Mittelohrs oder eine Versorgung mit einem Cochlea-Implantat (elektronische Innenohr-Prothese), das Erlernen der Gebärdensprache und eine Frühförderung des Hörens. All diese Behandlungen sind umso wirksamer, je früher sie erfolgen.

Muss Ihr Kind an der Untersuchung teilnehmen?

Die Teilnahme am Neugeborenen-Hörscreening ist freiwillig, die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Zum Wohle Ihres Kindes empfehlen wir Ihnen, das Hörscreening durchführen zu lassen.

Wenn Sie mit der Untersuchung jedoch nicht einverstanden sind, informieren Sie bitte das medizinische Personal und unterschreiben Sie im folgenden Feld.

Ich bin mit der Untersuchung nicht einverstanden.

Datum, Unterschrift mindestens eines/r Personensorgeberechtigten

BAnz AT 18.08.2016 B1

II. Die Neufassung der Richtlinie tritt 14 Tage nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger, frühestens zum 1. Juli 2016, in Kraft."

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Juni 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

G Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Teilabschlussbericht ‚Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache‘, Stand: 26.02.2015
Anlage 1a	IQWiG Abschlussbericht „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“, Stand: 17.06.2009
Anlage 1b	Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA: Stellungnahme „Bewertung von Studien zu umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“, Stand: 21.06.2010
Anlage 1c	IQWiG Arbeitspapier zur Bewertung der KiSS.2-Studie, Stand: 10.01.2011
Anlage 2	Teilabschlussbericht ‚Erworbene Hörstörungen‘, Stand: 26.02.2015
Anlage 3	Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf und der Tragenden Gründe über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung), Stand: 02.04.2015
Anlage 4	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung), Stand: 25.03.2015
Anlage 5	Wortprotokoll zur mündlichen Anhörung gemäß 1. Kapitel § 12 VerfO zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung), Stand: 24.03.2015
Anlage 6	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung), Stand: 23.04.2015
Anlage 7	Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder, Stand: 28.04.2016
Anlage 8	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder, Stand: 28.04.2016



Beratungsverfahren gemäß § 135 i.V.m § 25 und § 26 SGB V

**Screening auf umschriebene Störungen
des Sprechens und der Sprache
für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr**

Teilthema des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der
Kinder-Richtlinien“

Stand: 26.02.2015

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit.....	2
1. Einleitung und Aufgabenstellung.....	2
2. Medizinische Grundlagen	3
2.1 Definition des Krankheitsbildes	3
2.2 Diagnosestellung	3
2.3 Epidemiologie und Verlauf spezifischer Sprachentwicklungsstörungen	4
3. Stellungnahmen aus der Veröffentlichung des Beratungsthemas.....	5
4. Sektorenübergreifend einheitliche Bewertung des Nutzens.....	6
5. Sektorenübergreifend einheitliche Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	9
6. Wirtschaftlichkeit.....	10
7. Würdigung der Stellungnahmen.....	10
8. Gesamtbewertung.....	18
9. Anhang	19
9.1 Wesentliche Inhalte der Stellungnahmen zum Thema Screening auf Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum 6. Lebensjahr	19
9.2 Literatur.....	31

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 1

AG	Arbeitsgruppe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IKK	Innungskrankenkasse
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
UESS	Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache
U1	Neugeborenen-Erstuntersuchung
U2	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 3. u. 10. Lebenstag
U6	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 10. u. 12. Lebensmonat
U7	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 21. u. 24. Lebensmonat
U7a	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 34. u. 36. Lebensmonat
U8	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 43. u. 48. Lebensmonat
U9	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 60. u. 64. Lebensmonat
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
z. B.	zum Beispiel

1 Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit

2 1. Einleitung und Aufgabenstellung

3

4 Der IKK-Bundesverband hatte mit Datum vom 28.01.2005 einen Antrag zur inhaltlichen
5 Überarbeitung der Kinder-Richtlinien dem damaligen Unterausschuss "Prävention" am
6 01.02.2005 vorgelegt. Es soll gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V i.V.m
7 § 25 Abs. 3 und § 26 SGB V geprüft werden, ob das bestehende Früherkennungsprogramm
8 für Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dem Stand der wissen-
9 schaftlichen Erkenntnis entspricht, ob es Mängel aufweist und ob und inwieweit die Effektiv-
10 tät und Effizienz des Programms verbessert werden kann. Die Bearbeitung des Beratungs-
11 themas gliederte sich in zwei Hauptbereiche. Zunächst erfolgten Nutzenbewertungen für
12 neue Früherkennungsuntersuchungen. Auf dieser Grundlage erfolgte in einem zweiten
13 Schritt die Überarbeitung der U1 – U9.

14 Der vorliegende Teilabschlussbericht des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der
15 Kinder-Richtlinien“ einer vom Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) eingerichteten
16 Arbeitsgruppe (AG) bezieht sich auf Früherkennungsuntersuchungen auf umschriebene
17 Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten
18 6. Lebensjahr. Ziel einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstö-
19 rungen des Sprechens und der Sprache ist eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behand-
20 lung dieser Entwicklungsstörungen, damit Entwicklungsbeeinträchtigungen und deren mög-
21 licherweise lebenslange Konsequenzen vermieden oder zumindest vermindert werden.

22 Bei der Bewertung der Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstö-
23 rungen des Sprechens und der Sprache wurden die thematisch relevanten Stellungnahmen
24 und die dort benannte Literatur aus der Veröffentlichung des Beratungsthemas „Inhaltliche
25 Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“ berücksichtigt. Die Stellungnahmen, die vor der ab-
26 schließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingeholt wer-
27 den, werden einbezogen.

28 Der G-BA beauftragte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
29 (IQWiG) gemäß § 139 a Abs. 3 Nr. 1 SGB V am 19.12.2006 mit der Recherche, Darstellung
30 und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zum Nutzen der o. g. Früher-
31 kennungsuntersuchung. Eine Konkretisierung des Auftrags erfolgte am 14.02.2007. Im Sep-
32 tember 2010 hat der G-BA das IQWiG beauftragt die Ergebnisse der im Studiendesign modi-
33 fizierten KiSS.2-Studie zu bewerten und zu prüfen inwieweit sich dadurch die Aussagen des
34 Abschlussberichts verändern. Der IQWiG Abschlussbericht „Früherkennungsuntersuchung
35 auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ vom 17.06.2009
36 sowie das IQWiG Arbeitspapier vom 10.01.2011 zur Bewertung der KiSS.2-Studie sind
37 Grundlage der Nutzenbewertung. Die Literatur der beim G-BA anlässlich der Veröffentli-
38 chung des Beratungsthemas eingegangenen Stellungnahme wurde dem IQWiG im Rahmen
39 seines Auftrages übermittelt und durch das IQWiG ausgewertet.

40

41

42

43 **2. Medizinische Grundlagen¹**

44 **2.1 Definition des Krankheitsbildes**

45

46 Das Krankheitsbild der umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen weist einige Beson-
47 derheiten auf, die im Zusammenhang mit der Berichtsfragestellung relevant waren. Laut ICD-
48 10-Kriterien liegt eine Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache
49 (UESS) dann vor, wenn die mit einem standardisierten Test erfassten jeweiligen sprachli-
50 chen Fähigkeiten (Artikulationsfertigkeiten [F80.0], expressive Fertigkeiten [F80.1] bzw. re-
51 zeptive Fertigkeiten [F80.2]) unterhalb der Grenze von 2 Standardabweichungen für das Al-
52 ter des Kindes und mindestens 1 Standardabweichung unter dem nonverbalen IQ liegen und
53 gleichzeitig keine relevanten sensorischen, neurologischen, körperlichen Defizite oder tief-
54 greifenden Entwicklungsstörungen vorliegen.

55 Gleichzeitig weist die ICD-10 darauf hin, dass die beschriebenen Kriterien bezüglich des
56 statistischen Schweregrades für die Diagnose insbesondere bei älteren Kindern wegen der
57 natürlichen Tendenz zur Besserung wenig helfen. Deshalb sollen zusätzlich der Verlauf, das
58 Muster und die gegebenenfalls begleitenden Probleme berücksichtigt werden, um zu ent-
59 scheiden, ob eine klinische Störung wahrscheinlich ist.

60 Wegen der großen Varianz der Sprachentwicklung auf den einzelnen linguistischen Ebenen,
61 lassen sich nur relativ weiche Kriterien für die Abgrenzung einer umschriebenen Entwick-
62 lungsstörung von normalen Variationen der kindlichen Entwicklung festlegen. Goldstandards
63 sind daher schwierig festzulegen und existieren für den deutschen Sprachraum bislang nur
64 für einzelne linguistische Ebenen (z. B. Wortschatz).

65 Dieser Umstand spiegelt sich in Studien wider, die gezeigt haben, dass selbst Sprachexper-
66 ten bei der Diagnosestellung Schwierigkeiten haben: Wurden den Experten Sprachprofile
67 von Kindern zur Diagnostik vorgelegt, war die Übereinstimmung zwischen ihnen gering und
68 einzelne Experten fällten auf der Grundlage identischer Informationen verschiedene Urteile .

69

70 **2.2 Diagnosestellung**

71

72 Die Diagnosestellung einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der
73 Sprache ist nur im Rahmen einer aufwendigen interdisziplinären Befunderhebung möglich.
74 Sie ist nach ICD-10 eine Ausschluss- bzw. Diskrepanzdiagnose, die nicht immer ausreichend
75 differenziert gelingt. Insbesondere die Abgrenzung von Sprachentwicklungsstörungen zu
76 Sprachrückständen aufgrund mangelnder sprachlicher Anregung oder – im Falle von Migra-
77 tion – von unzureichendem Kontakt mit der Zweitsprache ist nach heutigem Wissensstand
78 oftmals nicht möglich.

79 Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fach-
80 gesellschaften (AWMF) wurden von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsy-
81 chiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpä-
82 diatrie und Jugendmedizin sowie von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädau-
83 diologie Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der umschriebenen Entwicklungsstörung
84 des Sprechens und der Sprache veröffentlicht. Übereinstimmend empfehlen diese Leitlinien
85 im Rahmen der Diagnostik die Anamnese durch die Befragung der Eltern, die Beobachtung
86 des Kindes und die klinische Einschätzung der sprachlichen Leistungen des Kindes. Die Be-

¹ in Anlehnung an den IQWiG Bericht S06-01 (Hintergrund S. 1 – 5; Kapitel 6.1 bis 6.3)

87 stimmung des Sprachentwicklungsstandes über verschiedene Sprachentwicklungstests und
88 die differenzialdiagnostische Abklärung der nonverbalen Intelligenz gehören zum diagnosti-
89 schen Vorgehen. Auch der Ausschluss einer Hörstörung und eine entwicklungsneurologi-
90 sche Untersuchung sind notwendig. Ein EEG wird nur bei ausgeprägter rezeptiver Störung,
91 bei fehlendem Therapiefortschritt und bei Entwicklungsrückschritten gefordert.

92 Ergänzend dazu wurde im G-BA die interdisziplinäre AWMF-Sk2-Leitlinie gesichtet, die erst
93 nach Fertigstellung des IQWiG-Abschlussberichts im Dezember 2011 veröffentlicht wurde².
94 Diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer UESS (F80.1 und 80.2) sind entsprechend
95 dieser Leitlinie:

- 96 1. Die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm des Kindes.
- 100 2. Die durch strukturierter Verhaltensbeobachtung und linguistischer Analysen erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen bedeutsam unterhalb der Fähigkeiten der Altersgruppe.
- 103 3. Verwendung und Verständnis nonverbaler Kommunikation liegen innerhalb der Altersnorm.
- 105 4. Normalitätsannahme: Es fehlen neurologische, sensorische, emotionale, soziale oder körperliche Störungen, die die Sprachproblematik erklären können. Eine Intelligenzminderung (IQ < 85, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) besteht nicht.

108

109 **2.3 Epidemiologie und Verlauf spezifischer Sprachentwicklungsstörungen**

110

111 Die grundlegenden Unschärfen bezüglich der Definition des Krankheitsbildes schränken die
112 möglichen Aussagen zur Epidemiologie und zum natürlichen Verlauf stark ein. In einer systematischen Übersicht von Law 2000 wurde als Median aller in internationalen Studien berichteten Prävalenzraten für expressive und rezeptive Sprachstörungen 5,95 % ermittelt.

115 Die Ätiologie umschriebener Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ist noch nicht abschließend geklärt. Angenommen wird ein multikausales Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. In Abhängigkeit vom Alter und dem Entwicklungsstand eines Kindes manifestieren sich die Symptome einer Sprachentwicklungsstörung auf den unterschiedlichen linguistischen Ebenen. Zunächst fällt das Kind durch einen verzögerten Sprechbeginn und einen langsamen Wortschatzerwerb auf. Später zeigen sich auch qualitative Abweichungen in der Aussprache und der Grammatik. Im weiteren Verlauf können Sprachdefizite oberflächlich kompensiert werden. Im Schulalter allerdings sind sprachentwicklungsgestörte Kinder beim Schriftspracherwerb und in der sozial-emotionalen Entwicklung benachteiligt], wobei die Prognose für Kinder mit Artikulationsstörungen günstiger ist als für Kinder mit expressiven / rezeptiven Störungen]. Zum frühen Zeitpunkt eines Screenings – z. B. mit einem Elternfragebogen im Rahmen der U6 und U7 – werden immer auch Kinder als Risikokinder identifiziert, die ihren sprachlichen Rückstand aufholen und keine manifeste Sprachentwicklungsstörung entwickeln werden. Verschiedene Prädiktoren für ein Aufschließen der Risikokinder zur Altersnorm könnten zur Differenzialdiagnose herangezogen werden und sind Gegenstand der aktuellen Forschung. Von anderen Autoren wird das Phänomen der sogenannten „late bloomers“, also die Spätentwicklung von Risikokindern, die ihre Defizite bis zum dritten Geburtstag aufholen, grundsätzlich angezweifelt und darauf hingewiesen, dass ein bedeutender Teil der Kinder mit einem verspäteten Sprechbeginn bis in die Schulzeit schlechtere sprachliche Leistungen im Vergleich zu ihren Altersgenossen zeigt.

²http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf

135

136 **3. Stellungnahmen aus der Veröffentlichung des Beratungsthemas**

137

138 Die Nutzenbewertung eines Screenings auf Sprech- und Sprachstörungen ist Teil des um-
139 fassenden Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“. Am
140 23.05.2005 wurde dieses Beratungsthema im Bundesanzeiger veröffentlicht. Insgesamt gin-
141 gen zum gesamten Beratungsthema 16 Stellungnahmen (Mitteilungen wurden ebenfalls als
142 Stellungnahmen aufgenommen) ein. Von den 16 Stellungnahmen thematisieren zwei Stel-
143 lungnahmen (Deutscher Bundesverband der Logopädie e.V. und Deutsche Akademie für
144 Kinder- und Jugendmedizin e. V. DAKJ)) das Thema Screening auf Störungen des Spre-
145 chens und der Sprache.

146 Die DAKJ weist in der Einleitung zu ihrer Stellungnahme auf die zentrale Bedeutung der
147 Sprache hin. Die Sprache ist ein wesentlicher Bestandteil der kognitiven Funktionen des
148 Menschen und ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung seiner Entwicklung. Die Früherken-
149 nung soll sich auf eindeutige expressive Sprachentwicklungsstörungen und phonologische
150 Aussprachestörungen im Sinne von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens
151 und der Sprache (F 80.0 und F 80.1) beziehen. Ihre Prävalenz bei zweijährigen Kindern liegt
152 bei mindestens 8 %, nach dem fünften Lebensjahr bei mindestens 4 %. Als nachweislich
153 wirksame Therapien werden Ausschluss bzw. Behandlung einer Hörstörung (chronische
154 Otitis media mit Ergussbildung, Innenohrschwerhörigkeit), logopädische Therapie, Elternbe-
155 ratung und -anleitung durch Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten sowie regelmäßige Do-
156 kumentation der Sprachentwicklung genannt. Diese Maßnahmen sind ganz wesentlich von
157 den sozialen Umständen, der Kooperationsbereitschaft der Eltern und den lokalen Betreu-
158 ungsstrukturen abhängig

159 Am Ende des zweiten Lebensjahres (Zeitpunkt U7), sollte eine Beurteilung der Sprachent-
160 wicklung durch gezielte Anamnesefragen und eine Dokumentation in Form der Kurzfassung
161 des ELFRA 2-Testes durchgeführt werden. Für diesen Test konnte einer Sensitivität von
162 über 90 % im Rahmen großer Feldstudien, u. a. auch in vielen Kinderarztpraxen, erhoben
163 werden. Da es sich im Wesentlichen um Angaben der Eltern handelt, ist ein basales Sprach-
164 verständnis derselben eine wesentliche Voraussetzung. Der prädiktive Wert bei einem auffäl-
165 ligen Testergebnis ist im Wesentlichen von zusätzlichen Untersuchungsbefunden (motori-
166 sche Koordination, mimisch-gestische Kommunikation, Sprachverständnis) abhängig. Am
167 Ende des dritten und vierten Lebensjahres können in Bezug auf bleibende Sprachentwick-
168 lingsstörungen bessere Aussagen gemacht werden, allerdings ist in dieser Zeit auch die
169 therapeutische Beeinflussbarkeit zunehmend geringer. Für die Diagnostik von Kindern mit
170 schwerwiegenden Sprachentwicklungsstörungen, die keine Besserungstendenz zeigen, ist
171 eine interdisziplinäre Behandlung durch Ärzte, Psychologen und Logopäden im Sinne der
172 mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie als Goldstandard anzusehen.

173 Der Deutsche Bundesverband der Logopädie e.V. erläutert in seiner Stellungnahme, dass in
174 den ersten vier Lebensjahren, wesentliche Prozesse der Sprachentwicklung ablaufen. Zwi-
175 schen der U7 (21.-24. Lebensmonat) und der U8 (43.-48. Lebensmonat) liegt aber ein Zeit-
176 raum von 24 Monaten, in dem wichtige, unterscheidbare Fortschritte der Sprachentwicklung
177 zu beobachten sind (Wortschatz, grammatische Entwicklung, Lautentwicklung, Sprachver-
178 stehen, Gesprächs- und Erzählfähigkeiten) Um Abweichungen von diesen Entwicklungs-
179 schritten erkennen zu können wird empfohlen eine Vorsorgeuntersuchung um den dritten
180 Geburtstag herum mit dem Schwerpunkt Sprachentwicklung einzuführen. Unter dem deskrip-
181 tiven Oberbegriff "Sprachentwicklungsstörung" werden verschiedene Störungsbilder sub-
182 summiert. Die Störungsbilder umfassen die Sprechstörungen wie Artikulationsstörungen,
183 Redeflussstörungen (Stottern, Poltern), Dysarthrien einerseits und die linguistisch beschreib-
184 baren Sprachentwicklungsstörungen andererseits, die wiederum in umschriebene Entwick-
185 lingsstörungen und komplexe Störungen (Sprachstörungen im globalen Kontext eingeteilt
186 werden können. Angaben zur Prävalenz/Inzidenz variieren je nach Alter und Störungsbild.

187 Es wird auf Bode (2001) verwiesen, hier liegt die Prävalenz von Sprachentwicklungsstörun-
188 gen zwischen 1 % und 18 %. Als wirksame Therapie wird ebenfalls die logopädische Be-
189 handlung (Sprach-, Sprech- und/oder Stimmtherapie) angeführt. Zur Vermeidung von kumu-
190 lativen Effekten und Sekundärproblemen sollen Abweichungen vom physiologischen Verlauf
191 der Sprachentwicklung früher erkannt werden. Je später die Behandlung (insbesondere bei
192 schweren Sprachentwicklungsstörungen) einsetzt, desto größer sind bereits irreparable
193 Kompensationen, und desto geringer sind die Therapieeffekte. ELFRA-1, ELFRA-2 Erfas-
194 sung der Wortschatzerweiterung, Einschätzung der Fortschritte der grammatischen Entwick-
195 lung und der Lautentwicklung werden als Test empfohlen. Zur Abklärung einer auffälligen
196 Sprachentwicklung wird die Durchführung des SETK-3-5 empfohlen.

197 Die in den Stellungnahmen zitierte Literatur ist im Anhang aufgeführt.

198

199 **4. Sektorenübergreifend einheitliche Bewertung des Nutzens**

200

201 Die Nutzenbewertung erfolgte auf der Grundlage des IQWiG- Abschlussberichts „Früherken-
202 nungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Spra-
203 che“ vom 17.06.2009 und IQWiG Arbeitspapiers vom 10.01.2011 zur Bewertung der KiSS.2-
204 Studie. Der Abschlussbericht und das Arbeitspapier sind auf den Internetseiten des IQWiG
205 verfügbar: <http://www.iqwig.de> , abgerufen am 16.07.2014.

206 Nachfolgend werden die Inhalte dieser Berichte zusammenfassend dargestellt:

207 Hauptziel der vorliegenden Untersuchung ist die Nutzenbewertung einer Früherkennungsun-
208 tersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (U-
209 ESS) für Kinder bis zum 6. Lebensjahr im Sinne eines universellen Sprachscreenings hin-
210 sichtlich patientenrelevanter Therapieziele. Durch eine möglichst frühzeitige Diagnose und
211 Behandlung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung sollen Entwicklungsbeein-
212 trächtigungen eines Kindes und deren möglicherweise lebenslange Konsequenzen vermie-
213 den oder zumindest vermindert werden.

214 Der vorliegende Bericht untersuchte die Fragestellung nach einem absteigend hierarchi-
215 schen Vorgehen: Die größte Aussagekraft bezüglich der Fragestellung sollten Studien lie-
216 fern, die die gesamte Screeningkette überprüften und so am besten die Frage nach dem
217 Nutzen eines universellen Sprachscreenings beantworten könnten. Sollten hier keine klaren
218 Belege ersichtlich sein, so könnte es gegebenenfalls auch als Beleg für die Effektivität des
219 Screenings gelten, wenn geeignete deutschsprachige Instrumente zur Diagnose von um-
220 schriebenen Sprachentwicklungsstörungen zur Verfügung stünden und hinreichende Evi-
221 denz für den Nutzen der Sprachtherapie generell sowie für den Nutzen einer frühzeitigen im
222 Vergleich zu einer spät(er)en Behandlung bestünde.

223 Zur Beantwortung der Teilfragestellung „Screening“ sollten randomisierte oder nicht rando-
224 misierte Studien mit adäquaten Maßnahmen zur Vermeidung von Selektionsprozessen ein-
225 bezogen werden, in denen ein universelles mit einem Vorgehen ohne Screening verglichen
226 wurde oder ein Vergleich unterschiedlich intensiver Screeningstrategien erfolgte. Der Diag-
227 noseteil befasste sich ausschließlich mit der Güte der Sprachentwicklungstests. Betrachtet
228 werden sollten Studien mit Kindern aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6.
229 Lebensjahres (Vorschulkinder), in denen vollständige Vierfeldertafeln für die diagnostische
230 bzw. prognostische Güte bezüglich der Entdeckung von UESS vorlagen oder ableitbar wa-
231 ren.

232 Bezüglich der Behandlungsstudien wurde die Art der Behandlungsmaßnahme nicht weiter
233 eingeschränkt. Es wurde nach randomisierten und nicht randomisierten Studien recherchiert.
234 Zur Bewertung des Nutzens einer früh(er)en Behandlung wurden direkte Vergleiche (inner-
235 halb einer Studie) sowie auch indirekte Vergleiche (zwischen unterschiedlichen Studien) be-
236 trachtet. Es wurden Zielgrößen herangezogen, die eine Beurteilung patientenrelevanter The-

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

237 rapieziele ermöglichen, wie gesundheitsbezogene Lebensqualität, Sprachentwicklung (z. B.
238 Entwicklung einer normgerechten Sprache, Erwerb und Beherrschung der Schriftsprache,
239 Sprechfreude), psychosoziale Entwicklung (z. B. kommunikative Fähigkeiten, soziale Integra-
240 tion, Selbstkonzeptentwicklung), emotionale Entwicklung (z. B. Verhaltensauffälligkeiten),
241 kognitive und bildungsrelevante Entwicklung (z. B. schulisches Leistungsvermögen, Beschul-
242 lungsmodus/ Schulplatzierung, Ausbildungsmöglichkeiten), Screening- / Diagnosenebenwir-
243 kungen (z. B. durch falsch positive / falsch negative Testergebnisse, Überdiagnose oder La-
244 beling).

245 Die systematische Literaturrecherche erfolgte in elektronischen Datenbanken (u. a. MED-
246 LINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane-Datenbanken) und erfasste den Zeitraum
247 bis Mai 2008. Darüber hinaus wurden Literaturverzeichnisse systematischer Übersichten und
248 HTA-Berichte, die Referenzen aus Stellungnahmen zum Fragenkatalog des G-BA sowie aus
249 Stellungnahmeverfahren zum vorläufigen Berichtsplan und zum Vorbericht durchsucht und
250 eine Handsuche in relevanten Zeitschriften durchgeführt. Das Literaturscreening wurde von
251 mindestens 2 Gutachtern unabhängig voneinander durchgeführt. Das vorab festgelegte me-
252 thodische Vorgehen (Berichtsplan) und die vorläufige Nutzenbewertung des IQWiG (Vorbe-
253 richt) wurden im Internet veröffentlicht und zur Stellungnahme freigegeben. Sofern sich Än-
254 derungen aus unklaren Aspekten der Stellungnahmen ergaben, wurde dies im vorliegenden
255 Bericht vermerkt. Wesentliche unklare Aspekte bezüglich der Stellungnahmen zum Vorbe-
256 richt wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung diskutiert. Im Anschluss erfolgte die Er-
257 stellung des Abschlussberichts.

258 Ein frühes Sprachscreening hat zum Ziel, eine Gruppe von Kindern zu identifizieren, die ein
259 besonders hohes Risiko für Schwierigkeiten in der Schulausbildung sowie für Beeinträchti-
260 gungen im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich aufweist. Wenn nach einer frü-
261 hen Erkennung dann wirksame Interventionen eingesetzt würden, könnten diese Risiken
262 verringert werden. Derzeit ist der Nutzen einer solchen Früherkennungsuntersuchung für die
263 Gruppe der Kinder mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung nicht belegt. Das
264 bedeutet nicht, dass es sicher keinen Nutzen für diese Gruppe gibt.

265 In Ermangelung einer Screeningstudie mit Fokus auf Kinder mit umschriebenen Sprach-
266 entwicklungsstörungen wurde im vorliegenden Bericht versucht, aus der Zusammenführung
267 der Ergebnisse aus Diagnose- und Behandlungsstudien abzuleiten, ob notwendige Voraus-
268 setzungen für ein Screeningprogramm erfüllt sind.

269 Diese Ableitung setzt voraus, dass zum Ersten belegt ist, dass die zeitlich vorverlagerte Be-
270 handlung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (im Vorschulalter) der Behand-
271 lung im Schulalter überlegen ist. Zum Zweiten müsste gezeigt sein, dass die Kinder, für die
272 eine Behandlung indiziert ist, mit ausreichender Zuverlässigkeit vor dem Schulalter diagnos-
273 tiziert werden können. Darüber hinaus dürften drittens nicht zu viele Kinder fälschlicherweise
274 als behandlungsbedürftig eingestuft werden, damit der potenzielle Schaden, der durch fal-
275 sche Diagnosen entstehen kann, nicht den möglichen Nutzen überwiegt. Zwar liegen Hin-
276 weise auf kurzfristige positive Effekte durch Sprachtherapien vor, die langfristigen Ziele sind
277 jedoch kaum untersucht, ebenso wie möglicherweise vorhandene unerwünschte Behand-
278 lungsfolgen. Belege dafür, dass eine Therapie bei jüngeren Kindern einen höheren Nutzen
279 hat als bei älteren, liegen nicht vor. Gleichzeitig sind für die deutschsprachigen diagnosti-
280 schen Instrumente gegenwärtig keine verlässlichen Gütekriterien berichtet, die eine Entde-
281 ckung von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen in der Gesamtbevölke-
282 rung erlauben. Diese Validierung der Instrumente ist auch nötig, um den mit einem Sprach-
283 screening verbundenen Aufwand abschätzen zu können, also unter anderem zur Klärung der
284 Frage, mit welcher Zahl von Abklärungsuntersuchungen und Behandlungen in Deutschland
285 zu rechnen wäre.

286 Es wurde lediglich eine vergleichende Studie identifiziert, die den Nutzen eines universellen
287 Sprachscreenings in einem Cluster-randomisierten Design untersuchte. In dieser Studie
288 wurden jedoch die Ergebnisse für die Gruppe der Kinder mit umschriebenen Sprachentwick-
289 lingsstörungen nicht gesondert ausgewiesen. Somit konnten aus dieser Studie keine Rück-

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

290 schlüsse auf den Nutzen einer solchen Screeningmaßnahme im Sinne der Fragestellung des
291 vorliegenden Berichts gezogen werden.

292 Keine der identifizierten diagnostischen Studien erfüllte alle Einschlusskriterien des Berichts.
293 Insbesondere lagen für kein Instrument belastbare Daten zur diagnostischen Güte bezüglich
294 umschriebener Sprachentwicklungsstörungen vor. Unter den 17 Tests, für die eine Validie-
295 rung mit einem Referenztest publiziert ist, gibt es keinen, für den die diagnostische Güte,
296 bezogen auf UESS, hinreichend untersucht ist und eine vollständige und valide Vierfeldertafel
297 vorliegt oder ableitbar wäre. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass belastbare
298 Aussagen über die Eignung vorliegender deutschsprachiger Tests zur Identifikation von U-
299 ESS auf Basis bisher vorhandener Evidenz nicht getroffen werden können.

300 Für die Bewertung des Nutzens sprachtherapeutischer Intervention bei umschriebenen
301 Sprachentwicklungsstörungen wurde ein Pool von insgesamt 57 Studien identifiziert. Zur
302 Beantwortung der Frage nach dem generellen Nutzen entsprechender Behandlungs-
303 maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen wurden 16 randomisierte Studien in die Nutzen-
304 bewertung aufgenommen, in denen die Behandlung mit keiner bzw. mit einer Sham-
305 Behandlung verglichen wurde. Bis auf wenige Ausnahmen ist deren Aussagekraft durch ein
306 hohes Risiko für Verzerrungen limitiert. Insgesamt liefern die Studien Hinweise auf kurzfristi-
307 ge positive Effekte durch Sprachtherapien. Die langfristigen Ziele sind jedoch kaum unter-
308 sucht, ebenso wie möglicherweise vorhandene unerwünschte Behandlungsfolgen. Für die
309 Frage, ob ein früherer Behandlungsbeginn mit einem größeren Nutzen einhergeht als ein
310 späterer, wurden 3 Studien (1 randomisiert, 2 nicht randomisiert) mit direkten Vergleichen
311 betrachtet; diese ließen jedoch aufgrund der Art der durchgeführten Vergleiche keine Beur-
312 teilung des Nutzens einer früheren im Vergleich zu einer späteren Therapie zu. Deswegen
313 wurde zusätzlich geprüft, ob sich aus indirekten Vergleichen zwischen verschiedenen Stu-
314 dien ein Vorteil für einen früheren Behandlungsbeginn ableiten lässt. Diese indirekten Ver-
315 gleiche erwiesen sich jedoch als methodisch nicht belastbar und lieferten keine Belege für
316 den Nutzen einer früheren Intervention. Die Frage nach dem Nutzen eines früheren Behand-
317 lingsbeginns kann damit nicht beantwortet werden

318 Damit fehlen in Deutschland derzeit wesentliche methodische Grundlagen für ein Screening
319 auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Sofern die methodischen Grundlagen ge-
320 schaffen werden, eröffnen sie die Möglichkeit, den potenziellen Nutzen und potenziellen
321 Schaden eines Screenings im Rahmen einer vergleichenden Studie zu untersuchen. Dabei
322 könnten dann die Effekte eines standardisierten Screenings mit dem bisherigen Vorgehen im
323 Rahmen der Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung
324 des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) verglichen werden.

325

326 Im Rahmen der Beratungen zur Umsetzung der Ergebnisse des Abschlussberichts wurde
327 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von einer Sachverständigen auf die Ergebnisse
328 der im Studiendesign modifizierten KiSS.2-Studie hingewiesen. Der G-BA hat daraufhin das
329 IQWiG um eine Bewertung der KiSS.2-Studie gebeten. Diese Bewertung ist Gegenstand
330 eines Arbeitspapiers. Aufbauend auf der im Abschlussbericht S06-01 diskutierten Studie zur
331 Evaluation des Kindersprachscreenings in Hessen (KiSS-Studie) wurde im Jahr 2009 die
332 KiSS.2-Studie aufgelegt. Wie sein Vorgänger ist das KiSS.2 ein Verfahren zur Sprachstand-
333 erfassung bei vier- bis viereinhalbjährigen Kindergartenkindern. Eine zentrale Aufgabe des
334 Verfahrens ist die Entdeckung von Sprachentwicklungsstörungen (SES) – u. a. von „exklusi-
335 ver klinischer Auffälligkeit“, die der Diagnose der UESS nach ICD-10 ähnelt.

336 Da in der KiSS.2-Studie die Ausschlussdiagnostik zur Feststellung einer UESS nicht ausrei-
337 chend war, ließ sich die diagnostischen Güte und Vorhersagegenauigkeit des dort eingesetz-
338 ten (Index-)Tests bezüglich der Entdeckung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des
339 Sprechens und der Sprache nicht sicher ermitteln. Die KiSS.2-Studie erfüllte daneben weite-
340 re Einschlusskriterien für die Nutzenbewertung zum Thema „Früherkennungsuntersuchung
341 auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (IQWiG-
342 Abschlussbericht S06-01) nicht. Sie konnte somit nicht in die Nutzenbewertung eingeschlos-

343 sen werden und hat demnach auch keinen Einfluss auf das Fazit des Abschlussberichts
344 S06-01.

345 Die Fragestellung des G-BA für die Nutzenbewertung wurde dahingehend kritisiert, dass sie
346 zu unscharf formuliert sei und sich dies auch auf das Ergebnis des IQWiG-Berichts ausge-
347 wirkt habe. Dieser Vorwurf berücksichtigt jedoch den Ansatz des G-BA nicht hinreichend.
348 Anders als in den allgemeinen Sprachwissenschaften gilt das Interesse des G-BA allein kli-
349 nisch relevanten sprachlichen Auffälligkeiten, nicht jedoch der Abbildung des Sprachniveaus
350 per se. Im Austausch mit Experten und orientierend an den Stellungnahmen zur Veröffentli-
351 chung des Beratungsthemas (siehe Stellungnahme der DGKJ; Empfehlung der Akademie)
352 hat sich der G-BA auf die Fragestellung zu umschriebenen Störungen des Sprechens und
353 der Sprache verständigt.

354

355 **5. Sektorenübergreifend einheitliche Bewertung der medizinischen** 356 **Notwendigkeit**

357

358 Gemäß 2. Kapitel § 10 Abs. 2 Nr. 2 lit. a) und b) VerfO erfolgt die Überprüfung der medizini-
359 schen Notwendigkeit einer medizinischen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode insbe-
360 sondere auf der Basis von Unterlagen zur Relevanz der medizinischen Problematik und zum
361 Spontanverlauf der Erkrankung.

362 Die Sprache gilt als wesentliche Schlüsselkompetenz, die sich auf nahezu alle andern Ent-
363 wicklungsbereiche auswirkt. Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen
364 oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Stö-
365 rungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhal-
366 tensbereich. Die Angaben zur Prävalenz variieren, je nach Alter, und Definition von Sprach-
367 entwicklungsstörungen. In einer Übersichtsarbeit wurde aus in internationalen Studien be-
368 richteten Prävalenzraten für expressive und rezeptive Sprachstörungen ein Median von
369 5,95 % ermittelt.

370 Ziel einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des
371 Sprechens und der Sprache ist es, Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen frühzeitig zu
372 identifizieren, deren Sprachentwicklungsstörung nicht bereits durch Komorbidität auffällt. Ein
373 Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum
374 vollendeten 6. Lebensjahr wäre potentiell sinnvoll, wenn Kindern mit diesen Entwicklungsstö-
375 rungen frühzeitig entdeckt und Entwicklungsbeeinträchtigungen durch eine frühe Behandlung
376 verhindert werden könnten. Derzeit ist der Nutzen einer solchen Früherkennungsuntersu-
377 chung nicht belegt. Eine notwendige Voraussetzung für ein Screeningprogramm setzt vo-
378 raus, dass zum Ersten belegt ist, dass die zeitlich vorverlagerte Behandlung von umschrie-
379 benen Sprachentwicklungsstörungen (im Vorschulalter) der Behandlung im Schulalter über-
380 legen ist. Zum Zweiten müsste gezeigt sein, dass die Kinder, für die eine Behandlung indi-
381 ziert ist, mit ausreichender Zuverlässigkeit vor dem Schulalter diagnostiziert werden können.
382 Darüber hinaus dürften drittens nicht zu viele Kinder fälschlicherweise als behandlungsbe-
383 dürftig eingestuft werden, damit der potenzielle Schaden, der durch falsche Diagnosen ent-
384 stehen kann, nicht den möglichen Nutzen überwiegt. Zwar liegen Hinweise auf kurzfristige
385 positive Effekte durch Sprachtherapien vor, die langfristigen Ziele sind jedoch kaum unter-
386 sucht, ebenso wie möglicherweise vorhandene unerwünschte Behandlungsfolgen. Belege
387 dafür, dass eine Therapie bei jüngeren Kindern einen höheren Nutzen hat als bei älteren,
388 liegen nicht vor.

389 Zusammenfassend wird festgestellt, dass derzeit für ein Screening auf UESS die notwendi-
390 gen Voraussetzungen fehlen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Kinderfrüherken-
391 nungsuntersuchungen bereits anamnestische Fragen zu Entwicklungszielen enthalten, die
392 dem Bereich Sprache und Sprechen zugeordnet werden können. Kinder mit verzögertem
393 Sprachbeginn oder verlangsamtem Wortschatzerwerb können dadurch bereits jetzt frühzei-

394 tigt identifiziert und ggf. kann durch eine weiterführenden Diagnostik abgeklärt werden, ob
395 eine behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsstörung vorliegt.

396

397 **6. Wirtschaftlichkeit**

398

399 Zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 10 der VerfO des G-BA müssen die Kosten
400 der Versorgungsstrategien mit und ohne Screening auf UESS mit den jeweiligen Auswirkun-
401 gen verglichen werden. Der Nutzen einer Versorgungsstrategie mit Screening UESS kann
402 derzeit nicht zuverlässig bewertet werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Bewertung der
403 Wirtschaftlichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

404

405 **7. Würdigung der Stellungnahmen**

406 Die beim Gemeinsamen Bundesausschuss im Zusammenhang mit der inhaltlichen Überar-
407 beitung der Kinder-Richtlinien zu diesem Thema eingegangenen Stellungnahmen (Deutscher
408 Bundesverband der Logopädie e.V. und Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
409 e. V. DAKJ)) sind im Rahmen des Auftrages an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
410 im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwen-
411 digkeit der „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des
412 Sprechens und der Sprache“ berücksichtigt worden. Die Arbeitsergebnisse bilden die Grund-
413 lage für die Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses, ob die Methode für eine
414 ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berück-
415 sichtigung des gegenwärtigen Standes der medizinischen Erkenntnisse und der für Früher-
416 kennungsleistungen geltenden Kriterien der §§ 25 Abs. 3 und 26 SGB V erforderlich ist.

417 Die Konkretisierung des Auftrags bezog sich auf umschriebene Entwicklungsstörungen des
418 Sprechens und der Sprache, die im ICD 10 (F80.-) definiert sind. Des Weiteren beschränkte
419 sich der Auftrag auf die Früherkennung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des
420 Sprechens und der Sprache bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie im
421 Einzelnen auf Artikulationsstörungen, expressive und rezepptive Sprachstörungen.

422 Der G-BA teilt das Fazit des IQWiG-Abschlussberichts, dass belastbare Aussagen über die
423 Eignung vorliegender deutschsprachiger Tests zur Identifikation von UESS auf Basis bisher
424 vorhandener Evidenz nicht getroffen werden können.

425 Im Rahmen der Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie wurde im Jahr 2008 eine weitere
426 Früherkennungsuntersuchung, die U7a, verabschiedet. Die Beratungen haben gezeigt, dass
427 bei Kindern im dritten Lebensjahr wichtige Entwicklungsprozesse stattfinden. Um Auffälligkei-
428 ten frühzeitig zu entdecken und behandeln zu können wurde daher eine zusätzliche Unter-
429 suchung zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat als sinnvoll erachtet. Dies gilt auch für
430 Sprachentwicklungsstörungen, die zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Vorschulal-
431 ter gehören. Die Erkennung einer echten Sprachentwicklungsstörung im Unterschied zu
432 Normvarianten, die keiner weiteren Diagnostik oder Therapie bedürfen, ist - zumal ein allge-
433 mein anerkannter Goldstandard fehlt – schwierig. Die Forderung, gerade im Alter von drei
434 Jahren ein besonderes Augenmerk auf die Sprachentwicklung zu legen, leitet sich aus den
435 derzeitigen Erkenntnissen zur kindlichen Sprachentwicklung ab. Dieser wird in den ersten
436 drei Lebensjahren eine besondere Bedeutung beigemessen, um aus pragmatischen Überle-
437 gungen eine ggf. erforderliche Therapie rechtzeitig vor Eintritt in die Schule zu ermöglichen.

438 Der G-BA hat sich im Austausch mit Experten und orientierend an den Stellungnahmen zur
439 Veröffentlichung des Beratungsthemas auf die Fragestellung zu umschriebenen Störungen
440 des Sprechens und der Sprache verständigt. Anders als in den allgemeinen Sprachwissen-
441 schaften gilt das Interesse des G-BA allein klinisch relevanten sprachlichen Auffälligkeiten,
442 nicht jedoch der Abbildung des Sprachniveaus per se. Für ein Screening mit dieser Zielset-
443 zung fehlen derzeit die notwendigen Voraussetzungen. Dabei muss berücksichtigt werden,

444 dass die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bereits anamnestische Fragen zu Entwick-
 445 lungszielen enthalten, die dem Bereich Sprache und Sprechen zugeordnet werden können.
 446 Kinder mit verzögertem Sprachbeginn oder verlangsamtem Wortschatzerwerb können
 447 dadurch bereits jetzt frühzeitig identifiziert und ggf. kann durch eine weiterführenden Diag-
 448 nostik abgeklärt werden, ob eine behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsstörung vorliegt.

449 In den Beratungen wurde ein Konsens zu den sprachanamnestischen Fragen gefunden,
 450 welche durch Experten begleitet wurden und in die Frühuntersuchungen Eingang gefunden
 451 haben. Der G-BA geht davon aus, dass bei behandlungsbedürftigen Sprachauffälligkeiten
 452 die Pädiater zur weiteren Abklärungsdiagnostik zu den entsprechenden Fachärzten überwei-
 453 sen, um eine bestmögliche Betreuung der Kinder zu ermöglichen.

V. Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr Stand 24.07.2014

Stellungnehmer	Würdi- gung der Stellung- nahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Im Rahmen eines aktuellen Beratungsverfahrens gemäß § 135 i.V.m § 25 und § 26 SGB V (Stand 27.04.2014) wurde in einer Nutzenbewertung die Einführung eines Screenings auf Sprach- und Sprechstörungen (Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (U-ESS) evaluiert. Durch eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung sollen Entwicklungsbeeinträchtigungen eines Kindes und deren möglicherweise lebenslange Konsequenzen vermieden oder zumindest vermindert werden.</p> <p>Ein frühes Sprachscreening hat zum Ziel, eine Gruppe von Kindern zu identifizieren, die ein besonders hohes Risiko für Schwierigkeiten in der Schulausbildung sowie für Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich aufweist. Wenn nach einer frühen Erkennung dann wirksame Interventionen eingesetzt würden, könnten diese Risiken verringert werden.</p> <p>Das Beratungsverfahren kommt zu Schluss, dass derzeit ein Nutzen von Früherkennungsuntersuchung für Kinder mit U-ESS nicht belegt ist. Keine der identifizierten diagnostischen Studien erfüllte alle Einschlusskriterien des Berichts. Insbesondere lagen für kein Instrument belastbare Daten zur diagnostischen Güte bezüglich umschriebener Sprachentwicklungsstörungen vor.</p> <p>Zusammenfassend wurde festgestellt werden, dass belastbare Aussagen über die Eignung vorliegender deutschsprachiger Tests zur Identifikation von U-ESS auf Basis bisher vorhandener Evidenz nicht getroffen werden können. Somit fehlen in Deutschland derzeit wesentliche methodische Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen.</p> <p>Die Einführung eines Screenings auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr wurde somit derzeit nicht empfohlen. Stattdessen wurde empfohlen, im Rahmen der Überarbeitung der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen (U2-9) zu prüfen, inwieweit eine Anpassung der bereits bei der U2 bis zur U9 vorgesehenen Fragen zu Entwicklungszielen für den Bereich Sprache und Sprechen erforderlich ist.</p> <p>Für den geburtshilflichen Bereich gilt besonders für die U2-Untersuchung, dass hier die anatomischen Voraussetzungen für das Sprechen geprüft werden und angeborene Fehlbildungen, die die Sprechentwicklung (incl. Hörschädigungen) stören könnten, ausgeschlossen werden. Bei familiärer Belastung sollte ggf. eine Anbindung erfolgen.</p>	

<p>Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.</p> <p>Die DGHNO-KHC kann hier den Ausführungen des G-BA und des IQWiG folgen und hält die Einführung einer solchen Früherkennungsuntersuchung zum jetzigen Zeitpunkt nicht für angebracht.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)</p> <p>Zu diesem Thema hatte die Sachverständige für Sprache und Hören bei Kindern, Frau Prof. Katrin Neumann, die Mitglied des DGPP-Vorstandes ist, eine Reihe von Updates zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten eingebracht, die nicht berücksichtigt werden konnten, einerseits auf Grund dissenter Positionierungen, andererseits wegen der Nichtaufnahmemöglichkeit neuer Inhalte, nachdem der Berichtserstattungszeitraum abgeschlossen war. Dieser umfasste den Zeitraum bis zum Abschluss der IQWiG-Berichte, auf den sich der Text der „Tragenden Gründe“ hier bezieht. Für eine mögliche Noch-Einbeziehung oder eine künftige Berücksichtigung werden nachfolgend die durch die Sachverständige eingebrachten Positionen aufgeführt.</p> <p>Diese finden sich, wo sie sich auf den Text direkt beziehen, nachfolgend als Textkommentare aufgeführt und dort, wo sie Zusammenfassungen oder Updates betreffen, im Anschluss unter Updates, Ergänzungen, Präzisierungen. Da sich die Aussagen und Argumentationen der Tragenden Gründe und der Nutzenbewertung gleichen, wird hier nur auf die ausführlichere Nutzenbewertung eingegangen.</p> <p>Update zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten</p> <p>Eine Sprachentwicklungsstörung (SES) liegt bei erheblichen zeitlichen und inhaltlichen Abweichungen nach unten von der normalen Sprachentwicklung im Kindesalter vor. Die Abweichungen können Sprachproduktion und/oder Sprachverständnis auf einer oder mehreren linguistischen Ebenen (phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantisch, morphologisch-syntaktisch, pragmatisch-kommunikativ) betreffen. Von SES abzugrenzen sind weitere, während der kindlichen Entwicklung auftretende sprachassoziierte Probleme, die keinen Krankheitscharakter haben. Solche sind umgebungsbedingte sprachliche Auffälligkeiten z. B. bei sozial deprivierten Kindern, Zwillingkindern, die viel auf sich allein gestellt sind und Kindern aus bildungsfernen sozialen Schichten, aber auch ein unzureichender Erwerb der Verkehrssprache Deutsch bei Mehrsprachigkeit (de Langen Müller et al. 2011, Neumann et al. 2008, 2009). Als umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS) wird die Teilmenge der SES bezeichnet, bei denen Komorbiditäten ausgeschlossen sind und monosymptomatisch nur die Sprachentwicklungsstörung vorliegt.</p> <p>Durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie die interdisziplinäre Sk2-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen, unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen veröffentlicht (de Langen-Müller et al. 2011, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf). Diese erst im Dezember 2011 und damit nach der Fertigstellung des IQWiG-</p>	

Abschlussberichts publizierte Leitlinie, wurde ebenfalls vom G-BA gesichtet. Sie empfiehlt im Rahmen der Diagnostik die Anamnese durch die Befragung der Eltern, die Beobachtung des Kindes und die klinische Einschätzung der sprachlichen Leistungen des Kindes. Die Bestimmung des Sprachentwicklungsstandes über verschiedene Sprachentwicklungstests und die differenzialdiagnostische Abklärung der nonverbalen Intelligenz gehören zum diagnostischen Vorgehen. Auch der Ausschluss einer Hörstörung und eine entwicklungsneurologische Untersuchung sind notwendig. Ein EEG wird nur bei ausgeprägter rezeptiver Störung, bei fehlendem Therapiefortschritt und bei Entwicklungsrückschritten gefordert.

Diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer UESS (F80.1 und 80.2) sind entsprechend dieser Leitlinie und in Anlehnung an die ICD-10 (Dilling et al. 2008):

1. Die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm des Kindes.

2. Die durch strukturierter Verhaltensbeobachtung und linguistischer Analysen erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen bedeutsam unterhalb der Fähigkeiten der Altersgruppe. (Anmerkung: Das doppelte Diskrepanzkriterium mit Einbezug des IQ wird bei Kindern im Vorschulalter der Praxis häufig nicht gerecht und daher kritisch diskutiert. Einem Kind mit einem niedrigen IQ und einer mit kognitiven Störungen assoziierten SES eine Therapie vorzuenthalten, ist im Vorschulalter nicht zu empfehlen, da bei diesen Kindern dieser Altersgruppe zumindest ein Behandlungsversuch unternommen werden sollte, auch, um späteren Vorwürfen einer „verpassten Chance“ vorzubeugen.)

3. Verwendung und Verständnis nonverbaler Kommunikation liegen innerhalb der Altersnorm.

4. Normalitätsannahme: Es fehlen neurologische, sensorische, emotionale, soziale oder körperliche Störungen, die die Sprachproblematik erklären können. Eine Intelligenzminderung (IQ <85, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) besteht nicht.

In der ICD-10 (Dilling et al. 2008) wird zusätzlich das sog. doppelte Diskrepanzkriterium zwischen den kognitiven und den sprachlichen Leistungen definiert: Bei einer UESS liegen Sprachverständnis und/oder Sprachproduktion des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus. Die Intelligenz ist zumindest durchschnittlich (IQ >84) (s. o. Kriterien 1 und 4), gleichzeitig liegen die rezeptiven/expressiven sprachlichen Leistungen 1 bis 1,5 Standardabweichungen unterhalb des nonverbalen IQ. Diskrepanzkriterien werden hinsichtlich ihres klinischen Nutzens allerdings in der Literatur als problematisch angesehen und wurden daher in den o.g. Leitlinien nicht berücksichtigt.

Reine Aussprachestörungen, die die größte Störungsgruppe unter den kindlichen Kommunikationsstörungen bilden (Broomfield & Dodd, 2004) und in der ICD-10 als Artikulationsstörungen (F80.0) bezeichnet, beinhalten sowohl phonetische als auch phonologische Störungen, isoliert oder in Kombination. Sie nehmen eine Zwischenstellung zwischen UESS und anderweitigen Defiziten im primären Spracherwerb ein, da einige dieser Störungen zu den UESS zählen, andere nicht. Isolierte phonetische Störungen, d.h. die mangelnde Fähigkeit, einen Laut altersgemäß peripher sprechmotorisch zu bilden (Artikulationsstörungen) gehören nicht zu den UESS, da sie keine gravierenden Erwerbsstörungen des Sprachsystems darstellen, sprachliche Fertigkeiten im Normbereich voraussetzen und eine andere Ätiologie, Therapierbarkeit und Prognose als UESS zeigen. Phonetische Störungen treten auch im Zusammenhang mit Komorbiditäten auf, z. B. bei Spaltbildungen und Hochtönenverlust. Bei phonologi-

schen Störungen, die immer zu den UESS zählen, ebenso bei phonetisch-phonologischen Störungen kann der Sprachlaut nicht adäquat im sprachlichen Kontext eingesetzt werden.

UESS beinhalten nach der ICD-10 auch auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS), die nicht zu den UESS gezählt werden dürfen, da sie ein eigenständiges Störungsbild darstellen. UESS können mit AVWS assoziiert sein; in diesem Falle komplizieren sich beide Störungsbilder.

Epidemiologie von Sprachentwicklungsstörungen

Die Prävalenz von UESS im Kindesalter wird für den angloamerikanischen Sprachraum nach den ICD-Kriterien mit 5% bis 7% angegeben (American Psychiatric Association's DSM-IV, 1994; Tomblin et al., 1997) und auch für den deutsche Sprachraum so erwartet, auch wenn hier uneinheitliche Angaben und Klassifikationskriterien existieren (Kiese-Himmel, 1999, 2008; von Suchodoletz, 2003). Für den angelsächsischen Sprachraum werden für Sprachentwicklungsstörungen allgemein Prävalenzen zwischen 3 % und 15 % berichtet (Canning & Lyon 1989; Thomson & Polnay 2002), am häufigsten zwischen 6 % und 8 %. Schwere Störungen sollen bei etwa 1 % der Kinder auftreten. Das Geschlechterverhältnis wird zumeist mit 1.3:1 bis 3:1 zu Ungunsten der Jungen angegeben (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders 2008; Shriberg et al. 1999; Tallal et al. 2001; Thomson & Polnay 2002, Tomblin et al. 1997). In einem systematischen Übersichtsartikel von Stromswold (1998) bewegten sich die Angaben zwischen 1.3:1 und 5.9:1.

Für Deutschland liegen zur Ermittlung der Prävalenz von SES nur lokale oder regionale Untersuchungen vor, häufig basierend auf Erhebungen aus Kindergärten und Schulen. Insgesamt werden aber in Abhängigkeit vom Erhebungsverfahren und der Definition auch hier Prävalenzen mit 6 % und 15 % angegeben (Sachse 2005; Tröster & Reineke 2007). May (1990, zit. n. Tröster & Reineke 2007, 172) fand bei 15,1 % der 4-bis 6-jährigen Sprachstörungen, darunter 13,3 % mit Artikulationsstörungen. Grimm et al. (2004) gaben für 1490 monolingual Deutsch aufwachsende Kinder eine Inzidenz von 9,7% SES und 19,8 % Verdachtskinder an.

Verlauf von Sprachentwicklungsstörungen

Sprachentwicklungsstörungen allgemein und damit auch UESS stellen ein Langzeitproblem für die Betroffenen dar (Conti-Ramsden & Botting, 1999). Sie beeinträchtigen die schulische und Gesamtentwicklung eines Kindes nachhaltig, bilden sich ohne Intervention meist nicht vollständig zurück und bedürfen einer fachspezifischen Diagnostik und Behandlung. Etwa 40-80 % der Kinder, die im Vorschulalter mit einer UESS diagnostiziert wurden, weisen auch 4-5 Jahre später noch Symptome auf (Aram & Nation, 1980; Aram et al., 1984; Kiese-Himmel, 1997; Kiese-Himmel & Kruse, 1998; Stark et al., 1984). 40% bis 75% der Kinder mit UESS haben später Probleme im Schriftspracherwerb. UESS-Symptome können den Schul- und beruflichen Werdegang negativ beeinflussen (Conti-Ramsden et al., 2008a, b; Durkin et al., 2008) und bis ins Erwachsenenalter persistieren. Restdefekte bei behandelten und unbehandelten UESS wurden bis zu 28 Jahre nach Erstdiagnose nachgewiesen (Felsenfeld et al., 1992, 1994).

Orientiert man sich an den Grenzsteinen der kindlichen Sprachentwicklung (de Langen-Müller et al. 2011) und an den seriös berichteten Prävalenzzahlen von 5-8% von UESS (s. u.), so sind die o.g. statistischen Kriterien geeignet, die mit Sprachtests ermittelten Fertigkeiten auf den einzelnen linguistischen Ebenen zu erfassen und Überdiagnose und Übertherapie zu vermeiden. Nach testkonstruktiven Kriterien erstellte Sprachtests mit belegten Gütekriterien liegen im deutschen Sprachraum in ausreichendem Maße vor. Damit bestehen Goldstandards für die meisten zu erwerbenden linguistischen Fertigkeiten (Wortschatz und Grammatik auf produktiver und rezeptiver Ebene) und bemessen sich lediglich im Bereich phonologischer Störungen vor allem an qualitativen Kriterien. Aller-

dings ist ihre strenge Anwendung im klinischen Alltag einzufordern. Eine gute Übereinstimmung zwischen Expertenbewertungen kann erreicht werden durch die Bildung eines Konsensurteils basierend auf den Testwerten streng algorithmisierter, validierter Referenztests, die testkonstruktiv geforderte Gütekriterien erfüllen, und (Video-)Audioaufnahmen sowie prävalenzbasierte Vorgaben von Grundraten (Auffälligkeitsraten) (Neumann et al. 2011, Neumann & Euler, 2009, 2010a,b).

Bewertung von Früherkennungsuntersuchungen auf Sprachentwicklungsstörungen und

Sprachentwicklungsauffälligkeiten im Kindergarten- und Vorschulalter

In der Beauftragung des IWQIG, den Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache zu bewerten, liegt eine grundlegende Schwachstelle, die maßgeblich das Ergebnis des IQWiG-Berichts und damit das oben dargestellte Fazit prägt. Ein Sprachscreening kann lediglich Sprachentwicklungsstörungen (SES) allgemein identifizieren, nicht aber umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (UESS), die eine Teilmenge der SES darstellt. UESS sind eine Ausschlussdiagnose, die erst dann gestellt werden kann, wenn sprachrelevante Komorbiditäten ausgeschlossen sind. Als solche gelten nach der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO): (a) Intelligenzminderungen (F70-F79), (b) Hörstörungen (H90-H91; F80.20), (c) andere Sinnes- und Mehrfachbehinderungen, (d) tiefgreifende Entwicklungsstörungen, z. B. Autismus (F84.0-F84.1), (e) Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.-), z. B. selektiver Mutismus (F94.0), (f) sprachentwicklungsrelevante Syndrome und (g) Störungen der motorischen Funktionen (F82.-). Die Komorbiditäten werden mit F80.9 und mit der Grund- bzw. zusätzlichen Erkrankung oder Störung kodiert (Neumann et al., 2008, 2009). Der Ausschluss dieser Komorbiditäten kann allerdings nicht Ergebnis eines Screenings sein, sondern bedarf einer dezidierten fachärztlichen Diagnostik. Oft sind Komorbiditäten nämlich nicht offensichtlich, z. B. Hörstörungen (daher beinhaltet ein logopädisches Rezeptformular auch ein Audiogramm, und jede logopädische Behandlung einer SES bedarf einer vorherigen audiometrischen Untersuchung).

Der G-BA-Auftrag hätte ein Screening auf Sprachentwicklungsstörungen allgemein beinhalten sollen. Sinnvoll wäre auch die Untersuchung eines Screenings auf Sprachentwicklungsauffälligkeiten gewesen, da dies die Fragestellung ist, die sich dem Pädiater in den Vorsorgeuntersuchungen stellt und seine Interventionsentscheidungen beeinflusst. Diese Unterscheidung in sprachlich regelrecht entwickelte und sprachlich auffällige Kinder lässt sich valide in verschiedenen deutschsprachigen Kurztests treffen: KiSS.2 (Neumann 2010a,b, 2013, (DESK 3-6, Tröster et al. 2004), HASE (Brunner & Schöler, 2002), SSV (Grimm, 2003) (Neumann et al. 2011; Neugebauer & Becker-Mrotzek et al. 2013).

Mit dem KiSS.2 steht ein in Hessen flächendeckend eingesetztes Screening zur Verfügung, das im Alter der U8 mit hohen Validitätswerten zwischen (a) sprachlich normal entwickelten Kindern, (b) Kindern mit umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten (mangelhafte Sprachanregung oder Kinder mit Migrationshintergrund und unzureichendem Erwerb der Verkehrssprache Deutsch) und (c) Kindern mit Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung trennt. Hierzu liegen belastbare Daten und Vierfeldertafeln vor (Neumann 2013, Mrowinski et al. 2013). Kinder der Gruppe (b) benötigen eine pädagogische Sprachförderung, Kinder der Gruppe (c) eine umfängliche Sprachentwicklungsdiagnostik und bei Bestätigung der Verdachtsdiagnose eine medizinische Intervention. Ein solches

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

<p>Screening würde in der Altersklasse, in der die meisten Sprachtherapien verordnet werden, dem Pädiater in der Vorsorgeuntersuchung als wertvolle Entscheidungshilfe dienen. Er muss diese Entscheidung ansonsten ohnehin treffen, ungeachtet all der vom IQWiG-Bericht aufgeführten unsicheren Parameter, was zur Verunsicherung vieler Pädiater und zu Überdiagnose und Übertherapie führt.</p> <p>Für die anderen oben genannten Verfahren müsste die Trennung zwischen Gruppen (b) und (c) entweder durch den Einsatz weiterer Tests getroffen werden, oder eine Zuweisung zur medizinischen Abklärung müsste nach nicht eingetretenem Sprachfördererfolg erfolgen.</p>	
---	--

454

Zeilennummer zum kommentierten Text	Stellungnehmer DGPP
59	Alternativvorschlag zum gesamten Absatz: „Orientiert man sich allerdings an den Grenzsteinen der kindlichen Sprachentwicklung (de Langen-Müller et al. 2011) und an den seriös berichteten Prävalenzzahlen von 5-8% von UESS, so sind die o.g. statistischen Kriterien geeignet, die mit Sprachtests ermittelten Fertigkeiten auf den einzelnen linguistischen Ebenen zu erfassen und Überdiagnose und Übertherapie zu vermeiden. Nach testkonstruktiven Kriterien erstellte Sprachtests mit belegten Gütekriterien liegen im deutschen Sprachraum in ausreichendem Maße vor. Damit bestehen Goldstandards für die meisten zu erwerbenden linguistischen Fertigkeiten (Wortschatz, und Grammatik auf produktiver und rezeptiver Ebene) und bemessen sich lediglich im Bereich phonologischer Störungen vor allem an qualitativen Kriterien. Allerdings ist ihre strenge Anwendung im klinischen Alltag einzufordern.“
62-64	Das ist so nicht richtig. Für jede linguistische Ebene existieren altersbezogene Goldstandards in Form gut validierter Tests (Grammatik, Aussprache, Lauteinsatz, Sprachverständnis, Wortschatz).
65-68	Hier wird sich wahrscheinlich auf die Studien von Records und Tomblin (1994) sowie Neumann et al. (2011) bezogen. Es konnte aber ebenso gut nachgewiesen werden, dass eine Schulung von Sprachdiagnostikern/-Therapeuten im Sinne einer standardisierten Urteilsbildung die Übereinstimmung der Urteile gravierend verbessern kann (Neumann & Euler 2010).
72-78	Auch diese Aussage wirkt tendenziös: in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gelingt eine solche Diagnose ausreichend differenzierend.
78	Auch das ist so nicht richtig. Es gibt mehrere Möglichkeiten, auch ohne Muttersprachkenntnisse den Sprachentwicklungsstand eines Kindes ausreichend interventionssicher zu beurteilen, z. B. durch Testung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses oder weiterer phonetisch-phonologischer Leistungen im Vergleich zu anderen, z.B. Grammatikleistungen.
111-112	Das stimmt so nicht. S. dazu die Passagen zur Definition und zur Epidemiologie im Abschnitt „Updates, Ergänzungen, Präzisierungen“.

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

115-117	Auch das entspricht nicht modernem Fachwissen, Die Ätiologie ist ziemlich klar. S. dazu die entsprechenden Passagen im Abschnitt „Updates, Ergänzungen, Präzisierungen“.
125-128	Einerseits kann durch die Identifikation von Risikokindern durch eine frühe Intervention wie das Heidelberger Elterntaining hier ein Teil späterer Therapiefälle vermieden werden. Andererseits werden die meisten Sprachstandsscreenings in Deutschland auch zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt. Die in einigen Bundesländern etablierten Screenings finden zwischen 4. und 5. Geburtstag statt. Warum wird die U8 nicht erwähnt?
210	Besser: "Durch eine angemessen frühe..." Denn es gibt kaum medizinische Interventionsmöglichkeiten im sehr frühen Alter.
318-319	bitte nach „Deutschland“ einfügen: „dem IQWiG-Bericht zufolge“.
336-344	Das KiSS.2 hatte nicht die Auffindung umschriebener Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sondern von Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache allgemein zum Ziel, der diesbezüglich einzig sinnvollen Zielstellung. Insofern traf es die Zielkriterien des IQWiG-Berichts nicht; seine Validität bezüglich seiner Fragestellung wurde aber als hoch und als (gemeinsam) mit anderen Verfahren) höchste der im deutschen Sprachraum gebräuchlichen Sprachstandsscreenings eingestuft (Neugebauer & Becker-Mrotzek et al. 2013).
353	Diesen Passus halten wir für verzerrend: Auch in flächendeckenden Sprachscreenings (wir verstehen den Bezug zu "allgemeinen Sprachwissenschaften hier nicht") geht es nicht um die Abbildung des Sprachniveaus eines Kindes "per se", sondern um die Identifikation einer Interventionsnotwendigkeit. Alles andere würde, WHO-Kriterien zufolge, ein Screening nicht rechtfertigen. Es bleibt dabei: auf eine Sprachentwicklungsstörung kann man screenen, auf eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung nicht, denn diese ist in der Tat eine Ausschlussdiagnose.
389	Bitte „derzeit“ ersetzen durch „entsprechend dem IQWiG-Bericht zum Zeitpunkt seiner Abfassung“ und „fehlen“ durch „fehlten“.
395	Das alleinige Gründen eines Verdachts auf die Anamnese ist eben die ungenaueste Art, Sprachentwicklungsstörungen zu identifizieren. Beispielsweise ist in den interdisziplinären AWMF Leitlinien zu Sprachentwicklungsstörungen aufgeführt, dass sich Eltern oder andere Bezugspersonen regelmäßig über das Sprachverständnis von Kindern täuschen und dass dieses nur durch dezierte Tests ermittelt werden kann. Ausgerechnet perzeptive Sprachentwicklungsstörungen sind aber die schwersten und hartnäckigsten.
470-473	Bitte einfügen: „entsprechend dem IQWiG-Bericht“
476	Bitte einfügen: „dem Bericht zufolge“.
484-491	Mit diesem Passus kann sich unsere Fachgesellschaft nicht einverstanden erklären. Sicher ist eine Anamnese sinnvoll. Es gibt ausreichend valide Sprachscreenings in Deutschland und einen Nachweis ihrer Güte (Neugebauer & Becker-Mrotzek et al. 2013). Diese Nutzenbewertung erscheint tendenziös. Sie soll aussagen: Die Natur von Sprachentwicklungsstörungen ist nicht recht klar, die Prävalenz ist es auch nicht. Es gibt keine scharfe Definition,

	diagnostizieren kann man sie auch nicht sicher und die Wirksamkeit einer Therapie ist nicht belegt. Bei diesem Fazit verwundert es doch sehr, warum die Krankenkassen dann überhaupt Sprachdiagnostik und –therapie in überbordendem Ausmaß bezahlen.
--	---

455

456 8. Gesamtbewertung

457

458 Der Beschlussfassung des G-BA soll gemäß 2. Kapitel § 13 VerfO ein umfassender Abwä-
459 gungsprozess vorausgehen, der unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse,
460 erfolgt. Grundlage für diesen umfassenden Abwägungsprozess waren der IQWiG Ab-
461 schlussbericht „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des
462 Sprechens und der Sprache“ vom 17.06.2009 und das IQWiG Arbeitspapier vom 10.01.2011
463 zur Bewertung der KiSS.2-Studie.

464 In Ermangelung einer Screeningstudie mit Fokus auf Kinder mit umschriebenen Sprachent-
465 wicklungsstörungen hat das IQWiG versucht, aus der Zusammenführung der Ergebnisse aus
466 Diagnose- und Behandlungsstudien abzuleiten, ob die notwendigen Voraussetzungen für ein
467 Screeningprogramm erfüllt sind. Es liegen Hinweise auf kurzfristige positive Effekte durch
468 Sprachtherapien vor, die langfristigen Ziele sind jedoch kaum untersucht, ebenso wie mög-
469 licherweise vorhandene unerwünschte Behandlungsfolgen. Belege dafür, dass eine Therapie
470 bei jüngeren Kindern effektiver ist als bei älteren, liegen nicht vor. Gleichzeitig sind für die
471 deutschsprachigen diagnostischen Instrumente gegenwärtig keine verlässlichen Gütekrite-
472 rien berichtet, die eine Entdeckung von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstö-
473 rungen in der Gesamtbevölkerung erlauben. Damit fehlen in Deutschland derzeit wesentliche
474 methodische Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen.

475 Der Deutsche Bundesverband der Logopädie e.V. hat in seiner Stellungnahme ausführlich
476 erläutert, dass zwischen der U7 (21.-24. Lebensmonat) und der U8 (43.-48. Lebensmonat)
477 ein Zeitraum von 24 Monaten liegt, in dem wichtige, unterscheidbare Fortschritte der Spra-
478 chentwicklung zu beobachten sind (Wortschatz, grammatische Entwicklung, Lautentwick-
479 lung, Sprachverstehen, Gesprächs- und Erzählfähigkeiten). Um Abweichungen von diesen
480 Entwicklungsschritten erkennen zu können wurde empfohlen, eine Vorsorgeuntersuchung
481 um den dritten Geburtstag herum mit dem Schwerpunkt Sprachentwicklung einzuführen. Mit
482 Einführung der U7a 2008 wurde die geforderte zusätzliche Untersuchung in dem für die
483 Sprache relevanten Alter geschaffen.

484 Die Einführung eines Screenings auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens
485 und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr kann derzeit nicht empfohlen
486 werden. Es wird stattdessen empfohlen, im Rahmen der Überarbeitung der einzelnen Vor-
487 sorgeuntersuchungen (U2-9) zu prüfen, inwieweit eine Anpassung der bereits bei der U2 bis
488 zur U9 vorgesehenen Fragen zu Entwicklungszielen für den Bereich Sprache und Sprechen
489 erforderlich ist.

490

491

492 **9. Anhang**

493 **9.1 Wesentliche Inhalte der Stellungnahmen zum Thema Screening auf Störungen**
494 **des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum 6. Lebensjahr**
495

496 Da bei der Veröffentlichung des Beratungsthemas keine Einschränkung auf bestimmte Ziel-
497 erkrankungen erfolgte, konnten die Stellungnehmenden unter Teil B des Fragenkatalogs für
498 sie relevante Maßnahmen und Zielerkrankungen benennen. Von den 16 Stellungnahmen
499 thematisieren 2 Stellungnahmen (Nr. 6 Deutscher Bundesverband der Logopädie e.V. und
500 Nr. 7 Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.) das Thema Screening auf
501 Störungen des Sprechens und der Sprache.

Fragenkatalog	Instituti- on	Antwort	Literatur- hinweise	Anmerkungen
Es soll sich um eine Krankheit handeln, die wirksam behandelt werden kann.				
1. Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)	DAKJ	eindeutige expressive Sprachentwicklungsstörungen und phonologische Aussprachestörung (F80.0 und F80.1) Prävalenz bei 2-jährigen Kinder: mind. 8% Prävalenz ab dem 5. Lj. mind. 4%	Grimm 2003	Es ist unklar in welchem Land diese Prävalenzen ermittelt wurden.
	dbl	Sprachenentwicklungsstörungen subsumieren verschiedene Störungsbilder: <ul style="list-style-type: none"> • Artikulationsstörungen • Redeflussstörungen (Stottern, Poltern) • Dysarthrien • linguistisch beschreibbare Sprachentwicklungsstörungen (umschriebene oder komplexe Störungen) Es liegen für den	Bode 2001 Amorosa & Noetredaeme 2003 Kiese-Himmel 1999 Heinemann 1997	

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
		<p>deutschsprachigen Raum sehr uneinheitliche Zahlen vor, die auf unterschiedliche Altersstufen und unterschiedliche Störungsbilder zurückzuführen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3½ - 4-jährige Kinder: 12,5% haben eine mittel-bis hochgradige Sprachentwicklungsstörung • ca. 4 Jahren: 17,1% echte Sprachentwicklungsverzögerung • ohne Altersangabe: Prävalenz zwischen 1% und 18% 		
<p>2. Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?</p>	<p>DAKJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss bzw. Behandlung einer Hörstörung • Logopädische Therapie • Elternberatung und -anleitung • regelmäßige Dokumentation der Sprachentwicklung 	<p>Grimm 2003 Straßburg et al. 2003 Suchodoletz 2002</p>	
	<p>dbl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • logopädische Behandlung gemäß Leitlinie (AWMF) • Aussagen zur differentiellen Wirksamkeit der verschiedenen Methoden sind z. Zt. nicht möglich • Angaben zur Effektivität der Behandlung gibt es in der zitierten Literatur • Einflussvariablen bezüglich Thera- 	<p>Kiese-Himmel 1999 Sommers 1992 Law et al. 1998 Mclean u. Cripe 1997 Bode und Storck 1997 Friedman und Friedmann 1980 Barratt et al.</p>	

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
		<p>pieerfolg (Alter Schweregrad, Behandlungsintensität und evtl. familiäres Umfeld)</p>	1992	
<p>3. Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?</p>	DAKJ	<p>Im Alter von 5 Jahren haben 50% der mit zwei Jahren sprachauffälligen Kinder noch eine Sprachentwicklungsstörung mit relevanten Störungen schulischer Fertigkeiten</p> <p>Verweis auf das Bielefelder Screening (BISC) zur Erkennung von Risikokindern im Alter zwischen 4-5 Jahren.</p>	<p>Grimm 2003 Schneider et al. 2000a Schneider et al 2000b</p>	
	dbl	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachentwicklung ist ein komplexes Entwicklungsgeschehen, für das es bisher keine einheitliche und bereichsübergreifende Erwerbstheorie gibt. • Sprachentwicklungsprozesse beginnen in den ersten beiden Lebensjahren (sog. bootstrapping-Prozesse) • spätere manifeste Störungen lassen sich auf frühe Störungen zurückführen • finden frühe Sprachentwicklungsprozesse nicht im physiologischen Zeitfenster statt, kommt es zu Kompensationsprozessen und irreparablen Ab- 	<p>Grimm 1995 Morgan & Demuth 1996 Penner 2004 Juszyk 1997 Höhle& Weissenborn 1999 Penner 2002 Penner et al. 1999 Kiese-Himmel 1999 Tigges-Zuzok et al. 2003 Penner 2003 Schakib-Ekbatan und Schöler 1995</p>	

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
		<p>weichungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • derzeit werden Sprachentwicklungsstörungen meist in den letzten beiden Jahren vor der Einschulung behandelt • je später behandelt wird, desto größer sind bereits irreparable Kompensationen und desto geringer sind die Therapieeffekte 		
<p>4. Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?</p>	<p>DAKJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Ausgrenzung • Schulprobleme • Jugendliche kommen mit dem Gesetz in Konflikt • höhere Rate an Arbeitslosigkeit 	<p>von Kries 2005 Suchodoletz 2002 Warnke (keine Jahreszahl angegeben)</p>	<p>Die Kausalität zwischen Sprachentwicklungsstörung und diesen Folgen wird nicht näher erläutert.</p>
	<p>dbl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Störungen der Sprachentwicklung können als sekundäre Probleme Verhaltensauffälligkeiten, psychische Störungen und Schulversagen nach sich ziehen • sog. Schereneffekt, als zunehmende Abweichung der Sprachentwicklung vom physiologischen Entwicklungsverlauf 	<p>Beitchman et al. 1996</p>	
<p>5. Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?</p>	<p>DAKJ</p>	<p>Früherkennungsuntersuchung am Ende des zweiten, dritten, vierten und fünften Lebensjahr → frühzeiti-</p>	<p>Jahn 2005 Melchers 2003</p>	

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
		ge Entdeckung von Sprachentwicklungsstörungen und Behandlung zur Vermeidung von Lern- und Verhaltensstörungen		
	dbl	<ul style="list-style-type: none"> • Abweichungen vom physiologischen Verlauf der Sprachentwicklung sollen früher erkannt werden • Vermeidung von kumulativen Effekte der Störung • Vermeidung von Sekundärproblemen 		
Vor- oder Frühstadien sollen durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sein.				
6. Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?	DAKJ	Vor- und Frühstadien einer persistierenden expressiven Sprachentwicklungsstörung und die daraus folgenden Sprachentwicklungsstörungen sind am dem 2. Lj. erfassbar.	Jahn 2005 Melchers 2003	
	dbl	Verweis auf den Anhang (Darstellung der Spachentwicklung)		
7. Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen	DAKJ	Ende 2. Lj. (U7): gezielte Anamnesefragen und Kurzfassung des ELFRA 2-Tests (Sensitivität von 90% durch große Feldstudien nachgewiesen) Untersuchung ist vom basalen Sprachverständnis der Eltern abhängig Ende 3. und 4. Lj.	Grimm 2003 Jahn 2005 Leonard 1998 Penner 1999 Penner 2002	

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
<p>empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/ Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.</p>		<p>können bessere Aussagen über die Sprachentwicklung gemacht werden, jedoch ist dann die therapeutische Beeinflussbarkeit geringer</p>		
	<p>dbl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • U6: ELFRA 1 (Beratung der Eltern) • U7: ELFRA 2 (umfassende Sprachdiagnostik) • U7 ½ (neu einführen): Erfassung der Wortschatzerweiterung, Einschätzung der Fortschritte der grammatischen Entwicklung und der Lautentwicklung <p>Für ELFRA 1 gibt es eine Bewertung der Reliabilität (Alpha-Koeffizient von Cronbach liegt für verschiedene Unterbereiche zwischen .59 -.99) und Validität (vergl. mit der Bayles Scales), die signifikante und hochsignifikante Korrelationen für differentialdiagnostische und prädiktive Validität zeigt.</p>	<p>Grimm und Doil 2000</p>	
<p>8. Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich</p>	<p>DAKJ</p>	<p>Feldstudien dokumentieren Verbesserung der Prognose dieser Kinder durch konsequente Fördermaßnahmen ab dem 2. LJ.</p>	<p>Grimm 2003 Jahn 2005 Leonard 1998 Penner 1999</p>	

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
dieser Nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität).		u. U. bis zum 6. Lj.	Penner 2002	
	dbl	<p>Verlaufsbeobachtungen zum Erkennen von falsch positiven Befunden und Vermeidung von überflüssigen Behandlungen</p> <p>Der Nutzen lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten zum heutigen Zeitpunkt nicht quantifizieren.</p>		
9. Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?	DAKJ	<p>Zu hohe Zahl falsch positiver Befunde zwischen dem 2. und 4. Lj., da bei 50% der primär sprachauffälligen Kinder eine spontane Normalisierungstendenz vorliegt.</p> <p>Die Konsequenzen sind jedoch nicht schwerwiegend, da nur eine Elternanleitung und Kontrolluntersuchungen in kurzen Abständen erfolgt.</p>	<p>Bode; keine Jahreszahl angegeben nur Internetadressen: www.dgspj.de; www.uni-duessel-dorf/www/awmF/</p>	
	dbl	Keine Belastung für das Kind, da es sich um eine nicht invasive spielerische Abklärung handelt.		
Die Krankheitszeichen sollen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.				
10. Vorgehen bei auffäl-	DAKJ	isolierte Sprachent-	Altöttinger	

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
<p>ligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchung möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.</p>		<p>wicklungsstörung nach dem 2. Lj. bei sonst normaler Entwicklung: Elternanleitung und Kontrolluntersuchungen</p> <p>bei zusätzlichen Auffälligkeiten wie z. B. Motorik: Prozessdiagnostik in qualifizierten Untersuchungseinrichtungen (bei 70% der Kinder ist eine Klärung der Ursache möglich)</p>	<p>Papier 2003 von Kries et al. 2005</p>	
	<p>dbl</p>	<p>Bei Ausbleiben der schnellen Wortschatzerweiterung und fehlender und/oder zögerlicher grammatischer Entwicklung: SETK-3-5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innere Konsistenz der Untertests beträgt zwischen .62 und .89. • Sprachliche Entwicklungsschritte werden sensitiv abgebildet. • Differenzierungsfähigkeit und prognostische Validität sind belegt. 	<p>Grimm 2001</p>	
<p>11. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?</p>	<p>DAKJ</p>	<p>Für die Diagnostik von Kindern mit schwerwiegenden Sprachentwicklungsstörungen, die keine Besserungstendenz zeigen, ist eine interdisziplinäre Behandlung durch Ärzte</p>	<p>Altöttinger Papier 2003</p>	<p>Keine nähere Erläuterung, was eine mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie ist.</p>

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
		Psychologen und Logopäden im Sinne der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie als Goldstandard anzusehen.		
	dbl	Normen (T-Werte, Prozentränge) für verschiedene Altersgruppen		
Genügend Ärzte und Einrichtungen sollen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.				
12. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennungsuntersuchung vom 2.Lj - 4. Lj. bei Ärzten der Kinder- und Jugendmedizin • weitere Abklärung in Spezialpraxen, Instituts-Ambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren 		Keine Angaben dazu, ob diese Einrichtungen ausreichend sind.
	dbl	Ja.		Keine weitere Angaben, Zahlen etc.
13. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?	DAKJ	Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung und ELFRA-2-Kurztest kann durch einen Arzt der Kinder- und Jugendmedizin erfolgen.		Hier werden keine Qualitätsvorgaben genannt.

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
	dbl	Multidisziplinäres Vorgehen wird empfohlen zur besseren Bewertung des intra-individuellen Verlaufs und Einschätzung der benachbarten Entwicklungsbereiche.		
14. Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)?	DAKJ	Beurteilung der Sprachentwicklung am Ende des 2., 3 und 4.Lj. sowie zwischen dem 5. und 6.Lj.		
	dbl	Wie das bisherige Verfahren		
Einschätzung der Wirtschaftlichkeit:				
15. Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nicht-ärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?	DAKJ	Anamneseerhebung und Untersuchung sollte durch den Arzt erfolgen ELFRATest kann durch nichtärztliche Mitarbeiter erfolgen		
	dbl	ELFRA 1 oder 2: 20 Min. SETK-3-5: max. 30 Min. Durchführung und Auswertung kann an Fachleute (Logopäden) delegiert werden.		
16. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungs-	DAKJ	Hierzu können keine Aussagen gemacht werden		

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
untersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?				
	dbl			Wurde nicht beantwortet.
17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?	DAKJ			Wurde nicht beantwortet.
	dbl			Wurde nicht beantwortet.
18. Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?	DAKJ	Ohne Früherkennung und -behandlung verschlechtert sich insbesondere die Situation von Kindern aus sozialen Randgruppen.		
	dbl			Wurde nicht beantwortet.
<p>Offenlegung von Interessen:</p> <p>Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie Angaben zu Interessen Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.</p>	DAKJ	<p>Prof. Dr. med. Hans Michael Straßburg ist Vorstandsmitglied der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.;</p> <p>Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. sowie</p> <p>Mitglied der Ad-hoc Kommission Vorsorge und Früherkennungs-</p>		

Anlage 1 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
		programm der DAKJ.		
	dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. Dr. Monika Rausch, unter Mitarbeit von Katrin Kolfenbach		Wurde nicht beantwortet.
<p>Schlussbemerkung</p> <p>Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden und die Sie darstellen möchten?</p> <p>Bitte ergänzen Sie Ihre Stellungnahme obligat durch eine Liste der zitierten Literatur und eine Liste der Anlagen.</p>	DAKJ			Wurde nicht beantwortet.
	dbl			Wurde nicht beantwortet.

502

503 Entsprechend seiner Vielseitigkeit und Komplexität wurde das Thema „Entwicklungsstörungen
504 des Sprechens und der Sprache“ auch in Stellungnahmen anderer Interessensvertreter
505 (BPTK - Bundespsychotherapeutenkammer, BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-
506 klärung, BVL - Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., DSB – Deutscher Schwer-
507 hörigenbund e.V., Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen Landesverband Bayern
508 e.V.) erwähnt, ohne dass direkt auf die Fragestellungen eingegangen wurde.

9.2 Literatur

American Psychiatric Association. (1994). American Psychiatric Association's DSM-IV: Diagnostic and statistical manual (4. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Aram, D. M. & Nation, J. E. (1980). Preschool language disorders and subsequent language and academic difficulties. *Journal of Communication Disorders*, 13, 159–170.

Broomfield, J. & Dodd, B. (2004). Children with speech and language disability: caseload characteristics. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 303–324.

Felsenfeld, S., Broen, P. A. & McGue, M. (1994). A 28-year follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: educational and occupational results. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1341–1353.

Neumann, K. & Euler, H. A. (2009) Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2008. Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main.

Neumann, K. & Euler, H. A. (2010) Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2009. Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main.

Neumann K, Keilmann A, Rosenfeld J, Schönweiler R, Zaretsky Y, Kiese-Himmel C (2009) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern (gekürzte Fassung). *Kindheit und Entwicklung*, 18, 222-231.

Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245–1260.

IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 57

**Früherkennungsuntersuchung
auf umschriebene
Entwicklungsstörungen des
Sprechens und der Sprache**

Abschlussbericht

Auftrag S06-01
Version 1.0
Stand: 17.06.2009

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

19.12.2006

Interne Auftragsnummer:

S06-01

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27

51105 Köln

Tel.: 0221/35685-0

Fax: 0221/35685-1

Berichte@iqwig.de

www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung externer Sachverständiger erstellt. Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Nr. 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von jedem der Sachverständigen ein ausgefülltes Formular „Darlegung potenzieller Interessenkonflikte“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben der externen Sachverständigen und der externen Reviewerin zu potenziellen Interessenkonflikten sind in Anhang I dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Externe Sachverständige, an der Berichterstellung unmittelbar beteiligt:

- Dr. Markus Bönte, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- Prof. Dr. Markus Hess, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- Dr. Jürgen Kasper, Universität Hamburg, Hamburg
- Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- Delia Möller, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- Dr. Stefan Nickel, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Externes Review des Vorberichts:

- Dr. Petra Schnell-Inderst, Universität Duisburg-Essen, Essen

Kurzfassung

Fragestellung

Hauptziel der vorliegenden Untersuchung ist die Nutzenbewertung einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS) für Kinder bis zum 6. Lebensjahr im Sinne eines universellen Sprachscreenings hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele. Durch eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung sollen Entwicklungsbeeinträchtigungen eines Kindes und deren möglicherweise lebenslange Konsequenzen vermieden oder zumindest vermindert werden.

Methode

Der vorliegende Bericht untersuchte die Fragestellung nach einem absteigend hierarchischen Vorgehen: Die größte Aussagekraft bezüglich der Fragestellung sollten Studien liefern, die die gesamte Screeningkette überprüften und so am besten die Frage nach dem Nutzen eines universellen Sprachscreenings beantworten könnten. Sollten hier keine klaren Belege ersichtlich sein, so könnte gegebenenfalls auch als Beleg für die Effektivität des Screenings gelten, wenn geeignete deutschsprachige Instrumente zur Diagnose von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen zur Verfügung stünden und hinreichende Evidenz für den Nutzen der Sprachtherapie generell sowie für den Nutzen einer frühzeitigen im Vergleich zu einer spät(er)en Behandlung bestünde.

Zur Beantwortung der Teilfragestellung „Screening“ sollten randomisierte oder nicht randomisierte Studien mit adäquaten Maßnahmen zur Vermeidung von Selektionsprozessen einbezogen werden, in denen ein universelles mit einem Vorgehen ohne Screening verglichen wurde oder ein Vergleich unterschiedlich intensiver Screeningstrategien erfolgte. Der Diagnosteteil befasste sich ausschließlich mit der Güte der Sprachentwicklungstests. Betrachtet werden sollten Studien mit Kindern aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Vorschulkinder), in denen vollständige Vierfeldertafeln für die diagnostische bzw. prognostische Güte bezüglich der Entdeckung von UESS vorlagen oder ableitbar waren.

Bezüglich der Behandlungsstudien wurde die Art der Behandlungsmaßnahme nicht weiter eingeschränkt. Es wurde nach randomisierten und nicht randomisierten Studien recherchiert. Zur Bewertung des Nutzens einer früh(er)en Behandlung wurden direkte Vergleiche (innerhalb einer Studie) sowie auch indirekte Vergleiche (zwischen unterschiedlichen Studien) betrachtet. Es wurden Zielgrößen herangezogen, die eine Beurteilung patientenrelevanter Therapieziele ermöglichen, wie gesundheitsbezogene Lebensqualität, Sprachentwicklung (z. B. Entwicklung einer normgerechten Sprache, Erwerb und Beherrschung der Schriftsprache, Sprechfreude), psychosoziale Entwicklung (z. B. kommunikative Fähigkeiten, soziale Integration, Selbstkonzeptentwicklung), emotionale

Entwicklung (z. B. Verhaltensauffälligkeiten), kognitive und bildungsrelevante Entwicklung (z. B. schulisches Leistungsvermögen, Beschulungsmodus / Schulplatzierung, Ausbildungsmöglichkeiten), Screening- / Diagnoseebenenwirkungen (z. B. durch falsch positive / falsch negative Testergebnisse, Überdiagnose oder Labeling).

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in elektronischen Datenbanken (u. a. MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane-Datenbanken) und erfasste den Zeitraum bis Mai 2008. Darüber hinaus wurden Literaturverzeichnisse systematischer Übersichten und HTA-Berichte, die Referenzen aus Stellungnahmen zum Fragenkatalog des G-BA sowie aus Stellungnahmeverfahren zum vorläufigen Berichtsplan und zum Vorbericht durchsucht und eine Handsuche in relevanten Zeitschriften durchgeführt. Das Literaturscreening wurde von mindestens 2 Gutachtern unabhängig voneinander durchgeführt. Das vorab festgelegte methodische Vorgehen (Berichtsplan) und die vorläufige Nutzenbewertung des IQWiG (Vorbericht) wurden im Internet veröffentlicht und zur Stellungnahme freigegeben. Sofern sich Änderungen aus unklaren Aspekten der Stellungnahmen ergaben, wurde dies im vorliegenden Bericht vermerkt. Wesentliche unklare Aspekte bezüglich der Stellungnahmen zum Vorbericht wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung diskutiert. Im Anschluss erfolgte die Erstellung des Abschlussberichts.

Ergebnisse

Screening

Es wurde lediglich 1 vergleichende Studie identifiziert, die den Nutzen eines universellen Sprachscreenings in einem Cluster-randomisierten Design untersuchte. In dieser Studie wurden jedoch die Ergebnisse für die Gruppe der Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen nicht gesondert ausgewiesen. Somit konnten aus dieser Studie keine Rückschlüsse auf den Nutzen einer solchen Screeningmaßnahme im Sinne der Fragestellung des vorliegenden Berichts gezogen werden.

Diagnose

Keine der identifizierten diagnostischen Studien erfüllte alle Einschlusskriterien des Berichts. Insbesondere lagen für kein Instrument belastbare Daten zur diagnostischen Güte bezüglich umschriebener Sprachentwicklungsstörungen vor. Unter den 17 Tests, für die eine Validierung mit einem Referenztest publiziert ist, gibt es bisher keinen, für den die diagnostische Güte, bezogen auf UESS, hinreichend untersucht ist und eine vollständige und valide Vierfeldertafel vorliegt oder ableitbar wäre.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass belastbare Aussagen über die Eignung vorliegender deutschsprachiger Tests zur Identifikation von UESS auf Basis bisher vorhandener Evidenz nicht getroffen werden können.

Behandlung

Für die Bewertung des Nutzens sprachtherapeutischer Intervention bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen wurde ein Pool von insgesamt 57 Studien identifiziert. Zur Beantwortung der Frage nach dem generellen Nutzen entsprechender Behandlungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen wurden 16 randomisierte Studien in die Nutzenbewertung aufgenommen, in denen die Behandlung mit keiner bzw. mit einer Sham-Behandlung verglichen wurde. Bis auf wenige Ausnahmen ist deren Aussagekraft durch ein hohes Risiko für Verzerrungen limitiert. Insgesamt liefern die Studien Hinweise auf kurzfristige positive Effekte durch Sprachtherapien. Die langfristigen Ziele sind jedoch kaum untersucht, ebenso wie möglicherweise vorhandene unerwünschte Behandlungsfolgen. Für die Frage, ob ein früherer Behandlungsbeginn mit einem größeren Nutzen einhergeht als ein späterer, wurden 3 Studien (1 randomisiert, 2 nicht randomisiert) mit direkten Vergleichen betrachtet; diese ließen jedoch aufgrund der Art der durchgeführten Vergleiche keine Beurteilung des Nutzens einer früheren im Vergleich zu einer späteren Therapie zu. Deswegen wurde zusätzlich geprüft, ob sich aus indirekten Vergleichen zwischen verschiedenen Studien ein Vorteil für einen früheren Behandlungsbeginn ableiten lässt. Diese indirekten Vergleiche erwiesen sich jedoch als methodisch nicht belastbar und lieferten keine Belege für den Nutzen einer früheren Intervention. Die Frage nach dem Nutzen eines früheren Behandlungsbeginns kann damit nicht beantwortet werden.

Fazit

Ein frühes Sprachscreening hat zum Ziel, eine Gruppe von Kindern zu identifizieren, die ein besonders hohes Risiko für Schwierigkeiten in der Schulausbildung sowie für Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich aufweist. Wenn nach einer frühen Erkennung dann wirksame Interventionen eingesetzt würden, könnten diese Risiken verringert werden. Derzeit ist der Nutzen einer solchen Früherkennungsuntersuchung für die Gruppe der Kinder mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung nicht belegt. Das bedeutet nicht, dass es sicher keinen Nutzen für diese Gruppe gibt.

In Ermangelung einer Screeningstudie mit Fokus auf Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen wurde im vorliegenden Bericht versucht, aus der Zusammenführung der Ergebnisse aus Diagnose- und Behandlungsstudien abzuleiten, ob notwendige Voraussetzungen für ein Screeningprogramm erfüllt sind.

Diese Ableitung setzt voraus, dass zum Ersten belegt ist, dass die zeitlich vorverlagerte Behandlung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (im Vorschulalter) der Behandlung im Schulalter überlegen ist. Zum Zweiten müsste gezeigt sein, dass die Kinder, für die eine Behandlung indiziert ist, mit ausreichender Zuverlässigkeit vor dem Schulalter diagnostiziert werden können. Darüber hinaus dürften drittens nicht zu viele Kinder fälschlicherweise als behandlungsbedürftig eingestuft werden, damit der potenzielle Schaden, der durch falsche Diagnosen entstehen kann, nicht den möglichen Nutzen überwiegt. Zwar

liegen Hinweise auf kurzfristige positive Effekte durch Sprachtherapien vor, die langfristigen Ziele sind jedoch kaum untersucht, ebenso wie möglicherweise vorhandene unerwünschte Behandlungsfolgen. Belege dafür, dass eine Therapie bei jüngeren Kindern einen höheren Nutzen hat als bei älteren, liegen nicht vor. Gleichzeitig sind für die deutschsprachigen diagnostischen Instrumente gegenwärtig keine verlässlichen Gütekriterien berichtet, die eine Entdeckung von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen in der Gesamtbevölkerung erlauben. Diese Validierung der Instrumente ist auch nötig, um den mit einem Sprachscreening verbundenen Aufwand abschätzen zu können, also unter anderem zur Klärung der Frage, mit welcher Zahl von Abklärungsuntersuchungen und Behandlungen in Deutschland zu rechnen wäre.

Damit fehlen in Deutschland derzeit wesentliche methodische Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Sofern die methodischen Grundlagen geschaffen werden, eröffnen sie die Möglichkeit, den potenziellen Nutzen und potenziellen Schaden eines Screenings im Rahmen einer vergleichenden Studie zu untersuchen. Dabei könnten dann die Effekte eines standardisierten Screenings mit dem bisherigen Vorgehen im Rahmen der Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) verglichen werden.

Schlagwörter: spezifische Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache, Sprachscreening, systematische Übersicht

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzfassung	iii
Tabellenverzeichnis	xi
Abbildungsverzeichnis	xiii
Abkürzungsverzeichnis.....	xiv
1 Hintergrund	1
2 Ziele der Untersuchung	6
3 Projektablauf	8
3.1 Verlauf des Projekts.....	8
3.2 Zusammenfassung der Änderungen im Vergleich zum Vorbericht.....	9
4 Methoden	10
4.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung	10
4.1.1 Population.....	10
4.1.2 Intervention und Vergleichsbehandlung	10
4.1.3 Zielgrößen	11
4.1.4 Studientypen.....	12
4.1.5 Sonstige Studiencharakteristika	13
4.1.6 Ein- / Ausschlusskriterien	13
4.2 Informationsbeschaffung.....	14
4.2.1 Literaturrecherche	14
4.2.2 Suche nach weiteren publizierten und nicht publizierten Studien	15
4.2.3 Identifizierung relevanter Studien.....	15
4.2.4 Suche nach zusätzlichen Informationen zu relevanten Studien	16
4.2.5 Informationen aus der Anhörung zum Vorbericht	16
4.3 Informationsbewertung	16
4.4 Informationssynthese und -analyse	17
4.4.1 Charakterisierung der Studien.....	17
4.4.2 Gegenüberstellung der Ergebnisse in den Einzelstudien	18
4.4.3 Meta-Analyse	18
4.4.4 Sensitivitätsanalysen	18

4.4.5	Subgruppenanalysen.....	18
4.5	Änderungen im Vergleich zum Berichtsplan.....	18
4.5.1	Änderungen während der Erstellung des Vorberichts.....	18
4.5.2	Änderungen nach Veröffentlichung des Vorberichts.....	19
5	Ergebnisse	20
5.1	Screening	20
5.1.1	Ergebnisse der Informationsbeschaffung	20
5.1.1.1	Ergebnis der Literaturrecherche	20
5.1.1.2	Ergebnis der Suche nach weiteren publizierten und unpublizierten Studien.....	22
5.1.1.3	Anfrage an Autoren	22
5.1.1.4	Informationen aus der Anhörung	22
5.1.1.5	Resultierender Studienpool	22
5.1.2	Charakteristika der Screeningstudie.....	23
5.1.2.1	Studiendesign und Studienpopulation	23
5.1.2.2	Bewertung des Verzerrungspotenzials der Screeningstudie	29
5.1.3	Ergebnisse zu den Zielgrößen wie im Berichtsplan definiert	33
5.1.4	Zusammenfassung	37
5.2	Diagnostik	38
5.2.1	Ergebnisse der Informationsbeschaffung	38
5.2.1.1	Ergebnis der Literaturrecherche	38
5.2.1.2	Ergebnis der Suche nach weiteren publizierten und unpublizierten Studien.....	40
5.2.1.3	Anfrage an Autoren	40
5.2.1.4	Informationen aus der Anhörung	40
5.2.1.5	Studienpool aller zunächst relevant erscheinender Studien	40
5.2.2	Charakteristika aller zunächst relevant erscheinenden Studien	43
5.2.3	Zusammenfassung	53
5.3	Therapie	54
5.3.1	Ergebnisse der Informationsbeschaffung	54
5.3.1.1	Ergebnis der Literaturrecherche	54
5.3.1.2	Ergebnis der Suche nach weiteren publizierten und unpublizierten Studien.....	56
5.3.1.3	Informationen aus der Anhörung	56
5.3.1.4	Anfrage an Autoren	56

5.3.1.5	Studienpool aller zunächst relevant erscheinenden Studien	56
5.3.2	Charakteristika der bewerteten Therapiestudien zur Frage der generellen Wirksamkeit	62
5.3.2.1	Studiendesign und Studienpopulationen	62
5.3.2.2	Bewertung des Verzerrungspotenzials	84
5.3.3	Ergebnisse zur generellen Wirksamkeit	89
5.3.3.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	89
5.3.3.2	Sprachentwicklung	90
5.3.3.3	Psychosoziale und emotionale Entwicklung	121
5.3.3.4	Kognitive und bildungsrelevante Entwicklung	124
5.3.3.5	Unerwünschte Behandlungsfolgen	126
5.3.4	Charakteristika der Therapiestudien mit direktem Altersvergleich und Qualität der möglichen Vergleiche	126
5.3.5	Charakteristika der Studien für den indirekten Altersvergleich	131
5.3.5.1	Bewertung der Machbarkeit der indirekten Altersvergleiche	134
5.3.6	Zusammenfassung: Generelle und differenzielle Wirksamkeit	136
6	Diskussion	138
6.1	Definition des Krankheitsbildes	139
6.2	Epidemiologie von UESS	140
6.3	Natürlicher Verlauf und sekundäre Folgen	141
6.4	Patientenrelevante Effekte von flächendeckenden Früherkennungsuntersuchungen auf UESS	143
6.5	Diagnostische Güte deutscher Verfahren zur Früherkennung von UESS	144
6.6	Patientenrelevante Effekte von Interventionen	145
6.7	Vorteile einer früheren Behandlung	147
6.8	Ergebnisse und Schlussfolgerungen anderer systematischer Übersichtsarbeiten	148
6.9	Annahmen, Grenzen, Unsicherheiten des vorliegenden Berichts	150
6.10	Derzeit laufende Untersuchungen	153
6.11	Implikationen für die Forschung	154
6.12	Schriftliche Anhörung zum Vorbericht	154
7	Fazit	167
8	Liste der eingeschlossenen Studien	168
9	Literatur	174

Anhang A – Anfrage zur derzeitigen Praxis der Sprachstandserhebungen in den Bundesländern.....	191
Anhang B – Suchstrategien	197
Anhang C – Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Studien mit Ausschlussgründen.....	216
Anhang D – Liste des G-BA zu Entwicklungstests Sprache und deren Beurteilung.....	254
Anhang E – Liste der im Volltext geprüften Arbeiten zur Identifikation einarmiger Therapiestudien mit Altersvergleich	256
Anhang F – Liste der gescreenten systematischen Übersichten	258
Anhang G – Dokumentation der Autorenanfragen	259
Anhang H – Testregister.....	267
Anhang I – Darlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen und der externen Reviewerin	273

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studienpool der in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Screeningstudien..... 23

Tabelle 2: Charakteristika der Screeningstudie..... 26

Tabelle 3: Basisdaten der Screeningstudie 27

Tabelle 4: Beschreibung der Intervention der Screeningstudie 28

Tabelle 5: Verzerrungspotenzial der Screeningstudie..... 32

Tabelle 6: Ergebnisse der Screeningstudien..... 35

Tabelle 7: Pool der Tests, die unter Zuhilfenahme eines Referenztests validiert wurden 42

Tabelle 8: Methodische Basischarakteristika der zunächst relevant erscheinenden
 Diagnostikstudien 47

Tabelle 9: Studienpool der Therapiestudien..... 58

Tabelle 10: Basisdaten der Therapiestudien..... 72

Tabelle 11: Art der Behandlung in den Therapiestudien 78

Tabelle 12: Verzerrungspotenzial der Therapiestudien 86

Tabelle 13: Übersicht zu Effekten auf Morphologie und Syntax..... 91

Tabelle 14: Übersicht zu Effekten auf Semantik und Lexikon 92

Tabelle 15: Übersicht zu Effekten auf Phonetik und Phonologie 95

Tabelle 16: Übersicht zu Effekten auf pragmatisch-kommunikativer Ebene 96

Tabelle 17: Übersicht zu Effekten hinsichtlich komplexerer Konstrukte 98

Tabelle 18: Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen 100

Tabelle 19: Ergebnisse zu psychosozialen und emotionalen Effekten sprachbezogener
 Interventionen..... 122

Tabelle 20: Ergebnisse zu kognitiven Effekten sprachbezogener Interventionen 125

Tabelle 21: Basisdaten der Therapiestudien mit direktem Altersvergleich 129

Tabelle 22: Art der Behandlung der Therapiestudien mit direktem Altersvergleich..... 130

Tabelle 23: Studien mit vergleichbaren morpho-syntaktischen Endpunkten..... 132

Tabelle 24: Studien mit vergleichbaren semantisch-lexikalischen Endpunkten 132

Tabelle 25: Studien mit vergleichbaren phonetisch-phonologischen Endpunkten 133

Tabelle 26: Studien mit vergleichbaren pragmatisch-kommunikativen Endpunkten 133

Tabelle 27: In den Stellungnahmen zum Vorbericht genannte Studien..... 164

Tabelle 28: Anfragen bei Ministerien zur Sprachstandserhebung – Übersicht..... 192

Tabelle 29: Beurteilungsgrundlage für Sprachentwicklungstests, die vom G-BA eingereicht wurden	254
Tabelle 30: Dokumentation der Autorenanfragen.....	259
Tabelle 31: Testregister.....	267

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnis der Literaturrecherche – Teilfragestellung Screening 21
Abbildung 2: Ergebnis der Literaturrecherche – Teilfragestellung Diagnose 39
Abbildung 3: Ergebnis der Literaturrecherche – Teilfragestellung Therapie 55

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AAPS	Arizona Articulation Proficiency Scale
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANCOVA	Kovarianzanalyse
ANOVA	Varianzanalyse
APP-R	Assessment of Phonological Processes-Revised
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWST	Aktiver Wortschatztest
BLDS	Bristol Language Development Scales
BPVS	British Picture Vocabulary Scales
BSID	Bayley Scales of Infant Development
BTR	Broad Target Recast
BUEVA	Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter
CASL	Comprehensive Assessment of Spoken Language
CBCL	Child Behavior Checklist
CDI	Communicative Development Inventory
CELF	Clinical Evaluation of Language Fundamentals
CELI	Carrow Elicited Language Inventory
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CTOPP	Comprehensive Test of Phonological Processing
dB	Dezibel
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, Fourth Edition, Text Revision
EED	Electronic Evidence Discovery
EEG	Elektroenzephalogramm
ELAN	Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter
ELFRA	Elternfragebogen zur Erfassung sprachentwicklungsverzögerter Kinder

Abkürzung	Bedeutung
ESGRAF	Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten
FTF-W	Frankfurter Test für Fünfjährige –Wortschatz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GFTA	Goldman-Fristoe Test of Articulation
HAWIVA	Hamburg Wechsler Intelligenztest für das Vorschulalter
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps
IDIS	Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten
IG	Interventionsgruppe
IQ	Intelligenzquotient
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITS	Intention-to-Screen
ITT	Intention-to-Treat
kK	komplexere Konstrukte
KG	Kontrollgruppe
KiSS	Kindersprachscreening
KISTE	Kindersprachtest
KVK	Karlsruher Virtueller Katalog
LOCF	Last Observation Carried Forward
LSI(-PQ)	Language Screening Instrument (Parent Questionnaire)
LSV	Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder
m	männlich
M	Mittelwert
MANCOVA	Multivariate Kovarianzanalyse
MANOVA	Multivariate Varianzanalyse
MFED	Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik
MLU	Mean Length of Utterance
ms	morphosyntaktisch
MSVK	Marburger Sprachverständnistest für Kinder

Abkürzung	Bedeutung
N	Patienten- / Teilnehmerzahl
NHS	National Health Service
NSST	Northwestern Syntax Screening Test
PAT	Phonological Abilities Test
PCC	Percentage Consonants Correct
PET	Psycholinguistischer Entwicklungstest
pk	pragmatisch-kommunikativ
PLS-3	Preschool Language Scale – Third Edition
pp	phonetisch-phonologisch
RDLS	Reynell Developmental Language Scales
RCT	Randomised Controlled Trial (Randomisierte kontrollierte Studie)
RRR	Relative Risikoreduktion
ROC	Receiver-Operating-Characteristic
SALT	Systematic Analysis of Language Transcripts
SBE-2-KT	Sprachbeurteilung durch Eltern – Kurztest für die U7
SD	Standardabweichung
SES	Spezifische Entwicklungsstörung
SETK	Sprachentwicklungstest für Kinder
SEV	Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen
SICD	Sequenced Inventory of Communication Development
sl	semantisch-lexikalisch
SLI	Specific Language Impairment bzw. Specific Speech and Language Impairment
SON-R	Snijders Oomen Nonverbaler Intelligenztest
SSES	Spezifische Sprachentwicklungsstörung
SSL	Syllable Structure Level
SSV	Sprachscreening für das Vorschulalter
STAB	South Tyneside Assessment of Phonology
STARD	Standards for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy
TEPROSIF	Test para evaluar los Procesos Fonológicos de Simplificación
TG	Themengruppe

Abkürzung	Bedeutung
TOLD-P:3	Test of Language Development – Primary
TOM	Therapy Outcome Measures Tool
TREND	Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomised Designs
UESS	Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache
VABS	Vineland Adaptive Behavior Scale
VTO	VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen, Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörungen
w	weiblich
WORD	Wechsler Objective Reading Dimension
U6	Kinderuntersuchung zum 10. bis 12. Lebensmonat
U7	Kinderuntersuchung zum 21. bis 24. Lebensmonat
U8	Kinderuntersuchung zum 43. bis 48. Lebensmonat
U9	Kinderuntersuchung zum 60. bis 64. Lebensmonat
WET	Wiener Entwicklungstest
WHO	World Health Organization
WST	Wortschatztest für Schulanfänger

1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung vom 19.12.2006 beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zur Früherkennung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern im Vorschulalter und der Wirksamkeit entsprechender Interventionsmaßnahmen zu beauftragen. Diese Beauftragung steht in Zusammenhang mit der Überarbeitung der Kinder-Richtlinien zu Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

Sprache gilt als wesentliche Schlüsselkompetenz, die sich auf nahezu alle anderen Entwicklungsbereiche auswirkt. Variationen in der Sprachentwicklung von Kindern korrespondieren mit Unterschieden der Kinder in anderen Entwicklungsbereichen. So sind bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen Auswirkungen auf den Schulerfolg und die psychosoziale Entwicklung zu befürchten [1]. In der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen der WHO (ICD-10 [2]) heißt es: „Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich.“ Eine wirksame Einflussnahme auf die sprachliche Entwicklung könnte derlei sekundären Folgen vorbeugen.

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Frage, ob eine flächendeckende frühe Untersuchung des Sprachentwicklungsstandes Kindern mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (UESS) Nutzen bringen kann. Zur Bewertung des Nutzens genügt es nicht zu wissen, ob die Kinder im frühen Stadium der Störung sicher erkannt werden. Es ist vielmehr die Frage, ob ein früherer Beginn einer Intervention mit positiveren Effekten einhergeht und wie solche positiven Auswirkungen im Verhältnis zu etwaigen unerwünschten Begleiterscheinungen einer Früherkennungsuntersuchung oder den negativen Folgen bewertet werden müssen. Dieses Verhältnis von potenziellem Nutzen zu möglichem Schaden hängt auch von der Prävalenz einer Störung in der Population ab. Je seltener eine Störung ist, desto kleiner ist die Zahl derjenigen, die von einer Maßnahme profitieren können, und desto größer ist die Zahl derjenigen, bei denen ein Schaden auftreten kann.

Störungsklassifikation

Nach der ICD-10 [2] liegt eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (F80.-) dann vor, wenn sich die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes deutlich unterhalb der Norm befinden und sich diese Abweichung nicht unmittelbar aus einem Intelligenzdefizit, einer sensorischen oder neurologischen Störung oder aus Umweltfaktoren heraus erklären lässt.

Ist ausschließlich die Sprachproduktion betroffen, so spricht man von einer expressiven Sprachstörung (F80.1). Das Sprachverständnis sollte ungestört sein. Wird eine rezeptive

Sprachstörung (F80.2) diagnostiziert, finden sich erhebliche Einschränkungen im Sprachverständnis und infolgedessen auch expressive Auffälligkeiten. Diese Einteilung gilt jedoch als umstritten, da sich oftmals bei vorwiegend expressiv gestörten Kindern unter differenzierter Diagnostik zumindest leichte Einschränkungen im Sprachverständnis finden [3-6]. In der aktuellen ICD-10-Version wird die Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, die der rezeptiven Sprachstörung zugeordnet ist, mit einer neuen Schlüsselnummer (F80.20) versehen [2]. Treten Lautbildungsstörungen isoliert auf, spricht man von einer Artikulationsstörung (F80.0) [2].

Insbesondere bei sehr jungen Kindern ist die Unterscheidung zwischen einer expressiven und einer rezeptiven Sprachentwicklungsstörung schwierig. In der frühen Sprachentwicklung zeigt das linguistische System der Kinder eine große Variabilität und ständige Veränderungen [7]. Zum anderen ist die Testbarkeit von Kleinkindern generell eingeschränkt. Die Einteilung sprachentwicklungsverzögerter Kinder in bestimmte Subgruppen wird folglich für den frühen Spracherwerb als nicht sinnvoll erachtet [8,9].

Das häufig anstelle der ICD-10 verwendete DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases [10]) stimmt im Wesentlichen hinsichtlich der Klassifikationskriterien für F80.0, F80.1 und F80.2 mit der ICD-10 überein. Im Gegensatz zu den strenger gefassten ICD-10 Forschungskriterien [11] kann nach dem DSM eine Sprachstörung auch bei Defiziten in anderen Entwicklungsbereichen als umschrieben angesehen werden. Dazu muss die Sprachstörung aber deutlich stärker sein, als es der generelle Entwicklungsstand erwarten lässt [10].

Auch die klinisch-diagnostischen Leitlinien zur ICD-10 [6] lassen diese Unterscheidung zu und erlauben im Falle von Intelligenzminderung mit einer im Alltag offenkundigen Diskrepanz zwischen sprachlichen und nicht sprachlichen Leistungen die zusätzliche Kodierung einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache zur Intelligenzminderung. Im Falle der Hörstörung ist die zusätzliche Diagnosestellung F80.- bei einem partiellen Hörverlust möglich, wenn dieser keine ausreichende Ursache darstellt.

Synonym für die umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache wird in der Literatur der internationale Klassifikationsbegriff „Specific Language Impairment“ (SLI) bzw. „Specific Speech / Language Impairment“ oder „Specific Speech / Language Disorder“ verwendet und setzt sich zunehmend als „spezifische Sprachentwicklungsstörung“ (SSES) auch im deutschsprachigen Raum durch. Synonym dazu wird die SSES in der internationalen Literatur auch als „primary speech delay“ bezeichnet, womit die prominente Stellung der Sprachstörung unter etwaigen anderen Entwicklungsstörungen betont wird [12]. Der häufig verwendete Begriff der „Sprachentwicklungsverzögerung“, der die Möglichkeit eines spontanen Aufholens impliziert, sollte dem Ergebnis eines positiven Screeningbefundes vorbehalten bleiben.

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache ist nur im Rahmen einer aufwendigen interdisziplinären Befunderhebung möglich [13]. Sie ist nach ICD-10 eine Ausschluss- bzw. Diskrepanzdiagnose, die nicht immer ausreichend differenziert gelingt [14]. Insbesondere die Abgrenzung von Sprachentwicklungsstörungen zu Sprachrückständen aufgrund mangelnder sprachlicher Anregung oder – im Falle von Migration – von unzureichendem Kontakt mit der Zweitsprache ist nach heutigem Wissensstand oftmals nicht möglich: Der Einfluss der Umweltsprache ist nicht messbar und es ist unklar, wie viel sprachliches Angebot für einen regelhaften Spracherwerb erforderlich ist [15,16]. Die diagnostischen Instrumente sind nicht für Kinder normiert, die Deutsch nicht als Muttersprache haben [17].

Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurden von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache veröffentlicht [18-20]^a. Übereinstimmend empfehlen diese Leitlinien im Rahmen der Diagnostik die Anamnese durch die Befragung der Eltern, die Beobachtung des Kindes und die klinische Einschätzung der sprachlichen Leistungen des Kindes. Die Bestimmung des Sprachentwicklungsstandes über verschiedene Sprachentwicklungstests und die differenzialdiagnostische Abklärung der nonverbalen Intelligenz gehören zum diagnostischen Vorgehen. Auch der Ausschluss einer Hörstörung und eine entwicklungsneurologische Untersuchung sind notwendig. Ein EEG wird nur bei ausgeprägter rezeptiver Störung, bei fehlendem Therapiefortschritt und bei Entwicklungsrückschritten gefordert.

Zum Verlauf spezifischer Sprachentwicklungsstörungen

Sprachentwicklungsstörungen sind vergleichsweise häufig. Mit einer Prävalenz von etwa 6 bis 8 % gehören die umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache zu den häufigsten Entwicklungsstörungen [5,22]. Gleichwohl schwanken die Prävalenzangaben in der Literatur sehr stark infolge der Zugrundelegung verschiedener Klassifikationen und der Verwendung unterschiedlich konsequenter diagnostischer Strategien [23]. Die Ätiologie umschriebener Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ist noch nicht abschließend geklärt. Angenommen wird ein multikausales Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Umweltfaktoren scheinen dabei die Entstehung von

^a Vorliegende Leitlinien zu (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen werden derzeit von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Mitwirkung der AWMF zu einer gemeinsamen Leitlinie harmonisiert; die Fertigstellung des ersten Teils „Definitionen, Leitsymptome und diagnostische Leitlinien“ ist für Mitte 2009 geplant (vgl. Stellungnahme der dbs [21]).

spezifischen Sprachentwicklungsstörungen nicht ausschlaggebend zu beeinflussen [6,24]. Bisherige Erkenntnisse zur Ätiologie lassen sich mit Blick auf die Berichtsfragestellung auch so ausdrücken, dass alle Kinder ein ähnliches Risiko haben. In Abhängigkeit vom Alter und dem Entwicklungsstand eines Kindes manifestieren sich die Symptome einer Sprachentwicklungsstörung auf den unterschiedlichen linguistischen Ebenen. Zunächst fällt das Kind durch einen verzögerten Sprechbeginn und einen langsamen Wortschatzerwerb auf. Später zeigen sich auch qualitative Abweichungen in der Aussprache und der Grammatik [4]. Im weiteren Verlauf können Sprachdefizite oberflächlich kompensiert werden. Im Schulalter allerdings sind sprachentwicklungsgestörte Kinder beim Schriftspracherwerb und in der sozial-emotionalen Entwicklung benachteiligt [25,26], wobei die Prognose für Kinder mit Artikulationsstörungen günstiger ist als für Kinder mit expressiven / rezeptiven Störungen [27].

Zum frühen Zeitpunkt eines Screenings – z. B. mit einem Elternfragebogen im Rahmen der U6 und U7 – werden immer auch Kinder als Risikokinder identifiziert, die ihren sprachlichen Rückstand aufholen und keine manifeste Sprachentwicklungsstörung entwickeln werden [5]. Verschiedene Prädiktoren für ein Aufschließen der Risikokinder zur Altersnorm könnten zur Differenzialdiagnose herangezogen werden und sind Gegenstand der aktuellen Forschung [28]. Von anderen Autoren (z. B. [29]) wird das Phänomen der sogenannten „late bloomers“, also die Spätentwicklung von Risikokindern, die ihre Defizite bis zum dritten Geburtstag aufholen, grundsätzlich angezweifelt und darauf hingewiesen, dass ein bedeutender Teil der Kinder mit einem verspäteten Sprechbeginn bis in die Schulzeit schlechtere sprachliche Leistungen im Vergleich zu ihren Altersgenossen zeigt [1].

Gegenwärtiger Stand der Früherkennung und Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem bietet die Möglichkeit, im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Kinder mit einem Entwicklungsrisiko zu erkennen. Die Inanspruchnahmerate einzelner Früherkennungsuntersuchungen liegt bis zur U7 (21.–24. Lebensmonat) bei über 90 %, bei der U8 (43.–48. Monat) bei 89 % und bei der U9 (6. Lebensjahr) bei 86 % [30]. Die Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten bei Kindern im Rahmen dieser Untersuchungen ist bisher aber nicht einheitlich geregelt [31]. Es ist unklar, welche Instrumente eingesetzt werden und wie sie validiert sind.

Wird eine Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert, kann die Verordnung einer Sprachtherapie nach den Heilmittelrichtlinien [32] erfolgen. Diese Verordnung einer Sprech- und Sprachtherapie nach den Heilmittelrichtlinien ist nicht nur Kindern mit einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache vorbehalten, sondern schließt ausdrücklich Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen verschiedenster Ätiologien ein.

Im Zusammenhang mit den Einschulungsuntersuchungen gibt es in den Bundesländern verschiedene Initiativen zur Erkennung von Kindern mit sprachlichen Problemen (Auskunft der zuständigen Ministerien der Länder entsprechend der Übersicht in Anhang A; für eine weitergehende Analyse siehe auch [33,34]). Diese Sprachstandserhebungen in Kindergärten oder schulischen Einrichtungen haben zumeist die Feststellung eines sprachlichen Entwicklungsrückstands und die Ableitung von pädagogischen Förderzielen zum Ziel. Die pädagogischen Maßnahmen zur allgemeinen Sprachförderung sind entweder für alle Kinder gedacht – sprachrückständige wie sprachunauffällige – oder richten sich an alle Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten ohne Berücksichtigung der jeweiligen Ätiologie. Allgemeine Sprachfördermaßnahmen, wie sie in pädagogischen Kontexten zur Anwendung kommen, sind nur dann auch Gegenstand der Nutzenbewertung dieser Arbeit, wenn eine medizinische Klassifikation auszumachen ist. Ein in Hessen derzeit schrittweise eingeführtes flächendeckendes Kindersprachscreening (KiSS) zielt ausdrücklich darauf ab, auch Kinder mit medizinischem Behandlungsbedarf zu identifizieren (vgl. Anhang A).

Das Alter des Eintritts in die logopädische Therapie liegt in Deutschland durchschnittlich bei 4,9 bis 6,5 Jahren (bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen zwischen 4,6 und 5,5 Jahren) [35,36]. Ein früher Therapiebeginn wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Störung sehr ausgeprägt ist, mehrere Sprachbereiche betroffen sind und das Kind in seiner Kommunikationsfähigkeit und allgemeinen Verständlichkeit deutlich beeinträchtigt ist [18,19]. Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens wird auf die Empfehlung spezieller Methoden aufgrund der noch unzureichenden wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit verzichtet. Das Ziel der Therapie ist daher, allgemein formuliert, die „Verbesserung bzw. Normalisierung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten“ [32]. Insbesondere für die frühe Therapie wird die Notwendigkeit der Beratung und Anleitung der Eltern betont, während mit zunehmender linguistischer Kompetenz der zu behandelnden Kinder sprachsystematische Interventionen in den Vordergrund treten.

2 Ziele der Untersuchung

Hauptziel der vorliegenden Untersuchung ist die Nutzenbewertung einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele. Als umschriebene Sprachentwicklungsstörungen werden hier Artikulationsstörungen (F80.0), expressive Sprachstörungen (F80.1) und rezepive Sprachstörungen (F80.2) nach ICD-10 betrachtet.

Ein vollständiger Nachweis des Nutzens von Maßnahmen zur vorgezogenen Entdeckung von umschriebenen Sprachstörungen erfordert die Evaluation derselben im randomisierten kontrollierten Studiendesign unter Berücksichtigung der Folgen des Testergebnisses wie z. B. Therapien [37-39]. Erste Recherchen weckten Zweifel, ob entsprechende methodisch hochwertige Studien im Bereich der Frühdiagnostik von Störungen der Sprache und des Sprechens durchgeführt worden waren, insbesondere unter Anwendung deutschsprachiger Testverfahren. In diesem Fall sollte die vorliegende Beurteilung des Nutzens auf einer Kombination der Beurteilung von Teilfragen aufbauen. Diese betrafen zum einen die Testgüte und zum anderen Wirksamkeitsnachweise von Interventionen in durch dieselben Tests identifizierten Populationen [40]. Diese Nutzenbewertung sollte dann nicht auf direkter Evidenz beruhen, sondern auf Analogieschlüssen und der Verbindung von Teilevidenzen. Essenziell für dieses Vorgehen ist die Vergleichbarkeit der Populationen, die den Studien zu den oben genannten Teilfragen zugrunde liegen. Während die Recherchen zu den Teilfragen über die diagnostischen Verfahren auf deutschsprachige Diagnoseinstrumente begrenzt blieben, wurde zu Fragen der Wirksamkeit von Interventionen der internationale Forschungsstand recherchiert. Entsprechende Evidenz sollte unter Berücksichtigung der möglicherweise eingeschränkten Vergleichbarkeit der Studienpopulationen bewertet werden.

Aus diesen Überlegungen wurden die folgenden Teilziele abgeleitet:

Teilziel 1: Bewertung von Screeningprogrammen

- 1 Nutzenbewertung eines Screenings auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen im Vergleich mit einem Vorgehen ohne Screening bzw. Vergleich verschiedener Screeningstrategien hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte. (Falls – wie erwartet – keine solchen Studien mit ausreichender Ergebnissicherheit identifiziert werden konnten, sollten die Schritte 2 und 3 erfolgen.)

Teilziel 2: Bewertung diagnostischer Verfahren

- 2a Identifizierung validierter deutschsprachiger Tests zur Feststellung einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache im Altersbereich bis 6 Jahre

- 2b Prognostische Güte der in 2a identifizierten Tests bezogen auf die patientenrelevanten Endpunkte
- 2c Unterscheidung von Früherkennungstests und Referenztests. Gegebenenfalls Bestimmung von diagnostischer Güte und Vorhersagegenauigkeit der Früherkennungstests
- 2d Potenziell schädliche Aspekte durch die Anwendung der in 2a identifizierten Tests
- 2e Eignung der Verfahren hinsichtlich ihrer Praktikabilität für den Einsatz im Rahmen eines Screeningprogramms

Teilziel 3: Bewertung möglicher Therapieverfahren

- 3a Nutzenbewertung von Interventionen zur Behandlung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele
- 3b Nutzenbewertung einer frühzeitigen (Kinder bis 6 Jahre) im Vergleich zu einer späteren Intervention (Kinder bzw. Jugendliche über 6 Jahre)
- 3c Vergleichbarkeit der in Studien zu diagnostischen Tests untersuchten Populationen mit denjenigen aus Studien zum Nutzen bzw. Schaden von Frühinterventionen

3 Projektablauf

3.1 Verlauf des Projekts

Nach der Beauftragung mit Datum vom 19.12.2006 erfolgte eine abschließende Konkretisierung mit der zuständigen Themengruppe (TG) im G-BA am 14.02.2007.

In die Bearbeitung des Projekts wurden externe Sachverständige eingebunden, die an der Erstellung des Berichtsplans, an der Informationsbeschaffung und -bewertung sowie an der Erstellung des Vorberichts beteiligt waren.

Um in die Definition der patientenrelevanten Endpunkte für die Nutzenbewertung auch die Sicht von Patienten mit einzubeziehen, wurden Patientenvertreter konsultiert. Die Konsultation fand unter Moderation des IQWiG in Form zweier Fokusgruppen am 10.05.2007 und am 24.05.2007 statt. An dieser nahmen Vertreter der folgenden Verbände teil: Verband Sonderpädagogik e. V., Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V., Landesverband Nordrhein-Westfalen der Eltern und Förderer sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher e. V. sowie eine Vertreterin der Gruppe Sprachlos-ohne-Diagnose e. V.

Der Berichtsplan in der Version 0.1 vom 27.06.2007 wurde am 04.07.2007 im Internet veröffentlicht. Zu dieser Version konnten bis zum 01.08.2007 Stellungnahmen eingereicht werden. Unklare Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen zum Berichtsplan wurden am 11.09.2007 in einer wissenschaftlichen Erörterung mit den Stellungnehmenden diskutiert. Die Stellungnahmen und die Dokumentation der Erörterung sind in einem gesonderten Dokument („Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan“) im Internet veröffentlicht. Im Anschluss an das Stellungnahmeverfahren wurde ein überarbeiteter Berichtsplan (Version 1.0 vom 05.11.2007) publiziert.

Die vorläufige Bewertung, der Vorbericht, wurde am 06.11.2008 im Internet publiziert. Zu diesem Vorbericht konnten bis einschließlich 04.12.2008 (16 Uhr) Stellungnahmen von allen interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften, einschließlich Privatpersonen, Fachgesellschaften und Industrieunternehmen, abgegeben werden. Unklare Aspekte aus den Stellungnahmen wurden dann am 20.01.2009 in einer wissenschaftlichen Erörterung hinsichtlich ihrer Relevanz für den Abschlussbericht mit den Stellungnehmenden diskutiert. Der Vorbericht wurde zusätzlich einem externen Review unterzogen.

Im Anschluss an die wissenschaftliche Erörterung erstellte das IQWiG den vorliegenden Abschlussbericht, der 8 Wochen nach Übermittlung an den G-BA im Internet veröffentlicht wird. Die zum Vorbericht eingegangenen Stellungnahmen und das Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung werden in einem gesonderten Dokument „Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht“ zeitgleich mit dem Abschlussbericht im Internet bereitgestellt.

3.2 Zusammenfassung der Änderungen im Vergleich zum Vorbericht

Durch die Stellungnahmen und die wissenschaftliche Erörterung sowie sich daraus ergebende Diskussionen ergaben sich im vorliegenden Abschlussbericht folgende Änderungen im Vergleich zum Vorbericht:

- Redaktionelle Änderungen in Kapitel 1, 3, 4, 5 und 7
- Berücksichtigung der im Zusammenhang mit dem Anhörungsverfahren identifizierten Studien im Ergebnisteil
- Korrektur einer Testbezeichnung (Tabelle 7 und Tabelle 8)
- Aktualisierung der Liste der ausgeschlossenen Studien (Anhang C)
- Überarbeitung der Diskussion (Kapitel 6)
- Auflistung aller Studien des Studienpools zur Therapiefragestellung (auch der Studien, die nicht in die Nutzenbewertung eingegangen sind) in Kapitel 8

4 Methoden

4.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung

4.1.1 Population

Teilziel 1 und 2:

Eingeschlossen wurden Studien, bei denen die Durchführung des Screenings bzw. der diagnostischen Tests bei Kindern aus der Allgemeinbevölkerung bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (Vorschulkinder) erfolgte bzw. mit entsprechend definierten Kindern aus Kontrollgruppen.

Teilziel 3:

Für die Bewertung des Nutzens von Therapieverfahren wurden Studien mit Kindern und Jugendlichen mit einer Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (F80.0 bis F80.2 nach ICD-10) betrachtet. Die Diagnose sollte dabei anhand der ICD-10 erfolgt oder entsprechend beschrieben sein und die geforderten diagnostischen Ausschlusskriterien berücksichtigt haben. Studien, in die auch Kinder mit anderen Sprachstörungen bzw. begleitenden anderen Störungen (z. B. Intelligenzminderung oder Hörstörung) eingeschlossen worden waren, wurden nur dann akzeptiert, wenn der Anteil solcher Kinder 20 % nicht überschritt oder entsprechende Subgruppenauswertungen vorlagen.

4.1.2 Intervention und Vergleichsbehandlung

Aus den in Kapitel 2 definierten Teilzielen ergaben sich die folgenden Vergleiche:

Teilziel 1:

Verglichen wurde die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache mit der Nichtdurchführung bzw. mit der Durchführung einer anderen Früherkennungsstrategie.

Teilziel 2:

Die zu prüfenden Interventionen waren diagnostische Prozeduren zur Feststellung von (u. a. umschriebenen) Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. Die Vergleichsintervention stellte die in der jeweiligen Studie verwendete Referenzmethode dar, die auch in der Beobachtung des natürlichen Verlaufs bestehen konnte. Betrachtet wurden ausschließlich deutschsprachige Testverfahren einschließlich deutschsprachiger Versionen internationaler Testverfahren, für die eine Validierung in deutscher Sprache vorlag und die in einem einschlägigen Publikationsorgan publiziert wurden. Es wurden keine Sprachmodule aus Gesamtentwicklungstests berücksichtigt.

Teilziel 3:

Verglichen wurden Interventionen bei umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

- mit der Nichtbehandlung oder mit Kontrollinterventionen ohne spezifischen Wirksamkeitsanspruch („Sham-Interventionen“)
- mit den gleichen Interventionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebensalter.

4.1.3 Zielgrößen

Zielgrößen zu den Teilzielen 1 und 3:

Als Zielgrößen für die Untersuchung von Teilziel 1 und Teilziel 3 wurden Variablen verwendet, die eine Beurteilung folgender patientenrelevanter Therapieziele ermöglichen:

- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Sprachentwicklung (z. B. Entwicklung einer normgerechten Sprache, Erwerb und Beherrschung der Schriftsprache, Sprechfreude)
- psychosoziale Entwicklung (z. B. kommunikative Fähigkeiten, soziale Integration, Selbstkonzeptentwicklung)
- emotionale Entwicklung (z. B. Verhaltensauffälligkeiten)
- kognitive und bildungsrelevante Entwicklung (z. B. schulisches Leistungsvermögen, Beschulungsmodus / Schulplatzierung, Ausbildungsmöglichkeiten)
- unerwünschte „Screening- / Diagnosenebenwirkungen“ (z. B. durch falsch positive oder falsch negative Testergebnisse, Überdiagnose oder Labeling)
- unerwünschte Folgen einer auf die Behebung der Entwicklungsstörung zielenden Intervention

Die jeweilige Operationalisierung in den Studien wurde hinsichtlich ihrer Angemessenheit, Relevanz und Messsicherheit beurteilt.

Zielgrößen zu Teilziel 2:

Als Zielgrößen für die Untersuchung von Teilziel 2 galten Maße zur diagnostischen Güte und Vorhersagegenauigkeit (z. B. Sensitivität / Spezifität, Likelihood Ratios, prädiktive Werte, ggf. auch Kappa-Koeffizient oder Intraklassenkorrelationskoeffizient) bzw. zur prognostischen Güte (relative Risiken, Odds Ratios oder andere geeignete

Zusammenhangsmaße). Darüber hinaus sollten Aspekte betrachtet werden, die Aufschluss über die Eignung der Testverfahren für einen Einsatz im Rahmen von Screeningprogrammen geben (z. B. Dauer der Durchführung und Auswertung, Anforderungen an die Untersucher).

4.1.4 Studientypen

Die Auswahl der Studientypen wird gesondert nach den 3 in Kapitel 2 aufgeführten Teilzielen präsentiert:

Teilziel 1:

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) liefern für die Bewertung des Nutzens einer Intervention, wie z. B. einer Screeningmaßnahme, die zuverlässigsten Ergebnisse, weil sie, sofern methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet sind. Sehr wichtig für die Aussagekraft von Studien zu Screeningmaßnahmen ist die Auswahl der Population, die nicht im Hinblick auf das zu diagnostizierende Merkmal vorselektiert sein darf. Neben RCTs wurden ggf. auch nicht randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen, sofern adäquate Maßnahmen zur Vermeidung solcher Selektionsmechanismen ergriffen wurden.

Teilziel 2:

Bei Studien zur diagnostischen Güte bzw. Vorhersagegenauigkeit mussten sowohl Daten für Kinder mit als auffällig als auch für Kinder mit als nicht auffällig klassifizierten Testergebnissen und entsprechenden Ergebnissen der Referenzmethode vorliegen bzw. aus den vorliegenden Daten ableitbar sein (z. B. Vierfeldertafel oder Receiver-Operating-Characteristic-[ROC-]Analyse). Bei Studien zur prognostischen Güte bzw. Vorhersagegenauigkeit mussten Daten im Verlauf für Kinder sowohl mit als auffällig als auch mit als nicht auffällig klassifizierten Testergebnissen im Sinne einer (kontrollierten) Kohortenstudie vorliegen.

Teilziel 3:

Zur Bewertung der Evidenz zur Wirksamkeit existierender Therapiemethoden wurden außer randomisierten Studien auch nicht randomisierte kontrollierte Interventionsstudien sowie kontrollierte Kohortenstudien einbezogen. Auch Evidenz aus Querschnittstudien, die auf korrelativen Zusammenhängen des Einflusses des Interventionszeitpunktes (früh vs. spät) basieren, sollte in die Analyse einbezogen werden. Voraussetzung für den Einbezug von nicht randomisierten Studien war allerdings, dass bei der Studienplanung und / oder statistischen Auswertung adäquate Maßnahmen zur Kontrolle möglicher Störgrößen ergriffen wurden (z. B. Matching oder adjustierte Analysen).

4.1.5 Sonstige Studiencharakteristika

Eine weitere Eingrenzung der in die Nutzenbewertung eingehenden Studien war nicht vorgesehen.

4.1.6 Ein- / Ausschlusskriterien

In die Nutzenbewertung wurden alle Studien einbezogen, die alle nachfolgenden Einschlusskriterien und keines der nachfolgenden Ausschlusskriterien erfüllen.

Einschlusskriterien Teilziel 1	
S1	Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Vorschulkinder)
S2	Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
S3	Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
S4	Studientypen wie in Abschnitt 4.1.4 definiert
S5	Zielgrößen, die sich aus den in 4.1.3 formulierten Therapiezielen ergeben
S6	Durchführung des Screenings in einer dem Deutschen ähnlichen (d. h. indogermanischen) Sprache aus dem westlichen Kulturkreis

Einschlusskriterien Teilziel 2	
D1	Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Vorschulkinder)
D2	Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
D3	Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan
D4	deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
D5	Studientypen wie in 4.1.4 definiert
D6	Zielgrößen wie in 4.1.3 definiert

Einschlusskriterien Teilziel 3	
T1	Kinder und Jugendliche mit der Diagnose einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung wie in 4.1.1 definiert
T2	Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
T3	Studientypen wie in 4.1.4 definiert
T4	Zielgrößen, die sich aus den in 4.1.3 formulierten Therapiezielen ergeben
T5	Durchführung der Intervention in einer dem Deutschen ähnlichen (d. h. indogermanischen) Sprache aus dem westlichen Kulturkreis

Ausschlusskriterien	
A1	Mehrfachpublikationen ohne relevante Zusatzinformation
A2	Keine Vollpublikation verfügbar ^a
A3	(für Teilziel 2) Sprachmodule aus Gesamtentwicklungstests
a: Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch die nicht vertrauliche Weitergabe eines Studienberichts an das Institut oder die nicht vertrauliche Bereitstellung eines Berichts über die Studien, der den Kriterien des CONSORT-Statements [41] oder, im Falle nicht randomisierter Studien, vergleichbaren Standards (z. B. TREND [42], STARD [43]) genügt und eine Bewertung der Studie ermöglichte.	

4.2 Informationsbeschaffung

Ziel der Informationsbeschaffung war es, publizierte und nicht publizierte Studien zu identifizieren, die zu den 3 Unterfragestellungen wesentliche Informationen liefern.

4.2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche nach relevanten, veröffentlichten Studien wurde in folgenden Quellen durchgeführt:

- bibliografische Datenbanken (AMED, BIOSIS, CCMed, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL], EMBASE einschließlich EMBASE Alert, ERIC, Heclinnet, Journals@Ovid, MEDLINE, PsycINFO, Psynindex, SciSearch, Social SciSearch), Suche in Verlagsdatenbanken (Hogrefe, Karger, Kluwer, Krause & Pachernegg, Springer, Thieme)
- Literaturverzeichnisse relevanter Sekundärpublikationen (systematische Übersichten, HTA-Berichte, Meta-Analysen)

Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken und Verlagsdatenbanken finden sich in Anhang B. Die Suche erfolgte – jeweils getrennt für die 3 Teilfragestellungen – in 3 Schritten:

Die Erstrecherche wurde in der Zeit zwischen Juni und Oktober 2007, die 1. Nachrecherche im Januar 2008 und die 2. Nachrecherche im Mai 2008 in den angeführten bibliografischen sowie Verlagsdatenbanken durchgeführt. Dabei wurde in den Datenbanken BIOSIS, CINAHL, EMBASE, Journals@Ovid, MEDLINE und PsycINFO über die Oberfläche Ovid recherchiert; die Suche in CENTRAL erfolgte über Wiley, in ERIC über die Internetadresse <http://www.eric.ed.gov/>. In den übrigen Datenbanken wurde über das Internetportal des DIMDI recherchiert.

Die Suche nach relevanten Sekundärpublikationen (systematische Übersichten, HTA-Berichte, Meta-Analysen) erfolgte in den Datenbanken MEDLINE und EMBASE parallel zur

Suche nach relevanter Primärliteratur mittels geeigneter Formulierung der Suchstrategie. Zusätzlich wurde eine Suche in den Cochrane-Datenbanken (CDSR, DARE, NHS EED, HTA) vorgenommen (Erstrecherche und Nachrecherchen wie oben).

4.2.2 Suche nach weiteren publizierten und nicht publizierten Studien

Per Handsuche wurde (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) in einschlägigen Fachzeitschriften („Forum Logopädie“, „L.O.G.O.S. interdisziplinär“, „Die Sprachheilarbeit“) sowie im Karlsruher Virtuellen Katalog (KVK) nach weiteren relevanten Publikationen gesucht. Wurden möglicherweise relevante Studien zufällig, bspw. im Rahmen der Suche nach Sekundärliteratur, identifiziert, wurden diese ebenfalls im Ergebnisteil unter „Handsuche“ subsumiert.

Die Unterlagen, die beim G-BA zu dem Beratungsthema „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“ eingingen, wurden ebenfalls bei der Suche nach relevanten Studien berücksichtigt, ebenso wie die Referenzen, die im Stellungnahmeverfahren zum Berichtsplan Version 0.1 angeführt wurden. Diese Referenzen wurden jeweils einer oder mehrerer der 3 Teilfragestellungen thematisch zugeordnet.

Für die Teilfragestellung Diagnostik wurde durch die Themengruppe des G-BA eine Liste mit 14 potenziell relevanten Entwicklungstests Sprache übermittelt, die im Rahmen der Suche nach geeigneten Diagnoseinstrumenten berücksichtigt wurden.

4.2.3 Identifizierung relevanter Studien

Titel- und Abstractscreening der Ergebnisse der Recherche in bibliografischen Datenbanken

Die durch die Suche in bibliografischen Datenbanken identifizierten Zitate wurden anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts von 2 Gutachtern unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet. Publikationen, die beide Gutachter als potenziell relevant erachteten, wurden anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Zitate, die nur ein Gutachter als potenziell relevant einstufte, wurden von beiden Gutachtern nochmals gesichtet und anschließend nach Diskussion entweder als irrelevant bezeichnet oder ebenfalls anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft.

Überprüfung potenziell relevanter Volltexte

Die Überprüfung auf Relevanz anhand des Volltextes erfolgte wiederum von 2 Gutachtern unabhängig voneinander. Als relevant wurden nach diesem Schritt folgende Studien bezeichnet:

- Studien, die von beiden Gutachtern als relevant erachtet wurden,

- Studien, die zunächst nur von einem der beiden Gutachter, aber nach anschließender Diskussion von beiden Gutachtern als relevant erachtet wurden.

Suche in Literaturverzeichnissen von Sekundärpublikationen

Die Literaturverzeichnisse relevanter Sekundärpublikationen wurden nach weiteren Primärpublikationen durchsucht. Die Volltexte der aus den Übersichtsarbeiten identifizierten Publikationen wurden von 2 Gutachtern, wie oben beschrieben, bezüglich ihrer Relevanz bewertet.

4.2.4 Suche nach zusätzlichen Informationen zu relevanten Studien

Es wurden Autoren von Studien kontaktiert, wenn für die Bewertung der jeweiligen Studien relevante Fragen aufgeworfen wurden, die aus den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden konnten. Diese Anfragen sind in Anhang G dokumentiert.

4.2.5 Informationen aus der Anhörung zum Vorbericht

Im Anschluss an die Veröffentlichung des Vorberichts erfolgte eine schriftliche Anhörung mittels schriftlicher Stellungnahmen, die sich u. a. auch auf die Vollständigkeit der Informationsbeschaffung beziehen konnten. Relevante Informationen aus dieser Anhörung konnten in die Nutzenbewertung einfließen.

4.3 Informationsbewertung

Die Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte anhand der zur Verfügung stehenden Informationen und hing damit stark von der Qualität der jeweiligen Publikation und weiterer Informationsquellen ab.

Die Bewertung erfolgte in 3 Schritten:

- Extraktion der Daten,
- Bewertung der Datenkonsistenz innerhalb der Publikation(en),
- Bewertung des Verzerrungspotenzials (Studien- und Publikationsqualität).

Datenextraktion

Die Extraktion der Daten publizierter Studien wurde – orientiert an den standardisierten Dokumentationsbögen – in elektronischer Form vorgenommen. Ein Gutachter führte die Datenextraktion unter Verwendung dieser Tabellen durch. Ein zweiter Gutachter überprüfte die Extraktion. Etwaige Diskrepanzen in der Bewertung wurden durch Diskussion zwischen den Gutachtern aufgelöst.

Bewertung des Verzerrungspotenzials

Abschließend wurde unter Berücksichtigung der unten genannten Aspekte das Verzerrungspotenzial global bewertet. Die Bewertung erfolgte zunächst durch einen Gutachter und wurde dann durch einen zweiten Gutachter überprüft. Mögliche Ausprägungen waren:

- niedriges Verzerrungspotenzial
- hohes Verzerrungspotenzial

Zur Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse auf Studienebene wurden für Interventionsstudien insbesondere die folgenden Angaben zum Studiendesign und der Studiendurchführung systematisch extrahiert: Erzeugung der Randomisierungssequenz, Verdeckung der Gruppenzuweisung (Allocation Concealment), Verblindung der Zielgrößenerhebung, Fallzahlplanung, Vergleichbarkeit der Gruppen, Patientenfluss und Umsetzung der ITT-Strategie. Falls es weitere Aspekte gab, die Verzerrung verursachen können (zum Beispiel Dateninkonsistenzen), wurden diese ebenfalls einbezogen. Für Diagnosestudien sollte die Bewertung auf der Grundlage von QUADAS [44] erfolgen.

Die Ausprägungen wurden vorab wie folgt definiert: „Niedriges Verzerrungspotenzial“ liegt dann vor, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, dass die Ergebnisse in relevantem Ausmaß verzerrt sind. Bei „hohem Verzerrungspotenzial“ sind die Ergebnisse möglicherweise relevant verzerrt, sodass die Gesamtaussage der Studie infrage zu stellen ist.

4.4 Informationssynthese und -analyse

Die Informationen wurden einer Informationssynthese und -analyse, wenn möglich unter Zuhilfenahme der unten beschriebenen Werkzeuge, unterzogen. Eine abschließende zusammenfassende Bewertung der Informationen erfolgte darüber hinaus in jedem Fall.

4.4.1 Charakterisierung der Studien

Als zentrale Studiencharakteristika wurden zunächst das Design der jeweiligen Studie und deren Eignung für den Bewertungsprozess extrahiert. Sodann wurden Charakteristika wie Stichprobe, Setting, Intensität der Behandlung, Ausschluss- und Einschlussgründe, die Behandlung selbst und die Zielparameter dargestellt. Es erfolgte dann eine Beschreibung des Verzerrungspotenzials. Für die eingeschlossenen Studien wurden die Zielgrößen wie in 4.1.3 beschrieben extrahiert.

4.4.2 Gegenüberstellung der Ergebnisse in den Einzelstudien

Die Ergebnisse der einzelnen Studien werden gegenübergestellt und vergleichend dargestellt (Abschnitte 5.1, 5.2 und 5.3). Im Screeningteil erfolgte die Darstellung der Ergebnisse zu den verschiedenen Therapiezielen summarisch, da nur eine Studie eingeschlossen werden konnte. Für die Diagnosefragestellung wurden diejenigen Studien bzw. diagnostischen Instrumente überblicksartig dargestellt, die den Einschlusskriterien für den vorliegenden Bericht am nächsten kamen. Die Ergebnisse der Therapiestudien wurden nach Therapiezielen und Zielgrößen geordnet berichtet.

4.4.3 Meta-Analyse

Es war zwar ggf. eine quantitative Zusammenfassung der Einzelergebnisse in Form einer Meta-Analyse geplant; auf Grundlage der eingeschlossenen Screening-, Behandlungs- und Diagnosestudien war dies jedoch weder inhaltlich sinnvoll noch methodisch möglich.

4.4.4 Sensitivitätsanalysen

Sensitivitätsanalysen waren insbesondere für Studien unterschiedlicher Ergebnissicherheit geplant. Auch solche Analysen erwiesen sich allerdings als nicht realisierbar bzw. sinnvoll.

4.4.5 Subgruppenanalysen

Subgruppenanalysen waren laut Berichtsplan – soweit durchführbar – für folgende Merkmale vorgesehen:

- Geschlecht
- Art der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

Auch diese konnten auf Grundlage der Datenlage nicht vorgenommen werden.

4.5 Änderungen im Vergleich zum Berichtsplan

Im Lauf der Bearbeitung des Projekts ergaben sich folgende Änderungen oder Ergänzungen des Vorgehens bei der Nutzenbewertung im Vergleich zu der im Berichtsplan 1.0 dargestellten Methodik:

4.5.1 Änderungen während der Erstellung des Vorberichts

Methodische Änderungen im Vergleich zum vorab geplanten Vorgehen

Die Bewertung der Ergebnissicherheit der eingeschlossenen Studien erfolgte nicht, wie im Berichtsplan Version 1.0 angegeben, mittels 4 (hoch, mittel, niedrig, unklar), sondern mittels

2 Kategorien (hoch, niedrig), die unter 4.3 genauer definiert sind. Statt des Begriffs „Ergebnissicherheit“ wurde der Begriff „Verzerrungspotenzial“ verwendet.

Um eine möglichst umfassende Suche nach relevanten Studien durchzuführen, wurden folgende bibliografische Datenbanken zusätzlich zu den im Berichtsplan 1.0 aufgeführten durchsucht: CINAHL, Journals@Ovid Full Text und Heclinet.

Änderungen ohne wesentliche inhaltliche Konsequenz

Die Ergebnisse zu den patientenrelevanten Zielgrößen „psychosoziale Entwicklung (z. B. kommunikative Fähigkeiten, soziale Integration, Selbstkonzeptentwicklung)“ und „emotionale Entwicklung (z. B. Verhaltensauffälligkeiten)“ werden aufgrund des engen Zusammenhangs der damit verbundenen Konzepte zusammenfassend dargestellt als „Ergebnisse zur psychosozialen / emotionalen Entwicklung“.

4.5.2 Änderungen nach Veröffentlichung des Vorberichts

Aufgrund von Argumenten, Kommentaren oder Anregungen aus den schriftlichen Stellungnahmen zum Vorbericht 1.0 sowie der Erörterung am 20.01.2009 und der sich daraus ergebenden Diskussionen kam es zu keinen methodischen Änderungen im vorliegenden Bericht.

5 Ergebnisse

5.1 Screening

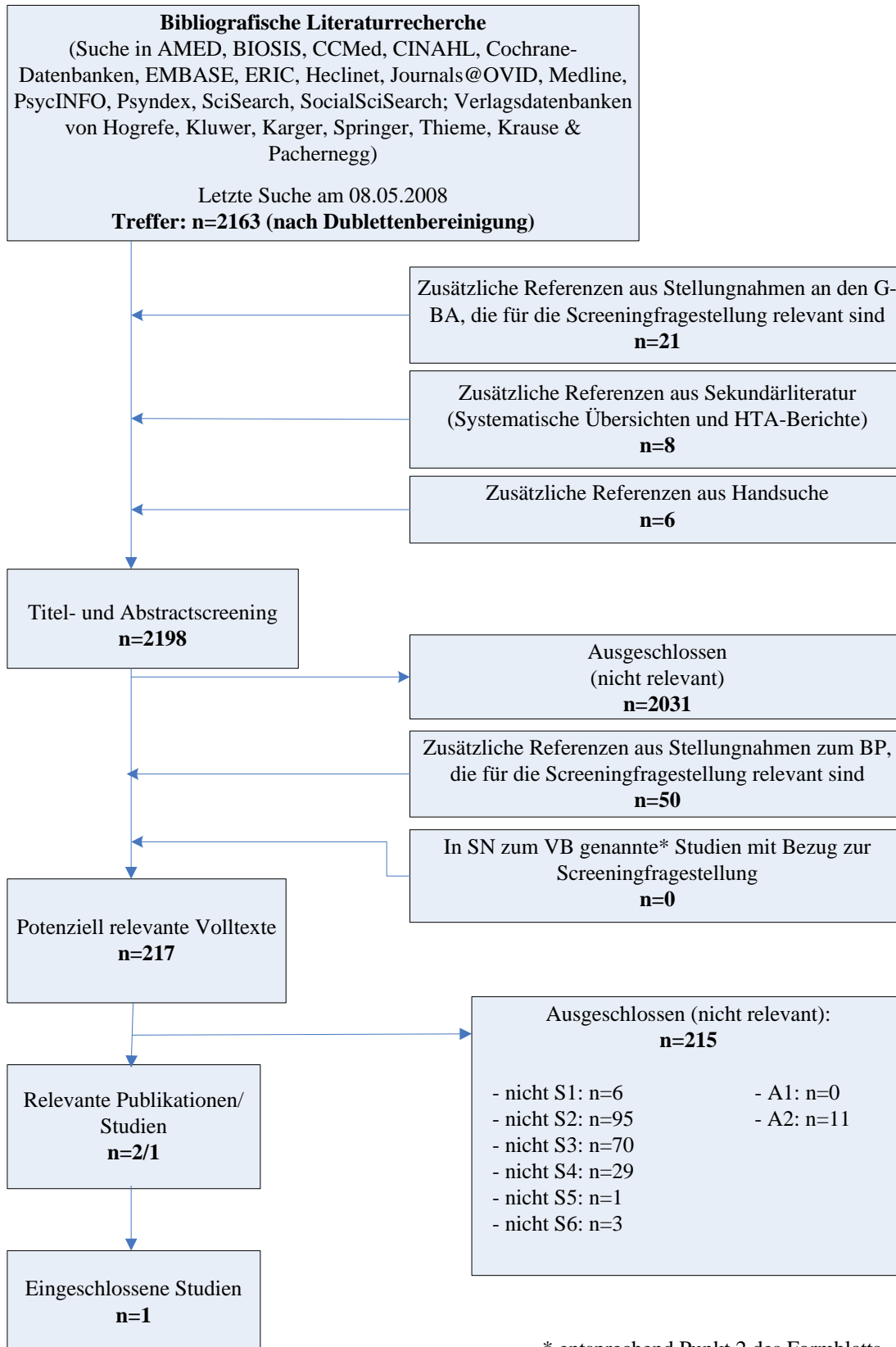
5.1.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

5.1.1.1 Ergebnis der Literaturrecherche

Die Suche für den Bereich Screening (Teilziel 1) wurde zwischen dem 11. Juni und dem 20. August 2007 in den bibliografischen Datenbanken durchgeführt. Im Januar und Mai 2008 erfolgte eine Nachrecherche.

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche nach Studien in den bibliografischen Datenbanken und das Literaturscreening gemäß Ein- / Ausschlusskriterien.

Mit der systematischen Literatursuche ergaben sich – nach automatischer und manueller Dublettenentfernung – in den verschiedenen elektronischen Datenbanken insgesamt 2163 Treffer. Über das Stellungnahmeverfahren beim G-BA gingen 21 zusätzliche Referenzen ein, die der Screeningfragestellung zugeordnet werden konnten. Zusätzlich gelangten über die Suche in relevanten Überblicksarbeiten 8 und über die Handsuche 6 Referenzen in den Ausgangspool. Insgesamt durchliefen damit 2198 Referenzen das Titel- und Abstractscreening, welches durch 2 Experten unabhängig voneinander durchgeführt wurde. Von diesen wurden 2031 wegen eindeutig fehlender Relevanz für die Fragestellung des vorliegenden Berichts (und hier speziell für den Bereich der Screeningstudien) im Konsens ausgeschlossen. Zu den verbleibenden potenziell relevanten Arbeiten kamen noch 50 Referenzen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Berichtsplan Version 0.1 mit Bezug zur Screening-Fragestellung hinzu, die dann ebenfalls im Volltext geprüft wurden. Unter den Studien, die im Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht genannt wurden, wies keine unmittelbaren Bezug zur Screeningfragestellung auf. Unter den 217 Volltexten wurden 2 Publikationen (de Koning 2004 [45], van Agt 2007 [46]) als für den Bericht relevant identifiziert. Die Ausschlussgründe für die restlichen Publikationen sind in Abbildung 1 dargestellt und in Anhang C erläutert.



* entsprechend Punkt 2 des Formblatts zur schriftlichen Stellungnahme

Abbildung 1: Ergebnis der Literaturrecherche – Teilfragestellung Screening

5.1.1.2 Ergebnis der Suche nach weiteren publizierten und unpublizierten Studien

Durch die Handsuche in einschlägigen Fachzeitschriften wurden keine weiteren relevanten Arbeiten identifiziert.

5.1.1.3 Anfrage an Autoren

Zur Klärung wesentlicher Fragen bezüglich der Publikationen de Koning 2004 [45] und van Agt 2007 [46] wurden die Autoren befragt. Die Dokumentation der Ergebnisse dieser Autorenanfrage befindet sich in Anhang G.

5.1.1.4 Informationen aus der Anhörung

Es wurden im Rahmen der Anhörung zum Vorbericht entsprechend Punkt 2 des Formblatts zur schriftlichen Stellungnahme keine Studien mit unmittelbarem Bezug zur Screeningfragestellung genannt (vgl. Tabelle 27).

5.1.1.5 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Suchschritte konnte für den Bereich Screening insgesamt 1 relevante Studie (2 Publikationen) identifiziert werden (siehe Tabelle 1). Eine Übersicht über die 215 zur Screening-Fragestellung im Volltext gesichteten, aber ausgeschlossenen Referenzen findet sich in Anhang C. Falls für eine Publikation mehrere Ausschlussgründe vorlagen, was häufig der Fall war, ist nur der aus Sicht der Autoren des vorliegenden Berichts wichtigste angegeben.

Beide eingeschlossenen Publikationen beschreiben dieselbe niederländische randomisierte kontrollierte Screeningstudie, ausgehend von einer Forschungsgruppe am Erasmus Medical Center in Rotterdam, daher im Folgenden „Rotterdamstudie“ genannt. Auch die Rotterdamstudie liefert keine Evidenz für die Nutzenbewertung eines Sprachscreenings für die Gruppe der Kinder mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung, sondern ist auf allgemeine Sprachentwicklungsstörungen bezogen. Sie ist aber als großangelegte randomisierte und kontrollierte Studie auf diesem Themengebiet einzigartig und wird daher als Modell in den vorliegenden Bericht aufgenommen und beschrieben. Eine weitere randomisierte Evaluationsstudie eines Screenings auf Sprachstörungen, durchgeführt in Frankreich (Petit-Carrié 2003 [47]), wurde nicht in die Nutzenbewertung aufgenommen, da in ihr keine patientenrelevanten Endpunkte (vgl. Abschnitt 4.1.3) erhoben wurden. Es wurden keine nicht randomisierten vergleichenden Studien identifiziert.

Tabelle 1: Studienpool der in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Screeningstudien

Nr.	Studie	Publikationen	Ref.
1	Rotterdamstudie	De Koning HJ et al. J Med Screen 2004; 11(3): 109-116	[45]
		Van Agt HM et al. Pediatrics 2007; 120(6): 1317-1325	[46]

5.1.2 Charakteristika der Screeningstudie

5.1.2.1 Studiendesign und Studienpopulation

In den Niederlanden nehmen 85 % aller Kinder die regulären Frühuntersuchungen in den Kindergesundheitszentren (Consultatiebureaus) zwischen 0 und 4 Jahren wahr. Diese Institutionen sind mit Kinderärzten und Krankenschwestern / Pflegern besetzt und führen Regeluntersuchungen zur Früherkennung verschiedener gesundheitsrelevanter Entwicklungsstörungen durch. Allerdings gehört dort weder eine vollständige Diagnostik noch eine Behandlung zum Service. Kinder mit auffälligen Befunden werden zum Hausarzt überwiesen, der dann die erforderlichen Überweisungen zu spezialisierten Institutionen vornimmt. Jedes Kind ist mit seiner Geburt aufgrund seines Wohnortes einem bestimmten Kindergesundheitszentrum zugeordnet und wird von dort aus zu den Regeluntersuchungen eingeladen. Für die Rotterdamstudie wurden Cluster aus einem Gesamtpool von zunächst 91 Zentren in einer Auswahl von 6 Regionen der Niederlande angeworben. 36 Zentren wurden jedoch wegen der zu geringen Zahl an Kindern der Zielgruppe oder aus logistischen Gründen von der Teilnahme ausgeschlossen. Die verbleibenden 55^b Zentren wurden eingeschlossen und zunächst nach dem sozioökonomischen Status ihrer Klientel stratifiziert. Mit der anschließenden Randomisierung der Cluster (im Jahr 1995) wurde eine bestehende Kohorte von 10 942 Kindern entsprechend ihrem Wohnort randomisiert: 5734 in die Interventionsbedingung und 4621 in die Kontrollbedingung. Diese Kohorte enthielt exakt alle Kinder der Regionen, die im Zeitfenster 08.05.1995 bis 03.07.1997 2 Screeninguntersuchungen im Abstand von mindestens einem halben Jahr durchlaufen konnten und innerhalb dieses Zeitraums 15 und 24 Monate alt waren. Allerdings wurden im Verlauf der Studie die Kriterien für den Einschluss geringfügig gelockert, sodass schließlich 11 440 Kinder (6485 in die Interventionsgruppe und 4955 in die Kontrollgruppe) randomisiert wurden: Bei van Agt 2007 wurde das oben beschriebene Kriterium bezüglich des Alters weniger streng gehandhabt und es wurden auch Kinder eingeschlossen, die das Screeningalter kurz vor oder nach dem Stichtag erreichten, wodurch mehr Kinder in die Analysen eingingen als bei de Koning 2004. Eine Gruppe von 530 Kindern mit Migrationshintergrund, geistiger Behinderung oder ohne Einverständniserklärung der Eltern wurde nach Angaben der Autoren (vgl. Anhang G) aus

^b In der Publikation de Koning 2004 wird von 59 beteiligten Clustern berichtet; diese Diskrepanz ist laut Autorenanfrage dadurch zu erklären, dass in 4 Clustern 0 Kinder untersucht wurden und sie deswegen in der van-Agt-2007-Publikation nicht dargestellt wurden.

den Analysen jeweils ausgeschlossen. Als Ein- oder Ausschlusskriterium für die Kinder wurden darüber hinaus lediglich das Alter (15 bis 24 Monate) und die Zugehörigkeit zu einem Cluster berichtet. Die Kinderärzte der Interventionsgruppe wurden im Umgang mit dem VTO-LSI-Instrument (VTO = VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen, Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörungen; LSI = Language Screening Instrument) trainiert, dem Sprachuntertest einer Batterie zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Das VTO-LSI-Screening besteht aus 2 fünfminütigen Interviews, in denen die Eltern zu 2 Zeitpunkten (Alter der Kinder 15 bis 18 Monate und 24 Monate) zur sprachlichen und kommunikativen Entwicklung ihrer Kinder befragt werden (während die Kinder selbst gerade andere Untersuchungen durchlaufen). In der Summe ergeben sich nach Abschluss der beiden Untersuchungen Punktwerte zwischen 0 und 7. Ärzte aus der Kontrollgruppe erhielten weder ein Training noch Testunterlagen, sondern setzten die Entwicklungsbeobachtung gemäß der bisher üblichen Versorgungspraxis fort. Diese besteht in den Niederlanden aus einer kurzen, unsystematischen Befragung der Eltern und der Beobachtung des Kindes durch den Kinderarzt. Sprachauffällige Kinder werden mit der Empfehlung zur weiteren Abklärung dieses Befundes zum Hausarzt geschickt. Auch die positiv gescreenten Kinder der Interventionsgruppe wurden mit einer Empfehlung zur weiteren Diagnostik an Ambulanzen für Hör- und Sprachstörungen zu ihrem Hausarzt überwiesen.

Ziel der Studie war die Evaluation des Screenings hinsichtlich der kognitiven und sprachlichen Entwicklung der Kinder bis zum 8. Lebensjahr (van Agt 2007). Entsprechend wurden als primäre Endpunkte die folgenden Parameter erfasst: die schulische Leistung, der Sprachentwicklungsstand sowie die allgemeine Entwicklungsprognose der Kinder im Alter von 8 Jahren. Der Schulerfolg wurde zum einen als die Häufigkeit der Sonderbeschulung operationalisiert, zum anderen als die Häufigkeit, mit der Kinder im Alter von 8 Jahren bereits eine Klasse hatten wiederholen müssen. Der Sprachentwicklungsstand der Kinder wurde mit standardisierten Instrumenten erhoben, die im niederländischen Schulsystem üblicherweise eingesetzt werden. Die allgemeine Entwicklungsprognose wurde vom Lehrer gestellt. Als sekundärer Endpunkt wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Therapien bis zu diesem Zeitpunkt (ca. 6 Jahre nach der Randomisierung) zwischen den Studienarmen verglichen.

In der von de Koning 2004 publizierten Zwischenauswertung wurden Ergebnisse zum Zeitpunkt etwa anderthalb Jahre nach dem ersten Screening berichtet (also im Alter von 36 Monaten). Insbesondere wurden zu diesem Zeitpunkt die Rate der Diagnosen von Sprachentwicklungsverzögerungen und der Sprachentwicklungsstand in beiden Gruppen verglichen. Man nahm an, dass Kinder der Interventionsgruppe inzwischen häufiger als sprachentwicklungsverzögert erkannt worden und infolge einer früheren Therapie den Kindern aus der Kontrollgruppe in ihren sprachlichen Fertigkeiten überlegen seien.

Die Information über die Art der Beschulung und die Klassenstufe wurde den Einverständniserklärungen zur Follow-up-Befragung entnommen, die Daten zur

Inanspruchnahme von Therapien den Elternfragebögen. Das sprachliche Leistungsniveau wurde von den Lehrern der Kinder mithilfe von im niederländischen Schulsystem gängigen kurzen Sprachtests erhoben. Auch steuerten die Lehrer ein Gesamturteil über die antizipierte weitere allgemeine Entwicklung des Kindes bei.

Schwieriger nachzuvollziehen ist die Operationalisierung der Zielgrößen in der Zwischenauswertung von de Koning 2004. Um die Rate der Diagnosestellungen abzuschätzen, wurden mehrere Informationsquellen kombiniert. Aufgrund dessen war es möglich, innerhalb derselben Studie Sensitivitäts- und Spezifitätswerte für das Messinstrumentarium zu generieren. Die Diagnose Sprachentwicklungsstörung wurde durch eine schriftliche Befragung der Eltern (zum Alter der Kinder von 36 Monaten) und anhand der Dokumentationen der Ambulanzen für Hör- und Sprachstörungen ermittelt. Zusätzlich beurteilten verblindete Experten die Falldokumentation und die Testbefunde zu denjenigen Kindern (n = 410), die entweder laut Elternbericht oder laut Sprachambulanz sprachentwicklungsverzögert waren. Die 3 Operationalisierungen für den Endpunkt „Rate der Diagnosestellungen“ wurden in der Auswertung parallel geführt und kombiniert.

Da die beiden Publikationen der Studie in ihren Angaben z. T. deutlich voneinander abweichen, werden in Tabelle 2 bis Tabelle 4 die Charakteristika und Ergebnisse der beiden Publikationen in 2 untereinanderliegenden Zeilen dargestellt. Die zentrale Publikation ist jedoch – laut Auskunft der Autoren – die zweite (van Agt 2007).

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 2: Charakteristika der Screeningstudie

Studie	Publikation	Studiendesign	Vergleich	Land / Versorgungskontext / Population / Rekrutierungszeitraum	Zielkriterien (prim. / sek. Endpunkt)
Rotterdam studie	de Koning 2004	Cluster- randomisiert, stratifiziert nach sozioökono- mischem Status	Screeningprogramm ^a gegen kinderärztliche Routineuntersuchung	6 Regionen der Niederlande	primär: Anzahl der vor dem 36. Lebensmonat diagnostizierten Sprachrückstände ^c
	Allgemeinbevölkerung			sekundär: Sprachentwicklung zum 36. Lebensmonat ^d	
	van Agt 2007			Beginn zwischen Mai 1995 und Juli 1997 Follow-up 2002 / 2003	primär: Besuch einer Sonderschule; Wiederholen einer Klasse; sprachliche Fähigkeiten (mündlich; Rechtschreibung; Lesen) ^e ; antizipierte weitere Entwicklung ^f sekundär: Häufigkeit von Sprachtherapien
<p>a: VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen (Früherkennungsuntersuchung auf Entwicklungsstörungen)</p> <p>b: Consultatiebureaus</p> <p>c: erhoben entweder über die Eltern, die Sprachheilzentren oder ein Expertenpanel</p> <p>d: erhoben anhand des LSI (Sprachverständnis) und der Van-Wiechem-Items in Kombination mit dem LSI-PQ (Sprachproduktion)</p> <p>e: erhoben über im niederländischen Schulsystem etablierte Tests</p> <p>f: erhoben mit einem vom Lehrer zu beantwortenden Item im Sprachtest</p>					

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 3: Basisdaten der Screeningstudie

Studie	Publikation	Anzahl der Kinder			Falldefinition	Alter der Kinder zum	
		ein- geschlossen	gescreent	positiv		beim primären Endpunkt	Screening
Rotterdam studie	de Koning 2004	Gesamt: 10 355 ^a			Trennpunkt der VTO-Screening- Skala (0-7): ≤ 2 als Summe von beiden Screenings		
		Screening- gruppe: 5734	vollständig (2 Mal): 3147 unvollständig (0-1 Mal): 2587	73 (2,3%) n.g.		3685 (64%) Elternfragebögen 195 (3%) Dokumentationen von Ambulanzen für Hör- und Sprachstörungen und anderen Spezialisten 260 (5%) Expertenbeurteilungen	
		Kontroll- gruppe: 4621	–				15-18 und 24 Monate
	van Agt 2007	Gesamt: 11 440			Trennpunkt der VTO-Screening- Skala (0-7): ≤ 2 als Summe von beiden Screenings		
		Screening- gruppe: 6485	vollständig (2 Mal): 3776 unvollständig (0-1 Mal): 2709	n.g. n.g.		3118 (48%) mit Angaben zum Schultyp	
		Kontroll- gruppe: 4955	–				2288 (46%) mit Angaben zum Schultyp
<p>Erläuterungen: n.g. = nicht genannt a: Ursprünglich wurden 10 942 Kinder randomisiert; für 587 konnte jedoch die Clusterzugehörigkeit nicht mehr festgestellt werden und sie wurden aus den Analysen ausgeschlossen.</p>							

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 4: Beschreibung der Intervention der Screeningstudie

Studie	Publikation	Training der Ärzte	Vorgehen beim Screening	Weitere Versorgung bei auffälligem Befund	Wesentliche Einschlusskriterien der Cluster	Wesentliche Ein- / Ausschlusskriterien der Kinder
Rotterdam studie	de Koning 2004 van Agt 2007	Training im Gebrauch des Screening-instruments ^a	VTO-LSI: strukturiertes Interview des Arztes mit den Eltern über 5 Minuten (Fragen zu Sprachproduktion und -verständnis und zur Interaktion mit Gleichaltrigen) Zweimaliges Screenen zu den Zeitpunkten 15-18 Monate und 24 Monate Das Ergebnis wurde durch Aufsummieren der beiden Screeningbefunde als Wert zwischen 0 und 7 dokumentiert	Überweisung zum Hausarzt mit Empfehlung zur weiteren Sprachdiagnostik ^b	Mindestanzahl betreuter Kinder logistische Voraussetzungen	Einschlusskriterien: Kinder erreichen beide Screeningalter (d. h. 15 / 18 sowie 24 Monate) im Studienzeitraum (08.05.1995–03.07.1997) ^c Ausschlusskriterien: Migrationshintergrund, keine Einverständniserklärung der Eltern, schwere geistige Beeinträchtigung
<p>a: Nähere Informationen zur Art und Dauer des Trainings werden nicht gegeben. b: Audiologisch Centrum c: van Agt 2007: In den Auswertungen wurde das Kriterium bezüglich des erreichten Alters im Studienzeitraum weniger streng gehandhabt, sodass mehr Kinder in die Analysen eingingen als bei de Koning 2004.</p>						

5.1.2.2 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Screeningstudie

Die beiden Publikationen zu der Rotterdamstudie enthalten teilweise abweichende Angaben, bspw. zu den Fallzahlen, der Fallzahlplanung oder zu den primären Endpunkten (vgl. Autorenanfrage entsprechend Anhang G).

In den beiden Publikationen werden unterschiedliche Fallzahlen und Fallzahlkalkulationen berichtet. In de Koning 2004 wurde als Gesamtfallzahl 10 942, bei van Agt 2007 11 440 angegeben. Nach Auskunft der Autoren waren beide Fallzahlkalkulationen auf den gemeinsamen Zielpunkt der Studie, die Reduktion von Sprachentwicklungsstörungen der aufwachsenden Kinder, hin angelegt. Allerdings variieren die Annahmen zur Prävalenz von Sprachstörungen und die mögliche Risikoreduktion zwischen den Publikationen. 2004 wurde eine relative Risikoreduktion (RRR) von 35 % erwartet, 2007 ging ein Wert von 20 % in die Kalkulation ein. Laut Autoren sind diese Diskrepanzen dadurch zu erklären, dass in den 6 Jahren zwischen dem Screening selbst und dem Follow-up-Zeitraum aufgrund neuer Erkenntnisse aus der Literatur sowie aus der eigenen Studie die Annahmen zu den Prävalenzraten und der RRR korrigiert wurden. Außerdem wurde die Auswertungsmethode neuen Erkenntnissen zur Berechnung von Daten aus Cluster-randomisierten Studien angepasst. Da die Stichprobengröße zum Zeitpunkt der Erstellung der van-Agt-2007-Publikation bereits feststand, kann die darin berichtete Fallzahlplanung wohl eher im Sinne einer nachträglichen Powerschätzung auf Basis präzisierter Annahmen und Methoden gegenüber de Koning 2004 verstanden werden.

Die Erhebung der Endpunkte, die in beiden Publikationen berichtet werden, erfolgte teilweise verblindet gegenüber der Intervention. Verblindet waren die Lehrer bei ihren Entwicklungsprognosen und beim Durchführen von Sprachtests mit den Studienkindern. Verblindet waren auch die Experten bei der Beurteilung von Daten zu einer Gruppe von 410 Kindern bei de Koning 2004. Hinsichtlich anderer Endpunkte – insbesondere der Diagnosestellung seitens der Sprachambulanzen – war eine Verblindung wegen des Überweisungsweges nicht durchgängig zu verwirklichen.

Nach den Angaben von van Agt 2007 führte die Randomisierungsprozedur zu vergleichbaren Gruppen hinsichtlich des Geschlechts und des sozioökonomischen Status; geringe Unterschiede bestanden in der Verteilung der Kinder und Cluster auf die verschiedenen Regionen. Die im Rahmen der Follow-up-Erhebung untersuchten Kinder unterschieden sich zwischen den Gruppen hinsichtlich des Alters, Geschlechts, Bildungsgrads der Eltern und sprachlichen Hintergrunds der Familie nicht. Die über 6 Jahre laufende Studie ist durch große Verluste von Teilnehmern zu verschiedenen Zeitpunkten gekennzeichnet. Nur 55 % der Interventionsgruppenkinder (3147) der in de Koning 2004 ausgewerteten Kohorte wurden dem Protokoll entsprechend gescreent. Bis zur Zwischenauswertung gingen 1416 Kinder verloren (530 Ausschlüsse, Wohnortwechsel, fehlender oder verspäteter Dateneingang), davon 861 aus der Interventionsgruppe und 555 aus der Kontrollgruppe. Zusätzlich fehlten

1188 Kinder (4873 - 3685) in der Interventionsgruppe und 957 (4066 - 3109) in der Kontrollgruppe. Insgesamt gingen also 3561 Kinder (34 %) der Stichprobe bis zur Zwischenauswertung verloren. Nicht alle Verluste werden in der Publikation begründet; hier lieferten die Autoren auf Nachfrage noch zusätzliche Erläuterungen (vgl. Anhang G).

Für die Auswertung des primären Endpunktes anhand der Einverständniserklärungen (van Agt 2007) standen nur noch für 3118 Kinder aus der Interventionsgruppe und 2288 aus der Kontrollgruppe (also 47 % von 11 440) Daten zur Verfügung. Für die Auswertung der Klassenstufe lagen mit 3084 und 2250 noch weniger Angaben durch die Eltern vor. Die Anzahl der Kinder, für die Lehrerurteile und Ergebnisse aus Sprachtests zur Verfügung standen, war noch deutlich niedriger. Die größten Verluste waren bei den mündlichen Sprachtests zu verzeichnen: Hier lagen nur für insgesamt 2195 der ursprünglich 11 440 randomisierten Kinder Ergebnisse vor.

Obwohl bei van Agt 2007 die Auswertungen als Intention-to-Screen- bzw. Intention-to-Treat-Analysen^c bezeichnet werden, werden sie lediglich (auch bei de Koning 2004) auf Basis der Daten der verbliebenen Teilnehmer durchgeführt, die bei van Agt jeweils weniger als die Hälfte der ursprünglichen Studienpopulation darstellen. Angesichts solch hoher Ausfallraten ist diese Strategie sehr anfällig für Verzerrungen. Die Autoren begründen dieses Vorgehen allerdings mit Hinweisen auf die weiterhin bestehende Vergleichbarkeit der beiden Gruppen; so habe es z. B. hinsichtlich der Ausfallraten verschiedener Strata und der Ausfallrate insgesamt keine deutlichen Unterschiede zwischen den Gruppen gegeben, die zu einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse hätten führen können.

In van Agt 2007 werden im Gegensatz zur ersten Publikation de Koning 2004 alle Hypothesen einseitig auf Signifikanz getestet. Dies ist insbesondere deswegen bemerkenswert, weil in der Fallzahlplanung, wie sie in der Publikation Koning 2004 beschrieben wird, von einer zweiseitigen Hypothese ausgegangen worden war. Die Frage der Signifikanztestung ist auch insofern brisant, als bei einer zweiseitigen Testung bei van Agt 2007 keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt worden wären. Auf Anfrage begründen die Autoren die einseitige Testung in van Agt 2007 mit der Richtung ihrer Hypothesen und der Unwahrscheinlichkeit eines gegenläufigen Unterschiedes, wie man ihn etwa bei der Karzinomdiagnostik fürchten müsse. Diese Begründung erscheint jedoch auch deswegen problematisch, weil sich in einer Zielgröße tatsächlich ein zu den Hypothesen gegenläufiger Unterschied zeigt (in der Interventionsgruppe wiederholten mehr Kinder sprachbedingt eine Klasse als in der Kontrollgruppe). Damit müsste der hierzu in der Publikation angegebene einseitige p-Wert von 0,095 stattdessen – um die postulierte Hypothese des Vorteils der Intervention abzubilden – $1 - 0,095 = 0,905$ betragen. Im Folgenden werden jeweils die in der

^c Der Begriff „Intention-to-Screen-Analyse“ wird hier offensichtlich lediglich in dem Sinne verstanden, dass die Teilnehmer unabhängig davon, ob sie tatsächlich am Screening teilgenommen haben, in der jeweils randomisierten Gruppe ausgewertet werden, nicht jedoch im Sinne einer vollständigen Einbeziehung aller randomisierten Studienteilnehmer in die Analysen.

Publikation zusätzlich berichteten p-Werte aus zweiseitiger Testung dargestellt. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass sich damit die Power der Analysen der primären Zielgröße von 80 % (bei einseitiger Testung) auf 70 % reduziert.

Obwohl also mithilfe der Autorenanfrage der Teilnehmerfluss in den Publikationen verständlicher wurde, muss das Verzerrungspotenzial bei der Bewertung der von der Studie erbrachten Ergebnisse aus den im Folgenden beschriebenen Gründen dennoch als sehr hoch eingeschätzt werden. Die Berücksichtigung der im Rahmen einer Clusteranalyse höher einzuschätzenden Varianz erfolgte erst in den Analysen und in der nachgereichten Fallzahlkalkulation der zweiten Studie, die allerdings die für den vorliegenden Bericht relevanten Ergebnisse liefert. Eine verblindete Erhebung war nicht für alle Zielgrößen möglich, sodass z. B. die von den Eltern beigesteuerten Informationen nicht unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit ihrer Kinder sein könnten. Letzteres lässt sich allerdings in einem solchen Studiendesign auch kaum umsetzen; die Verblindung der Lehrer ist dagegen positiv hervorzuheben. Schwerwiegend ist der Verlust einer großen Anzahl von Teilnehmern bis zur Erhebung der primären Zielgrößen. Dieser wird entgegen dem Protokoll nicht durch eine tatsächliche Intention-to-Screen-Auswertungsstrategie kontrolliert, sodass sich alle Ergebnisse auf schwer definierbare Teilgruppen der Ausgangsstichprobe beziehen. Die einseitige Testung auf Gruppenunterschiede ohne Absenkung des dann einseitig zu betrachtenden Signifikanzniveaus auf die Hälfte des zweiseitigen Niveaus steht nicht im Einklang mit dem üblichen Vorgehen [48] und ist in ihrer Begründung nicht überzeugend. Dieser letzte Aspekt ist insofern bedeutsam, als nur mit der einseitigen Testung ohne Absenkung des Signifikanzniveaus Gruppenunterschiede festgestellt wurden. Darüber hinaus kann nicht ausgeschlossen werden, dass datengesteuert Planungsgrundlagen verändert wurden.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 5: Verzerrungspotenzial der Screeningstudie

Studie	Publikation	Randomisierung / Concealment	Fallzahlplanung	Verblindete Zielgrößen-erhebung	Vergleichbarkeit der Gruppen	Transparenz von Teilnehmerfluss und Ausschlüssen / ITS-Auswertungsstrategie	Verzerrungspotenzial
Rotterdamstudie	de Koning 2004	adäquat / unklar ^a	Annahme einer Reduktion von Sprachentwicklungsrückständen um 35% (Alpha 5% zweiseitig, Power 85%); 20% Ungehorsam bez. Überweisung nach positivem Test, Zugrundelegung einer Prävalenz zwischen 5 und 70% ^b	teilweise: Eltern, Ärzte, Hör-Sprach-Ambulanzen bzw. andere Spezialisten konnten nicht verblindet werden; Experten verblindet	n.g.	Teilnehmerfluss allein anhand der Publikation sehr schwer nachvollziehbar ^c keine ITS-Auswertung; hohe Ausfallquoten	hohes Verzerrungspotenzial ^d
	van Agt 2007	s.o.	Annahme einer Reduktion von Sprachentwicklungsrückständen um 20% (Alpha 5% einseitig, Power 80%); Zugrundelegung von 2,5% Prävalenzrate mit 8 Jahren Berücksichtigung des Clusterdesigns ^e	teilweise: Eltern waren nicht verblindet; Lehrer waren verblindet bei Beurteilung und bei Durchführung des Sprachtests	bezogen auf randomisierte Kinder (11 440): vergleichbar bzgl. Geschlecht, sozioökonomischem Status; geringe Unterschiede hins. regionaler Verteilung bezogen auf Follow-up-Stichprobe (5424): vergleichbar bzgl. Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Sprachhintergrund der Familie	Teilnehmerfluss nachvollziehbar dargestellt keine ITS-Auswertung; hohe Ausfallquoten ^f	hohes Verzerrungspotenzial ^d
<p>Erläuterungen: n.g. = nicht genannt</p> <p>a: Randomisierung beurteilt auf Basis der Publikation von de Koning 2004. In der Publikation van Agt 2007 wird eine alternierende Zuteilung erwähnt, die aber nicht plausibel erscheint.</p> <p>b: Diese Berechnung nimmt nicht auf den erklärten primären Endpunkt Bezug (vgl. Autorenanfrage).</p> <p>c: Mithilfe der Autorenbefragung (siehe Anhang G) konnten alle Fragen geklärt werden.</p> <p>d: Das Verzerrungspotenzial der Studie liegt insbesondere in der Vernachlässigung der Varianzminderung durch das Clusterdesign (gilt nur für de Koning 2004), in den sehr hohen Verlusten der Teilnehmer über den ganzen Studienzeitraum hinweg und in der Nichtberücksichtigung des Intention-to-Screen(ITS)-Prinzips bei der Auswertung.</p> <p>e: Die Änderungen in der Fallzahlplanung sind mithilfe der Autorenanfrage nachvollziehbar (siehe Text).</p> <p>f: In van Agt 2007 wird eine ITS-Analyse angekündigt. Die Auswertung lässt aber keine Strategie erkennen, wie mit den zahlreichen Verlusten umgegangen wird.</p>							

5.1.3 Ergebnisse zu den Zielgrößen wie im Berichtsplan definiert

Die Ergebnisse der Rotterdamstudie sind im Einzelnen Tabelle 6 zu entnehmen. Da es sich um nur eine einzige Studie handelt, werden die Ergebnisse der den Publikationen inhärenten Hierarchie folgend erklärt und nicht aufgeschlüsselt nach den Zielkategorien, wie sie im Berichtsplan definiert wurden. Die Ergebnisse werden aber in diese Kategorien eingeordnet. Die Ergebnisse zur screeninginduzierten Erhöhung der Sprachentwicklungsdiagnosen (de Koning 2004) sowie zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Sprachtherapien (van Agt 2007) werden hier jedoch nicht weiter ausgeführt, da es sich hierbei nicht um patientenrelevante Endpunkte im Sinne des Berichtsplans handelt. Patientenrelevant in der Zwischenauswertung (de Koning 2004) ist die Prüfung auf etwaige Unterschiede im Sprachentwicklungsstand ein Jahr nach dem 2. Screening (mit 36 Monaten). Die Grundlage zur Beantwortung dieser Frage waren der LSI-3-Sprachverständnistest und ein Score für die Sprachproduktion, gebildet aus Items der Wiechenskala und dem LSI-Elternfragebogen (PQ). Für diesen sekundären Endpunkt wurden in der Publikation keine detaillierten Werte berichtet. Auch gab es keine Festlegung für einen bestimmten Cut-off-Wert auf den Skalen. Vielmehr wurden zumindest 26 verschiedene Referenzpunkte (Sprachleistungslevel) auf Unterschiede zwischen den Gruppen getestet. Für das Sprachverständnis fanden sich bei Berücksichtigung der Clusterrandomisierung keine statistisch signifikanten Unterschiede. Das Bild hinsichtlich der Sprachproduktion ist uneinheitlich. Bezüglich dreier Referenzpunkte stellt die Skala mehr Sprachentwicklungsrückstände in der Kontrollgruppe fest (Referenzpunkte 14 $p = 0,025$, 15 $p = 0,029$, 17 $p = 0,003$). Auf der anderen Seite gab es für 2 andere Referenzpunkte gegenläufige Effekte (Referenzpunkt 6 $p = 0,041$, 9 $p = 0,043$). Wenn die Clusterrandomisierung in der Auswertung berücksichtigt wurde, zeigten sich jedoch auch hier keine statistisch signifikanten Unterschiede mehr.

Die primären Endpunkte in der wesentlichen Arbeit van Agt 2007 sind im Bereich der kognitiven Parameter einzuordnen. In der Screeninggruppe (IG) befanden sich nach 6 Jahren 83 von 3118 Kindern in der Sonderschule gegenüber 85 von 2288 in der Kontrollgruppe (KG). Dies bedeutet einen absoluten Unterschied von einem Prozentpunkt (2,7 gegen 3,7 %), jeweils bezogen auf die in den Studienarmen verbliebenen Kinder (47 % der Studienstichprobe), der, zweiseitig getestet auf dem 5 %-Niveau, nicht statistisch signifikant ist ($p = 0,063$). In der Screeninggruppe hatten zum Zeitpunkt der Nacherhebung 443 (14,4 %) Kinder eine Schulklasse wiederholt. Prozentual gesehen kam das in der Kontrollgruppe etwa gleich häufig vor ($318 / 2250 = 14,1$ %). Für eine Teilgruppe (2401 IG und 1721 KG) konnten die Gründe der Wiederholung anhand der Elternfragebögen ermittelt werden. In dieser Auswertung verschiebt sich das Verhältnis zuungunsten der Screeninggruppe. 146 (6,1 %) Kinder der Screeninggruppe wiederholten demzufolge sprachbedingt, dagegen 84 (4,9 %) aus der Kontrollgruppe ($p = 0,189$; zweiseitige Testung).

Als sprachbezogene Endpunkte nach 6 Jahren werden in van Agt 2007 Ergebnisse zum Sprechen, Lesen und Schreiben zwischen den Gruppen verglichen. Diese waren mit kurzen, im niederländischen Schulsystem validierten und gebräuchlichen Fragebögen ermittelt worden. Die Anteile der Kinder mit unter dem 10. Perzentil liegenden Leistungen unterschieden sich hinsichtlich aller 3 untersuchten Merkmale nicht statistisch signifikant (Sprechen: 8,8 % IG vs. 9,7 % KG, $p = 0,248$, Lesen: 4,7 % IG vs. 4,7 % KG, $p = 0,944$, Schreiben: 2,8 % IG vs. 4,2 % KG, $p = 0,054$). Auch diese Ergebnisse beruhen auf dem Vergleich lediglich der Daten der restlichen in der Studie verbliebenen Kinder (19 % Sprechen, 28 % Lesen, 26 % Schreiben).

Mit einem einzigen Item, das in den Schulfragebogen zur Sprachstandsmessung integriert war, wurde vom Lehrer eine allgemeine Entwicklungsprognose erfragt. Auf Anfrage äußern die Autoren die Vermutung, dieses Item sei von den Lehrern dem sprachlichen Kontext folgend als Frage nach der sprachlichen Entwicklungsprognose verstanden und beantwortet worden. Kontrollgruppenkindern wurde geringfügig häufiger eine negative Prognose gestellt (11,4 % IG vs. 13,3 % KG; $p = 0,094$).

Keine Ergebnisse wurden in den Publikationen berichtet zu emotionalen oder psychosozialen Effekten des Sprachscreenings oder zu Effekten auf die Lebensqualität der Kinder. Auch mögliche Risiken oder Nebenwirkungen des Screenings wurden nicht erfasst.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 6: Ergebnisse der Screeningstudien

Studie	Publi- kation	Patienten- relevanter Endpunkt laut Berichtsplan	Endpunkt in der Studie	Operationalisierung	Intervention		Kontrolle		p-Wert (zwei- seitig)
					N ^a	positiv (%)	N ^a	positiv (%)	
Rotter- dam- studie	de Koning 2004	Sprachent- wicklung	Sprachentwicklung bis zum 36. Monat	Sprachverständnis, Sprachproduktion ^{b,c}	randomisiert: N = 5734		randomisiert: N = 4621		
	3685				n.g.	3109	n.g.	siehe Fußnote ^d	
	van Agt 2007	kognitive und bildungsrele- vante Entwicklung	Kinder in der Sonderschule (%)	Ermittelt nach Adressangabe in Einverständniserklärungen	randomisiert: N = 6485		randomisiert: N = 4955		
			Kinder, die eine Klasse wiederholen (%)	Erschlossen aus Angaben über besuchte Klassenstufe in Einverständniserklärungen	3118	83 (2,7)	2288	85 (3,7)	0,063 ^e
			Kinder, die sprachbedingt eine Klasse wiederholen (%)	Auskunft der Eltern im Fragebogen	3084	443 (14,4)	2250	318 (14,1)	0,935 ^e
					2401	146 (6,1)	1721	84 (4,9)	0,189 ^e
		Sprachent- wicklung	Kinder mit niedrigem Sprachniveau (%)	< 10. Perzentil im Sprechen (Test)	1270	112 (8,8)	925	90 (9,7)	0,248 ^e
				< 10. Perzentil im Lesen (Test)	1844	86 (4,7)	1328	62 (4,7)	0,944 ^e
				< 10. Perzentil im Schreiben (Test)	1728	48 (2,8)	1225	52 (4,2)	0,054 ^e
				Lehrer antizipiert Entwicklungsprobleme	1769	201 (11,4)	1311	175 (13,3)	0,094 ^e

(Fortsetzung)

Tabelle 6 (Fortsetzung): Ergebnisse der Screeningstudien

Erläuterungen: n.g. = nicht genannt

a: Anzahl ausgewerteter Kinder

b: Sprachverständnis erhoben mittels LSI-3 Language Comprehension, Sprachproduktion erhoben mit van-Wiechen-Items kombiniert mit LSI-PQ

c: Berichtet werden Ergebnisse zu post hoc ausgewählten Referenzpunkten (Cut-off-Punkten). Die Auswahl einzelner Referenzpunkte ist nicht hypothesengeleitet.

d: Keine Unterschiede im Sprachverständnis nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Bildungsgrad der Eltern, Hörscreeningbefund, Stellung in der Geschwisterreihe und Region sowie Berücksichtigung der Clusterrandomisierung. Uneinheitliche Ergebnisse zur Sprachproduktion hinsichtlich verschiedener Referenzpunkte. Bei der Festlegung von 3 Punkten (14 / 15 / 17) lässt sich ein signifikant schlechteres Ergebnis der Kontrollgruppe, von 2 anderen Punkten (6 / 9) ein signifikant schlechteres Ergebnis der Interventionsgruppe darstellen. Bei Berücksichtigung der Clusterrandomisierung sind diese Unterschiede nicht statistisch signifikant.

e: p-Werte (zweiseitige Signifikanztestung) aus logistischer Regression, adjustiert an Clusterdesign und für Region

5.1.4 Zusammenfassung

Die Suche nach Studien, die Effekte eines Sprachscreenings von Vorschulkindern auf Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen untersuchen, blieb erfolglos. Somit können keine Rückschlüsse auf den Nutzen einer solchen Screeningmaßnahme im Sinne der Fragestellung des vorliegenden Berichts gezogen werden. Hilfsweise wurde die einzige randomisierte Evaluationsstudie zu einem Sprachscreening mit patientenrelevanten Endpunkten, die Rotterdamstudie (de Koning 2004, van Agt 2007), ausführlich dargestellt, obwohl sie sich nicht allein auf Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bezieht. Die Ergebnissicherheit dieser Studie muss kritisch bewertet werden. Trotz des zunächst methodisch anspruchsvoll anmutenden Designs und der sehr großen Zahl eingeschlossener Kinder besteht bei näherer Betrachtung ein hohes Verzerrungspotenzial, sodass die Ergebnisse der Studie nicht klar interpretierbar sind. Darüber hinaus besteht das Problem, dass diese Studie keine Aussagen über die möglichen Auswirkungen des Screenings für die im Rahmen der Berichtsfragestellung relevante Gruppe der Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen macht. Von den 48 Kindern, die im Screening einen positiven Befund hatten und für die Daten bezüglich der sich anschließenden ausführlichen Diagnostik vorlagen, wiesen nur 15 Kinder eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung auf. Anhand der Auswertungen der Rotterdamstudie kann nicht ermittelt werden, wie die weitere Entwicklung speziell dieser Kinder verlief. Im Rahmen der Follow-up-Untersuchung wurden keine verlässlichen Angaben über entsprechende Diagnosen der Kinder erhoben, sodass die Teilgruppe der UESS-Kinder nicht identifizierbar ist. Es ist deshalb nicht zu beurteilen, inwieweit die Beobachtungen der Nacherhebung, die auf die Gesamtpopulation der gescreenten Kinder bezogen sind, auf die Teilgruppe der umschriebenen sprachentwicklungsgestörten Kinder übertragbar sind.

5.2 Diagnostik

5.2.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

5.2.1.1 Ergebnis der Literaturrecherche

Die Suche für den Bereich Diagnostik (Teilziel 2) wurde zwischen dem 11. Juni und 20. August 2007 in den bibliografischen Datenbanken durchgeführt. Im Januar und Mai 2008 erfolgte eine Nachrecherche.

Die Ergebnisse der Suche nach relevanten Publikationen sind in Abbildung 2 dargestellt.

Mit der systematischen Literatursuche ergaben sich – nach automatischer und manueller Dublettenentfernung – in den verschiedenen elektronischen Datenbanken insgesamt 1269 Treffer. Über das Stellungnahmeverfahren beim G-BA gingen 17 zusätzliche Referenzen ein, die der Diagnostikfragestellung zugeordnet werden konnten. Zusätzlich gelangten über die Suche in relevanten Überblicksarbeiten 5 und über die Handsuche 11 weitere Referenzen in den Ausgangspool. Insgesamt durchliefen damit 1302 Referenzen das Titel- und Abstractscreening, das durch 2 Experten unabhängig voneinander durchgeführt wurde. Davon wurden 1159 im Konsens als für die Fragestellung zum Teilbereich Diagnostik des vorliegenden Berichts sicher nicht relevant ausgeschlossen. Zu den verbleibenden potenziell relevanten Arbeiten kamen noch 68 Referenzen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Berichtsplan Version 0.1 mit Bezug zur Diagnostik-Fragestellung sowie 3 Tests aus einer Liste mit deutschsprachigen Tests, die von der Themengruppe des G-BA übermittelt worden und die nicht bereits durch andere Rechenschritte identifiziert worden waren, hinzu (vgl. Anhang D). Im Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht wurden 14 Studien mit unmittelbarem Bezug zur Diagnostikfragestellung genannt; davon waren 6 bereits im Vorbericht berücksichtigt worden. Die 8 zusätzlichen Referenzen wurden auf ihre Relevanz geprüft. So wurden insgesamt 222 Referenzen im Volltext geprüft; von diesen hielt keine den prädefinierten Kriterien D1 bis D6 (vgl. 4.1.6) stand.

Dieses Ergebnis bedeutet, dass zu den heute in der deutschen Diagnosepraxis eingesetzten Testinstrumenten keine validierenden Studien gefunden werden konnten, die den Anforderungen des vorliegenden Berichtes genügen. Insbesondere kann derzeit keine verlässliche Aussage zur diagnostischen Güte dieser Tests in Bezug auf die Entdeckung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen gemacht werden. Im Folgenden wird deshalb ausführlich erläutert, welche in Deutschland von Fachgesellschaften empfohlenen und in der Praxis eingesetzten Instrumente für den vorliegenden Bericht ergänzend betrachtet wurden und warum die zu diesen Instrumenten identifizierten Studien nicht eingeschlossen werden konnten.

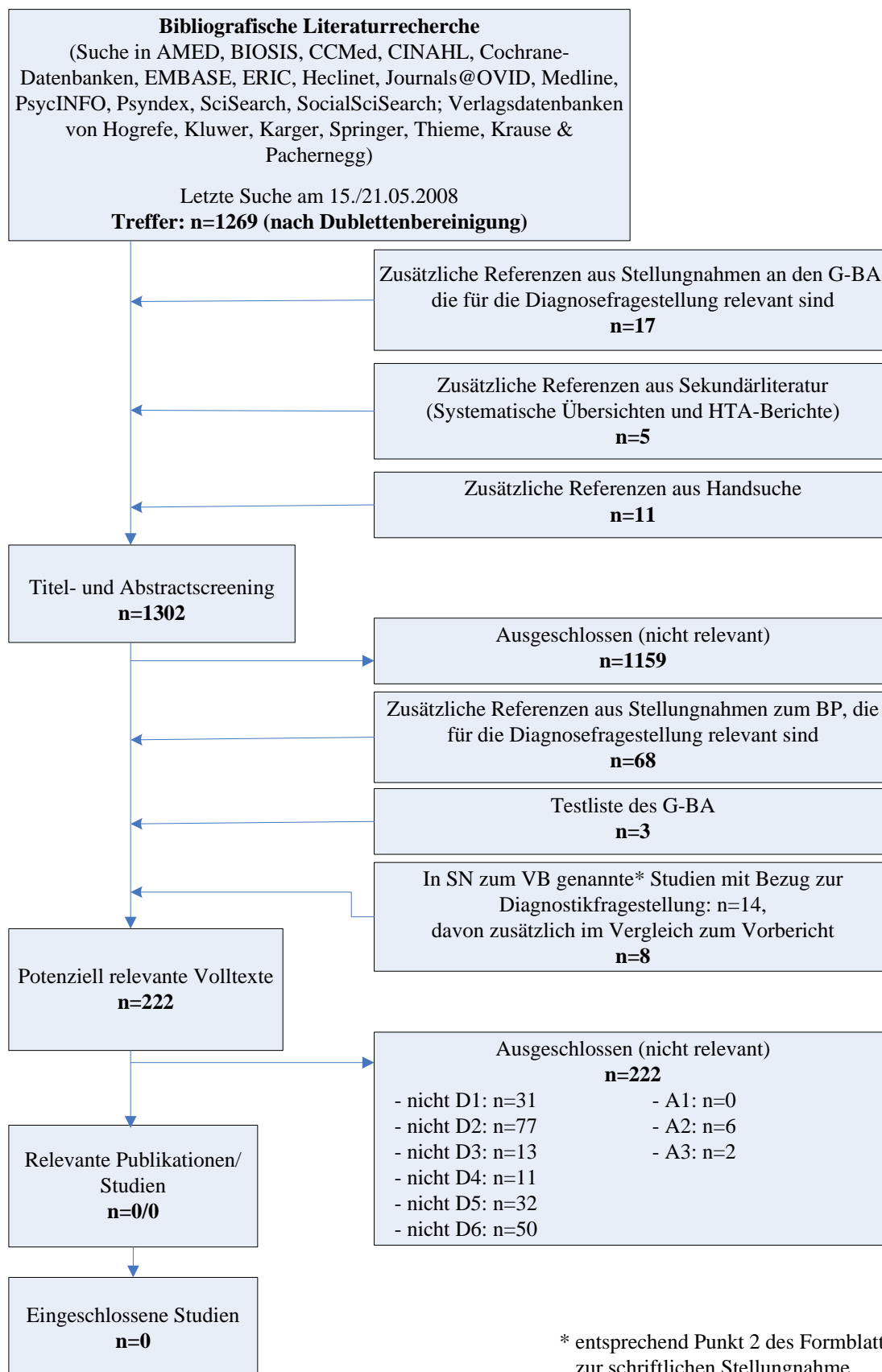


Abbildung 2: Ergebnis der Literaturrecherche – Teilfragestellung Diagnose

5.2.1.2 Ergebnis der Suche nach weiteren publizierten und unpublizierten Studien

Die unter „Handsuche“ subsumierten Treffer wurden teilweise bei der Suche nach relevanter Sekundärliteratur identifiziert; die Suche im KVK ergab ebenfalls eine Validierungsstudie. Ein Test^d wurde im Zuge einer Autorenanfrage zu einem bereits eingeschlossenen Test identifiziert. Ein Anfang 2009 veröffentlichter Test^e wurde im Zusammenhang mit dem Anhörungsverfahren identifiziert. Auf der von der zuständigen Themengruppe des G-BA zur Verfügung gestellten Liste mit 14 potenziell relevanten Tests (vgl. Anhang D) wurde ein Test^f identifiziert, der nicht über die bibliografische Recherche erfasst worden war. Dieser und 2 weitere Tests^g, zu denen jeweils bereits im Rahmen der bibliografischen Suche eine Validierungsstudie identifiziert worden war, wurden in den Pool der zu beurteilenden Referenzen aufgenommen. Weitere relevante Tests oder Validierungsstudien fanden sich auf diesem Wege nicht. Die Gründe für den Ausschluss der vom G-BA beigesteuerten Tests werden in Anhang D dokumentiert.

5.2.1.3 Anfrage an Autoren

Bezüglich zweier Studien (Sachse 2007 und 2008 [17,49] sowie Euler 2008 [50]) wurden Anfragen an die Autoren gestellt, die in Anhang G dokumentiert sind.

5.2.1.4 Informationen aus der Anhörung

Es wurden im Rahmen der Anhörung zum Vorbericht entsprechend Punkt 2 des Formblatts zur schriftlichen Stellungnahme 14 Publikationen genannt, die unmittelbaren Bezug zur Teilfragestellung „Diagnostik“ aufwiesen. 6 dieser Studien waren bereits im Vorbericht in Hinsicht auf die Diagnostikfragestellung berücksichtigt worden. Von den 8 zusätzlich genannten Studien entsprach keine allen Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Tabelle 27 in Kapitel 6). Eine der Studien [51] erfüllte lediglich das Einschlusskriterium D6 nicht und wurde in Tabelle 7 und Tabelle 8 aufgenommen. Eine Studie stellte eine weitere Validierung eines Testverfahrens dar, das bereits im Vorbericht berücksichtigt worden war; auch diese Studie wurde in Tabelle 7 und Tabelle 8 aufgenommen [52].

5.2.1.5 Studienpool aller zunächst relevant erscheinender Studien

Bevor die Auswahl des hier dargestellten Studienpools und die Methodik bei der Beurteilung seiner Charakteristika näher erläutert werden, ist zu bemerken, dass die systematische Suche nach geeigneten Sprachtests a priori in zweifacher Weise stark eingegrenzt war: Gesucht waren nicht allgemeine Sprachtests, sondern solche, die sich für den Einsatz im Rahmen einer

^d SBE-2-KT

^e FRAKIS

^f ESGRAF (vgl. Anhang D)

^g IDIS und KISTE (vgl. jeweils Anhang D)

Screeninguntersuchung eignen. Außerdem betrifft die Fragestellung zum Teilbereich Diagnostik des vorliegenden Berichts die Testgüte bezogen auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. Es kann von keinem einzelnen Screeningtest erwartet werden, dass er sehr spezifisch Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen identifiziert. Die Diagnostik der UESS bedarf eines mehrstufigen Verfahrens, zumal insbesondere neben der Feststellung des Sprachentwicklungsstandes zahlreiche Differenzialdiagnosen ausgeschlossen werden müssen. Es ist daher umso wichtiger, dass im ersten Schritt keine Sprachstörungen übersehen werden, also eine hohe Sensitivität erreicht wird.

Abgesehen von dem Spezialfall eines sicheren Erfassens aller Störungen (100 % Sensitivität) kann nicht selbstverständlich von gleichen Detektionsraten für unterschiedlich bedingte Sprachstörungen ausgegangen werden. Zum Beispiel könnten Kinder mit UESS beim Screening von einem Elternfragebogen schlechter erkannt werden, weil sie vorhandene Sprachdefizite z. B. mit anderen sozialen Kompetenzen kompensieren. Dies bedeutet, dass für die Fragestellung des vorliegenden Berichts die Ermittlung der diagnostischen Güte des jeweiligen Instruments im Hinblick auf die Detektion von UESS eine notwendige Voraussetzung war, um in die Nutzenbewertung aufgenommen werden zu können. Detektionsraten lediglich für allgemeine Sprachentwicklungsstörungen reichen für die Fragestellung dieses Berichts nicht aus.

Eine ideale Studie, die geeignet wäre, die diagnostische Güte eines Screeningtests bezogen auf UESS zu ermitteln, müsste mindestens die folgenden Kriterien erfüllen:

- Unselektiertes (Screening-)Kollektiv
- Geeignete Referenzmethode zur Feststellung einer UESS einschließlich entsprechender Ausschlussdiagnostik
- Alle Kinder werden mit einem Indextest (Screeningtest) untersucht.
- Alle Kinder (sowohl Indextest-Positive als auch -Negative) werden auch mit dem Referenztest untersucht.
- Der „Patienten“fluss ist lückenlos dokumentiert (ursprünglich kontaktierte Kinder bzw. deren Eltern, ausgeschlossene Kinder, Studienabbrüche etc.).
- Die Ergebnisse werden in einer Vierfeldertafel dargestellt (oder sind dem Text zweifelsfrei zu entnehmen).

Darüber hinaus sollten die üblichen Qualitätskriterien für diagnostische Studien erfüllt sein (vgl. [37,44]).

Keine der durch die Literaturrecherchen, Stellungnahmen, Handsuchen oder Autorenanfragen

identifizierten deutschsprachigen Validierungsstudien erfüllte alle diese Voraussetzungen. Insbesondere das Einschlusskriterium D6 (Maße zur diagnostischen Güte und Vorhersagegenauigkeit; nämlich bezüglich der Entdeckung von UESS) wurde von keiner der Studien erfüllt. Die weiteren Fragen zum Teilziel 2 (u. a. Eignung der Verfahren hinsichtlich ihrer Praktikabilität für den Einsatz im Rahmen eines Screeningprogramms) mussten deshalb zurückgestellt werden. Da jedoch einige Instrumente in deutscher Sprache existieren, die bis auf dieses (für den vorliegenden Bericht notwendige) Kriterium D6 anderweitig validiert sind, werden sie im Rahmen dieses Abschnitts dennoch gewürdigt.

Dargestellt werden 26 zunächst relevant erscheinende Validierungspublikationen zu insgesamt 17 Sprachtests (Tabelle 7). Alle 17 Tests wurden hinsichtlich ihrer diagnostischen Güte bezüglich der Entdeckung von Sprachentwicklungsstörungen anhand eines Referenztests validiert. Dargestellt werden nur Validierungen mit einem Referenztest, der ein sprachbezogenes Konstrukt misst oder zumindest sprachbezogene Komponenten enthält (z. B. Schulnoten). Wurden also beispielsweise zu einer Stichprobe Daten von einem Indextest und einem Intelligenztest berichtet, der explizit keine sprachlichen Komponenten der Intelligenz misst, so wurde eine solche Studie nicht dargestellt.

Tabelle 7: Pool der Tests, die unter Zuhilfenahme eines Referenztests validiert wurden

Nr.	Test	Publikation	Ref.
1	AWST (Aktiver Wortschatztest)	Kiese-Himmel C. Göttingen: Beltz; 2005.	[53]
2	BUEVA (Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter)	Esser G. Göttingen: Beltz; 2002.	[54]
3	ELAN (Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter)	Bockmann AK et al. Göttingen: Beltz; 2006.	[55]
4	ELFRA-1 (Elternfragebogen zur Erfassung sprachentwicklungsverzögerter Kinder)	Doil H. Bielefeld: Universität Bielefeld; 2002.	[56]
		Grimm H et al. Göttingen: Hogrefe; 2006.	[57]
		Sachse S et al. Klin Padiatr 2007; 219(1): 17-22.	[58]
5	ELFRA-2 (Elternfragebogen zur Erfassung sprachentwicklungsverzögerter Kinder)	Doil H. Bielefeld: Universität Bielefeld; 2002.	[56]
		Grimm H et al. Göttingen: Hogrefe; 2006.	[57]
		Hoffmann N. München: Ludwig-Maximilians-Universität; 2007.	[59]
		Sachse S. Göttingen: Hogrefe; 2005. S. 155-189.	[5]
		Sachse S et al. Kinderarztl Praxis 2007; 78(4): 194-99.	[17]
		Sachse S et al. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2007; 35(5): 323-31.	[60]
		Sachse S et al. Monatsschr Kinderheilkd 2007; 155(2): 140-45.	[61]
Sachse S et al. J Dev Behav Pediatr 2008; 29(1): 34-41.	[49]		
		Walter M. Sprachheilarbeit 2005; 50(5): 234-240.	[62]

(Fortsetzung)

Tabelle 7 (Fortsetzung): Pool der Tests, die unter Zuhilfenahme eines Referenztests validiert wurden

Nr.	Test	Publikation	Ref.
6	Fragebogen zur Sprachentwicklung ^a	Szagan G et al. Sprache Stimme Gehör 2004; 28(3): 137-45.	[63]
7	FRAKIS / FRAKIS-K (Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung)	Szagan G et al. Frankfurt: Pearson Assessment & Information; 2009.	[64]
8	Frühdiagnostik von Entwicklungsstörungen Dreijähriger, Sprache	Hortmann K. Padiatr Grenzgeb 1987; 26(3): 149-57.	[65]
9	HASE (Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsdiagnostik)	Roos J et al. Heidelberg: Pädagogische Hochschule Heidelberg; 2007.	[51]
10	KiSS (Kindersprachscreening)	Neumann et al. Manuskript 2008. ^b	[52]
11	KISTE (Kindersprachtest)	Kasielke E et al. Report Psychologie 1993; 18(1): 24-32.	[66]
		Häuser D et al. Weinheim: Beltz; 1994.	[67]
12	LSV (Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder)	Götte R. Weinheim: Beltz; 1976.	[68]
13	MSVK (Marburger Sprachverständnistest für Kinder)	Elben C et al. Göttingen: Hogrefe; 2000.	[69]
14	SBE-2-KT (Sprachbeurteilung durch Eltern – Kurztest für die U7)	Sachse S et al. Handbuch 2008.	[70]
15	SEV (Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen)	Heinemann M et al. Kinderarzt 1992; 23(10): 1635-39.	[71]
16	SSV (Sprachscreening für das Vorschulalter)	Grimm H. Göttingen: Hogrefe; 2003.	[72]
17	Teddy-Test	Quaiser-Pohl C. Lengerich: Papst; 2001.	[73]
<p>a: Der Fragebogen ist orientiert am McArthur Communicative Development Inventory; er stellt eine Vorform des späteren FRAKIS dar.</p> <p>b: Da das im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Vorbericht eingereichte Manuskript Neumann 2008 die für die Diagnostikfragestellung relevanten Informationen enthielt, werden das im Vorbericht an dieser Stelle zitierte Manuskript Euler 2008 [50] sowie das Vortragsabstract [74] hier und im Folgenden nicht mehr aufgeführt.</p>			

5.2.2 Charakteristika aller zunächst relevant erscheinenden Studien

In Tabelle 8 sind methodische Basischarakteristika aufgeführt, die nachvollziehbar machen sollen, warum keiner der 17 Tests zur Nutzenbewertung eines Sprachscreenings für UESS-Kinder herangezogen werden kann. Die Beurteilung der Praktikabilität der 17 Indextests bei einer Anwendung im Rahmen einer Screeninguntersuchung wurde zurückgestellt und erübrigte sich angesichts der nachfolgenden Ergebnisse. In den 26 Validierungspublikationen

kam eine Vielzahl verschiedener im Sinne der Fragestellung des vorliegenden Berichts zunächst relevant erscheinender Validierungstests zur Anwendung.

Bei der Darstellung der Referenztests fällt auf, dass diese in den verschiedenen Studien von unterschiedlicher Qualität sind. In einigen Fällen wurden nicht unmittelbar sprachbezogene Konstrukte (z. B. Intelligenz oder Schulleistung) herangezogen. In anderen Fällen stützte sich der Referenztest nicht auf die Einschätzung durch klinische Experten (z. B. im Falle von Elternfragebögen) oder der Referenztest bestand aus einem weniger differenzierten Maß als der Indextest (Pilotform desselben Tests). In manchen Fällen fehlen genaue Angaben zum Referenztest, sodass dessen Eignung unklar bleibt. Die Eignung des Referenztests wurde aber nicht weiter beurteilt, da keine der Validierungsstudien die Voraussetzungen des vorliegenden Berichts erfüllte.

Die statistischen Verfahren zur Quantifizierung der Übereinstimmung von Referenztest und Indextest beschränkten sich in den meisten Fällen auf Korrelationen bzw. Regressionen. In einer Studie kam ein deskriptives Ranking von Urteilen zur Anwendung [64]. Aus diesen Angaben lassen sich keine Testgütekriterien und die diesbezüglichen Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Verfahren ermitteln.

Für insgesamt 7 der Tests (ELFRA-1, ELFRA-2, HASE, KiSS, SBE-2-KT, SEV, SSV) finden sich Angaben zur diagnostischen Güte. Bei der Validierung des SEV lassen sich jedoch keine vollständigen Vierfeldertafeln erstellen. Außerdem beziehen sich sowohl bei HASE als auch beim SBE-2-KT und SEV die Angaben nicht auf UESS. Auch der Publikation zum SSV lassen sich keine Angaben zur diagnostischen Güte bezüglich UESS entnehmen.

Für den ELFRA-2 liegen aus einer Studie [17,49] Ergebnisse bezüglich der Entdeckung von UESS vor, für die die entsprechenden Ausschlussdiagnosen notwendig sind. Allerdings ist anhand dieser Publikation keine vollständige Vierfeldertafel rekonstruierbar, sodass auch hier keine eindeutigen Aussagen zur diagnostischen Güte hinsichtlich der Erkennung von UESS möglich sind. Im Folgenden wurden deshalb alle zum ELFRA-2 vorliegenden, auch mithilfe der Autorenanfragen (vgl. Anhang G) identifizierten Publikationen dahin gehend überprüft, ob diese weitere relevante Daten zur Rekonstruktion einer Vierfeldertafel liefern: Zum ELFRA-2 liegen 9 Validierungs- und 1 Normierungspublikation vor. Die Validierungspublikationen beschreiben die prognostische Validität [61,75], die Kriteriumsvalidität [17,49,56,57,60,75] und die diagnostische Güte einer Kurzform des ELFRA-2 [76]. Auch die Arbeit von Hoffmann 2007 beschreibt die Validierung einer Kurzform des ELFRA-2 [59].

Die beiden Studien von Grimm 2006 [57] und Doil 2002 [56] zum ELFRA-2 berichten keine Vierfeldertafeln bezüglich UESS und sind daher für die Beurteilung der diagnostischen Güte dieses Instruments bezüglich der Entdeckung von UESS nicht geeignet.

Die Publikationen von Sachse [17,49,60,61,75-77] beziehen sich laut Autorenangaben alle auf eine Studie. Wie aus der Publikation von Sachse 2007 [60] hervorgeht, wies keines der

Kinder auffällige kognitive oder pädaudiologische Befunde auf. Daher konnte bei allen Kindern mit einer unterdurchschnittlichen Sprachfähigkeit von UESS ausgegangen werden, was auf eine sehr ungewöhnlich zusammengesetzte Stichprobe schließen lässt. In der Publikation von 2008 [49] wird beschrieben, dass Kinder mit auffälligen Befunden hinsichtlich des Seh- und Hörvermögens aus den weiteren Analysen ausgeschlossen wurden.

In mehreren Publikationen dieser Studie wurden Vierfeldertafeln berichtet [17,60,61,75]. In diesen Publikationen wurden Kinder, die im Rahmen der ELFRA-2-Untersuchung ein positives Ergebnis hatten, mit dem SETK-2 oder 3-5, dem ELFRA-3, einer Adaption des ELFRA-2, oder mit der RDLS-III weiter untersucht. Von den ELFRA-negativen Kindern wurden jedoch nur Stichproben mit dem SETK weiter untersucht. Die in den Publikationen angegebenen Stichprobenumfänge von 31 bis 167 Kindern sind also nur Teilmengen der tatsächlichen Studienstichprobe, die sich auf vermutlich 1397 Kinder belief [75,76].

Die Berechnung von diagnostischen Kennzahlen auf der Basis einer Teilstichprobe der Gruppe von Kindern, die im Indextest (ELFRA-2) ein negatives Ergebnis aufweisen, ist grundsätzlich problematisch. Wäre die Stichprobe der ELFRA-2-negativen Kinder repräsentativ, könnte man diese Werte entsprechend hochrechnen. Dies ginge jedoch mit einer Veränderung der Sensitivität und der Spezifität im Vergleich zu den in den bisherigen Publikationen [17,49] berichteten Gütekriterien einher. In der Antwort auf eine diesbezügliche Anfrage (vgl. Anhang G) wiesen die Autoren selber darauf hin, dass ein gewisser Selektionseffekt nicht auszuschließen ist. Die absoluten Werte für die Sensitivität und Spezifität können also den Daten nicht entnommen werden. Die in den Vierfeldertafeln der unterschiedlichen Publikationen dieser Studie ermittelten diagnostischen Kenngrößen sind somit weder auf die ursprüngliche Stichprobe noch auf die allgemeine Bevölkerung übertragbar.

Die Studie zur Evaluation des Kindersprachscreenings in Hessen [52] liefert Vierfeldertafeln mit Angaben zur Sensitivität und Spezifität des KiSS-Tests in Bezug auf die Entdeckung „exklusiv klinischer Auffälligkeit“. Als „exklusiv klinisch auffällig“ werden diejenigen Kinder bezeichnet, bei denen Sprachentwicklungsstörungen mit medizinischem Abklärungs- und Therapiebedarf vorliegen, jedoch keine Redefluss- und Stimmstörungen. Diese Gruppe ähnelt derjenigen der UESS nach ICD-10, beinhaltet allerdings zusätzlich die mit Komorbiditäten assoziierte Sprachentwicklungsstörung und schließt Kinder mit isolierten auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen nicht mit ein. Im Rahmen der Studie wurden verschiedene Referenztests eingesetzt, um diese Vierfeldertafeln zu generieren und die diagnostische Güte des KiSS zu bestimmen. Die Verwendung der gleichzeitig erhobenen Tests (Reynell Developmental Language Scales III, Psycholinguistische Analyse kindlicher Sprechstörungen, Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen sowie Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder) als Referenzkriterium wurde von den Autoren als nicht sinnvoll angesehen: Problematisch beurteilt wurde hier zum einen die Bildung eines Gesamtauffälligkeitskriteriums nach dem Algorithmus „auffällig, wenn in

mindestens einem der Referenztests auffällig“, da dies zu einer Auffälligkeitsrate von 66 % in der Stichprobe geführt hätte. Zudem waren diese Referenztests bei der Konstruktion des KiSS an derselben Stichprobe verwendet worden, sodass die Verwendung dieser Tests zu einer Überschätzung der Güte des KiSS geführt hätte. Aus diesen Gründen wurde stattdessen als Referenzstandard das Urteil von 3 Sprachexpertinnen herangezogen. Da diese unplausibel hohe Auffälligkeitsraten (22 bis 28 % exklusiv klinisch auffällig) und divergierende Beurteilungen lieferten, wurden im nächsten Schritt prävalenzbasierte Grundraten vorgegeben, mit deren Wissen die Expertinnen die Beurteilung vorzunehmen hatten. Die Tatsache, dass die Referenzmethode mehrfach angepasst wurde, zeigt, dass diese nur eingeschränkt als Referenzstandard geeignet ist, wie auch die Autoren der Studie einräumen. Damit sind die präsentierten Daten zu Sensitivität und Spezifität kaum aussagekräftig und die Qualität des KiSS nicht abschließend beurteilbar.

Tabelle 8 zeigt die Studien nach Tests geordnet. Nicht im Pool enthalten sind diejenigen Tests, zu denen keine Validierungsstudien anhand eines Referenzstandards vorlagen.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 8: Methodische Basischarakteristika der zunächst relevant erscheinenden Diagnostikstudien

Nr.	Test	Referenztest ^a [Spezifischer Indextest in eckigen Klammern]	Validierungsmethode	Vierfeldertafeln vorhanden oder möglich	Angaben zur diagnostischen Güte bezüglich UESS	Ref.
1	AWST	Erzieherinnen-Urteil	Korrelationen	nein	nein	[53]
		Subtests „Sätze ergänzen“ und „Wörter ergänzen“ aus PET – Psycholinguistischer Entwicklungstest (Angermaier 1977)	Korrelation	nein	nein	
		Testbatterie nicht näher bezeichnet	Multiple Interkorrelationen	nein	nein	
2	BUEVA	WET – Wiener Entwicklungstest (Kastner-Koller & Deimann 1998)	Korrelation	nein	nein	[54]
		Potsdamer Erziehungsfragebogen (Esser & Wyschkon 2000)	Korrelation	nein	nein	
		Schulnoten (mit 8 Jahren)	Korrelation	nein	nein	
3	ELAN	MFED 2-3 – Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (Köhler & Egelkraut 1994)	Korrelation	nein	nein	[55]
		[Subskala „Expressiver Wortschatz“ des ELAN / 16 bis 26 Monate vs.] AWST – Aktiver Wortschatztest 3-6 (Kiese-Himmel 2005)	Korrelation	nein	nein	
4	ELFRA-1	SETK-2 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Korrelation	nein	nein	[56]
		SETK-2 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Korrelation	nein	nein	[57]
		ELFRA-2 (Grimm 2006)	Sensitivität und Spezifität ^b	ja	nein	[58,75]

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 8 (Fortsetzung): Methodische Basischarakteristika der zunächst relevant erscheinenden Diagnostikstudien

Nr.	Test	Referenztest ^a [Spezifischer Indextest in eckigen Klammern]	Validierungs- methode	Vierfeldertafeln vorhanden oder möglich	Angaben zur diagnostischen Güte bezüglich UESS	Ref.
5	ELFRA-2	SETK-2 und SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Korrelationen	nein	nein	[56]
		Subskalen der Bayley-Scales of Infant Development – BSID II (Bayley 1993)	Korrelation	nein	nein	
		SETK-2 und SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Sensitivität und Spezifität ^b	unvollständig	ja ^c	[49]
		Subskalen des SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2001)	Korrelation	nein	nein	[57]
		„ELFRA-3“ – Adaption des ELFRA-2 für 3-Jährige	Sensitivität und Spezifität	ja	nein	[59]
		„ELFRA-3“ – Adaption des ELFRA-2 für 3-Jährige	Sensitivität und Spezifität ^b	ja	nein	[75]
		SETK-2 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Korrelationen	nein	nein	
		SETK-2 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Sensitivität und Spezifität ^b	unvollständig	ja ^c	[17]
		SETK-2 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Sensitivität und Spezifität ^b	unvollständig	ja ^c	[60]
		RDLS III – Reynell Developmental Language Scale (Gibbard 1994)	Sensitivität und Spezifität ^b	unvollständig	ja ^c	
		SETK-2 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Sensitivität und Spezifität ^b	ja	nein	[62]
„ELFRA-3“ – Adaption des ELFRA-2 für 3-Jährige	Sensitivität und Spezifität ^b	ja	nein	[61]		

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 8 (Fortsetzung): Methodische Basischarakteristika der zunächst relevant erscheinenden Diagnostikstudien

Nr.	Test	Referenztest ^a [Spezifischer Indextest in eckigen Klammern]	Validierungsmethode	Vierfeldertafeln vorhanden oder möglich	Angaben zur diagnostischen Güte bezüglich UESS	Ref.
6	Fragebogen zur Sprachentwicklung	[Pilotform des Fragebogens vs.] Spontansprachbefunde zu Wortschatz und Mittlere Äußerungslänge (MLU) (keine Referenz)	Korrelation	nein	nein	[63]
7	FRAKIS / FRAKIS-K	Type Häufigkeit aus Spontansprachprobe [FRAKIS: Wortschatz]	Korrelation	nein	nein	[64]
		Mittlere Äußerungslänge aus Spontansprachprobe [FRAKIS: Flexionsmorphologie; Satzkomplexität]	Korrelation	nein	nein	
		Wortschatzliste FRAKIS [FRAKIS-K]	Korrelation	nein	nein	
8	Frühdiagnostik von Entwicklungsstörungen Dreijähriger, Sprache	Entwicklungstest für Kleinkinder (Bühler & Hetzer 1966)	Korrelation	nein	nein	[65]
		Selbst entwickelter Eltern- (und Erzieherinnen-) Fragebogen zum sprachlichen Entwicklungsstand (keine Referenz)	Korrelation	nein	nein	
		Schulnoten 1. Klasse Oberschule (4 Jahre später)	Regression	nein	nein	
9	HASE	1. Klasse: Lesenote, Rechtschreibnote, Einschätzung Lesen, Einschätzung Rechtschreiben	Sensitivität und Spezifität	teilweise ^d	nein	[51]
		2. Klasse: Deutschnote, Lesenote, Rechtschreibnote, Einschätzung Lesen, Einschätzung Rechtschreiben	Sensitivität und Spezifität	teilweise ^d	nein	
		3. Klasse: Deutschnote, Lesenote, Rechtschreibnote, Rechtschreibleistung, Lesegeschwindigkeit, Vorläuferfertigkeiten, Leseverständnis	Sensitivität und Spezifität	teilweise ^d	nein	
10	KiSS	<i>Expertenmajoritätsurteil: exklusiv klinisch auffällig, freie Grundrate [exklusiv klinisch auffällig nach KiSS]</i>	<i>Sensitivität und Spezifität</i>	<i>ja^e</i>	<i>ableitbar^f</i>	[52]

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 8 (Fortsetzung): Methodische Basischarakteristika der zunächst relevant erscheinenden Diagnostikstudien

Nr.	Test	Referenztest ^a [Spezifischer Indextest in eckigen Klammern]	Validierungsmethode	Vierfeldertafeln vorhanden oder möglich	Angaben zur diagnostischen Güte bezüglich UESS	Ref.
	KiSS	<i>Expertenmajoritätsurteil: exklusiv klinisch auffällig, feste Grundrate [exklusiv klinisch auffällig nach KiSS]</i>	<i>Sensitivität und Spezifität</i>	ja ^g	ableitbar ^f	[52]
		<i>Expertenmajoritätsurteil: exklusiv klinisch auffällig, feste Grundrate [exklusiv gesamtauffällig nach KiSS]</i>	<i>Sensitivität und Spezifität</i>	ja ^g	ableitbar ^f	
		<i>Expertenmajoritätsurteil: exklusiv klinisch auffällig, feste Grundrate [inklusive gesamtauffällig nach KiSS]</i>	<i>Sensitivität und Spezifität</i>	ja ^g	ableitbar ^f	
11	KISTE	LSV – Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (Götte 1976)	Korrelationen	nein	nein	[66]
		Urteil der Kindergärtnerinnen / des Versuchsleiters / Erziehungsfragebogen (keine Referenz)	Korrelationen	nein	nein	[67]
		HSET – Heidelberger Sprachentwicklungstest (Grimm, Schöler 1991)	Korrelationen	nein	nein	
		LSV – Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (Götte 1976)	Korrelationen	nein	nein	
12	LSV	FTF-W – Frankfurter Test für Fünfjährige – Wortschatz (Raatz 1971)	Korrelationen	nein	nein	[68]
		[Subtest „Formenbildung“ des LSV vs.] Subtest „Grammatik“ des PET – Psycholinguistischer Entwicklungstest (Angermaier 1977)	Korrelationen	nein	nein	
		Beurteilungen der Kommunikation durch Diplomanden (keine Referenz)	Deskriptiver Abgleich von Rankings	nein	nein	

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 8 (Fortsetzung): Methodische Basischarakteristika der zunächst relevant erscheinenden Diagnostikstudien

Nr.	Test	Referenztest ^a [Spezifischer Indextest in eckigen Klammern]	Validierungsmethode	Vierfeldertafeln vorhanden oder möglich	Angaben zur diagnostischen Güte bezüglich UESS	Ref.
13	MSVK	WST – Wortschatztest für Schulanfänger (Kamratowski & Kamratowski 1969)	Korrelation mit Gesamttest	nein	nein	[69]
		AWST – Aktiver Wortschatztest (Kiese-Himmel 2005)	Korrelation mit Gesamttest	nein	nein	
		HSET – Heidelberger Sprachentwicklungstest (Grimm, Schöler 1991)	Korrelation mit Gesamttest	nein	nein	
		Lehrer- und Erzieherurteil zum Sprachverständnis	Korrelation mit Gesamttest	nein	nein	
14	SBE-2-KT	ELFRA-2 (Grimm 2006)	Sensitivität und Spezifität	ja	nein	[70]
15	SEV	Urteil von Logopädinnen in Ausbildung	Spezifität ^h	nein	nein	[71]
16	SSV	[SSV für 3-Jährige bzw. 4-Jährige vs.] SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für Kinder (Grimm 2000)	Sensitivität und Spezifität	ja	nein	[72]
17	Teddy Test	Erzieherfragebogen (keine Referenz)	Korrelation	nein	nein	[73]
		Binet-Simon-Kramer-Test (keine Referenz)	Korrelation	nein	nein	
		Lerntest für das Vorschulalter (keine Referenz)	Korrelation	nein	nein	
		HAWI-VA – Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter (keine Referenz)	Korrelation	nein	nein	

(Fortsetzung)

Tabelle 8 (Fortsetzung): Methodische Basischarakteristika der zunächst relevant erscheinenden Diagnostikstudien

Erläuterungen:

kursiv: unveröffentlichte Daten, die von den Autoren zur Verfügung gestellt wurden

a: vollständige Quellenangaben siehe Anhang H

b: Die in der Publikation angegebenen Werte bezogen sich auf eine Vierfeldertafel mit nicht repräsentativen Anteilen positiv und negativ gescreenter Kinder. Dadurch sind die Werte nicht ohne Adjustierung auf realistische Screen-Positiv-Raten mit anderen Tests vergleichbar.

c: Die in den Vierfeldertafeln der unterschiedlichen Publikationen dieser Studie ermittelten diagnostischen Kenngrößen sind jedoch weder auf die ursprüngliche Stichprobe noch auf die allgemeine Bevölkerung übertragbar (vgl. Abschnitt 5.2.2).

d: Es werden Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer prädiktiver Wert berichtet; es ist jedoch nicht jeweils die vollständige Vierfeldertafel abgebildet.

e: Referenztest erwies sich als problematisch, da hiernach insgesamt 23,5 % der Kinder als exklusiv klinisch auffällig diagnostiziert wurden.

f: Von den 27 exklusiv klinisch auffälligen Kindern nach KiSS lagen bei 2 Kindern Komorbiditäten vor; die Vierfeldertafeln müssten unter Berücksichtigung dieser Tatsache neu berechnet werden, um die diagnostische Güte für UEES zu erhalten. Aufgrund der Probleme des verwendeten Referenztests sind diese Daten jedoch kaum aussagekräftig (vgl. Abschnitt 5.2.2).

g: Um plausible Raten an exklusiv klinisch auffälligen Kindern im Referenztest zu erhalten, musste den Expertinnen prävalenzbasiert die als auffällig zu diagnostizierende Rate vorgegeben werden. Daher muss die Eignung des verwendeten Referenztests bezweifelt werden.

h: Nachbeurteilung nur der Screen-Positiven

5.2.3 Zusammenfassung

Die Suche nach deutschen diagnostischen Verfahren, die für UEES-Kinder ausreichend validiert sind, blieb erfolglos. Unter den 17 Tests, für die eine Validierung mit einem Referenztest publiziert ist, gibt es bisher keinen, für den die diagnostische Güte bezogen auf UEES hinreichend untersucht ist und eine vollständige und valide Vierfeldertafel vorliegt oder ableitbar wäre.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass belastbare Aussagen über die Eignung vorliegender deutschsprachiger Tests zur Identifikation von UEES auf Basis bisher vorhandener Evidenz nicht getroffen werden können.

5.3 Therapie

5.3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

5.3.1.1 Ergebnis der Literaturrecherche

Die Suche in den bibliografischen Datenbanken wurde für die Fragestellung Therapie (Teilziel 3) zwischen dem 11. Juni und 9. Oktober 2007 durchgeführt. Im Januar und Mai 2008 erfolgte eine Nachrecherche.

Abbildung 3 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche nach Studien in den bibliografischen Datenbanken und das Literaturscreening gemäß Ein- / Ausschlusskriterien.

Mit der Literatursuche in den bibliografischen Datenbanken ergaben sich – nach automatischer und manueller Dublettenentfernung – 1172 Treffer. Über das Stellungnahmeverfahren beim G-BA gingen 30 zusätzliche Referenzen ein, die der Therapiefragestellung zugeordnet werden konnten. Weiterhin gelangten über die Suche in relevanten Überblicksarbeiten 20 und die Handsuche 10 weitere Publikationen in den Ausgangspool. Somit durchliefen insgesamt 1232 Referenzen das Titel- und Abstractscreening, das durch 2 Experten unabhängig voneinander durchgeführt wurde. Von diesen Referenzen wurden 1025 im Konsens ausgeschlossen. Zu den verbleibenden potenziell relevanten Arbeiten kamen noch 55 Referenzen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Berichtsplan 0.1 mit Bezug zur Therapie-Fragestellung, die dann im Volltext geprüft wurden. Unter den Studien, die im Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht genannt wurden, wies keine einen unmittelbaren Bezug zur Screeningfragestellung auf. Die Ausschlussgründe für die 203 ausgeschlossenen Publikationen sind in Abbildung 3 dargestellt und in Anhang C dokumentiert. Unter den 262 Volltexten wurden 59 Publikationen zu 57 Studien als für den vorliegenden Bericht relevant identifiziert. Von diesen sind 33 RCTs und 24 nicht randomisierte Kontrollgruppenstudien. Die meisten (41) Studien führten Vergleiche mit aktiven Kontrollgruppen durch. Seltener wurden Therapieverfahren in ihrer Wirksamkeit im Vergleich zu einer Nichtbehandlung getestet (25 Studien). Es wurden nur 3 Studien identifiziert, die die Wirksamkeit von Therapien umschriebener Sprachentwicklungsstörungen im (direkten) Altersvergleich untersuchten.

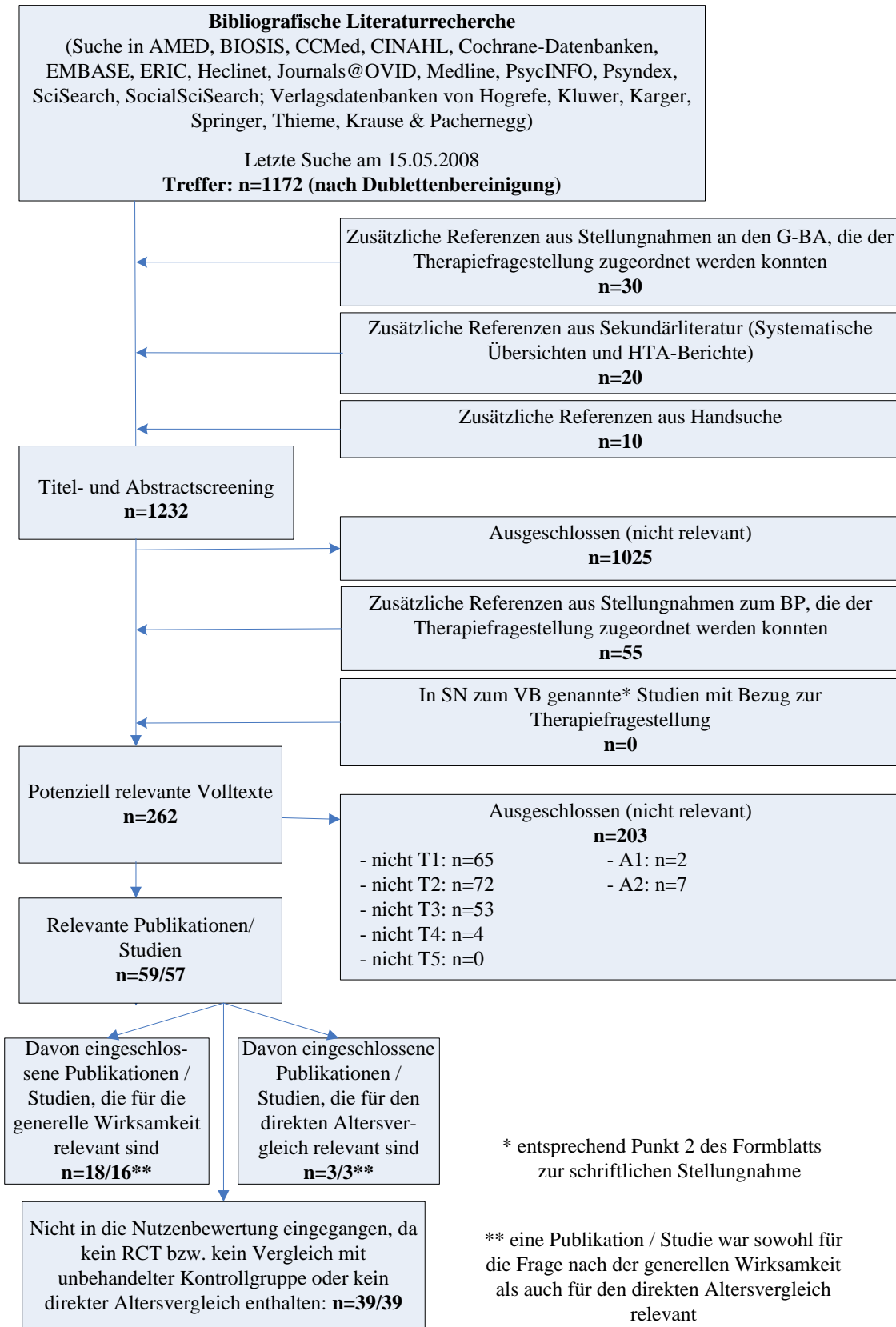


Abbildung 3: Ergebnis der Literaturrecherche – Teilfragestellung Therapie

5.3.1.2 Ergebnis der Suche nach weiteren publizierten und unpublizierten Studien

Da die Frage nach einer möglicherweise altersabhängigen Wirksamkeit von Sprachtherapie für die Nutzenbewertung einer Früherkennungsuntersuchung auf Sprachstörungen essenziell ist, wurde der Gesamtpool der Referenzen zur Teilfragestellung Therapie noch einmal zusätzlich daraufhin untersucht, ob sich einarmige Studien, die die übrigen Einschlusskriterien (Abschnitt 4.1.6) erfüllten, zur Beantwortung dieser Frage identifizieren ließen. Dazu wurden 259 Referenzen, die wegen des Ausschlusskriteriums T3 (Studientyp) ausgeschlossen worden waren, nochmals auf entsprechende Beobachtungsstudien hin von 2 Gutachtern unabhängig voneinander gescreent. 20 Arbeiten wurden im Volltext gesichtet, da auf Basis des Abstracts nicht sicher entschieden werden konnte, ob die Publikation einen Altersvergleich (etwa als Korrelation einer Prä-Post-Differenz hinsichtlich einer Zielgröße mit dem Alter) beschrieb. Diese Arbeiten sind in Anhang E aufgelistet. Durch dieses Nachscreenen konnte jedoch keine zusätzliche Arbeit als Grundlage der Bewertung einer etwaigen altersdifferenziellen Wirksamkeit von Sprachtherapie identifiziert werden.

Im Rahmen der Recherche wurden 2 Studien identifiziert, für die noch keine vollständigen Auswertungen publiziert sind: So wurde über die Handsuche eine derzeit laufende Studie zur Frühintervention bei Late-Talker-Kindern identifiziert, für die die Auswertung jedoch noch nicht publiziert ist [78] (vgl. Anhang G). Ebenso wurde die Beschreibung eines umfassenden Forschungsprojektes aufgefunden, das unter anderem die Wirksamkeit von Sprachtherapie in Abhängigkeit vom Alter bei Behandlungsbeginn untersucht. Die Ergebnisse hierfür sind allerdings erst für 2011 angekündigt [79].

5.3.1.3 Informationen aus der Anhörung

Es wurden im Rahmen der Anhörung zum Vorbericht entsprechend Punkt 2 des Formblatts zur schriftlichen Stellungnahme keine Studien mit unmittelbarem Bezug zur Therapiefragestellung genannt (vgl. Tabelle 27).

5.3.1.4 Anfrage an Autoren

Zur Teilfragestellung nach dem Nutzen der sprachtherapeutischen Verfahren wurden mehrere Autorenanfragen gestellt (Almost, Buschmann, Evans, Glogowska, Hesketh, Lancaster, Law, Schlesiger), die in Anhang G dokumentiert sind.

5.3.1.5 Studienpool aller zunächst relevant erscheinenden Studien

In Tabelle 9 ist der gesamte Pool aller 57 zunächst für die Teilfragestellung zum Nutzen von Sprachtherapie bei UESS relevant erscheinenden kontrollierten Studien dargestellt (vgl. Auflistung in Kapitel 8). In der Spalte „Nutzenbewertung“ ist jeweils dargestellt, ob diese Studien für die Bewertung des generellen Nutzens herangezogen wurden bzw. ob sie einen direkten Altersvergleich enthielten.

Zur Beantwortung der Teilfragestellung hinsichtlich des generellen Nutzens von Interventionen zur Behandlung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele (Teilziel 3a) wurden in Anbetracht des Aufkommens an Studien nur RCTs herangezogen, da sie, sofern methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet sind [80]. Allerdings lassen sich Schlussfolgerungen zu dieser Unterfragestellung nur aus Studien ziehen, die einen Vergleich mit einer unbehandelten bzw. mit einer Sham-Kontrollgruppe enthalten. Diese Kriterien werden von 16 Studien aus dem Gesamtpool erfüllt.

Zur Bewertung des Nutzens einer frühzeitigen im Vergleich zu einer späteren Intervention für UEES (Teilziel 3b) wurden 2 Wege geprüft: Zum einen wurden Studien bewertet, die einen Altersvergleich bei der Evaluation einer Therapiemethode explizit vorsahen. Es wird in diesem Zusammenhang von einem „direkten Altersvergleich“ gesprochen. Für diesen Teil kommen auch Studien mit aktiven Kontrollgruppen in Betracht. Im Prinzip standen für diesen Vergleich 3 Studien zur Verfügung (Tabelle 21, Tabelle 22).

Zum anderen wurde geprüft, ob durch den Vergleich von Therapiestudien, die mit Kindern aus unterschiedlichen Alterskohorten durchgeführt wurden, eine Abschätzung der Abhängigkeit von Sprachtherapieeffekten vom Alter möglich ist. Für diesen Weg kommen grundsätzlich nur RCTs mit unbehandelten Kontrollgruppen in Betracht, also derselbe Studienpool wie für die Frage nach dem generellen Nutzen. Es wurde im Folgenden untersucht, ob sich unter diesen 16 Studien Paare mit vergleichbaren Zielgrößen bilden ließen, die eine Interpretation von Alterseffekten zwischen den Studien ermöglichten.

Die Frage nach der Vergleichbarkeit der in Studien zu diagnostischen Tests untersuchten Populationen mit denjenigen aus Studien zum Nutzen bzw. Schaden von Frühinterventionen (Teilziel 3c) stellte sich im Verlauf der Projektbearbeitung nicht mehr, da keine diagnostischen Tests identifiziert werden konnten, die den Forderungen an eine Validierung entsprachen (vgl. S. 53).

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 9: Studienpool der Therapiestudien

Nr.	Studie	Publikation	Kontrolle:		Design	Alters- ver- gleich ent- halten	Nutzenbewertung:		Ref.
			unbe- handelt ^a / Sham	ak- tiv			gene- relle Wirk- samkeit	direkter Alters- ver- gleich	
1	Almost 1998	Almost D et al. Dev Med Child Neurol 1998; 40(5): 319-325	ja	ja	RCT	ja	✓	✓	[81]
2	Baxendale 2003	Baxendale J et al. Int J Lang Commun Disord 2003; 38(4): 397-415	nein	ja	kein RCT	nein			[82]
3	Boyle 2007	Boyle J et al. Health Technol Assess 2007; 11(25): 1-158	nein	ja	RCT	nein			[83]
4	Buschmann 2008	Buschmann et al. Arch Dis Child 2009; 94(2): 110-116 Buschmann et al. Aktuelle Neuropädiatrie 2007; 79-85	ja	nein	RCT	nein	✓		[84,85]
5	Camarata 1994	Camarata SM et al. J Speech Hear Res 1994; 37(6): 1414-1423	nein	ja	kein RCT	nein			[86]
6	Camarata 1992	Camarata SM et al. Clin Linguist Phon 1992; 6(3): 167-178	nein	ja	RCT	nein			[87]
7	Cohen 2005	Cohen W et al. J Speech Lang Hear Res 2005; 48(3): 715-729	nein	ja	RCT	nein			[88]
8	Courtright 1979	Courtright JA et al. J Speech Hear Res 1979; 22(2): 389-402	nein	ja	RCT	nein			[89]
9	Crosbie 2005	Crosbie S et al. Int J Lang Commun Disord 2005; 40(4): 467-491	nein	ja	kein RCT	nein			[90]
10	Denne 2005	Denne M et al. Int J Lang Commun Disord 2005; 40(4): 493-504	ja	nein	RCT	nein	✓		[91]
11	Dixon 2001	Dixon G et al. Child Lang Teach Ther 2001; 17(2): 127-141	nein	ja	RCT	nein			[92]
12	Ebbels 2007	Ebbels SH et al. J Speech Lang Hear Res 2007; 50(5): 1330-1349	ja	ja	RCT	nein	✓		[93]
13	Friedman 1980	Friedman P et al. Appl Psycholinguist 1980; 1(2): 151-170	nein	ja	kein RCT	nein			[94]
14	Fudala 1972	Fudala JB et al. Except Child 1972; 38(5): 407-412	nein	ja	RCT	nein			[95]

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 9 (Fortsetzung): Studienpool der Therapiestudien

Nr.	Studie	Publikation	Kontrolle:		Design	Altersvergleich erhalten	Nutzenbewertung:		Ref.
			unbehandelt ^a / Sham	aktiv			generelle Wirksamkeit	direkter Altersvergleich	
15	Gibbard 1994	Gibbard D. Eur J Disord Commun 1994; 29(2): 131-150	ja	nein	RCT	nein	✓		[96]
16	Gierut 1996	Gierut JA et al. Lang Speech Hear Serv Sch 1996; 27(3): 215-230	nein	ja	RCT	nein			[97]
17	Gill 2003	Gill CB et al. Child Lang Teach Ther 2003; 19(1): 85-103	nein	ja	kein RCT	nein			[98]
18	Gillam 2008	Gillam RB et al. J Speech Lang Hear Res 2008; 51(1): 97-119	ja	ja	RCT	nein	✓		[99]
19	Gillon 2000	Gillon GT et al. Lang Speech Hear Serv Sch 2000; 31(2): 126-141	nein	ja	kein RCT	nein			[100]
20	Gillon 2002	Gillon GT. Int J Lang Commun Disord 2002; 37(4): 381-400	nein	ja	kein RCT	nein			[101]
21	Girolametto 1996 [Pilotst.]	Girolametto L et al. J Child Commun Dev 1996; 17(2): 39-49	ja	nein	RCT	nein	✓		[102]
22	Girolametto 1997	Girolametto L et al. J Speech Hear Res 1996; 39(6): 1274-1283 Girolametto L et al. J Speech Lang Hear Res 1997; 40(2): 338-348	ja	nein	RCT	nein	✓		[103, 104]
23	Glogowska 2000	Glogowska M et al. BMJ 2000; 321(7266): 923-926	ja	nein	RCT	nein	✓		[105]
24	Glogowska 2006	Glogowska M et al. Dev Med Child Neurol 2006; 48(6): 489-494	ja	nein	kein RCT	nein			[106]
25	Hesketh 2000	Hesketh A et al. Int J Lang Commun Disord 2000; 35 (3): 337-354	nein	ja	RCT	nein			[107]
26	Hesketh 2007	Hesketh A et al. Int J Lang Commun Disord 2007; 42(3): 251-271	nein	ja	RCT	nein			[108]
27	Kirk 2007	Kirk C et al. Lang Speech Hear Serv Sch 2007; 38(4): 342-352	nein	ja	kein RCT	nein			[109]
28	Kot 1995	Kot A et al. Child Lang Teach Ther 1995; 11(2): 144-162	nein	ja	RCT	nein			[110]

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 9 (Fortsetzung): Studienpool der Therapiestudien

Nr.	Studie	Publikation	Kontrolle:		Design	Altersvergleich erhalten	Nutzenbewertung:		Ref.
			unbehandelt ^a / Sham	aktiv			generelle Wirksamkeit	direkter Altersvergleich	
29	Kouri 2006	Kouri et al. Am J Speech Lang Pathol 2006; 15(3): 236-246	nein	ja	RCT	nein			[111]
30	Law 1999	Law J et al. Final Report 1999 University London	ja	ja	kein RCT	nein			[112]
31	Leonard 2008	Leonard LB et al. J Speech Lang Hear Res 2008; 51(1): 120-125	nein	ja	kein RCT	nein			[113]
32	Loeb 2001	Loeb D et al. Child Lang Teach Ther 2001; 17(1): 35-53	nein	ja	RCT	nein			[114]
33	Maggiolo 2003	Maggiolo M et al. Rev Logop Foniatr Audiol 2003; 23(2): 98-108	ja	nein	RCT	nein	✓		[115]
34	McGregor 1989	McGregor KK et al. J Speech Hear Disord 1989; 54(2): 141-147	nein	ja	kein RCT	nein			[116]
35	Möller 2008	Möller D et al. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2008; 57: 197-215	ja	nein	kein RCT	nein			[117]
36	Mota 2007	Mota HB et al. Pro Fono 2007; 19(1): 67-74	nein	ja	kein RCT	nein			[118]
37	Nelson 1996	Nelson KE et al. J Speech Hear Res 1996; 39(4): 850-859	nein	ja	kein RCT	nein			[119]
38	Robertson 1997	Robertson SB et al. J Speech Lang Hear Res 1997; 40(1):49-61	ja	nein	RCT	nein	✓		[120]
39	Robertson 1999	Robertson SB et al. J Speech Lang Hear Res 1999; 42(5): 1234-1248	ja	nein	RCT	nein	✓		[9]
40	Rvachew 1994	Rvachew S. J Speech Hear Res 1994; 37(2): 347-357	ja	ja	RCT	nein	✓		[121]
41	Schwartz 1985	Schwartz RG et al. J Speech Hear Disord 1985; 50(1): 31-39	nein	ja	RCT	nein			[122]
42	Segers 2004	Segers E et al. Lang Speech Hear Serv Sch 2004; 35(3): 229-239	ja	nein	kein RCT	nein			[123]
44	Sommers 1962	Sommers RK. J Speech Hear Disord 1962; 27(2): 178-186	nein	ja	RCT	nein			[124]

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Studienpool der Therapiestudien

Nr.	Studie	Publikation	Kontrolle:		Design	Alters- ver- gleich ent- halten	Nutzenbewertung:		Ref.
			unbe- handelt ^a / Sham	ak- tiv			gene- relle Wirk- samkeit	direkter Alters- ver- gleich	
43	Sommers 1964	Sommers RK et al. J Speech Hear Disord 1964; 29(2): 126-132	nein	ja	RCT	nein			[125]
45	Sommers 1966	Sommers RK et al. J Speech Hear Res 1966; 9(2): 219-225	nein	ja	kein RCT	ja		✓	[126]
46	Teutsch 2004	Teutsch A et al. Sprache Stimme Gehör 2004; 28(4): 178-185	nein	ja	RCT	nein			[127]
47	Tschirner 2007	Tschirner D. Die Sprachheilarbeit 2007; 52(5): 188-196	nein	ja	kein RCT	ja		✓	[128]
48	Tufts 1959	Tufts LC et al. J Speech Hear Disord 1959; 24(4): 395-401	ja	nein	RCT	nein	✓		[129]
49	Tyler 2003	Tyler AA et al. J Speech Lang Hear Res 2003; 46(5): 1077-1094	ja	ja	kein RCT	nein			[130]
50	Ward 1999	Ward S. Int J Lang Commun Disord 1999; 34(3): 243-264	ja	nein	kein RCT	nein			[131]
51	Warrick 1993	Warrick N et al. Ann Dyslexia 1993; 43: 153-173	ja	ja	kein RCT	nein			[132]
52	Wilcox 1978	Wilcox MJ et al. J Speech Hear Res 1978; 21(2): 220-239	ja	ja	RCT	nein	✓		[133]
53	Wilcox 1991	Wilcox MJ et al. Am J Speech Lang Pathol 1991; 1(1): 49-61	nein	ja	RCT	nein			[134]
54	Wing 1990	Wing CS. Lang Speech Hear Serv Sch 1990; 21(3): 151-156	nein	ja	kein RCT	nein			[135]
55	Wright 1993	Wright SH et al. Child Lang Teach Ther 1993; 9(3): 214-229	ja	ja	kein RCT	nein			[136]
56	Yoder 2005	Yoder P et al. J Early Interv 2005; 28(1): 34-49	ja	nein	RCT	nein	✓		[137]
57	Zwitman 1979	Zwitman DH et al. J Commun Disord 1979; 12(4): 323-335	ja	nein	kein RCT	nein			[138]
Anzahl Studien, die in die Nutzenbewertung eingehen:							16	3	
a: Für die Beurteilung, ob es sich um eine unbehandelte Kontrollgruppe handelt, wurde auch berücksichtigt, ob die Kinder der Kontrollgruppe außerhalb der Studie in relevantem Umfang Sprachtherapie erhielten.									

5.3.2 Charakteristika der bewerteten Therapiestudien zur Frage der generellen Wirksamkeit

5.3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen

Einen Überblick über die wesentlichen Charakteristika der zur Bewertung der generellen Wirksamkeit herangezogenen, ausschließlich randomisierten Studien geben Tabelle 10 und Tabelle 11.

Die Anzahl der in die 16 Studien eingeschlossenen Kinder reichte von 14 bis 216. Die meisten Studien bezogen jedoch zwischen 20 und 30 Kinder ein. Die Kinder waren zumeist Patienten von Sprachheilzentren oder -praxen und warteten auf eine Behandlung. Eingeschlossen wurden jedoch auch Schüler oder Vorschüler, die über die Schule oder Zeitungsannoncen zur Teilnahme an der Studie aufgerufen wurden. Bis auf 2 Ausnahmen (Buschmann 2008 und Maggiolo 2003) wurden alle Studien im angloamerikanischen Raum (Großbritannien, Kanada und USA) durchgeführt. Nur in einer der Studien waren die Kinder deutschsprachig (Buschmann 2008).

Das mittlere Alter der eingeschlossenen Kinder reichte von 25 Monaten (Robertson 1999, Buschmann 2008) bis 13 Jahre (Ebbels 2007); die jüngsten Kinder wurden bei Glogowska 2000 eingeschlossen (ab 18 Monate). Die meisten Studien behandelten Kinder vor dem Vorschulalter.

In allen Studien wurden die Kinder wegen Auffälligkeiten der expressiven Sprache ausgewählt, entweder wegen phonologischer Störungen, wegen eines zu geringen Wortschatzes oder wegen Auffälligkeiten bezüglich der Äußerungslänge. Einige Studien verschärften die Selektion der Kinder z. B. durch den Ausschluss rezeptiver Sprachstörungen (Almost 1998, Denne 2005) oder den Ausschluss sehr geringfügiger oder sehr starker expressiver Sprachstörungen (Tufts 1959).

Die Therapiemaßnahmen erstreckten sich mit unterschiedlicher Frequenz (meist 1- bis 3-mal pro Woche; nur bei Glogowska 2000 zum Teil deutlich seltener), Dauer (30 bis 150 Minuten) und Anzahl (4 bis 78) der Therapiesitzungen über 3 Wochen bis 12 Monate. Es wurden sowohl gruppentherapeutische Behandlungen wie auch Einzeltherapien untersucht, 2 Publikationen berichten außerdem von Hausbesuchen.

Teilweise kamen in den Studien breit angelegte Behandlungsprogramme zur Anwendung, wie das Hanen Program for Parents (Girolametto 1996, Girolametto 1997) oder die Debyshire language scheme tasks (Glogowska 2000). Eine andere Studie adressierte dagegen ein sehr umschriebenes sprachliches Phänomen mit einem computerbasierten Hörwahrnehmungstraining für „korrekten Anlaut vs. Fehlbildung“ (Rvachew 1994). Hinsichtlich des Settings sind Studien mit Elterntrainings (im Folgenden als „indirekte“ Therapieansätze bezeichnet; Girolametto 1996, Girolametto 1997: „Hanen Program for parents“; Gibbard 1994:

„indirektes Elterntraining“; Buschmann 2008: „Heidelberger Elterntraining“) von Ansätzen zu unterscheiden, bei denen Kinder nach verschiedenen sprachtherapeutischen Ansätzen direkt von den Therapeuten behandelt wurden („direkte“ Therapie; z. B. Glogowska 2000: u. a. Debyshire language scheme tasks; Denne 2005: Training der phonologischen Bewusstheit; Robertson 1999: „kindzentrierte Interaktionstherapie“; Rvachew 1994: Hörwahrnehmungs- und -verarbeitungstraining; Yoder 2005: „Reformulierungstherapie“). Tufts 1959 wandte sowohl einen indirekten elternbasierten als auch einen direkten Therapieansatz an. Die Studie Robertson 1997 ist insofern hervorzuheben, als hier die Intervention aus dem Spiel der sprachgestörten mit gleichaltrigen, gesunden Kindern bestand.

Die zu evaluierenden Interventionen adressierten Zielgrößen auf allen linguistischen Ebenen – phonetisch-phonologisch, semantisch-lexikalisch, pragmatisch-kommunikativ und morpho-syntaktisch – in allen untersuchten Altersgruppen. Da hierbei eine Vielzahl unterschiedlicher Erhebungsinstrumente verwendet wurde, sind in Tabelle 11 statt der spezifischen eingesetzten Messinstrumente jeweils die Kriterien, die damit abgebildet werden sollten, aufgelistet und diese – soweit möglich – der jeweiligen linguistischen Ebene zugeordnet.

Im Folgenden werden die Studien genauer charakterisiert.

Almost 1998

Die Studie sollte Aufschluss darüber geben, ob eine sich an stark phonologisch gestörte UESS-Kinder richtende Sprachintervention deren phonologische Prozesse oder Sprachkomplexität verbessert. Die Intervention, ein halbstündiger Förderunterricht 2-mal pro Woche über 4 Monate, fokussierte im Wechsel auf verschiedene phonologische Prozesse, wie Einschluss finaler Konsonanten, Produktion von Frikativen (s, sch, f) und Velaren (g) und Konsonantencluster. Die Ziele für die im Durchschnitt etwa 3 ½-jährigen englischsprachigen Kinder wurden ungefähr alle 2 Wochen von neuen abgelöst und dadurch im Laufe der 4 Monate wiederholt bearbeitet. Erlernete Prozesse wurden nach dem Prinzip der traditionellen Therapiehierarchie mit in sprachlichen Kontexten wachsender Komplexität einstudiert. Das Design der Studie ist insofern einzigartig im vorliegenden Studienpool, als die Fortschritte der Wartekontrollgruppe auch noch erhoben und für den Vergleich der früheren mit der späteren Therapie herangezogen wurden. Auch wurde geprüft, ob kurzfristige Therapieeffekte nach einer 4-monatigen Therapie anhielten oder sogar ausgebaut wurden. Die phonologischen Prozesse wurden mit dem APP-R (Assessment of Phonological Process-Revised), dem GFTA (Goldman-Fristoe-Artikulationstest) für Einzelwortkontexte und mit dem PCC-Maß (Prozentsatz korrekter Konsonanten) für Spontansprachproben erfasst. Zusätzlich wurden die Gruppen hinsichtlich der Effekte auf die sprachliche Komplexität verglichen, indem die mittlere Äußerungslänge (Mean Length of Utterance, MLU) anhand von Sprachproben geschätzt wurde.

Buschmann 2008

Zu der einzigen eingeschlossenen deutschsprachigen randomisierten Studie liegen eine 2008 erschienene englischsprachige Publikation [84], eine deutschsprachig publizierte vorläufige Auswertung [85] und ein Eintrag im Studienregister Clinicaltrials.gov [139] vor. Zusätzlich stellte die Erstautorin im Rahmen einer Anfrage umfangreiche Informationen zur Verfügung. Die Studie evaluiert das „Heidelberger Elternttraining zur frühen Sprachförderung“, das als strukturiertes Gruppenprogramm für Eltern 2- bis 3-jähriger sprachentwicklungsverzögerter Kinder konzipiert ist. Bei den 7 2-stündigen Trainingssitzungen und einem Nachschulungstermin stehen das gemeinsame Erarbeiten von Wissen und das intensive Üben sprachförderlicher Verhaltensweisen im Vordergrund.

Die Kinder der teilnehmenden Eltern waren im Rahmen der routinemäßigen Vorsorgeuntersuchung (U7) mit 21 bis 24 Monaten anhand des produktiven Wortschatzkriteriums des ELFRA-2 als sprachentwicklungsverzögert identifiziert worden. Es folgte eine genauere Abklärungsuntersuchung, bei der die sprachliche Entwicklung mittels des SETK-2 untersucht wurde und eine Diagnostik zum Ausschluss anderer Beeinträchtigungen erfolgte.

Ursprüngliches Ziel war die Evaluation des Trainings bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern, also Kindern mit rezeptiven und/oder expressiven sprachlichen Fähigkeiten unterhalb der Norm im SETK-2. Auf den zunächst geplanten Einschluss von Kindern mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (Mental Development Index 71–85) in die Evaluationsstudie wurde verzichtet, da bei diesen Kindern aufgrund gleichzeitig vorliegender anderer Beeinträchtigungen weitere Therapien initiiert wurden. Eine darüber hinaus eingeschlossene Gruppe frühgeborener Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung ist für den vorliegenden Bericht nicht relevant. Insgesamt wurden 78 Kinder mit isolierter Verzögerung der sprachlichen Entwicklung zufällig der Behandlungs- oder Interventionsgruppe zugeteilt; davon wiesen 58 Kinder eine isolierte expressive und 20 Kinder eine rezeptiv-expressive Sprachentwicklungsverzögerung auf. In der Publikation 2008 werden ausschließlich die Ergebnisse für die Subgruppe der Kinder mit rein expressiver Sprachentwicklungsverzögerung berichtet. Es bleibt unklar, ob diese Subgruppenanalyse a priori geplant war. In einer Zwischenauswertung von 54 Kindern [85] wurden beide Gruppen gemeinsam ausgewertet. Nach Angaben der Autoren werden die Daten der Kinder mit rezeptiv-expressiver Sprachentwicklungsverzögerung derzeit ausgewertet und in Kürze zur Publikation eingereicht.

Laut Registereintrag stellen sowohl die rezeptiven als auch die expressiven sprachlichen Fähigkeiten, erhoben durch den SETK-2 bzw. SETK 3-5, die primären Zielkriterien der Studie dar. Da für die Untertests zum Sprachverständnis in der Publikation 2008 keine Auswertungen dargestellt wurden, wurden diese angefragt und von der Autorin zur Verfügung gestellt. Neben dem SETK-2 bzw. 3-5 und ELFRA-2 wurden zum Posttest mit 30

bis 32 Monaten sowie zum Follow-up mit 3 Jahren Spontansprachdaten mithilfe einer Bilderbuchsituation erhoben. Zusätzlich wurden mit 3 Jahren der Ravensburger Lautprüfbogen, der SON-R 2½–7 zur Messung der kognitiven Entwicklung und die Child Behaviour Checklist eingesetzt. Hierzu liegen nach Auskunft der Autorin jeweils noch keine Auswertungen vor. Die Studie ist langfristig angelegt mit weiteren Follow-up-Zeitpunkten zur Erhebung sprachlicher, kognitiver und sozial-emotionaler Variablen mit 4, 5 und 8 Jahren. In der Publikation 2008 werden die Daten zu den Untertests Sprachproduktion des SETK 3-5 zusätzlich zu den Mittelwertvergleichen auch noch als dichotomisierte Auswertungen präsentiert.

Denne 2005

Diese Studie evaluierte ein 12-stündiges Training der phonologischen Bewusstheit hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Aussprache bei 5- bis 7-jährigen englischsprachigen Schülern der beiden ersten Jahrgangsstufen, die unter phonologischen Störungen litten und bereits Therapieerfahrung hatten. Die Therapiemethode war zuvor bereits von anderen Autoren untersucht worden und sollte nun im Rahmen eines in Großbritannien realistischen Therapieregimes erprobt werden. Die Autoren bewerten die vorhandene Evidenz für die phonologische Bewusstheitstherapie so, dass sie gegenüber anderen, z. B. der Artikulationstherapie, im Vorteil sei, weil neben der Aussprache selbst die Schriftsprache der Kinder profitiere. Daher wurden als Zielgrößen neben den verschiedenen Leistungen der phonologischen Bewusstheit, wie z. B. Reimerkennung und Reimproduktion, und expressiven Leistungen, wie Konsonantenproduktion, auch Lesen und Schreiben erhoben.

Ebbels 2007

Diese Studie schloss im Vergleich zu den anderen deutlich ältere Kinder ein, da sich die hier evaluierte Intervention an eine Stichprobe von 11- bis 16-jährigen englischsprachigen Schülern richtete. Entsprechend fokussierte auch die Intervention auf ein eher spezifisches linguistisches Ziel, die Verbargumentstruktur. Die beiden angewandten Methoden beruhen auf 2 unterschiedlichen Hypothesen zum tieferen Grund von Fehlern im Bereich der Verbargumentstruktur. Sie implizieren auch Annahmen darüber, mit welchem linguistischen Zugang das Erlernen der den Verben innewohnenden Semantik erleichtert werden kann. Es wurden 2 Methoden miteinander verglichen, mit dem Ziel einer korrekten Verbstellung im Satz. Einmal wurde ein strukturiertes Training zur Positionierung und Bedeutung von Verben in Sätzen mit visueller Hilfestellung – die einzelnen Bestandteile der syntaktischen Strukturen wurden durch die Verwendung bestimmter Formen und Farben kodiert – durchgeführt (syntaktisch-semantisches Training). Die andere Gruppe erhielt lediglich ein Training zur Bedeutung der Verben (semantisches Training). Die Kontrollgruppe beschäftigte sich unspezifisch mit dem Informationsgehalt einzelner Wörter in einem Text.

Nach 9 Einzelsitzungen wurde mit einem eigens dafür entwickelten Test erfasst, inwieweit die Schüler sicher in der syntaktischen Positionierung der Verben und im Gebrauch von

obligatorischen und optionalen „Verbargumenten“ waren. Der verwendete Overall argument structure score quantifiziert den Prozentsatz korrekter Antworten der Testaufgaben und schließt beide Teilkompetenzen mit ein.

Gibbard 1994

Zentrales Therapieziel dieser Studie war die Erhöhung der linguistischen Komplexität vom Einwortniveau bis zur Produktion von komplexeren Äußerungen. Das Vorgehen war an das Derbyshire-Language-Schema angelehnt. Über 6 Monate fanden alle 2 Wochen Gruppensitzungen mit den Eltern der betroffenen Kinder statt. Darin wurden sie geschult, mit ihren 2- bis 3-jährigen englischsprachig aufwachsenden Kindern spielerisch Sprachziele zu erreichen und in den Alltag zu implementieren. Die Studie berichtet Ergebnisse zu 11 Ergebnisparametern: Sprachverständnis und -produktion wurden mit der Reynell-Skala ermittelt. Aus Elternberichten wurden die sprachliche Komplexität und der Wortschatz ermittelt. Scores für das Komplexitätsniveau der Sprache sowie für den Wortschatz wurden zusätzlich aus einer Sprachprobe und aus den Reaktionen der Kinder auf Materialien aus dem Derbyshire Language Scheme Picture-Test generiert. Mit dem Renfrew Action Picture-Test wurde jeweils ein Score für den Informationsgehalt und die morpho-syntaktischen Fähigkeiten des Kindes erhoben.

Gillam 2008

In der größten der eingeschlossenen Studien, Gillam 2008, wurde an 216 6- bis 9-jährigen englischsprachigen Kindern aus 9 verschiedenen Schulbezirken in Kansas und Texas, USA, die Wirksamkeit des computerbasierten Therapieprogramms Fast ForWord Language (FFW-L) im Vergleich zu anderen Bedingungen untersucht. Das Programm soll zu einer neuronalen Reorganisation führen und so die Fähigkeit zur Wahrnehmung sich schnell verändernder akustischer Inputs und daraus folgend die Leistung in Sprachtests verbessern. Dem zugrunde liegt die Hypothese, dass Sprachentwicklungsstörungen aus Schwierigkeiten im Erkennen und der Analyse der sprachlichen Struktur resultieren. Kinder in der FFW-L-Bedingung spielten 7 unterschiedliche Computerspiele, die jeweils unterschiedliche Schwerpunkte hatten (z. B. Diskriminierung von Tönen, Zuteilung von Phonemen zu Zielen, Verständnis komplexer Satzstrukturen). Dabei kamen sprachliche und nicht sprachliche akustische Stimuli zum Einsatz, die entsprechend dem Fortschritt der Kinder graduell verringert wurden. Die Vergleichsbedingungen bestanden zum einen aus einem ähnlichen Computerprogramm (computer-assisted language intervention, CALI), bei dem aber die akustischen Stimuli nicht eingesetzt wurden, aus einer individuellen Therapie durch einen Sprachtherapeuten sowie aus einer Kontrollgruppe mit unspezifischer Maßnahme (Computerspiele, die nicht auf die Verbesserung von Sprache oder die auditive Verarbeitung abzielten). Als Zielgrößen mit unmittelbarem Bezug zur Sprachentwicklung wurden ein umfassender Sprachtest sowie ein Test zum Satzverständnis und einer zur phonologischen Bewusstheit erhoben. Die Kinder nahmen über 6 Wochen an 5 Vormittagen pro Woche 3,5 Stunden an

einem Sommerprogramm teil und verbrachten dabei jeweils 1 Stunde und 40 Minuten in der entsprechenden Studienbedingung. Die restliche Zeit widmeten sie sich Brettspielen, künstlerischen bzw. handwerklichen Aktivitäten oder Aktivitäten in der Natur. Die Studie lief über 3 Jahre.

Girolametto 1996 (Pilotstudie) und Girolametto 1997

Girolametto 1996 untersuchte in einer Pilotstudie die Wirksamkeit einer Variante der interaktiven Sprachintervention, die fokussierte Stimulation im Rahmen des Hanen Program for Parents. Theoretisch geht die Interventionsmethode auf eine sozial interaktionistische Perspektive zurück und basiert auf der Annahme, dass ein kontinuierliches und vereinfachtes Sprachangebot vonseiten der Bezugspersonen das Kind motiviert, zu kommunizieren, und ihm hilft, nicht linguistische und linguistische Kontexte miteinander zu assoziieren. So werden Beziehungen zwischen Objekten, Handlungen sowie externen Ereignissen und Wörtern hergestellt. Die Eltern, in diesem Fall Mütter, wurden gezielt auf ein Modellverhalten gegenüber ihren sprachentwicklungsverzögerten Kindern trainiert, damit das Niveau der gegebenen Anreize das betroffene Kind optimal stimuliert. Die hier verwendete Variante des Modelltrainings stimuliert die Kinder mit häufigen und intensiven Sprachreizen (z. B. Zielworte in einfache Äußerungen eingebunden) mit dem Ziel, den produktiven Wortschatz aufzubauen. Die Intervention, bestehend aus wöchentlichen Sitzungen mit den Eltern und 3 Hausbesuchen, dauerte 10 Wochen. Girolametto 1997 stellt eine Replikation der ersten Pilotstudie dar, mit kleinen Modifikationen der Intervention und einem umfassenderen Spektrum an Zielgrößen. Die Zielgruppe, 23 bis 35 Monate alte, englischsprachig aufwachsende Kinder mit einem Wortschatz unterhalb des 5. Perzentils für ihre Altersstufe, befand sich auf der Einwortstufe der Sprachentwicklung. Fortschritte im Wortschatz der Kinder wurden über Schätzer der produktiven Sprache, halbstrukturierte Sprachproben und Elternberichte erhoben. Aus den Sprachproben wurden die Anzahl unterschiedlicher Zielwörter und die Zahl unterschiedlicher Kontrollwörter ermittelt. Über den Elternfragebogen CDI (Communicative Development Inventory) wurde der Wortschatz noch einmal erfasst, zusätzlich aber auch die elterliche Einschätzung der Kinder hinsichtlich 45 Spielgesten. Mit einem dritten Instrument, der CBCL (Child Behavior Checklist), wurden mittels der Skalen „Internalisieren“ und „Externalisieren“ Auswirkungen der Intervention auf das Verhalten und die Emotionalität der Kinder ermittelt. Zusätzlich wurden die Sprechfreude als Anzahl und Frequenz von Worten und Äußerungen, die Syntax über die mittlere Äußerungslänge und die Sprachkomplexität, das Laut- und Konsonantenrepertoire sowie die Silbenstruktur erhoben.

Glogowska 2000

Die in dieser Studie mit 159 Anwärtern (zwischen 1,5 und 3,5 Jahren) auf eine Sprachtherapie evaluierten Maßnahmen repräsentieren ein Spektrum der in Großbritannien üblichen Sprachtherapien. Im Unterschied zu den anderen Studien wurde hier kein spezifisches

Interventionsprogramm evaluiert, sondern die Kinder der Behandlungsgruppe wurden der üblichen sprachtherapeutischen Versorgung zugeführt. Dadurch war der Umfang der Therapie, die die englischsprachig aufwachsenden Kinder erhielten, mit durchschnittlich 6 Therapiestunden (Spannweite: 0 bis 15 Stunden) vergleichsweise gering und sehr unterschiedlich. Involviert waren 16 Zentren, nach denen die relativ zu den anderen Studien große Stichprobe stratifiziert wurde. Die Gesamtstichprobe ist sehr heterogen, da sowohl Kinder mit ausschließlich expressiven Sprachstörungen als auch Kinder mit phonologischen Störungen und Kinder mit generellen Sprachstörungen eingeschlossen wurden. 5 primäre und 11 sekundäre Endpunkte wurden 6 und 12 Monate nach der Randomisierung erhoben. Sprachverständnis und Sprachproduktion wurden jeweils mit den entsprechenden Skalen der Preschool language scale erhoben. Die phonologische Entwicklung der Kinder wurde anhand der phonologischen Fehlerrate beurteilt; außerdem wurde der allgemeine Sprachentwicklungsstand als komplexeres linguistisches Konstrukt anhand einer Spontansprachprobe mit den Bristol language development scales eingeschätzt. Für jedes Kind wurde darüber hinaus nach 12 Monaten jeweils beurteilt, ob es jenes der 3 klinischen Kriterien (vgl. Tabelle 11), das zu seinem Studieneinschluss geführt hatte, noch erfüllte und ob es in irgendeinem der 3 klinischen Einschlusskriterien auffällig war (unabhängig davon, welches ursprünglich zu seinem Einschluss geführt hatte). Zusätzlich wurden das Spiel- und das Sozialverhalten untersucht. Darüber hinaus wurde das sogenannte Therapy Outcome Measures Tool eingesetzt. Mit diesem Instrument werden auf jeweils 6-stufigen Skalen (0–5) die WHO-Konzepte der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) in der damals gültigen Version von 1980 abgebildet: „Impairment“ (Schädigung), „Disability“ (Fähigkeitsstörung) und „Handicap“ ([soziale] Beeinträchtigung). Eine zusätzliche Skala „Wellbeing“ erfasste den emotionalen Zustand. Darüber hinaus wurde die Fähigkeit des Kindes, die Aufmerksamkeit zu kontrollieren bzw. zu steuern (Attention Level), eingeschätzt. Weitere in der Studie berichtete sekundäre Endpunkte waren dichotomisierte Auswertungen der o. g. Maße zum Sprachverständnis, zur Sprachproduktion und zur phonologischen Fehlerrate, die aufgrund ihrer Redundanz in den Ergebnistabellen nicht dargestellt werden.

Maggiolo 2003

Die in dieser Studie evaluierte Intervention zielte auf die Verbesserung der Erzählfähigkeit von spanischsprachigen Kindern ab. Die Teilnehmer waren chilenische Kinder einer Sprachsonderschule (im Durchschnitt 4,5 Jahre alt) mit phonologischen Sprachstörungen. Zusätzlich wiesen alle 14 Teilnehmer ein Defizit bezüglich des Erzähldiskurses auf, der im Fokus der Maßnahme stand. Die Intervention erstreckte sich mit 2 Einzelsitzungen pro Woche über 2 Monate. Die Kontrollgruppenkinder besuchten in derselben Zeit weiter ihren Unterricht. Das Programm enthielt sowohl spezifisch an die Schwierigkeiten der Kinder angepasste linguistische Trainingseinheiten als auch interaktive Sequenzen des Übens und Spielens von Geschichten. Zentral waren die Unterstützung des Umgangs mit Kohärenzbeziehungen zwischen Elementen (Sätzen) einer Erzählung und die Unterstützung

bei der formalen Strukturierung von Geschichten. Die beiden Ziele der Maßnahme wurden als gemeinsamer Endpunkt vorher und nachher erhoben.

Robertson 1997

In der Studie Robertson 1997 wurde untersucht, wie sich das Modellverhalten von gleichaltrigen sprachgesunden Peers in Spieldyaden auf die Sprache der durchschnittlich etwa 4-jährigen sprachentwicklungsgestörten Kinder auswirkt. Dazu spielten die 10 Kinder der Experimentalgruppe über einen Zeitraum von 3 Wochen insgesamt 4-mal 15 Minuten mit einem jeweils anderen sprachgesunden Kind „Vater–Mutter–Kind“ in einer eigens dafür eingerichteten Spielecke. Zum Zweck der Baselineerhebung hatten vor Beginn der Interventionsphase alle 20 Kinder jeweils mindestens 4-mal 15 bis 20 Minuten mit anderen Kindern „Vater–Mutter–Kind“ gespielt und waren dabei von den Untersuchungsleitern aufgefordert worden, zu beschreiben, was man dabei macht („What do you do when you play house?“). Die Kinder der Kontrollgruppe nahmen in dieser Zeit an den üblichen Vorschulaktivitäten teil; dabei stand ihnen eine Spielecke mit der gleichen Ausstattung wie die der Experimentalgruppe zur Verfügung. Zur Effektmessung wurden sowohl direkt im Anschluss an die Intervention als auch 3 Wochen später erneut entsprechende Anleitungen zum Vater–Mutter–Kind-Spielen von den Kindern erfragt. Die so erhaltenen Spielanleitungen wurden auf die Anzahl der verwendeten Wörter und die Anzahl der unterschiedlichen Wörter analysiert. Als Maß dafür, wie sehr die Berichte der sprachentwicklungsgestörten Kinder denen sprachgesunder Kinder entsprachen, wurde die Anzahl der beschriebenen Handlungen, die mit dem Spiel in Zusammenhang standen, ausgewertet. Als 4. Zielgröße erfolgte die Erfassung verschiedener linguistischer Marker (Verwendung von Temporaladverbien, Konditionalen und Konjunktionen).

Robertson 1999

Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit einer Frühintervention in einer Gruppe englischsprachig aufwachsender sprachentwicklungsverzögerter Kinder im Alter von wenig mehr als 2 Jahren. Im Unterschied zu den meisten anderen Studien erfolgte die Anwerbung von Teilnehmern nicht über einschlägige Zentren, sondern mithilfe von Flyern sowie Radio- und Fernsehbeiträgen in der Allgemeinbevölkerung, um nicht vorbehandelte Kinder einschließen zu können. Rezeptiv sprachentwicklungsverzögerte Kinder wurden nicht ausgeschlossen. Das Programm stellte eine breit angelegte interaktive und kindzentrierte Therapie dar, die eine generelle Stimulation der Sprachentwicklung mit einer Betonung auf der Wortschatzentwicklung intendierte. Es wurde mit inhaltlich wechselnden Themen und auf verschiedenen sensorischen Kommunikationskanälen gearbeitet. Insbesondere kamen als Kerntechniken „Parallel Talk“, das begleitende Verbalisieren der kindlichen Aktionen durch den Therapeuten, und „Expansion / Expatiation“, die mit zusätzlichen relevanten semantischen oder grammatikalischen Informationen angereicherte Wiederholung im Sinne einer modifizierten Rückmeldung der kindlichen Äußerung durch den Therapeuten, zur

Anwendung. Als Zielvariablen der Intervention wurden 4 linguistische Variablen, die mittlere Äußerungslänge, die Anzahl an geäußerten Worten, der Wortschatz und der Prozentsatz verständlicher Äußerungen erhoben. Außerdem wurden mit der Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) soziale bzw. kommunikative Fertigkeiten erfasst. Das darüber hinaus erhobene Maß bezüglich der Belastung der Eltern ist im Sinne der Fragestellung des vorliegenden Berichts nicht patientenrelevant und wird deshalb nachfolgend nicht weiter beschrieben.

Rvachew 1994

Die Studie sollte zeigen, dass ein Hörwahrnehmungstraining die Lautproduktion erleichtern kann. Trainiert wurden ausschließlich Kinder, die während der Vortestung unstimulierbar hinsichtlich des Sch-Lautes waren. Verwendet wurde eine selbst entwickelte Software, die sowohl Hörwahrnehmungs- und -verarbeitungsübungen als auch Benennungsaufgaben enthielt. Die Äußerungen der Kinder wurden aufgenommen und phonetisch analysiert. Während jeder der 6 Therapiesitzungen durchliefen die englischsprachigen Kinder 60 Hörwahrnehmungstests und 60 Lautproduktionstests. Die Kinder verbesserten ihre Trefferquoten mithilfe von Feedback und wurden nach Erreichen eines bestimmten Kriteriums mit einem neuen Aufgabenblock konfrontiert. Die 3 Studiengruppen unterschieden sich hinsichtlich der Methode der Wahrnehmungstests: In der einen Gruppe wurden anhand des Wortes „shoe“ die korrekten Anlaute jeweils einer Fehlbildung gegenübergestellt, die andere Gruppe sollte ein – korrekt artikuliertes – Reimwortpaar („shoe“ und „moo“) diskriminieren. Die Kontrollgruppe erhielt Wortpaare, die kein Sch enthielten („cat“ und „pete“). Die Trainingseffekte wurden aus demselben Hörwahrnehmungs- und -verarbeitungstest und Benennungstest ermittelt, der zur Vortestung gedient hatte. Damit wurde ein Wert für die korrekte rezeptive und ein Wert für die produktive Leistung (rezeptiv diskriminieren und expressiv produzieren) des Sch-Lautes ermittelt. Zusätzlich wurde analysiert, wie präzise die Kinder einen isolierten Sch-Laut bilden konnten.

Tufts 1959

Diese Studie sollte zum einen zeigen, dass sich mittelschwere Artikulationsstörungen 4- bis 5-jähriger englischsprachiger Kinder mithilfe einer hochfrequenten Therapie über 7 Monate erfolgreich behandeln lassen. Zum anderen sollte gezeigt werden, dass diese Therapie auch durch trainierte Eltern erfolgreich durchgeführt werden kann. UESS-Kinder wurden mit einer interaktiven Methode in einer Gruppe von unterschiedlich betroffenen Kindern behandelt. Laute wurden vorgestellt und spielerisch geübt. Zur Anwendung kamen hierbei Techniken zur Vermittlung der Lautposition als auch Techniken der Lautbildung mit Nonsensewörtern. Zum Vergleich wurden Mütter trainiert und informiert, ohne dass die betroffenen Kinder vom Therapeuten gesehen wurden. Den Familien der Kontrollgruppe wurde eine Therapieempfehlung nach Ablauf der Studie in Aussicht gestellt, bis zu der sie instruiert wurden, nichts zu unternehmen. Effekte der Maßnahmen wurden über das phonetische Inventar ermittelt, das zur Basismessung gedient hatte.

Wilcox 1978

In der Studie Wilcox 1978, durchgeführt in den USA, waren 24 Kinder zwischen 3 und 8 Jahren eingeschlossen. Die Intervention zielte darauf ab, die korrekte Formulierung von Fragen (z. B. „What is John reading?“ anstelle von „What John is reading?“) zu trainieren. Hierzu wurden die Kinder auf 6 verschiedene Bedingungen aufgeteilt, in denen je nach Gruppe unterschiedliche Wh-Wörter („What“, „Who“ oder „Where“) und verschiedene Modalverben („is“ oder „does“) trainiert wurden. In Einzelsitzungen zeigte der Versuchsleiter verschiedene Bilder und forderte das Kind dann bspw. auf: „Ask me where the boy is going“, woraufhin das Kind die entsprechende Frage formulierte. Mithilfe eines Teddybären wurde das Kind zum richtigen Antwortverhalten angeleitet. Korrekte Antworten wurden mit Marken belohnt, die in Süßigkeiten umgetauscht werden konnten. Jeweils die Hälfte der Kinder in den 6 Bedingungen wurde mit einer Verzögerung behandelt, sodass ein Wartekontrollgruppenvergleich möglich war. Zur Häufigkeit oder Dauer der Sitzungen sowie der Länge des Programms werden keine Angaben gemacht. Sobald ein Kind 20 korrekte Antworten in Folge erreicht hatte, wurde das Training beendet und eine Nacherhebung durchgeführt, bei der auch geprüft wurde, inwieweit die Lerneffekte auf die beiden übrigen Wh-Wörter und das jeweils andere Modalverb generalisierten.

Yoder 2005

Diese Studie zielte auf die Erhöhung der Komplexität sowie der Verständlichkeit der Sprache 3 ½-jähriger Kinder durch die „broad target recast“-Methode ab. Außerdem untersuchte sie Prädiktoren für den Therapieerfolg in den zur Baseline erhobenen Variablen. Die Methode arbeitet mit einem stark geregelten Feedbacksystem, das jede nicht korrekte Äußerung eines Kindes in Form einer korrekten Äußerung eines Erwachsenen unmittelbar paraphrasiert. Aufseiten des Kindes soll mit diesen Rückmeldungen die Entwicklung eines Regelwerks zur korrekten Kombination von Lauten und Wörtern in dem Moment induziert werden, in dem es solche Informationen am ehesten verarbeiten kann. Die Autoren begründen die Kombination des grammatischen mit dem phonologischen Therapieziel mit Belegen dafür, dass kombinierte phonologische und grammatische „recasts“ (Umformungen) die Entwicklung der Syntax am ehesten stimulieren. Als Endpunkte wurden die allgemeine Verständlichkeit und die mittlere Äußerungslänge, bestimmt über Spontansprachproben, gemessen. Die Nachhaltigkeit etwaiger Effekte wurde mit einer Follow-up-Erhebung nach weiteren 8 Monaten erhoben.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 10: Basisdaten der Therapiestudien

Studie	Anzahl randomisierter Kinder	Stichprobe	Land / Versorgungskontext / Sprache	Geschlecht (m / w)	Alter bei Behandlung M (SD bzw. Range)	Zeit bis Nachmessung	Generelle Auswahlkriterien
Almost 1998	30 ^a Gruppe 1: 15 Gruppe 2: 15	Patienten der Klinik	Kanada / Klinik für Sprech- und Sprachstörungen / Englisch	21 / 5 Gruppe 1: 12 / 1 Gruppe 2: 9 / 4	42 (33-61) Monate ^b Gruppe 1: 43 (33-61) Gruppe 2: 41 (33-55) ^b	direkt und nach 4 Monaten	Vorschulalter (unter 6 Jahre) Ausreichende Aufmerksamkeit für 30 min. Therapie ^c UESS-Kriterien ^d
Buschmann 2008	78 bzw. ^e 58 Gruppe 1: 29 Gruppe 2: 29	Kinder aus Vorsorgeuntersuchung (U7) in Kinderarztpraxen	Deutschland / Kinderarzt praxen / Deutsch	24 / 23 ^f Gruppe 1: 13 / 11 ^f Gruppe 2: 11 / 12 ^f	24,7 (0,9) ^g Gruppe 1: 23,9 (1,0) ^f Gruppe 2: 24,5 (0,8) ^f	3 Monate und 9 Monate nach Ende des Trainings (d. h. 6 und 12 Monate nach Randomisierung)	Einlinge Termingeburt Keine prä-, peri- oder postnatalen Probleme Deutschsprachige Familie Zuvor noch keine Sprachintervention UESS-Kriterien ^h
Denne 2005	20 Gruppe 1: 10 Gruppe 2: 10	Patienten aus logopädischer Behandlung	Großbritannien / Kommunale Klinik / Englisch	n.g.	5 bis 7 Jahre keine weiteren Angaben	(nicht berichtet) ⁱ	Monolingual Besuch einer Regelschule UESS-Kriterien ^j
Ebbels 2007	27 Gruppe 1: 9 Gruppe 2: 9 Gruppe 3: 9	Schüler	Großbritannien / Sprachheilschule / Englisch	17 / 10	160 (15) Monate Gruppe 1: 157 (16) Gruppe 2: 162 (15) Gruppe 3: 153 (15)	(nicht berichtet) ⁱ	Monolingual Schüler in Sprachheilschule Einverständnis der Eltern UESS-Kriterien ^k

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 10 (Fortsetzung): Basisdaten der Therapiestudien

Studie	Anzahl randomisierter Kinder	Stichprobe	Land / Versorgungskontext / Sprache	Geschlecht (m / w)	Alter bei Behandlung M (SD bzw. Range)	Zeit bis Nachmessung	Generelle Auswahlkriterien
Gibbard 1994 [Exp. 1]	38 ^l Gruppe 1: 20 ^l Gruppe 2: 18 ^l	Normale klinische Population aus lokalem Gesundheitszentrum	Großbritannien / Klinische Versorgung / Englisch	25 / 11 Gruppe 1: 12 / 6 Gruppe 2: 13 / 5	27-39 Monate Gruppe 1: 35 (29-39) Gruppe 2: 32 (27-39)	(nicht berichtet) ⁱ	Zwischen 2;3 und 3;3 Jahre Zuvor noch keine Sprachintervention UESS-Kriterien ^m
Gillam 2008	216 Gruppe 1: 54 Gruppe 2: 54 Gruppe 3: 54 Gruppe 4: 54	Kinder aus 9 Schuldistrikten, deren Eltern kontaktiert wurden	USA / freiwilliger Sommerkurs / Englisch	136 / 80 Gruppe 1: 34 / 20 Gruppe 2: 29 / 25 Gruppe 3: 38 / 16 Gruppe 4: 35 / 19	90 Monate Gruppe 1: 89 Gruppe 2: 90 Gruppe 3: 92 Gruppe 4: 91	direkt, nach 3 und 6 Monaten	Zwischen 6 und 9 Jahre < 8 Stunden Erfahrung mit den eingesetzten Interventionsverfahren Keine zusätzliche Therapie während der Behandlungsphase UESS-Kriterien ⁿ
Girolametto 1996 [Pilotstudie]	16 Gruppe 1: 8 Gruppe 2: 8	Kinder von Warteliste aus 2 Kooperationspraxen	Kanada, Toronto / Kontext nicht näher bezeichnet / Englisch	11 / 5 Gruppe 1: 5 / 3 Gruppe 2: 6 / 2	22-38 Monate ^o Gruppe 1: 30 (22-38) Gruppe 2: 28 (23-34)	innerhalb von 2 Wochen	Erstsprache Englisch Normales Verhalten ^p UESS-Kriterien ^q
Girolametto 1997	25 Gruppe 1: 12 Gruppe 2: 13	Kinder von Warteliste aus 2 Kooperationspraxen	Kanada, Toronto / Kontext nicht näher bezeichnet / Englisch	n.g.	23-35 Monate ^o Gruppe 1: 29 (25-35) Gruppe 2: 29 (23-34)	innerhalb von 3 Wochen	Englisch als einzige zu Hause gesprochene Sprache UESS-Kriterien ^r

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 10 (Fortsetzung): Basisdaten der Therapiestudien

Studie	Anzahl randomisierter Kinder	Stichprobe	Land / Versorgungskontext / Sprache	Geschlecht (m / w)	Alter bei Behandlung M (SD bzw. Range)	Zeit bis Nachmessung	Generelle Auswahlkriterien
Glogowska 2000	159 Gruppe 1: 71 Gruppe 2: 88	Kinder aus öffentlichen Gesundheitszentren	Großbritannien / 16 kommunale Kliniken in Bristol / Englisch	120 / 39 Gruppe 1: 55 / 16 Gruppe 2: 65 / 23	18-42 Monate Gruppe 1: 34 (18-42) Gruppe 2: 34 (24-42)	6 und 12 Monate nach Randomisierung ^s	Monolingual Unter 3;6 Jahre Erstvorstellung Keine Geschwister aktuell in Sprachtherapie Bezugsperson in Therapie anwesend Einverständnis der Eltern UESS-Kriterien ^t
Maggiolo 2003	14 Gruppe 1: 7 Gruppe 2: 7	Kinder aus Sprachheilschule	Chile, Santiago de Chile / Sprachheilschule / Spanisch	4 / 10 Gruppe 1: 2 / 5 Gruppe 2: 2 / 5	54 Monate keine weiteren Angaben	(nicht berichtet) ⁱ	UESS-Kriterien ^u
Robertson 1997	20 Gruppe 1: 10 Gruppe 2: 10	Vorschulkinder (Sprachheilvorschule)	USA / Sprachheilvorschule / Englisch	13 / 7 Gruppe 1: 7 / 3 Gruppe 2: 6 / 4	44-61 Monate Gruppe 1: 49,8 (7,8) Gruppe 2: 49,6 (5,4)	direkt und nach 3 Wochen	Besuch einer Sprachheilvorschule Monolingual „Standard American English“ als Muttersprache UESS-Kriterien ^v
Robertson 1999	21 Gruppe 1: 11 Gruppe 2: 10	über Vorschulen, Kinderarztpraxen, Kindertagesstätten, Radio- und TV-Werbung rekrutierte Kinder	USA / Kontext nicht näher bezeichnet / Englisch	12 / 9 Gruppe 1: 6 / 5 Gruppe 2: 6 / 4	21-30 Monate Gruppe 1: 26 (21-30) Gruppe 2: 25 (21-28)	(nicht berichtet) ⁱ	Monolingual Englisch Keine Therapie zuvor UESS-Kriterien ^w

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 10 (Fortsetzung): Basisdaten der Therapiestudien

Studie	Anzahl randomisierter Kinder	Stichprobe	Land / Versorgungskontext / Sprache	Geschlecht (m / w)	Alter bei Behandlung M (SD bzw. Range)	Zeit bis Nachmessung	Generelle Auswahlkriterien
Rvachew 1994	35 ^x Gruppe 1: 10 Gruppe 2: 9 Gruppe 3: 8	vom Facharzt überwiesene Kinder	Kanada, Alberta / Children's Hospital / Englisch	21 / 6	42-66 Monate keine weiteren Angaben	bis zu 1 Woche	UESS-Kriterien ^y
Tufts 1959	30 Gruppe 1: 10 Gruppe 2: 10 Gruppe 3: 10	Kinder mit Artikulationsschwierigkeiten, angeworben über Geschwister an öffentlichen Schulen	USA, Washington DC / Kontext nicht näher bezeichnet / Englisch	n.g.	Gruppe 1: 59 (n.g.) Gruppe 2: 59 (n.g.) Gruppe 3: 61 (n.g.)	(nicht berichtet) ⁱ	Mind. 4 und unter 6 Jahre UESS-Kriterien ^z
Wilcox 1978	24 Gruppe 1: 12 (6x2) Gruppe 2: 12	Kinder mit Diagnose Sprachstörung durch Sprech- und Sprachtherapeuten	USA / unklar / Englisch	16 / 8	63 Monate (44-98)	direkt (nach 20 aufeinander folgenden richtigen Antworten)	Diagnostizierte Sprachstörung UESS-Kriterien ^{aa}
Yoder 2005	64 ^{bb} Gruppe 1: 33 ^{bb} Gruppe 2: 31 ^{bb}	unklar	USA / Kontext nicht näher bezeichnet / Englisch	38 / 14 Gruppe 1: 19 / 7 Gruppe 2: 19 / 7	44 Monate Gruppe 1: 43 (10) Gruppe 2: 44 (8)	6 und 14 Monate nach Studienbeginn	Englisch als einzige zu Hause gesprochene Sprache UESS-Kriterien ^{cc}
<p>Erläuterungen: J = Jahr; m = männlich; M = Mittelwert; n.g. = nicht genannt; SD = Standardabweichung; UESS = umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache; w = weiblich</p> <p>Die für die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache notwendigen Ausschlusskriterien wurden in den Studien als jeweils angewendet betrachtet, wenn zumindest ein normales Hörvermögen und eine normale allgemeine Entwicklung in einer dem kognitiven Bereich zuzuordnenden Entwicklungsdimension berichtet wurden. Angaben zu den angewendeten Verfahren finden sich in den Fußnoten.</p> <p>a: 4 Kinder (2 aus jeder Gruppe) gingen nicht in die Auswertungen ein (1 wegen Weigerung, in die zugeteilte Gruppe einzuwilligen, 3 wegen Nichterscheinen in der Klinik); für diese Kinder liegen keine weiteren Angaben vor.</p>							

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 10 (Fortsetzung): Basisdaten der Therapiestudien

- b: Diese Angaben beschreiben die Kinder zum Zeitpunkt der Baselineerhebung; da in Gruppe 2 die Intervention um 4 Monate verzögert begonnen wurde, waren die Kinder der Gruppe 2 zum Zeitpunkt der Behandlung bereits entsprechend älter.
- c: Methode der Überprüfung nicht angegeben
- d: Normales Hörvermögen, normale orale Strukturen und Reaktionen, normales Verhalten, keine weiteren Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, neurologisch, allgemeine Entwicklung) im klinischen Expertenurteil
- e: Im Rahmen der Studie wurden 78 Kinder randomisiert. Die folgenden Auswertungen beziehen sich jedoch nur auf die Subgruppe der 58 Kinder mit rein expressiver Sprachentwicklungsverzögerung.
- f: bezogen auf 47 ausgewertete Kinder
- g: bezogen auf 58 randomisierte Kinder
- h: keine sensorischen Beeinträchtigungen, keine chromosomalen Störungen, keine tief greifenden Entwicklungsstörungen, keine anderen Krankheiten mit bekanntem Einfluss auf die sprachliche Entwicklung, keine kognitive Beeinträchtigung (MDI > 85)
- i: Es wurde nicht berichtet, mit welcher Zeitspanne nach Ende der Intervention die Nacherhebung stattfand.
- j: Ausschluss von Kindern mit schlechten nicht sprachlichen Leistungen (Werte oberhalb des 25. Perzentils im Raven's Progressive Matrices and Raven's Coloured Matrices), keine vom überweisenden Behandler berichteten Auffälligkeiten in der allgemeinen und kognitiven Entwicklung, artikulatorische Dyspraxie oder Hörstörungen
- k: keine Hörstörung, neurologische Dysfunktionen, strukturelle Abnormitäten, Diagnose Autismus oder Asperger; IQ nicht unter -1,5 SD unter dem Mittelwert (British Ability Scale-II)
- l: In der Interventionsgruppe lehnten 2 Mütter die Teilnahme ab; über diese Kinder liegen keine weiteren Angaben vor. Aus der Publikation geht nicht ganz eindeutig hervor, ob es auch in der Kontrollgruppe Kinder gab, die nach der Randomisierung nicht weiter ausgewertet wurden.
- m: keine allgemeine Entwicklungsstörung im „health visitor screen“ (Denver Developmental Screening Test; McCarthy Scales of Children's Abilities), keine bekannte medizinische Erklärung für Sprachentwicklungsverzögerung (inkl. Mittelohrentzündungen in der Vergangenheit)
- n: Ausschluss von Hör- und Sehstörungen (entsprechend den Befunden aus Schuluntersuchungen oder entsprechende Abklärung im Rahmen der Studie) und strukturellen Abnormitäten, bedeutsamen neurologischen Beeinträchtigungen sowie emotionalen oder sozialen Störungen einschließlich Autismus (erfasst durch Elternfragebögen)
- o: Die Angaben im Text zum Alter der eingeschlossenen Kinder weichen von denen in der Tabelle (hier aufgeführt) geringfügig ab.
- p: Score innerhalb von 2 SD in den Vineland Adaptive Behavior Scales
- q: Normales Hörvermögen zumindest auf einem Ohr (pädaudiologische Untersuchung), keine oralen motorischen Probleme, keine offensichtlichen neurologischen Probleme, keine allgemeine Entwicklungsverzögerung oder Autismus (vom überweisenden Kinderarzt berichtet oder während der Untersuchung beobachtet)
- r: Normales Hörvermögen (pädaudiologische Testung), keine oralen motorischen Probleme, keine offensichtlichen neurologischen Probleme, keine allgemeine Entwicklungsverzögerung oder Autismus (vom überweisenden Kinderarzt berichtet oder während der Untersuchung beobachtet)
- s: Im Unterschied zu den anderen Studien wurde hier kein spezifisches Interventionsprogramm evaluiert, sondern die Kinder der Behandlungsgruppe wurden der üblichen Versorgung zugeführt; alle Kinder wurden 6 und 12 Monate nach Randomisierung untersucht.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 10 (Fortsetzung): Basisdaten der Therapiestudien

- t: Keine Diagnose einer ernsten Lernstörung oder Autismus, keine mundmotorischen Probleme, kein Stottern, keine Stimmstörungen
- u: Diagnose der SSES aus Schulakte übernommen (normale neurologische Befunde, keine Intelligenzminderung, keine sensorischen Probleme)
- v: IQ (WISC-R) ≥ 85 , keine motorischen, emotionalen oder körperlichen Beeinträchtigungen laut den Berichten der Vorschule, keine Anamnese von Hörstörungen laut Schulakte, keine Auffälligkeit in Hörtests, normale Sehfähigkeit oder entsprechende Korrektur
- w: Normales Hören (nach ASHA-Guidelines), normale Sprechmotorik (keine Angaben zur Überprüfung), Motorik innerhalb 1 SD und mentale Leistungen innerhalb von 1,5 SD vom Mittel in der Bayley Scales of Infant Development II, keine offensichtlichen neurologischen Behinderungen (keine Angaben zur Überprüfung), keine emotionale Störung (keine Angaben zur Überprüfung)
- x: 8 Kinder nahmen nicht an dem Programm teil oder beendeten es vorzeitig (3 wegen Erreichen des Therapieziels vor Beginn der Behandlung, 1 wegen struktureller Abnormitäten, 2 wegen Weigerung, am Programm weiter teilzunehmen, 1 wegen Mittelohrentzündung, 1 wegen Erkrankung der Mutter); für diese Kinder liegen keine weiteren Angaben vor.
- y: Normale orale Strukturen und Funktionen, Ausschluss Hörstörung, mentale Verzögerung, neurologische Störung durch überweisenden Facharzt, Hörscreening
- z: Normales Hören (audiometrische Untersuchung), durchschnittliche Intelligenz (Full Range Vocabulary Test), adäquate Sprechmotorik (klinische Beurteilung)
- aa: Alle Kinder wiesen eine normale Hörfähigkeit auf, keines der Kinder war als geistig behindert oder neurologisch beeinträchtigt diagnostiziert (keine genaueren Angaben zur Erfassung).
- bb: 12 Kinder lehnten – noch vor dem eigentlichen Beginn der Studie – die Teilnahme ab. Von diesen waren 7 der Interventions- und 5 der Kontrollgruppe zugeteilt worden; für diese Kinder liegen keine weiteren Angaben vor.
- cc: Normale Sprechmotorik (Oral Speech Mechanism Screening Exam Revised), Hörscreening mind. 25 dB Schwelle, nonverbaler IQ > 80 (Leiter International Performance Scale-Revised)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 11: Art der Behandlung in den Therapiestudien

Studie	Sprachbezogene Auswahlkriterien	Behandlung und Kontrollintervention	Behandlungszeitraum; Anzahl / Frequenz / Dauer der Sitzungen; Setting	Relevante Zielkriterien / linguistische Ebene^a
Almost 1998	phonologische Störung (unterdurchschnittlicher Score im APP-R) Rezeptive Sprachleistungen oberhalb von 1 SD unter dem Mittelwert in den RDLS	Gruppe 1: Aussprachetherapie (speech therapy) Gruppe 2: keine Behandlung während Wartezeit	4 Monate 14-29 / 2 x wöchentlich / 30 min. Einzelsetting	Phonologischer Entwicklungsstand / pp Artikulation / pp Konsonantenbildung / pp Sprachkomplexität / ms
Buschmann 2008	Wortschatz < 50 Wörter im ELFRA-2 Keine rezeptive Beeinträchtigung (kein unterdurchschnittlicher Wert auf einem Untertest zum Sprachverständnis des SETK-2)	Gruppe 1: Heidelberger Elterntraining Gruppe 2: keine Intervention (Warteliste)	3 Monate 7 x 120 min. innerh. von 3 Monaten, 1 x 180 min. nach 6 Monaten Gruppensetting	Wortschatz / sl Grammatik / ms Morphologie / ms Syntax / ms Wortverständnis / sl Satzverständnis / kK Expressive Sprachfähigkeiten / kK
Denne 2005	Werte unterhalb des 10. Perzentils in mindestens einem Subtest PAT Schwierigkeiten mit mindestens einem Prozess, getestet mit STAP Keine starken Einschränkungen der rezeptiven Sprache nach BPVS II und CELF-3 (jew. oberhalb des 10. Perzentils), Expertenmeinung	Gruppe 1: Training phonologischer Bewusstheit nach Gillon (2000) Gruppe 2: keine Behandlung	2 Monate 8 / 1 x wöchentlich / 90 min. Gruppensetting	Phonologische Bewusstheit / pp Konsonantenbildung / pp Lesen, Schreiben / kK

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 11 (Fortsetzung): Art der Behandlung in den Therapiestudien

Studie	Sprachbezogene Auswahlkriterien	Behandlung und Kontrollintervention	Behandlungszeitraum; Anzahl / Frequenz / Dauer der Sitzungen; Setting	Relevante Zielkriterien / linguistische Ebene ^a
Ebbels 2007	Verständliche Spontansprache Expressive und rezeptive Werte von -1,5 SD unter dem Mittelwert oder weniger in der CELF-3	Gruppe 1: syntaktisch- semantische Therapie der Verbargumentstruktur Gruppe 2: semantische Thera- pie der Verbargumentstruktur Gruppe 3: Scheinintervention mit Textaufgabe ohne Fokus auf Argumentstruktur	2,25 Monate 9 / 1 x wöchentlich / 30 min. Einzelsetting Schule	Verbargumentstrukturen / ms
Gibbard 1994 [Exp. 1]	Wenig oder keine expressive Sprache (≤ 30 Einzelwörter)	Gruppe 1: indirekte, elternbasierte Therapie (Elterntraining) ^b Gruppe 2: keine Therapie (Warteliste)	6 Monate 11 / 2-wöchentlich / 60-75 min. Gruppensetting	Allgemeine Sprachentwicklung / kK Sprachkomplexität / ms Sprechfreude / pk Wortschatz / sl
Gillam 2008	Standardwert ≤ 81 auf 2 oder mehr Clustern des TOLD-P:3	Gruppe 1: computerbasierte Intervention mit modifizierten akustischen Stimuli (FFW-L) Gruppe 2: unspezifische Computerspiele Gruppe 3: computerbasierte Intervention ohne modifizierte akustische Stimuli Gruppe 4: individuelle Sprachtherapie	1,5 Monate 30 / 5 x wöchentlich / 100 min. Einzelsetting	Allgemeine Sprachentwicklung / kK Satzverständnis / kK phonologische Bewusstheit / pp
Girolametto 1996 [Pilotstudie]	Einwortstadium im CDI ^c Verzögerte Lexikonentwicklung nach CDI	Gruppe 1: Elternbasierte Therapie mit dem Hanen Program for Parents Gruppe 2: keine Behandlung	2,5 Monate 10 / 1 x wöchentlich / n.g. Gruppensetting Hausbesuche	Wortschatz / sl Verhalten und emotionale Entwicklung Spielverhalten

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 11 (Fortsetzung): Art der Behandlung in den Therapiestudien

Studie	Sprachbezogene Auswahlkriterien	Behandlung und Kontrollintervention	Behandlungszeitraum; Anzahl / Frequenz / Dauer der Sitzungen; Setting	Relevante Zielkriterien / linguistische Ebene ^a
Girolametto 1997	Einwortstadium Expressiver Wortschatz unterhalb des 5. Perzentils im CDI	Gruppe 1: Elternbasierte Therapie mit dem Hanen Program for Parents Gruppe 2: keine Behandlung	2,75 Monate 11 / 1 x wöchentlich / 150 min. Gruppensetting Hausbesuche	Wortschatz / sl Sprechfreude / pk Sprachkomplexität / ms Lautrepertoire / pp Silbenstruktur / pp Konsonantenbildung / pp
Glogowska 2000	Bedeutende klinische Schwierigkeiten im Logopädenurteil für die Gruppe mit allgemeiner SES: < 1,2 SD unter dem Mittelwert im Sprachverstehen (PLS-3) für die Gruppe mit expressiver SES: > 1,2 SD unter dem Mittelwert im Sprachverstehen (PLS-3), aber < 1,2 SD in expressiver Sprache (PLS-3) für die phonologische Gruppe: Sprachverstehen und expressive Sprache > 1,2 SD unter dem Mittelwert (PLS-3); Fehlerrate von mind. 40% bei Frikativen und / oder Velaren und / oder Lauten nach Vokal bei den 22 Testwörtern	Gruppe 1: übliche logopädische Therapie ^b Gruppe 2: keine Therapie	12 Monate 8 / n.g. / 47 min. ^d nicht näher beschrieben	Soziale Beeinträchtigung Phonologische Entwicklungsstand / pp Allgemeine Sprachentwicklung / kK Individuelles Maß der Verbesserung / kK Sozialverhalten Emotionaler Zustand Spielverhalten Aufmerksamkeit

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 11 (Fortsetzung): Art der Behandlung in den Therapiestudien

Studie	Sprachbezogene Auswahlkriterien	Behandlung und Kontrollintervention	Behandlungszeitraum; Anzahl / Frequenz / Dauer der Sitzungen; Setting	Relevante Zielkriterien / linguistische Ebene ^a
Maggiolo 2003	Defizite in der Erzählfähigkeit ^e Phonologische Störung nach TEPROSIF Test zur spanischen Grammatik ^f	Gruppe 1: Förderung von formalen und inhaltlichen Aspekten der Erzählfähigkeit (temporale, kausale und finale Beziehungen) und interaktivem Erzählen Gruppe 2: unspezifische Intervention	2 Monate 16 / 2 x wöchentlich / 45 min. Einzelsetting Sprachheilschule	Erzählfähigkeit / kK
Robertson 1997	~ 2 SD unterhalb des Mittelwerts auf standardisierten Messinstrumenten für rezeptive und expressive Sprache	Gruppe 1: Teilnahme an dyadischen Spielsituationen mit sprachnormalen Peer Models Gruppe 2: übliche Vorschulaktivitäten	3 Wochen 4 Sitzungen / 15 Minuten dyadisch mit gleichaltrigen Peers	Sprechfreude / pk Lexikon / sl Relevanz der Äußerungen / pk Morphologie / ms
Robertson 1999	Lexikonscore unter dem 10. Perzentil (-1,25 SD) im CDI Eine oder beide Subskalen der PLS-3 ≤ 10. Perzentil (-1,25 SD)	Gruppe 1: direkte, interaktive und kindzentrierte Intervention Gruppe 2: keine Intervention	3 Monate (24) / 2 x wöchentlich / 75 min. Gruppensetting	Sprachkomplexität / ms Wortschatz / sl Verständlichkeit kommunikativer Bemühungen / pk Sozialverhalten
Rvachew 1994	Behandlungsbedürftige phonologische Verzögerung vom Facharzt festgestellt Kinder konnten Sch-Laut auf Aufforderung 5 x hintereinander nicht imitieren	Gruppe 1: Hörwahrnehmungstraining für korrekten Anlaut vs. Fehlbildung Gruppe 2: Hörwahrnehmungstraining für korrekten Anlaut im Wort vs. Reimwort Gruppe 3: Hörwahrnehmungstraining für Wörter ohne Ziellaut	2 Monate 6 / 1 x wöchentlich / 45 min. Einzelsetting	Lautidentifikation / pp Lautproduktion / pp

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 11 (Fortsetzung): Art der Behandlung in den Therapiestudien

Studie	Sprachbezogene Auswahlkriterien	Behandlung und Kontrollintervention	Behandlungszeitraum; Anzahl / Frequenz / Dauer der Sitzungen; Setting	Relevante Zielkriterien / linguistische Ebene ^a
Tufts 1959	Artikulationsproblem nach Einschätzung der Eltern Mittelschwere Artikulationsstörung (2-4 Punkte auf fünfstufiger Ratingskala für das phonetische Inventar)	Gruppe 1: Übliche direkte Artikulationstherapie Gruppe 2: Elterngruppentraining Gruppe 3: keine Therapie	7 Monate Gruppe 1: 46 / 2 x wöchentlich / 30 min.; Gruppensetting Gruppe 2: 25 / 1 x wöchentlich / 60 min.; Gruppensetting	Artikulation / pp
Wilcox 1978	expressive Sprache unterhalb des 10. Perzentils (auf NSST, CELI oder Triota Speech and Language Test) verständliche Artikulation mittlere Äußerungslänge mindestens 3,5 Wörter	Gruppe 1: sofortige Behandlung in 6 versch. Bedingungen zum Üben korrekter Frageformen (Who-is/Who-does/What-is/What-does/Where-is/Where-does) Gruppe 2: Wartekontrollgruppe	unklar unklar; individuelles Kriterium für Therapieende (20 korrekte Fragen) / unklar / unklar Einzelsetting	Frageformen / ms
Yoder 2005	MLU < 2,5 Mind. 10 verschiedene Wörter in einer 20-min.-Sprachprobe Expressiver Sprachscore ≤ 80 auf der PLS-3 T-Wert ≤ 37 in der AAPS	Gruppe 1: Reformulierungstherapie BTR ^g Gruppe 2: keine BTR-Therapie ^g , ausdrücklich keine Wartebedingung (d. h. es stand den Teilnehmern frei, eine Behandlung außerhalb der Studie aufzunehmen)	6 Monate (78) / 3 x wöchentlich / 30 min. Einzelsetting	Verständlichkeit / pk Sprachkomplexität / ms
<p>Erläuterungen: kK = komplexes Zielkriterium, das sich nicht eindeutig einer einzigen linguistischen Ebene zuordnen lässt, ms = morpho-syntaktische Ebene, n.g. = nicht genannt, pk = pragmatisch-kommunikative Ebene, pp = phonetisch-phonologische Ebene, sl = semantisch-lexikalische Ebene,</p> <p>Verwendete Instrumente: AAPS = Arizona Articulation Proficiency Scale, APP-R = Assessment of Phonological Processes-Revised, BPVS II = British Picture Vocabulary Scales (2nd edition), CELI = Carrow Elicited Language Inventory, CDI = Communicative Development Inventory, CELF-3 = Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Third Edition, FFW-L = Fast ForWord Language, MLU = Mean Length of Utterances (mittlere Äußerungslänge), NSST = Northwestern Syntax Screening Test, PAT = Phonological Abilities Test, PLS-3: Preschool Language Scale – Third Edition, RDLS = Reynell Developmental Language Scales, STAP = South Tyneside Assesment of Phonology, TEPROSIF = Test para evaluar los Procesos Fonológicos de Simplificación, TOLD-P:3 = Test of Language Development – Primary, Third Edition</p>				

(Fortsetzung)

Tabelle 11 (Fortsetzung): Art der Behandlung in den Therapiestudien

- a: Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit wurden die zahlreichen erhobenen sprachbezogenen Ergebnismaße entsprechend den Angaben der Autoren bzw. auf Grundlage der jeweiligen Operationalisierung einem übergeordneten Zielkriterium und zusätzlich der jeweiligen linguistischen Ebene zugeordnet.
- b: unter anderem angelehnt an das Derbyshire Language Scheme
- c: nur im CDI; in Transkripten wurden dann bei insgesamt 8 Kindern (5/3) 1 bis 6 Zweiwortäußerungen gefunden
- d: Da die Kinder der Interventionsgruppe nicht ein bestimmtes Behandlungsprogramm absolvierten, sondern der üblichen Versorgung zugeführt wurden, war der Umfang der Therapie, die die Kinder erhielten, sehr unterschiedlich (Anzahl Therapiestunden: 6 [0-15]; Anzahl Therapiekontakte: 8 [0-17]; Häufigkeit der Therapie: 1 x wöchentlich bis 1 x alle 2,5 Monate; Behandlungszeitraum: 8 Monate [1-12]; Dauer der Therapiesitzungen: 47 [20-75]).
- e: Kriterien von Pavez et al. 1999
- f: Test exploratio de gramática española von A. Toronto
- g: BTR: broad target recast

5.3.2.2 Bewertung des Verzerrungspotenzials

Wesentliche Aspekte der Studien- und Publikationsqualität sind in Tabelle 12 aufgeführt. Das Verzerrungspotenzial musste in 14 der 16 Studien als hoch eingeschätzt werden. Im Einzelnen:

Nur 4 Publikationen berichten von einer adäquaten Randomisierungsprozedur. 4 Studien (Almost 1998, Buschmann 2008, Gillam 2008, Glogowska 2000) gehen ausdrücklich auf Maßnahmen zur Sicherung des Concealment ein. Insbesondere mit Blick auf die sehr kleinen Stichproben und die Rekrutierungs- bzw. Behandlungssettings ist in den übrigen Studien eine unabhängige und verdeckte Zuteilung meist sehr zweifelhaft. Beispielsweise berichtet Gibbard 1994 zwar von einer Randomisierung; die Art, wie die Prozedur dann aber beschrieben wird, vermittelt den Eindruck einer zunächst rekrutierten Interventionsgruppe, der danach eine (matched) Kontrollgruppe hinzugefügt worden ist.

In nur 8 Publikationen wird eine (zumindest teilweise) verblindete Erhebung der Zielgrößen beschrieben. Eine Studie (Glogowska 2000) benennt das Problem, indem eine nicht vollständig zu bewerkstellende Verblindung eingeräumt wird. Dieser Aspekt ist vor dem Hintergrund zu bewerten, dass die verwendeten Messmethoden fast alle relativ anfällig für einen entsprechenden Beurteilungsbias sind. Natürlich dürfte es schwierig sein, die über Elternberichte erhobenen Merkmale vom Einfluss der Kenntnis der Gruppenzugehörigkeit zu befreien. Auf der anderen Seite zeigt z. B. Ebbels 2007, wie ein Design mithilfe einer Scheinintervention auch mit der Möglichkeit der verblindeten Datenerhebung ausgestattet werden kann.

Nur 3 Studien weisen überhaupt eine Fallzahlplanung auf. Mit Blick auf die überwiegend statistisch signifikanten Ergebnisse ist zwar nicht unbedingt zu befürchten, dass die Studien mit einer zu geringen Power durchgeführt wurden. Allerdings würde eine Fallzahlplanung ja auch über die klinische Relevanz eines gesuchten Unterschiedes Rechenschaft ablegen müssen. Angaben zu primären Endpunkten enthalten die Studien kaum. Es wurden hier von der Mehrheit der Autoren offenbar keine Überlegungen investiert, was auch insgesamt infrage stellt, inwieweit die Studien überhaupt planvoll angelegt waren. Ohne Angabe von a priori geplanten primären und sekundären Endpunkten muss – zumindest teilweise – befürchtet werden, dass nur die statistisch signifikanten Ergebnisse mitgeteilt wurden. Es ergibt sich das Problem des multiplen Testens und der selektiven Mitteilung von Ergebnissen („selective outcome reporting“).

Die Vergleichbarkeit der Studiengruppen zu Studienbeginn scheint bei fast allen Studien (15 von 16) gegeben gewesen zu sein. Girolametto 1996 berichtet von partiellen Unterschieden.

7 der 16 Studien sind bereits wegen nicht berichteter oder sehr hoher Verlustraten durch ein hohes Verzerrungspotenzial belastet. Almost 1998 berichtet zwar von einer Überprüfung der Auswertungsstrategie durch eine Gegenrechnung mit einer ITT-LOCF-Strategie, ohne

allerdings die entsprechenden Daten zu präsentieren. Dagegen gab es allerdings auch mehrere Studien, in denen anscheinend keine Verluste vorkamen, sodass hier die vollständigen Datensätze ausgewertet werden konnten.

Insgesamt wird das Potenzial zur Verzerrung aufgrund der benannten Mängel in 14 Studien als hoch, in den anderen 2 als niedrig eingeschätzt.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 12: Verzerrungspotenzial der Therapiestudien

Studie	Randomisierung / Concealment adäquat	Verblindete Zielgrößen- erhebung	Fallzahl- planung	Vergleich- barkeit der Gruppen	Transparenz des Patientenflusses / Ausschlüsse von Auswertung	Relevante Abweichung vom ITT- Prinzip	Verzerrungs- potenzial
Almost 1998	ja / ja ^a	ja	ja ^b	ja	4 Drop-outs werden mit Gründen berichtet, jedoch nicht ausgewertet.	ja ^c	hoch
Buschmann 2008	unklar / ja	für ELFRA nein, für SETK ja	ja ^d	ja	Die Ergebnisse der Publikation 2008 stellen nur eine Subgruppenauswertung dar, ohne dass dies explizit beschrieben wird. Es bleibt unklar, ob dieses Vorgehen a priori geplant war.	ja ^e	hoch
Denne 2005	unklar / unklar	nein ^f	nein	ja	Ein Kind konnte an der Therapie nicht teilnehmen und wurde von der Auswertung ausgeschlossen.	ja	hoch
Ebbels 2007	ja / unklar	ja	nein	ja	Keine Verluste	nein	hoch ^g
Gibbard 1994 [Exp. 1]	unklar ^h / unklar	Nicht bei den Müttern, sonst unklar	nein	ja ⁱ	Keine Angaben zur Anzahl der Kinder bei der Nacherhebung	unklar	hoch
Gillam 2008	unklar / ja	ja	nein	ja	Für 3 der 216 Kinder liegen nur Baselinewerte vor.	nein	niedrig
Girolametto 1996 [Pilotstudie]	unklar / unklar	nicht bei den Müttern, sonst ja	nein	teilweise ^j	Keine Angaben zu Verlusten in der Interventionsgruppe	ja	hoch
Girolametto 1997	unklar / unklar	nicht bei den Müttern, sonst ja	nein	ja	Keine Verluste	nein	hoch
Glogowska 2000	ja / ja	für BLDS ja, sonst teilweise durch Anwesenheit der Eltern unterlaufen	ja ^k	ja	5 fehlende Patienten nach 6 Monaten bzw. 4 nach 12 Monaten in der Kontrollgruppe. Keine Verluste in der Interventionsgruppe	nein	niedrig

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 12 (Fortsetzung): Verzerrungspotenzial der Therapiestudien

Studie	Randomisierung / Concealment adäquat	Verblindete Zielgrößen- erhebung	Fallzahl- planung	Vergleich- barkeit der Gruppen	Transparenz des Patientenflusses / Ausschlüsse von Auswertung	Relevante Abweichung vom ITT- Prinzip	Verzerrungs- potential
Maggiolo 2003	unklar / unklar	unklar	nein	ja	Keine Verluste	nein	hoch
Robertson 1997	unklar / unklar	unklar	nein	ja	Keine Verluste	nein	hoch
Robertson 1999	unklar / unklar	Eltern nicht, sonst unklar	nein	ja	Keine Verluste ^l	nein	hoch
Rvachew 1994	unklar / unklar	nein	nein	ja	Starke Verluste direkt nach Randomisierung ^m ; keine Berücksichtigung in der Auswertungsstrategie.	ja	hoch
Tufts 1959	unklar / unklar	ja	nein	ja	Keine Verluste	nein	hoch
Wilcox 1978	unklar / unklar	unklar	nein	ja	3 Kinder wechselten die Gruppe, 3 Kinder brachen ab und wurden ersetzt ⁿ .	ja	hoch
Yoder 2005	ja / unklar	unklar	nein	ja	12 von 64 Randomisierten nahmen nicht teil. Die Anzahl der Verluste zum 6- und 12- Monats-Follow-up ist nicht berichtet.	ja	hoch ^o

a: Allerdings fehlt ein Hinweis darauf, dass die Umschläge blickdicht („opaque“) waren.
b: Ob die Fallzahlplanung auf Basis des GFTA oder auf Basis des APP-R durchgeführt wurde, ist unklar. Es wird von einem gepaarten t-Test gesprochen, obwohl es um einen ungepaarten Vergleich geht. Es fehlt die Angabe der Standardabweichung.
c: Von zunächst 30 randomisierten Teilnehmern werden nur 13 pro Gruppe ausgewertet. Es wird jedoch berichtet, dass eine ITT-LOCF-Auswertung einschließlich aller randomisierten Teilnehmer die Ergebnisse im Wesentlichen nicht veränderte.
d: Das Vorgehen bei der Fallzahlplanung bleibt unklar. Im Studienprotokoll wird ein a priori ermittelter Gesamtstichprobenumfang von 28 Kindern berichtet. Im Laufe der Studie wurde diese Fallzahl zur Absicherung statistischer Effekte anscheinend für die Subgruppe der isoliert expressiv beeinträchtigten Kinder angestrebt.
e: Von insgesamt 58 (IG: 29, KG: 29) randomisierten Kindern mit rein expressiver Sprachstörung wurden nur 47 Kinder ausgewertet (IG: 24, KG: 23).
f: Die Messungen vor bzw. nach der Therapie wurden von unterschiedlichen Klinikern durchgeführt, sodass derjenige, der die Einschätzung nach der Therapie durchführte, die Leistung des Kindes zur Baseline nicht kannte.

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Verzerrungspotenzial der Therapiestudien

- g: Verwendet wurde eine Strategie der Skalentransformation, die die Daten trotz erheblicher Deckeneffekte auswertbar machen sollte. Die Strategie bestand in einer Relativierung der empirischen Zuwächse an der individuellen Zuwachsmöglichkeit (Differenz Maximalscore minus Baselinescore). Diese Strategie erscheint in der Publikation unter „Ergebnisse“ und scheint auch hinsichtlich ihrer Begründung post hoc entwickelt worden zu sein.
- h: Es heißt, 2 durch Matching erzeugte Gruppen seien den Studienarmen per Randomisierung zugeteilt worden. An anderer Stelle aber heißt es, der Experimentalgruppe sei eine Kontrollgruppe durch Matching zugeordnet worden. Schließlich fällt auf, dass 2 Nichtteilnahmen von Mitgliedern in der Experimentalgruppe (also Drop-outs) durch die Reduktion um entsprechend 2 Teilnehmer aus der Kontrollgruppe beantwortet wird, was den Verdacht nahelegt, dass die Zuteilung doch vor dem Matching stattfand.
- i: Vergleichbarkeit gewährleistet durch Matching, hinsichtlich der Ergebnisparameter zu T0 abgesichert mit t-Test und ANCOVA.
- j: Signifikante Unterschiede zur Baseline lagen auf dem „Externalizing Score“ der Child Behavior Checklist vor: mehr aggressives und destruktives Verhalten der Kinder in der Kontrollgruppe. Dies wurde in den Auswertungen nicht berücksichtigt.
- k: Die notwendige Stichprobengröße wurde in der Fallzahlplanung leicht unterschätzt (für eine Power von 80–85% wären 166–186 Teilnehmer notwendig gewesen, angestrebt wurden 146–166).
- l: Lediglich für einen der Endpunkte (Prozentsatz verständlicher Äußerungen) wurden 2 Kinder der Interventionsgruppe, die zur Baselineerhebung keine spontanen Äußerungen generiert hatten, von der Auswertung ausgeschlossen.
- m: Patientenfluss: Die 27 Kinder in den 3 Studiengruppen entsprechen nicht der Anzahl der randomisierten Kinder. 8 Kinder wurden offenbar nach der Randomisierung nicht protokollmäßig versorgt. Gründe werden berichtet.
- n: 3 Kinder wurden entgegen der Zuteilung durch die Randomisierung in die Gruppe mit sofortiger Behandlung eingeteilt, da sie nur für begrenzte Zeit für die Studie zur Verfügung standen. Von den 24 ursprünglich ausgewählten Kindern wurden 3 aus der Gruppe mit verzögerter Behandlung von den Eltern wegen eines Wechsels auf eine Schule mit sprachtherapeutischem Angebot vor Beendigung aus der Studie entfernt; diese Kinder wurden durch 3 neu rekrutierte ersetzt.
- o: Obwohl die Studie sehr aufwendig ist, sind erhebliche Verzerrungen aufgrund der hohen Verluste denkbar. Eine ITT-Auswertungsstrategie wurde nicht berichtet. Außerdem ist das Concealment unklar.

5.3.3 Ergebnisse zur generellen Wirksamkeit

Die empirische Basis zur Beurteilung der Frage nach der Wirksamkeit ist auf den ersten Blick recht breit. In den Publikationen der 16 eingeschlossenen Studien werden Ergebnisse zu einer Vielzahl unterschiedlicher – allerdings ganz überwiegend sprachbezogener – Ziele berichtet. In einigen Studien wurden mehrere unterschiedliche Operationalisierungen der Ziele vorgenommen. Die Ergebnisse der Studien sind in den folgenden Abschnitten 5.3.3.1 bis 5.3.3.5 dargestellt. Nur eine Studie schloss deutschsprachige Kinder ein. Die Heterogenität der Interventionen und der Ergebnisse erschwert eine übersichtliche Beschreibung und die Beurteilung.

Die Meta-Analyse als Methode zur Reduktion der Komplexität und als Instrument zur Herstellung aussagekräftiger Schlussfolgerungen kann auf diesen Studienpool nicht angewandt werden. Das Poolen mehrerer Studien setzt die vergleichbare Operationalisierung der Zielgrößen voraus. Die Berücksichtigung dieser Voraussetzung würde im vorliegenden Studienpool die Bildung einiger Gruppen von Studien erlauben. Schwerwiegender aber ist das Problem der Heterogenität der Interventionen selbst: „If studies are clinically diverse, then a meta-analysis might be meaningless, and genuine differences in effects may be obscured.“ [140]. Sprachtherapien sind komplexe Interventionen, die als Kombination verschiedener Komponenten konzipiert sind. Wird eine Kategorisierung der Sprachinterventionen über einzelne Komponenten, etwa den Elterntrainingsansatz oder inhaltliche Aspekte, vorgenommen, so ist eine Zuordnung der Effizienzaussagen einer Meta-Analyse nicht mehr möglich [141]. Selbst gleiche komplexe Interventionen können in verschiedenen Kontexten nicht mehr selbstverständlich verglichen werden, zu ausgeprägt sind die Unterschiede der nicht im Interventionsprogramm definierten Begleitfaktoren [142]. Empfohlen wird für die Beurteilung der Ergebnisse aus einem heterogenen und unsystematischen Studienpool ein qualitativ beschreibendes Vorgehen, das auch für den vorliegenden Bericht gewählt wurde. Dabei muss jedoch angemerkt werden, dass auch so das oben benannte Problem – ob nämlich über die Einzelstudien hinweg zusammenfassende Aussagen getroffen werden können – nicht abschließend gelöst werden kann. Auch Sensitivitätsanalysen wurden nicht eingesetzt, um klarere und differenzielle Aussagen zur Wirksamkeit treffen zu können. Die klinische Heterogenität in den zu bildenden kleinen Analysegruppen hätte eine Zuschreibung etwaiger Effekte zu kontrollierten Variablen erschwert. Hinzu kamen theoretische Bedenken, wie z. B. hinsichtlich der Unterscheidung zwischen einer expressiven und rezeptiven Sprachstörung bei Kindern in der frühen Sprachentwicklung, wie sie Law (2003, 2004) [12,143] getroffen hatte.

5.3.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Lediglich in 1 der 16 Studien, die in die Nutzenbewertung eingingen, wurden Ergebnisse zur Auswirkung der sprachtherapeutischen Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder berichtet: Glogowska 2000 erfasste mithilfe des Therapy Outcome Measures Tool (TOM) das WHO-Konzept der sozialen Beeinträchtigung („Handicap“), das

dem Konstrukt der Lebensqualität zugeordnet werden kann [144]. Auf einer 6-stufigen Skala wird hiermit u. a. das Ausmaß der sozialen Integration eingeschätzt. Dabei zeigten sich in einer gemeinsamen Auswertung (Kovarianzanalyse mit Messwiederholung und Adjustierung für Baselineunterschiede in der Zielvariablen) für die Erhebungszeitpunkte 6 und 12 Monate nach Randomisierung keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Differenz: -0,01, 95 %-KI: [-0,4; 0,2], $p = 0,67$; Anzahl ausgewerteter Kinder nicht genannt).

Damit ist die Datenlage zum möglichen Nutzen der Interventionen bezüglich der Lebensqualität der behandelten Kinder insgesamt unbefriedigend. Die einzige Studie hierzu liefert keinen Hinweis auf einen Nutzen der evaluierten Maßnahme.

5.3.3.2 Sprachentwicklung

In den Studien wurden Ergebnisse zu einer großen Anzahl unmittelbar sprachbezogener Zielgrößen berichtet. Dabei kamen unterschiedliche Erfassungsmethoden zum Einsatz, insbesondere Analysen von Spontansprachproben bzw. Elternberichte hinsichtlich definierter Merkmale (z. B. Äußerungslänge, Wortschatz, Konsonantenbildung) sowie validierte Testverfahren zur Erfassung von speziellen Aspekten wie bspw. der Artikulation oder auch des Stands der Sprachentwicklung insgesamt. Um einen besseren Überblick zu ermöglichen, wurden im Folgenden die Ergebnisse den linguistischen Ebenen zugeordnet. Darüber hinaus wurden entsprechend den Angaben der Autoren bzw. auf Grundlage der jeweiligen Operationalisierung übergeordnete Zielgrößen abgeleitet. Die vollständige Auflistung aller sprachbezogenen Ergebnisse kann Tabelle 18 ab S. 100 entnommen werden.

Effekte auf Morphologie und Syntax:

4 Studien erhoben die mittlere Äußerungslänge (MLU) mithilfe einer Sprachprobe (Almost 1998, Gibbard 1994, Robertson 1999, Yoder 2005), bei Gibbard 1994 wurden darüber hinaus noch die Mütter hierzu befragt. 2 dieser Studien zeigten einen statistisch signifikanten Effekt der Therapien auf die Länge der Äußerungen der behandelten Kinder. Almost 1998 berichtete eine nicht signifikante Tendenz in dieselbe Richtung. Bei Yoder 2005 ergab sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe (weder zum Therapieende noch zur Follow-up-Erhebung). Es ist zu diesen Ergebnissen zu bemerken, dass die Intervention in der Studie Almost 1998 mit ihrem starken Fokus auf phonologische Prozesse die Erhöhung der sprachlichen Komplexität gar nicht zum Ziel hatte. Im Unterschied dazu zielte die Intervention bei Yoder 2005 (neben der Verständlichkeit) ausdrücklich auf die Äußerungslänge ab. Verschiedene weitere Messinstrumente, die auf die Sprachkomplexität abhoben, wurden bei Gibbard 1994, Girolametto 1997 und Robertson 1997 eingesetzt und zeigten überwiegend statistisch signifikante Therapieeffekte. In der Studie Buschmann 2008 ergaben sich kurzfristig (nach Beendigung des Trainings) in allen morphosyntaktischen Maßen statistisch signifikante Therapieeffekte. In der Follow-up-Erhebung zeigte sich die Interventionsgruppe nur für 2 von 4 Variablen statistisch signifikant überlegen.

In der Studie Wilcox 1978 wurde die Wirksamkeit eines Trainings zur korrekten Bildung von Frageformen untersucht. Dabei zeigten sich hinsichtlich der Anzahl der richtig gebildeten Fragen statistisch signifikante Vorteile für die Interventionsgruppe im Vergleich zur unbehandelten Wartekontrollgruppe.

Tabelle 13: Übersicht zu Effekten auf Morphologie und Syntax

Zielgröße	Operationalisierung	Studie	Effekt- richtung	p-Wert (zweiseitig)
Sprachkomplexität	Spontansprachprobe: Mittlere Äußerungslänge	Almost 1998	–	0,337
		Gibbard 1994	↗	<0,001
		Robertson 1999	↗	0,003
		Yoder 2005	–	>0,38
	Bericht der Mutter: Mittlere Äußerungslänge	Gibbard 1994	↗	<0,001
		Spontansprachprobe: Sprachkomplexität	Gibbard 1994	↗
	Derbyshire Language Scheme Picture-Test	Giolametto 1997	–	[<0,05 ^a]
		Gibbard 1994	↗	<0,001
		CDI	Giolametto 1997	↗
Anzahl linguistischer Marker	Robertson 1997	↗	<0,001	
	Grammatik	SETK-2: Satzproduktion	Buschmann 2008	↗
SETK 3-5: Enkodierung semantischer Relationen			↗	0,013 ^c
Morphologie	ELFRA-2: Morphologie		↗ / ↗	0,017 / 0,021 ^{c,d}
	SETK 3-5: Morphologische Regelbildung		–	0,376 ^c
Syntax	ELFRA-2: Syntax		↗ / –	<0,001 / 0,062 ^{c,d}
Frageformen	Anzahl korrekt gebildeter Fragen	Wilcox 1978	↗	<0,001
Verbargument- strukturen	Videobasierter Test	Ebbels 2007	↗	0,007 ^e
Erläuterung: CDI = Communicative Development Inventory				
a: Einseitiger p-Wert; bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) nicht statistisch signifikant				
b: Einseitiger p-Wert; bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) auch statistisch signifikant				
c: In der Publikation [84] werden diese als p-Werte für einseitige t-Tests beschrieben; nach eigenen Berechnungen scheinen diesen p-Werten allerdings zweiseitige t-Tests zugrunde zu liegen.				
d: Unterschied zwischen den Gruppen nach 6 / 12 Monaten				
e: Unterschied zwischen allen 3 Gruppen (2 Behandlungsgruppen, 1 Kontrollgruppe) nach 3 und 6 Monaten				

Ebbels 2007 untersuchte die Auswirkung zweier Therapieansätze auf die Verbargumentstruktur, von den Autoren mit der Eigenentwicklung eines Scores operationalisiert. Beide Therapiemethoden erwiesen sich bei den Sprachschülern als effektiv im Vergleich zu

einer unspezifischen Scheinintervention. Allerdings muss angemerkt werden, dass diese Ergebnisse mithilfe einer post hoc entwickelten Skalentransformation ermöglicht wurden und außerdem auf einer nicht erklärbaren Verschlechterung der Kontrollgruppe basieren.

Unter den Ergebnissen der Studien, die Interventionen hinsichtlich Morphologie und Syntax evaluierten, zeigen sich insgesamt betrachtet Hinweise auf positive Effekte der Sprachtherapie.

Effekte auf Semantik und Lexikon:

6 Studien untersuchten Interventionseffekte auf den Wortschatz der Kinder (Buschmann 2008, Gibbard 1994, Girolametto 1996 [Pilotstudie], Girolametto 1997, Robertson 1997 und Robertson 1999). Alle Studien erfassten den allgemeinen Wortschatz. Bei Girolametto 1996 und 1997 wurden jeweils zusätzlich das Repertoire und die Frequenz von Ziel- und Kontrollwörtern untersucht. Der Wortschatz wurde außerdem in allen Studien (außer Robertson 1997) auf zumindest 2 verschiedenen Wegen operationalisiert, meist über eine Spontansprachprobe bzw. mit dem CDI. Buschmann 2008 setzte den ELFRA-2 und SETK-2 ein. Bei Gibbard 1994 kam zusätzlich ein Benenntest zur Anwendung. In den 6 Studien wurde durch diese verschiedenen Messmethoden und die Unterscheidung in generellen, Ziel- und Kontrollwortschatz eine Vielzahl von Ergebnissen für den Wortschatz berichtet.

Tabelle 14: Übersicht zu Effekten auf Semantik und Lexikon

Zielgröße	Operationalisierung	Studie	Effekt- richtung	p-Wert (zweiseitig)
Wortschatz	Sprachprobe: verschiedene Wörter	Girolametto 1997	↗	[<0,01] ^a
		Robertson 1999	↗	<0,001
	Spielanleitung: Anzahl verschiedener Wörter	Robertson 1997	↗	<0,001
	Sprachprobe: Gesamtzahl der Wörter	Robertson 1999	↗	<0,001
	CDI	Girolametto 1996	–	„n.s.“
		Girolametto 1997	↗	[<0,02] ^a
		Robertson 1999	↗	<0,001
	ELFRA-2: Produktiver Wortschatz	Buschmann 2008	↗ / ↗	0,016 ^b / 0,018 ^{b,c}
	SETK-2: Wortproduktion		↗	0,016 ^b
	SETK-2: Verstehen I: Wörter		–	[0,057] ^d
Derbyshire Language Scheme Picture-Test	Gibbard 1994	↗	<0,001	
Elternbericht: Wortliste	Gibbard 1994	↗	<0,001	

(Fortsetzung)

Tabelle 14 (Fortsetzung): Übersicht zu Effekten auf Semantik und Lexikon

Zielgröße	Operationalisierung	Studie	Effekt- richtung	p-Wert (zweiseitig)
spezifische Aspekte des Wortschatzes	Sprachprobe: verschiedene Zielwörter	Girolametto 1996	↗	$[\leq 0,02]^a$
		Girolametto 1997	↗	$[\leq 0,01]^a$
	Sprachprobe: verschiedene Kontrollwörter	Girolametto 1996	–	„n.s.“
		Girolametto 1997	↗	$[\leq 0,01]^a$
	Sprachprobe: Frequenz von Zielwörtern	Girolametto 1997	↗	$[\leq 0,02]^a$
Sprachprobe: Frequenz von Kontrollwörtern	Girolametto 1997	–	$[\leq 0,05]^e$	
Erläuterung: CDI = Communicative Development Inventory, n.s. = nicht statistisch signifikant a: Einseitiger p-Wert; bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) ebenfalls statistisch signifikant b: In der Publikation [84] werden diese als p-Werte für einseitige t-Tests beschrieben; nach eigenen Berechnungen scheinen diesen p-Werten allerdings zweiseitige t-Tests zugrunde zu liegen. c: Unterschied zwischen den Gruppen nach 6 / 12 Monaten d: einseitiger t-Test; Daten von der Autorin zur Verfügung gestellt e: Einseitiger p-Wert; bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) nicht statistisch signifikant				

Die überwiegende Anzahl der insgesamt 19 Vergleiche zum Wortschatz ergab eine statistisch signifikante Überlegenheit der Behandlungsgruppen (vgl. Tabelle 14).

Damit liefern die Studien Hinweise auf einen positiven Behandlungseffekt der in diesen Studien betrachteten Ansätze bezogen auf den semantisch-lexikalischen Sprachbereich.

Effekte auf Phonetik und Phonologie:

Als Maße für Effekte der Interventionen auf der phonetisch-phonologischen Ebene wurden die Konsonantenbildung, die Artikulation, die phonologische Bewusstheit (z. B. Reimbildung und -erkennung), das Lautrepertoire, die Silbenstruktur, die Lautproduktion und -identifikation sowie der allgemeine phonologische Entwicklungsstand erhoben.

3 Studien (Almost 1998, Denne 2005, Girolametto 1997) berichteten Ergebnisse zur Konsonantenbildung. Alle 3 verwendeten den Prozentsatz korrekter Konsonanten (PCC). Girolametto 1997 erfasste zusätzlich sehr differenzierte Maße des Konsonantenrepertoires, wobei nach frühen, mittleren und späten sowie initialen und finalen Konsonanten differenziert wurde. Alle Konsonantenmaße wurden aus Sprachproben generiert. Für die PCC zeigte nur Almost 1998 einen statistisch signifikanten Therapieeffekt. Bei Girolametto 1997 zeigten sich zwar Unterschiede im Repertoire der Konsonanten sowie hinsichtlich deren Position zugunsten der Behandlungsgruppe, allerdings sind diese bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) nicht alle statistisch signifikant.

Die Artikulation wurde von Almost 1998 mit dem GFTA (Goldman-Fristoe Test of Articulation) und von Tufts 1959 mit einem phonetischen Inventar erhoben. Beide Studien zeigten statistisch signifikante Artikulationsfortschritte der Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Denne 2005 zeigte einen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf die phonologische Bewusstheit, gemessen mit dem Phonological Abilities Test (PAT). Bei Gillam 2008 wurde nicht berichtet, ob es einen statistisch signifikanten Vorteil für die Interventionsgruppen im Vergleich zur unspezifischen Kontrollbedingung gab.

Die Studie von Girolametto 1997 berichtete neben der Konsonantenbildung auch Ergebnisse zu den Maßen Lautrepertoire und Silbenstruktur, die aus Sprachproben ausgezählt wurden. Hierbei handelt es sich um Quantifizierungen des präverbale Vokalisierens der Kinder. Hinsichtlich der Unterschiede zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe sind die Ergebnisse uneinheitlich. Während die Diversität der geäußerten Laute sowie der weniger komplexen (Stufe 1 und 2) Silbenkonstruktionen sich zwischen den Gruppen nicht unterschied, bildeten Kinder der Interventionsgruppe signifikant mehr komplexere Silbenstrukturen (Stufe 3).

Auch Rvachew 1994 verwendete ein sehr spezielles Maß zur Feststellung der Therapieeffekte. Um die sehr genau auf die Fähigkeit, den Sch-Laut zu bilden, ausgerichtete Maßnahme zu überprüfen, kam ein phonologischer Computertest zur Anwendung. Im Unterschied zur Kontrollgruppe profitierten die Kinder beider Interventionsgruppen sowohl in der Aussprache als auch hinsichtlich der Identifikation entsprechender Laute deutlich und konnten das Sch auch isoliert häufiger korrekt bilden.

Mit einem eher breiten Untersuchungsrepertoire wurde in 2 Studien der allgemeine phonologische Entwicklungsstand erhoben (Almost 1998, Glogowska 2000). Das bei Almost 1998 zur Anwendung gekommene phonologische Training zeigte mit dem APP-R einen statistisch signifikanten Therapieeffekt, während die allgemeine Sprachtherapie bei Glogowska 2000, gemessen an der prozentualen phonologischen Fehlerrate über verschiedene Zentren hinweg betrachtet, keinen statistisch signifikanten Vorteil für die Behandlungsgruppe zeigte. Insbesondere die letzten beiden Studien sind jedoch kaum vergleichbar. Während praktisch alle für einen Vergleich heranzuziehenden Größen wie Art der Therapie, Stichprobengröße und Messmethode unterschiedlich sind, stechen besonders der unterschiedliche Therapie- und Studienzeitraum (4 vs. 6–12 Monate) und die stark unterschiedliche Therapiefrequenz (21–24 Therapieeinheiten in 4 Monaten vs. durchschnittlich 8 Therapeutenkontakte in 12 Monaten) ins Auge. Zudem waren die Kinder in der Studie Glogowska 2000 mit durchschnittlich etwa 34 Monaten jünger als die bei Almost 1998 behandelten Kinder (42 Monate).

Tabelle 15: Übersicht zu Effekten auf Phonetik und Phonologie

Zielgröße	Operationalisierung	Studie	Effekt- richtung	p-Wert (zweiseitig)
Konsonantenbildung	Sprachprobe: Prozentsatz korrekter Konsonanten	Almost 1998	↗	0,001
		Denne 2005	–	0,09
		Girolametto 1997	–	n.g.
	Sprachprobe: Inventar / Position von Konsonanten (2 Operationalisierungen)	Girolametto 1997	früh: ↗ mittel: ↗ spät: – initial: ↗ final: –	[<0,05] ^a [<0,05] ^a [<0,05] ^b [<0,05] ^{a,c} [<0,05] ^{b,c}
Artikulation	Goldman-Fristoe-Test of Articulation	Almost 1998	↗	0,001
	Rating des phonetischen Inventars	Tufts 1959	↗	<0,01
phonologische Bewusstheit	Phonological Abilities Test	Denne 2005	↗	<0,01
	Comprehensive Test of Phonological Processing (Blending Words)	Gillam 2008	–	n.g.
Lautrepertoire	Sprachprobe: Anzahl Vokalisierungen	Girolametto 1997	–	n.g.
Silbenstruktur	Sprachprobe: 3 Komplexitätsstufen	Girolametto 1997	Stufe 1: – Stufe 2: – Stufe 3: ↗	„n.s.“ „n.s.“ [<0,01] ^a
Lautproduktion	phonologischer Test: Produktionsniveau, Ausspracheprobe, Zentroid	Rvachew 1994	↗	0,05
Lautidentifikation	Identifikationstest	Rvachew 1994	↗	0,02
phonologischer Entwicklungsstand	Assessment of Phonological Processes – Revised	Almost 1998	↗	0,003
	phonologische Fehlerrate	Glogowska 2000	–	0,26 ^d
Erläuterungen: n.g. = nicht genannt, n.s. = nicht statistisch signifikant				
a: Einseitiger p-Wert; bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) ebenfalls statistisch signifikant				
b: Einseitiger p-Wert; bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) nicht statistisch signifikant				
c: Bei der Erstellung des Abschlussberichts wurden hier die Angaben der Publikation in eigenen Berechnungen nachgeprüft, sodass nun eindeutig zugeordnet werden konnte, welcher der beiden Vergleiche auch bei zweiseitiger Testung statistisch signifikant ist.				
d: gemeinsame Auswertung der Daten aus den Erhebungen 6 und 12 Monate nach Randomisierung				

Insgesamt liefern die Ergebnisse im Studienpool einen Hinweis auf positive Effekte der angewandten Maßnahmen auf phonetisch-phonologische Parameter. Die Ergebnisse sind allerdings weniger einheitlich als die Evidenz zur Satzbildung und zum Lexikon. Abgesehen von den sehr spezifischen Studienzielen, die sich kaum untereinander vergleichen lassen, zeigte nur 1 von 3 Studien einen statistisch abgesicherten Effekt auf den Prozentsatz korrekter

Konsonanten, 2 von 2 Studien zeigten Effekte auf die Artikulation, 1 von 2 Studien ergab einen Effekt hinsichtlich der phonologischen Bewusstheit und 1 der beiden Studien zeigte einen Effekt auf den allgemeinen phonologischen Entwicklungsstand.

Effekte auf pragmatisch-kommunikativer Ebene:

In 3 Studien wurden Interventionseffekte auf die Sprechfreude der Kinder untersucht (Gibbard 1994, Girolametto 1997, Robertson 1997). Gibbard 1994 fand signifikant mehr verständliche Äußerungen in der Sprachprobe bei der Interventionsgruppe. Girolametto 1997 operationalisierte die Sprechfreude als Anzahl von Wörtern pro Zeiteinheit und Anzahl der Äußerungen. Tatsächlich zeigte sich die Interventionsgruppe sprechfreudiger, allerdings nicht statistisch signifikant.

Robertson 1997 analysierte die Anzahl der Wörter, die die Kinder vor und nach dem Spiel mit den Gleichaltrigen in ihren Spielanleitungen verwendeten. Danach waren die Spielanleitungen der Kinder der Interventionsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe statistisch signifikant umfangreicher. Zusätzlich nahmen die Kinder der Interventionsgruppe statistisch signifikant häufiger Bezug auf Themen, die für den Kontext angemessen waren (d. h. spieltypische Handlungen wie Essen zubereiten).

Yoder 2005 und Robertson 1999 untersuchten die Auswirkungen der Intervention darauf, wie groß der Anteil verständlicher Äußerungen an allen Äußerungen war. Bei Yoder 2005 zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied zwischen den Studiengruppen, bei Robertson 1999 ergab sich ein statistisch signifikanter Vorteil für die Behandlungsgruppe.

Damit liegen im Vergleich zu den anderen linguistischen Ebenen weniger Ergebnisse vor, die sich der pragmatisch-kommunikativen Ebene zuordnen lassen; hier wurden allerdings auch überwiegend statistisch signifikante Vorteile für die Interventionsgruppen berichtet.

Tabelle 16: Übersicht zu Effekten auf pragmatisch-kommunikativer Ebene

Zielgröße	Operationalisierung	Studie	Effekt- richtung	p-Wert (zweiseitig)
Sprechfreude	Sprachprobe: Anzahl verständlicher Äußerungen	Gibbard 1994	↗	0,008
	Sprachprobe: Anzahl Äußerungen	Girolametto 1997	–	n.g.
	Sprachprobe: Wörter pro Minute	Girolametto 1997	–	n.g.
	Gesamtzahl der Wörter	Robertson 1997	↗	<0,001
Relevanz der Äußerungen	Häufigkeit der Bezugnahme auf spieltypische Handlungen	Robertson 1997	↗	<0,001
Verständlichkeit	Sprachprobe: Anteil verständlicher Äußerungen	Yoder 2005	–	>0,38
		Robertson 1999	↗	<0,001
Erläuterungen: n.g. = nicht genannt				

Effekte hinsichtlich komplexerer Konstrukte:

Die Interventionen, die in den Studien zur Anwendung kamen, fokussierten selten nur 1 der 4 linguistischen Ebenen. Entsprechend sind auch die Messverfahren nicht immer ganz trennscharf hinsichtlich dieser Ebenen. An dieser Stelle werden Ergebnisse zu Endpunkten berichtet, die sich nicht eindeutig nur 1 der 4 linguistischen Ebenen zuordnen lassen.

Bei Maggiolo 2003 wurde ein Training der Erzählfähigkeit von Schülern hinsichtlich formaler sowie inhaltlicher Aspekte des Erzähldiskurses evaluiert. In der Publikation wurden Kontroll- und Interventionsgruppe nicht direkt miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigten aber, dass sich die Interventionsgruppe über das Training hinweg hinsichtlich beider Merkmale verbesserte, die Kontrollgruppe jedoch nicht. Nach eigenen Berechnungen ist der Unterschied auch zwischen den Gruppen statistisch signifikant.

Außerdem berichteten 3 Studien von Interventionseffekten im Bereich der Sprachentwicklung allgemein. Bei der Messung kamen hierfür bei Gibbard 1994 mit der Reynell-Skala und dem Renfrew Action Picture Test, bei Glogowska 2000 mit der Preschool Language-Skala (PLS) und der Bristol Language Development-Skala (BLDS) und bei Gillam mit dem Comprehensive Assessment of Spoken Language Test (CASL) umfassendere Sprachtests zur Anwendung. Während die Studie von Gibbard 1994 einen deutlichen Interventionseffekt berichtete, zeigte die multizentrische Studie von Glogowska 2000 auf der BLDS keinen statistisch signifikanten Effekt für die Interventionsgruppe, ebenso wie auf der Unterskala „Sprachproduktion“ der Preschool Language-Skala. Auf demselben Instrument ergab sich jedoch für die Unterskala „Sprachverständnis“ ein statistisch signifikanter Vorteil für die Behandlung. Zusätzlich wurde von Gibbard 1994 ein statistisch signifikanter Therapieeffekt auf den Informationsgehalt der Sprache und die grammatischen Fähigkeiten der Kinder, gemessen mit dem Renfrew Action Picture Test, berichtet. Bei Gillam 2008 ergab sich auf dem CASL kein statistisch signifikanter Vorteil für die Behandlungsgruppen im Vergleich zur unspezifischen Sham-Intervention. Für den Token Test, mit dem das Satzverständnis der Kinder erhoben wurde, ist das Ergebnis der statistischen Auswertung für den Behandlungseffekt nicht genannt.

Mit der WORD (Wechsler Objective Reading Dimension) wurde in der Studie Denne 2005 ein vermittelter Effekt des phonologischen Bewusstheitstrainings auf das Lesen und Schreiben der kleinen Schüler geprüft. Das Ergebnis war nicht statistisch signifikant, allerdings ergab sich in einem Test zum Lesen von Nichtwörtern (Non-Word Decoding Test) ein statistisch signifikanter Vorteil für die Behandlungsgruppe.

12 Monate nach der Gruppenzuteilung wurde in der Studie von Glogowska 2000 für jedes Kind noch einmal die Einschussfähigkeit gemessen, dies zum einen allgemein durch das Anlegen derselben sprachlichen Kriterien, die zum Studieneinschluss geführt hatten, zum anderen aber auch individuell bezogen auf dasjenige Kriterium, das bei den Kindern konkret zum Einschluss geführt hatte. Nur bezogen auf die allgemeine Einschließbarkeit hatten sich

Tabelle 17: Übersicht zu Effekten hinsichtlich komplexerer Konstrukte

Zielgröße	Operationalisierung	Studie	Effekt- richtung	p-Wert (zweiseitig)
Erzählfähigkeit	Diskursanalyse	Maggiolo 2003	Form: ↗ Inhalt: ↗	<0,001 ^a 0,005 ^a
allgemeine Sprachent- wicklung	Reynell Developmental Language Scale	Gibbard 1994	P: ↗ V: ↗	<0,001 <0,001
	Renfrew Action Picture Test	Gibbard 1994	I: ↗ G: ↗	<0,001 <0,001
	Comprehensive Assessment of Spoken Language	Gillam 2008	–	„n.s.“
	Bristol Language Development Scales	Glogowska 2000	–	0,73 ^b
	Preschool Language Scale	Glogowska 2000	P: – V: ↗	0,44 ^c 0,025 ^c
	Impairment	Glogowska 2000	–	0,44 ^c
	Disability	Glogowska 2000	–	0,56 ^c
Satzverständnis	Token Test for Children	Gillam 2008	–	n.g.
	SETK-2: Verstehen II: Sätze	Buschmann 2008	–	[0,323] ^d
	SETK 3-5: Verstehen von Sätzen		–	[0,113] ^d
Expressive Sprachfähigkeiten	SETK 3-5: beide Untertests ≥ 40		↗	0,028 ^e
	SETK 3-5: mind. 1 Untertest ≤ 35		–	0,105 ^e
Schriftsprache	Wechsler Objective Reading Dimension	Denne 2005	L: – S: –	„n.s.“ „n.s.“
	Non-Word Decoding Test	Denne 2005	↗	<0,05
individuelles Maß für Verbesserung	(Nicht-)Erfüllung des individuell angewendeten Studieneinschlusskriteriums	Glogowska 2000	–	0,46 ^b
	(Nicht-)Erfüllung jeglichen Studieneinschlusskriteriums	Glogowska 2000	↗	0,036 ^b

Erläuterungen: I = Informationsgehalt, G = Grammatik, L = Lesen, n.g. = nicht genannt, n.s. = nicht statistisch signifikant, P = Sprachproduktion, S = Schreiben, V = Sprachverständnis
a: eigene Berechnungen
b: Auswertung nach 12 Monaten
c: gemeinsame Auswertung der Daten aus den Erhebungen 6 und 12 Monate nach Randomisierung
d: einseitiger t-Test; Daten von der Autorin zur Verfügung gestellt
e: eigene Berechnungen: Chi-Quadrat-Test, zweiseitig

die Kinder aus der Interventionsgruppe in den vergangenen 12 Monaten statistisch signifikant besser entwickelt. Ein Überwinden des Rückstandes hinsichtlich des individuellen Kriteriums war in beiden Gruppen vergleichbar häufig vorgekommen. Glogowska 2000 erfasste darüber hinaus mithilfe des Therapeutic Outcome Measures Tool die WHO-Konzepte „Impairment“ (eine umfassende Einschätzung der sprachlichen Beeinträchtigung) und „Disability“ (globale

Beurteilung der Störung in der Kommunikation); es zeigten sich jeweils keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. In der Studie von Buschmann 2008 zeigten sich keine statistisch signifikanten Therapieeffekte auf die rezeptiven Fähigkeiten der Kinder. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ausgewertete Subgruppe von Kindern bereits zu Studienbeginn keine Einschränkungen in den rezeptiven Fähigkeiten aufwies.

Zusätzlich wurde – allerdings ohne weitere statistische Kenngrößen – in der Publikation von Buschmann 2008 beschrieben, wie viele Kinder mit 3 Jahren in der Interventions- und Kontrollgruppe expressive Sprachfähigkeiten im normalen Bereich (definiert als $T \geq 40$ auf beiden Produktionsuntertests des SETK 3-5) bzw. wie viele eine spezifische Sprachentwicklungsstörung (definiert als $T \leq 35$ in mindestens einem der beiden Produktionsuntertests des SETK 3-5) aufwiesen. Normale expressive Sprachfähigkeiten zeigten in der Interventionsgruppe 18 (75 %), in der Kontrollgruppe 10 (43,5 %) Kinder; als spezifisch sprachentwicklungsgestört wurden in der Interventionsgruppe 2 (8,3 %) und in der Kontrollgruppe 6 Kinder (26,1 %) eingeordnet. Nach eigenen Berechnungen ist der erste Vergleich statistisch signifikant zugunsten der Interventionsgruppe ($p = 0,028$, zweiseitig, Chi-Quadrat-Test), der Anteil der Kinder mit unterdurchschnittlichen expressiven Sprachfähigkeiten war also nach der Behandlung geringer. Der zweite Vergleich ist nach eigenen Berechnungen allerdings nicht statistisch signifikant ($p = 0,105$, zweiseitig, Chi-Quadrat-Test); demnach war der Anteil der Kinder mit einer entsprechend definierten spezifischen Sprachentwicklungsstörung also in der Behandlungsgruppe nicht überzufällig geringer.

Die Ergebnisse zu komplexeren Zielen lassen sich kaum zusammenfassen. Während einige Studien positive Effekte der Interventionen berichteten (Maggiolo 2003, Gibbard 1994), ergaben sich in anderen Studien nur teilweise signifikante Vorteile für die Behandlung (Denne 2005, Glogowska 2000, Buschmann 2008) bzw. es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Gillam 2008). Die Heterogenität der Zielgrößen und der Studien lässt jedoch keinen generellen Schluss zu, warum manche Vergleiche nicht erfolgreich verliefen. So scheinen die Heterogenität der Interventionen untereinander und die Heterogenität der Stichproben z. B. hinsichtlich des Schweregrades in den Studien hier eine Rolle gespielt zu haben.

Insgesamt liefern die Studien damit einen Hinweis auf positive kurzfristige Effekte durch die untersuchten sprachtherapeutischen Maßnahmen auf die Sprachentwicklung. Eine Einordnung der klinischen Relevanz der beobachteten Effekte wurde in den meisten Studien nicht vorgenommen.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18: Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Almost 1998	phonologi- scher Ent- wicklungs- stand / pp	Assessment of Phonological Processes – Revised (APP-R)	4	IG	13 ^f (15)	50,50 ^g (12,60)	27,70 ^g (11,60)	n.g.	n.g.	↗	0,003 ^h
				KG	13 ^f (15)	59,20 ^g (20,60)	46,20 ^g (17,40)	n.g.			
	Artikulation / pp	Goldman-Fristoe Test of Articulation (GFTA)	4	IG	13 ^f (15)	46,20 ^g (8,90)	34,70 ^g (7,90)	n.g.	n.g.	↗	0,001 ^h
				KG	13 ^f (15)	50,20 ^g (12,00)	48,20 ^g (10,90)	n.g.			
Konsonan- tenbildung / pp	Prozentsatz korrekter Konsonanten (PCC) [aus Spontansprachprobe]	4	IG	13 ^f (15)	52,70% ^g (10,00)	72,50% ^g (9,60)	n.g.	n.g.	↗	0,001 ^h	
			KG	13 ^f (15)	46,90% ^g (11,90)	50,40% ^g (12,60)	n.g.				
Sprachkom- plexität / ms	Mittlere Äußerungslänge (MLU) [aus Spontansprachprobe]	4	IG	13 ^f (15)	3,27 ^g (1,42)	3,93 ^g (0,95)	n.g.	n.g.	–	0,337 ^h	
			KG	13 ^f (15)	3,22 ^g (1,47)	3,50 ^g (1,27)	n.g.				
Busch- mann 2008 ⁱ	Wortschatz / sl	SETK-2: Wortproduktion	6	IG	24 (29)	31,1 (2,7)	49,4 (10,2)	n.g.	n.g.	↗	0,016 ^j
				KG	23 (29)	30,7 (3,8)	41,0 (12,4)	n.g.			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Busch- mann 2008 ⁱ	Grammatik / ms	SETK-2: Satzproduktion	6	IG	24 (29)	37,2 (2,9)	41,0 (5,3)	n.g.	n.g.	↗	0,001 ^j
				KG	23 (29)	35,9 (4,1)	35,3 (5,8)	n.g.			
	Grammatik / ms	SETK 3-5: Enkodierung semantischer Relationen	12 [FU]	IG	24 (29)	–	51,6 (11,2)	n.g.	n.g.	↗	0,013 ^j
				KG	23 (29)	–	43,9 (9,1)	n.g.			
	Morpho- logie / ms	SETK 3-5: Morphologische Regelbildung	12 [FU]	IG	24 (29)	–	48,0 (9,3)	n.g.	n.g.	–	0,376 ^j
				KG	23 (29)	–	45,5 (10,0)	n.g.			
	Wortschatz / sl	ELFRA-2: Produktiver Wortschatz	6 / 12 [FU]	IG	24 (29)	16,6 (8,9)	140,7 (57,3) / 216,9 (36,9)	n.g. / n.g.	n.g. / n.g.	↗ / ↗	0,016 ^j / 0,018 ^j
				KG	23 (29)	14,3 (9,9)	96,3 (64,0) / 178,0 (65,6)	n.g. / n.g.			
Syntax / ms	ELFRA-2: Syntax	6 / 12 [FU]	IG	24 (29)	1,0 (2,0)	22,9 (7,1) / 43,3 (12,0)	n.g. / n.g.	n.g. / n.g.	↗ / –	<0,001 ^j / 0,062 ^j	
			KG	23 (29)	1,0 (2,1)	13,5 (9,0) / 34,4 (18,9)	n.g. / n.g.				

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Busch- mann 2008 ⁱ	Morpho- logie / ms	ELFRA-2: Morphologie	6 / 12 [FU]	IG	24 (29)	0 (0)	7,0 (4,2) / 12,5 (3,3)	n.g.	n.g. / n.g.	↗ / ↗	0,017 ^j / 0,021 ^j
				KG	23 (29)	0 (0)	4,0 (4,1) / 9,2 (5,7)	n.g.			
	Wortver- ständnis / sl	SETK-2: Verstehen I: Wörter	6	IG	24 (29)	52,2 (8,8)	56,0 (8,2)	n.g.	n.g.	–	[0,057] ^k
				KG	23 (29)	50,9 (5,6)	51,9 (9,1)	n.g.			
	Satzver- ständnis / kK	SETK-2: Verstehen II: Sätze	6	IG	24 (29)	51,0 (7,9)	50,3 (7,9)	n.g.	n.g.	–	[0,323] ^k
				KG	23 (29)	49,0 (7,5)	49,3 (10,3)	n.g.			
		SETK 3-5: Verstehen von Sätzen	12 [FU]	IG	24 (29)	–	50,5 (6,8)	n.g.	n.g.	–	[0,113] ^k
				KG	23 (29)	–	47,8 (8,2)	n.g.			
	Expressive Sprach- fähigkeiten / kK	SETK 3-5: beide Untertests Sprachproduktion ≥ 40	12 [FU]	IG	24 (29)	n.g.	18 (75,0 %)	n.g.	n.g.	↗	0,028 ^l
				KG	23 (29)	n.g.	10 (43,5 %)	n.g.			
		SETK 3-5: mind. 1 Untertest Sprachproduktion ≤ 35	12 [FU]	IG	24 (29)	n.g.	2 (8,3 %)	n.g.	n.g.	–	0,105 ^l
				KG	23 (29)	n.g.	6 (26,1 %)	n.g.			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Denne 2005	Konsonan- tenbildung / pp	Prozentsatz korrekter Konsonanten (PCC) [elizitiert über STAP]	2	IG	9 (10)	69,27% (14,79)	81,80% (10,41)	n.g.	n.g.	–	0,09 ^m
				KG	10 (10)	84,93% (7,11)	92,05% (3,76)	n.g.			
	Schrift- sprache / kK	Wechsler Objective Reading Dimension (WORD): Lesen / Schreiben	2	IG	9 (10)	5,67 (4,92) / 6,56 (3,75)	8,89 (6,57) / 9,44 (4,25)	n.g. / n.g.	n.g. / n.g.	– / –	„n.s.“ ^m / „n.s.“ ^m
				KG	10 (10)	6,70 (4,06) / 8,70 (4,08)	9,80 (4,83) / 11,10 (4,38)	n.g. / n.g.			
		Non-Word Decoding Test	2	IG	9 (10)	1,67 (2,74)	3,11 (5,84)	n.g.	n.g.	↗	<0,05 ^m
				KG	10 (10)	1,60 (2,76)	1,60 (3,10)	n.g.			
Ebbels 2007 ⁿ	Verb- argument- strukturen / ms	Anteil korrekter Verbargumentstrukturen [videobasierter Test: Kodierung von Reaktionen auf 54 Videoszenen]	3	IG1 ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	0,46 ^{p,q} (0,35) ^p	n.g.	–	n.g.
				IG2 ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	0,25 ^{p,q} (0,17) ^p			
				KG ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	-0,2 ^{p,q} (0,68) ^p			
			6 [FU]	IG1 ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	0,31 ^{p,q} (0,44) ^p	n.g.	–	n.g.
				IG2 ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	0,28 ^{p,q} (0,39) ^p			
				KG ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	-0,19 ^{p,q} (0,44) ^p			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Ebbels 2007 ⁿ	Verb- argument- strukturen / ms	Anteil korrekter Verbargumentstrukturen [videobasierter Test: Kodierung von Reaktionen auf 54 Videoszenen]	3 & 6 [FU]	IG1 ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	n.g.	n.g.	↗	0,007 ^r IG1 vs. KG: 0,009 IG2 vs. KG: 0,04
				IG2 ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	n.g.	n.g.	↗	
				KG ^o	9 (9)	n.g.	n.g.	n.g.			
Gib- bard 1994 [Exp.1]	allgemeine Sprachent- wicklung / kK	Reynell Developmental Language Scale (RDLS) [Untertest zur Sprachproduktion]	6	IG	n.g. (20)	12,06 (1,8)	38,7 (8,6)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s
				KG	n.g. (18)	12,11 (2,7)	20,8 (6,2)	n.g.			
		Reynell Developmental Language Scale (RDLS) [Untertest zum Sprachverständnis]	6	IG	n.g. (20)	26,25 (7,6)	40,5 (9,4)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s
				KG	n.g. (18)	22,21 (6,4)	29,3 (5,6)	n.g.			
		Renfrew Action Picture Test [Informationsgehalt der Sprache]	6	IG	n.g. (20)	0 (0)	15,7 (8,3)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s
				KG	n.g. (18)	0 (0)	3,2 (4,9)	n.g.			
		Renfrew Action Picture Test [Grammatik]	6	IG	n.g. (20)	0 (0)	5,2 (4,6)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s
				KG	n.g. (18)	0 (0)	0,3 (1,0)	n.g.			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguistische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeitpunkt ^b (Monate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Baseline (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt-richtung ^e	
Gibbard 1994 [Exp.1]	Sprachkomplexität / ms	Eigenmaß für Sprachkomplexität [aus Spontansprachprobe]	6	IG	n.g. (20)	8,5 (7,0)	89,5 (58,8)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s
				KG	n.g. (18)	6,5 (5,8)	17,4 (16,7)	n.g.			
	Mittlere Äußerungslänge (MLU) [aus Spontansprachprobe]	6	IG	n.g. (20)	1,01 (0)	2,3 (0,7)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s	
			KG	n.g. (18)	1 (0)	1,4 (0,4)	n.g.				
	Mittlere Äußerungslänge (MLU) [von Mutter berichtet]	6	IG	n.g. (20)	1 (0)	5,0 (1,9)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s	
			KG	n.g. (18)	1 (0)	1,8 (0,9)	n.g.				
	Eigenentwicklung eines Scores zur Abschätzung der Sprachkomplexität [evoziert mit Derbyshire Language Scheme Picture Test]	6	IG	n.g. (20)	1,28 (1,9)	92,3 (70,2)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s	
			KG	n.g. (18)	0,67 (1,4)	11,3 (11,8)	n.g.				
	Sprechfreude / pk	Anzahl verständlicher Äußerungen [aus Spontansprachprobe]	6	IG	n.g. (20)	8,06 (6,3)	14,2 (7,1)	n.g.	n.g.	↗	0,008 ^s
				KG	n.g. (18)	6,39 (5,6)	8,1 (4,3)	n.g.			
	Wortschatz / sl	Benennungstest: Derbyshire Language Scheme Picture Test	6	IG	n.g. (20)	1,28 (1,9)	17,7 (2,4)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s
				KG	n.g. (18)	0,67 (1,4)	7,8 (6,5)	n.g.			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Gib- bard 1994 [Exp.1]	Wortschatz / sl	Wortliste nach Elternbericht	6	IG	n.g. (20)	19,2 (9,9)	225,3 (106,1)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^s
				KG	n.g. (18)	14,39 (8,9)	49,4 (30,3)	n.g.			
Gillam 2008	Allgemeine Sprach- entwicklung / kK	Comprehensive Assessment of Spoken Language	1,5 / 4,5 [FU]/ 7,5 [FU]	FFW	51 (54) /	78,0 (11,3)	83,0 (13,3)	n.g.	n.g.		n.s. ^t
				-L	51 (54) / 50 (54)		83,8 (13,7) 85,2 (13,8)				
				CAL	53 (54) /	79,0 (10,5)	83,4 (11,7)	n.g.	n.g.		
				I	52 (54) / 52 (54)		84,9 (12,8) 86,3 (11,6)				
				ILI	52 (54) / 51 (54) / 50 (54)	80,8 (13,0)	85,7 (13,2) 87,8 (13,2) 89,9 (12,2)	n.g.	n.g.		
				AE	53 (54) / 53 (54) / 53 (54)	78,2 (11,1)	82,1 (11,4) 83,8 (10,6) 86,2 (10,8)	n.g.			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – N ^c		Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
				KG					Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Girola- metto 1996 [Pilot- studie]	Wortschatz / sl	Anzahl unterschied- licher Zielwörter [aus semistrukturierter Sprachprobe]	2,5	IG	n.g. (8)	n.a.	3,9 (2,4)	n.g.	n.g.	↗	[≤0,02 ^w]
				KG	8 (8)	n.a.	1,5 (2,0)	n.g.			
			IG	n.g. (8)	n.a.	3,5 (2,7)	n.g.	n.g.	–	[„n.s.“ ^w]	
		KG	8 (8)	n.a.	1,9 (1,2)	n.g.					
	Gesamtzahl verwen- deter Wörter [aus Elternbericht im CDI]	2,5	IG	n.g. (8)	31,0 (21)	79,5 (35)	n.g.	n.g.	–	[„n.s.“ ^w]	
			KG	8 (8)	40,4 (36)	68,9 (49)	n.g.				
Girola- metto 1997 ^x	Wortschatz / sl	Wortrepertoire [aus Elternbericht im CDI]	2,75	IG	12 (12)	37,5 (28)	187,7 (181)	n.g.	n.g.	↗	[<0,02 ^y]
				KG	13 (13)	18,7 (17)	65,4 (66)	n.g.			
		Anzahl verschiedener Wörter [aus Spontan- sprachprobe] ^z	2,75	IG	12 (12)	12,8 (11)	64,5 (46)	n.g.	n.g.	↗	[<0,01 ^y]
			KG	13 (13)	6,7 (8)	25,2 (22)	n.g.				
	Anzahl verschiedener Zielwörter [aus Spontansprachprobe] ^z	2,75	IG	12 (12)	0,2 (0,4)	3,0 (2,1)	n.g.	n.g.	↗	[<0,01 ^y]	
			KG	13 (13)	0,1 (0,3)	1,0 (1,2)	n.g.				

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Girola- metto 1997 ^x	Wortschatz / sl	Anzahl verschiedener Kontrollwörter [aus Spontansprachprobe] ^z	2,75	IG	12 (12)	0,3 (0,6)	3,3 (1,7)	n.g.	n.g.	↗	[<0,01 ^y]
				KG	13 (13)	0 (0)	0,6 (1,1)	n.g.			
			2,75	IG	12 (12)	n.a	9,1 (5,7)	n.g.	n.g.	↗	[<0,02 ^{aa}]
	KG	13 (13)		n.a.	4,8 (4,1)	n.g.					
	2,75	IG	12 (12)	n.a	8,5 (5,1)	n.g.	n.g.	–	[<0,05 ^{aa,bb}]		
										KG	13 (13)
	Sprech- freude / pk	Anzahl von Äußerun- gen [aus Spontan- sprachprobe] ^z	2,75	IG	12 (12)	51,3 (40)	182,9 (103)	n.g.	n.g.	–	[n.g. ^{cc}]
				KG	13 (13)	35,9 (61)	103,8 (102)	n.g.			
		2,75	IG	12 (12)	1,8 (1)	10,4 (8)	n.g.	n.g.	–	[n.g. ^{cc}]	
KG	13 (13)										1,7 (3)
Sprachkom- plexität / ms	Mehrwortkombinatio- nen [aus Spontan- sprachprobe] ^z	2,75	IG	12 (12)	1,7 (2)	43,4 (61)	n.g.	n.g.	–	[<0,05 ^{bb,dd}]	
			KG	13 (13)	0,8 (2)	11,5 (23)	n.g.				

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguistische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeitpunkt ^b (Monate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Baseline (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d			
									Differenz (95%-KI)	Effekt-richtung ^e				
Girola-metto 1997 ^x	Sprachkomplexität / ms	Sprachkomplexität [aus Elternbericht im CDI]	2,75	IG	12 (12)	0,0 (0)	16,7 (13)	n.g.	n.g.	↗	[<0,01 ^{dd}]			
				KG	13 (13)	0,2 (1)	5,2 (10)	n.g.						
	Laut-repertoire / pp	Anzahl Vokalisierungen [aus Spontansprachprobe]	2,75	IG	12 (12)	22,2 (15,2)	40,3 (15,2)	n.g.	n.g.	–	[n.g. ^{ee}]			
				KG	13 (13)	13,0 (12,0)	23,8 (13,6)	n.g.						
	Silben-struktur / pp	Syllable Structure Level (SSL): 3 Komplexitätsstufen [aus Spontansprachprobe]	2,75	IG	12 (12)	Stufe 1: 3,4 (3,3) Stufe 2: 14,8 (8,6) Stufe 3: 4,0 (5,0)	3,4 (2,5) 19,2 (7,8) 17,6 (10,8)	n.g. n.g. n.g.	Stufe 1: n.g. Stufe 2: n.g. Stufe 3: n.g.	– – ↗	„n.s.“ ^{ff} „n.s.“ ^{ff} [<0,01 ^{ff}]			
				KG	13 (13)	Stufe 1: 2,5 (1,9) Stufe 2: 7,2 (6,5) Stufe 3: 3,3 (6,3)	2,8 (2,3) 13,5 (6,4) 7,5 (8,6)	n.g. n.g. n.g.						
				Konsonantenbildung / pp	Inventar von Konsonanten [aus Spontansprachprobe] (Thal 1995)	2,75	IG	12 (12)	früh: 3,7 (3,0) mittel: 1,5 (1,6) spät: 0,1 (0,3)	8,0 (3,5) 4,2 (2,0) 1,4 (1,2)	n.g. n.g. n.g.	früh: n.g. mittel: n.g. spät: n.g.	↗ ↗ –	[<0,05 ^{gg}] [<0,05 ^{gg}] [<0,05 ^{gg,bb}]
							KG	13 (13)	früh: 2,4 (2,3) mittel: 0,7 (1,7) spät: 0,5 (1,0)	4,5 (2,9) 1,8 (1,8) 0,7 (1,0)	n.g. n.g. n.g.			
		Prozentsatz korrekter Konsonanten (PCC) [Spontansprachprobe]	2,75	IG	11 (12)	0,66% (0,1)	0,73% (0,1)	n.g.	n.g.	–	[n.g. ⁱⁱ]			
				KG	11 (13)	0,64% (0,4)	0,76% (0,1)	n.g.						

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Girola- metto 1997 ^x	Konsonan- tenbildung / pp	Position von Konsonanten [aus Spontansprachprobe] (Thal 1995)	2,75	IG	12 (12)	initial: 3,8 (2,9) final: 1,4 (2,5)	8,7 (3,8) 4,8 (2,8)	n.g. n.g.	initial: n.g. final: n.g.	↗ –	[<0,05 ^{hh}] [<0,05 ^{bb} , hh]
				KG	13 (13)	initial: 2,9 (3,2) final: 0,7 (1,3)	5,2 (3,4) 1,9 (2,0)	n.g. n.g.			
Glogo- wska 2000 ^j	Phonologi- scher Entwick- lungsstand / pp	Phonologische Fehlerrate [„Phonology error rate“] in %	6 ^{kk} & 12	IG	57 (71)	58,1%	n.g.	n.g.	-4,4 (-12,0; 3,3) ^{mm}	–	0,26 ^{mm}
				KG	62 (88)	60,7%	n.g.	n.g.			
			12	IG	70 (71)	58,1%	27,2%	n.g.	n.g.	–	n.g.
				KG	81 (88)	60,7%	34,4%	n.g.			
allgemeine Sprachent- wicklung / kK	Preschool Language Scale (PLS-3) [Untertest zum Sprach- verständnis: Auditory Comprehension Score]	6 ^{kk} & 12	IG	64 (71)	82,1 (53-118) ^{ll}	n.g.	n.g.	4,1 (0,5;7,6) ^{mm}	↗	0,025 ^{mm}	
			KG	80 (88)	83,0 (55-127) ^{ll}	n.g.	n.g.				
		12	IG	71 (71)	82,1 (53-118) ^{ll}	87,3 (15,9)	n.g.	n.g.	–	n.g.	
			KG	84 (88)	83,0 (55-127) ^{ll}	84,3 (15,5)	n.g.				

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße/ linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Glogo- wska 2000 ^{jj}	allgemeine Sprachent- wicklung / kK	Preschool Language Scale (PLS-3) [Untertest zur Sprachproduktion: Expressive Language Score]	6 ^{kk} & 12	IG	63 (71)	77,3 (59-135) ^{ll}	n.g.	n.g.	1,4 (-2,1; 4,8) ^{mm}	–	0,44 ^{mm}
				KG	77 (88)	76,5 (53-104) ^{ll}	n.g.	n.g.			
			12	IG	70 (71)	77,3 (59-135) ^{ll}	83,8 (15,1)	n.g.	n.g.	–	n.g.
				KG	82 (88)	76,5 (53-104) ^{ll}	81,2 (15,8)	n.g.			
	Bristol Language Development Scales (BLDS) [basierend auf Spontansprachprobe]	6 ^{kk} & 12	IG	n.g. (71)	2,3 (0-8) ^{ll}	n.g.	n.g.	0,1 (-0,4;0,6) ⁿⁿ	–	0,73 ⁿⁿ	
			KG	n.g. (88)	2,4 (0-10) ^{ll}	n.g.	n.g.				
		12	IG	71 (71)	2,3 (0-8) ^{ll}	4,9 (1,7)	n.g.	n.g.	–	n.g.	
			KG	84 (88)	2,4 (0-10) ^{ll}	4,8 (1,8)	n.g.				
Skala „Impairment“	6 ^{kk} & 12	IG	n.g. (71)	n.g.	n.g.	n.g.	0,01 (-0,2; 0,5) ^{mm}	–	0,44 ^{mm}		
		KG	n.g. (88)	n.g.	n.g.	n.g.					

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Glogo- wska 2000 ^{jj}	allgemeine Sprachent- wicklung / kK	Skala „Disability“	6 ^{kk} & 12	IG	n.g. (71)	n.g.	n.g.	n.g.	0,01 (-0,2; 0,4) ^{mm}	–	0,56 ^{mm}
				KG	n.g. (88)	n.g.	n.g.				
	Individu- elles Maß für Ver- besserung / kK	(Nicht-)Erfüllung des individuell angewen- deten Studieneinschluss- kriteriums ^{oo}	12	IG	71 (71)		n.g.	n.g.	1,3 ^{pp} (0,67;2,4)	–	0,46
				KG	84 (88)		n.g.	n.g.			
		(Nicht-)Erfüllung jeglicher Studienein- schlusskriterien ^{oo}	12	IG	71 (71)		27 (38%)		2,1 ^{pp} (1,0;4,2)	↗	0,036
				KG	84 (88)		19 (23%)				
Maggi- olo 2003	Erzähl- fähigkeit: Inhalt / kK	Diskursanalytische Kodierung von Dokumenten der Nacherzählungen von 3 Geschichten	2	IG	7 (7)	2,6 (2,2)	13,1 (5,4)	n.g.	n.g.	↗	0,005 ^{qq}
				KG	7 (7)	2,3 (1,7)	5,0 (3,1)	n.g.			
	Erzähl- fähigkeit: Form / kK		2	IG	7 (7)	5,7 (2,3)	17,1 (2,0)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{qq}
				KG	7 (7)	6,6 (3,0)	8,1 (3,3)	n.g.			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguistische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeitpunkt ^b (Monate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Baseline (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt-richtung ^e	
Robertson 1997	Sprechfreude / pk	Gesamtzahl der Wörter [Play Script]	3 Wochen / 6 Wochen [FU]	IG	10 (10) / 10 (10)	22 (12)	67 (23) ^p / 71 (11) ^p	n.g. / n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{tt}
				KG	10 (10) / 10 (10)	28 (14)	23 (9) ^p / 28 (10) ^p	n.g. / n.g.			
	Lexikon / sl	Anzahl verschiedener Wörter [Play Script]	3 Wochen / 6 Wochen [FU]	IG	10 (10) / 10 (10)	14 (6)	39 (14) ^p / 38 (9) ^p	n.g. / n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{tt}
				KG	10 (10) / 10 (10)	19 (11)	18 (6) ^p / 20 (4) ^p	n.g. / n.g.			
Relevanz der Äußerungen / pk	Häufigkeit der Bezugnahme auf spieltypische Handlungen [Play Script]	3 Wochen / 6 Wochen [FU]	IG	10 (10) / 10 (10)	3,8 (1,9)	9,3 (1,6) ^p / 9,1 (1,6) ^p	n.g. / n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{tt}	
			KG	10 (10) / 10 (10)	3,5 (2,3)	3,7 (0,7) ^p / 3,7 (0,8) ^p	n.g. / n.g.				
Morphologie / ms	Anzahl linguistischer Marker [Play Script]	3 Wochen / 6 Wochen [FU]	IG	10 (10) / 10 (10)	0,3 (0,4)	5,4 (1,6) ^p / 3,7 (2,2) ^p	n.g. / n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{tt}	
			KG	10 (10) / 10 (10)	0,9 (1,0)	0,2 (0,6) ^p / 0,4 (0,2) ^p	n.g. / n.g.				

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Robert- son 1999	Sprach- komplexität / ms	Mittlere Äußerungslänge (MLU) [aus Spontansprachprobe] ^z	3	IG	11 (11)	1,04 (0,09)	1,32 (0,32)	n.g.	n.g.	↗	0,003 ^{ss}
				KG	10 (10)	1,03 (0,07)	1,09 (0,11)	n.g.			
	Wortschatz / sl	Gesamtzahl der Wörter [aus Spontansprachprobe] ^z	3	IG	11 (11)	11,8 (12,4)	33,3 (16,6)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{ss}
				KG	10 (10)	11,3 (8,7)	16,6 (12,5)	n.g.			
		Anzahl verschiedener Wörter [aus Spontansprachprobe] ^z	3	IG	11 (11)	5,9 (4,8)	15,1 (5,2)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{ss, tt}
				KG	10 (10)	6,4 (3,3)	8,5 (5,3)	n.g.			
		Wortrepertoire [aus Elternbericht im CDI]	3	IG	11 (11)	39,4 (40,5)	76,2 (37,5)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{ss}
				KG	10 (10)	41,1 (30,0)	51,4 (40,8)	n.g.			
Verständ- lichkeit kommuni- kativer Be- mühungen / pk	Prozentsatz verständlicher Äußerungen [aus Spontansprachprobe] ^z	3	IG	9 ^{uu} (11)	69,8% (11,3)	88,1% (7,5)	n.g.	n.g.	↗	<0,001 ^{ss}	
			KG	10 (10)	69,2% (21,6)	71,5% (11,9)	n.g.				

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguis- tische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeit- punkt ^b (Mo- nate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Base- line (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt- richtung ^e	
Rva- chew 1994	Lautidenti- fikation / pp	Identifikationstest	2	IG1 ^{vv}	10 (n.g.)	n.g.	n.g.	9,0 (n.g.)	n.g.	↗	0,02 ^{ww}
				IG2 ^{vv}	9 (n.g.)	n.g.	n.g.	5,7 (n.g.)	n.g.	↗	
				KG	8 (n.g.)	n.g.	n.g.	-2,4 (n.g.)			
	Lautproduk- tion / pp	phonologischer Test: Produktionsniveau, Ausspracheprobe, Zentroid	2	IG1 ^{vv}	10 (n.g.)	n.g.	3,5 (n.g.)	n.g.	n.g.	↗	0,05 ^{xx} IG1 vs. KG: 0,03 IG2 vs. KG: 0,01
				IG2 ^{vv}	9 (n.g.)	n.g.	1,9 (n.g.)	n.g.	n.g.	↗	
				KG ^{vv}	8 (n.g.)	n.g.	0,6 (n.g.)	n.g.			
Tufts 1959	Artikulation / pp	Reduktion von Artikulationsfehlern [5-stufige Ratingskala für das phonetische Inventar]	7	IG1 ^{yy}	10 (10)	31,35 (n.g.)	39,34 (n.g.)	n.g.	n.g.	↗	<0,01 ^{zz}
				IG2 ^{yy}	10 (10)	29,33 (n.g.)	39,67 (n.g.)	n.g.	n.g.	↗	
				KG	10 (10)	27,00 (n.g.)	26,33 (n.g.)	n.g.			
Wilcox 1978	Frage- formen / ms	Anzahl korrekt gebildeter Fragen	unklar	IG	12 (12)	0,75 (2,05) ^{aaa}	10,25 (5,59) ^{aaa}	9,5 (4,40) ^{aaa}	9,42 ^{aaa}	↗	<0,001
				KG	12 (12)	0,33 (0,65) ^{aaa}	0,42 (0,67) ^{aaa}	0,08 (0,29) ^{aaa}			

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße / linguistische Ebene ^a	Operationalisierung	Zeitpunkt ^b (Monate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Postbaseline (SD)	Mittlere Differenz zur Baseline (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert ^d
									Differenz (95%-KI)	Effekt-richtung ^e	
Yoder 2005	Verständlichkeit / pk	Prozentsatz verständlicher Äußerungen [aus Spontansprachprobe] ^z	6	IG	25 (33)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)	n.g.	–	>0,38
				KG	26 (31)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)			
			14 [FU]	IG	25 (33)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)	n.g.	–	>0,38
		KG	26 (33)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)					
	Sprachkomplexität / ms	Mittlere Äußerungslänge (MLU) [aus Spontansprachprobe] ^z	6	IG	25 (33)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)	n.g.	–	>0,38
				KG	26 (33)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)			
14 [FU]			IG	25 (33)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)	n.g.	–	>0,38	
	KG	26 (33)	n.g.	(n.g.)	(n.g.)						

Erläuterungen:
kursiv: unveröffentlichte Daten, die von den Autoren zur Verfügung gestellt wurden
 APP-R = The Assessment of Phonological Process – Revised, BLDS = Bristol Language Development Scales, CDI = Communicative Development Inventory, ELFRA = Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern, FU = Follow-up-Erhebung, GFTA = Goldman-Fristoe Test of Articulation, k = komplexe Konstrukte, MLU = Mean Length of Utterance, ms = morpho-syntaktisch, n.a. = nicht anwendbar, n.g. = nicht genannt, n.s. = nicht statistisch signifikant, pk = pragmatisch-kommunikativ, PLS = Preschool Language Scale, PAT = Phonological Abilities Test, RDLS = Reynell Developmental Language Scale, PCC = Percentage of Consonants Correct, pp = phonetisch-phonologisch, SALT = Systematic Analysis of Language Transcripts, SETK-2 = Sprachentwicklungstest für Kinder, sl = semantisch-lexikalisch, SSL = Syllable Structure Levels, STAP = South Tyneside Assessment of Phonology, WORD = Wechsler Objective Reading Dimension
 a: Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit wurden die zahlreichen erhobenen Ergebnismaße entsprechend den Angaben der Autoren bzw. auf Grundlage der jeweiligen Operationalisierung einer übergeordneten Zielgröße und zusätzlich der jeweiligen linguistischen Ebene zugeordnet.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

- b: Angegeben ist jeweils der Zeitpunkt der Nacherhebung. Wenn nicht anders vermerkt, erfolgte die Nacherhebung unmittelbar (d. h. in der Regel bis maximal 3 Wochen) nach Therapieende, sodass der Nacherhebungszeitpunkt die Dauer der Therapie widerspiegelt. Im Falle von Follow-up-Erhebungen, die mit einem deutlichen Abstand nach Therapieende durchgeführt wurden, ist dies entsprechend gekennzeichnet [FU].
- c: Anzahl ausgewerteter Patienten (Anzahl randomisierter Patienten)
- d: Dargestellt werden – soweit berichtet – die p-Werte aus zweiseitiger Signifikanztestung. Falls nur einseitige p-Werte vorliegen, werden diese in Klammern dargestellt und, falls notwendig, mit einer Fußnote versehen.
- e: \nearrow = Vorteil der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe bzw. \searrow = Vorteil der Kontrollgruppe gegenüber der Interventionsgruppe hinsichtlich des Behandlungseffektes
- f: Es wird beschrieben, dass ITT-LOCF-Analysen mit allen randomisierten Kindern im Wesentlichen unveränderte Ergebnisse brachten, d. h. dass die identifizierten Haupteffekte und Interaktionen auch in diesen Analysen signifikant waren.
- g: In der ursprünglichen Publikation waren alle Ergebnisse nur als Abbildung enthalten und diejenigen zum APP-R und GFTA vertauscht. Auf Nachfrage stellten die Autoren die exakten Daten zur Verfügung.
- h: t-Test
- i: Der Untertest „Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter“ des SETK 3-5 konnte nicht ausgewertet werden, da in beiden Gruppen zahlreiche Kinder deutliche Lautbildungsprobleme aufwiesen.
- j: In der Publikation [84] werden diese als p-Werte für einseitige t-Tests beschrieben; nach eigenen Berechnungen scheinen diesen p-Werten allerdings zweiseitige t-Tests zugrunde zu liegen.
- k: einseitiger t-Test
- l: eigene Berechnungen: Chi-Quadrat-Test, zweiseitig
- m: gemischtes 2-Faktoren-ANOVA-Modell (Behandlungsgruppe und Zeit als feste Effekte, Patienten als zufällige Effekte): Interaktion Gruppe x Zeit
- n: Die Auswertungen zu den sekundären Endpunkten „Linking“, „Obligatorische Argumente“ und „Optionale Argumente“ werden hier nicht dargestellt, da diese Ergebnisse im Wesentlichen bereits durch die Auswertung des primären Endpunkts zur Argumentstruktur enthalten sind.
- o: IG1: syntaktisch-semantische Therapie der Verbargumentstruktur; IG2: semantische Therapie der Verbargumentstruktur; KG: Kontrollintervention mit Textaufgabe ohne Fokus auf Argumentstruktur
- p: aus Abbildung geschätzt
- q: normalisierte Differenzen
- r: Haupteffekt Gruppe aus ANOVA; weitere dargestellte p-Werte aus Bonferroni-adjustierten angeschlossenen t-Tests; in die Analysen gingen jeweils die normalisierten Veränderungen zur Erhebung im Anschluss an die Therapie (3 Monate) sowie zur Follow-up-Erhebung (6 Monate) ein
- s: ANCOVA (Prätherapiewerte als Kovariate): Interaktion

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

- t: ANCOVA mit Behandlungsgruppe, Zeit (Post-Treatment, 3 Monate und 6 Monate); Interaktion Behandlung x Zeit als feste Effekte sowie Zentren und Unterzentren als zufällige Effekte; der in diesem Fall interessierende Haupteffekt Gruppe bezieht sich auf den simultanen Unterschied aller 4 Gruppen und ist nicht signifikant
- u: ANCOVA mit Messwiederholung und Zeit (Post-Treatment, 3 Monate und 6 Monate) und Baselinewerten als Kovariate; der in diesem Fall interessierende Haupteffekt Gruppe wird nicht berichtet; die Interaktion Gruppe x Zeit ist nicht statistisch signifikant
- v: ANCOVA mit Messwiederholung und Zeit (Post-Treatment, 3 Monate und 6 Monate) und Baselinewerten als Kovariate; der in diesem Fall interessierende Haupteffekt Gruppe wird nicht berichtet; die Interaktion Gruppe x Zeit ist statistisch signifikant ($p < 0,05$)
- w: Mann-Whitney-U-Test, einseitig
- x: Die Auswertungen zur Diversität von Ziel- und Kontrollwörtern aus den semistrukturierten Sprachproben werden hier nicht dargestellt, da diese Ergebnisse im Wesentlichen bereits durch die Angaben zur Anzahl verwendeter Ziel- und Kontrollwörter in der Spontansprachprobe abgedeckt sind.
- y: multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) mit Messwiederholung mit SICD (receptive language age) zu Prä- und Posttest als Kovariate ergab statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung ($p < 0,01$; einseitig); p-Werte für anschließende univariate Tests der Einzelvergleiche (einseitig)
- z: analysiert mit SALT
- aa: t-Test, einseitig
- bb: Bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) liegt keine Signifikanz vor.
- cc: multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) mit Messwiederholung mit SICD (receptive language age) zu Prä- und Posttest als Kovariate ergab keine statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung ($p < 0,06$; einseitig)
- dd: multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) mit Messwiederholung mit SICD (receptive language age) zu Prä- und Posttest als Kovariate ergab statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung ($p < 0,04$; einseitig); p-Werte für anschließende einseitige univariate Tests der Einzelvergleiche
- ee: Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung ergab keine statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung (p nicht genannt)
- ff: multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Messwiederholung ergab statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung ($p < 0,05$; einseitig); diese ist bei zweiseitiger Testung nicht statistisch signifikant; p-Werte für anschließende einseitige univariate Tests der Einzelvergleiche (nur für Level 3 statistisch signifikant)
- gg: multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Messwiederholung ergab statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung ($p < 0,01$; einseitig); p-Werte für anschließende einseitige univariate Tests der Einzelvergleiche
- hh: multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Messwiederholung ergab statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung ($p < 0,01$; einseitig); p-Werte für anschließende einseitige univariate Tests der Einzelvergleiche. Bei der Erstellung des Abschlussberichts wurden hier die Angaben der Publikation in eigenen Berechnungen nachgeprüft, sodass nun eindeutig zugeordnet werden konnte, dass bei zweiseitiger Testung nur der Vergleich für „initial“ statistisch signifikant ist.
- ii: Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung ergab keine statistisch signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Behandlung (p nicht genannt)
- jj: Die Angaben zu den Baselinewerten beziehen sich jeweils auf die randomisierten Kinder (71 in der Behandlungsgruppe, 88 in der Kontrollgruppe).

(Fortsetzung)

Tabelle 18 (Fortsetzung): Ergebnisse zu sprachlichen Effekten sprachbezogener Interventionen

kk:	Die Therapie wurde in der Behandlungsgruppe über 12 Monate durchgeführt, im Vergleich zu 12 Monaten „Watchful Waiting“. Einige Maße wurden sowohl nach 12 als auch bereits nach 6 Monaten in beiden Gruppen erhoben.
ll:	Spannweite
mm:	Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit Messwiederholung und Adjustierung für Baselineunterschiede in der Zielvariablen (Unterschied für Therapiegruppe – Kontrollgruppe gemittelt über beide Posttests)
nn:	Kovarianzanalyse (ANCOVA) für 12 Monate mit Adjustierung für Baselineunterschiede in der Zielvariablen
oo:	Beurteilung nach 12 Monaten, ob das Kind sich ausreichend auf dem jeweiligen klinischen Maß, anhand dessen es in die Studie eingeschlossen wurde, verbessert hat, dass es dieses spezielle Einschlusskriterium nicht mehr erfüllt bzw. ob das Kind noch die Einschlusskriterien für die Studie erfüllt (jeweils binäre Beurteilung: ja / nein)
pp:	Odds Ratio aus logistischer Regression
qq:	Die dargestellten p-Werte für den Gruppenvergleich wurden selbst berechnet. In der Publikation sind lediglich Wilcoxon-Tests für den Prä-Post-Vergleich innerhalb der Gruppen berichtet (sowohl für Form als auch für Inhalt $p < 0,01$ für die Veränderung in der Interventionsgruppe, $p = n.s.$ für die Veränderung in der Kontrollgruppe).
rr:	Haupteffekt Gruppe in Varianzanalyse mit Messwiederholung, gemischtes Modell auf Basis der Veränderungswerte (Postwerte – Baselinewerte, Follow-up-Werte – Baselinewerte)
ss:	Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit Baselinewerten der Zielvariablen als Kovariate
tt:	Auch bei einer Kontrolle des Einflusses durch das Gesamtwortrepertoire (ANCOVA mit Gesamtzahl der Wörter zum Posttest als Kovariate und Differenz Ende – Anfang als Zielgröße) ist der p-Wert $< 0,001$.
uu:	2 Kinder, die während des Prätests keine spontanen Äußerungen von sich gegeben hatten, wurden von der Analyse ausgeschlossen.
vv:	IG 1: Hörwahrnehmungstraining für korrekten Anlaut vs. Fehlbildung; IG2: Hörwahrnehmungstraining für korrekten Anlaut im Wort vs. Reimwort; KG: Hörwahrnehmungstraining für Wörter ohne Ziellaut
ww:	Unterschied zwischen allen 3 Gruppen aus Randomisierungstest
xx:	Aus den 3 Maßen zur Lautproduktion wurde ein gemeinsamer Kennwert gebildet; es bleibt unklar, mit welchem Testverfahren die p-Werte ermittelt wurden (Randomisierungstests oder Varianzanalyse; zwischen allen 3 Gruppen bzw. aus angegebenen direkten Gruppenvergleichen).
yy:	IG1: direkte Artikulationstherapie; IG2: Elterngruppentraining
zz:	ANOVA: Interaktion Gruppe x Zeitpunkt
aaa:	eigene Berechnungen auf der Grundlage von Individualdaten aus der Publikation

5.3.3.3 Psychosoziale und emotionale Entwicklung

Auswirkungen von Sprachtherapien auf die psychosoziale oder emotionale Entwicklung wurden von 3 der 16 Studien berichtet (Girolametto 1996 [Pilotstudie], Glogowska 2000, Robertson 1999). Für eine weitere Studie (Buschmann 2008) lagen die Auswertungen nicht vor.

So wurde von Buschmann 2008 die Child Behavior Checklist (CBCL) zur Feststellung von verhaltensbezogenen Effekten des Elterntrainings in der Follow-up-Erhebung zum Alter von 3 Jahren eingesetzt. Die Daten befinden sich laut Mitteilung der Autoren derzeit noch in der Auswertung.

Girolametto 1996 brachte ebenfalls die CBCL zur Anwendung. Die Gruppen zeigten einen signifikanten Unterschied auf der Skala „Externalisierung“, nicht aber auf der Skala „Internalisierung“ (vgl. Tabelle 19). Auf der Verhaltensebene bedeutet das, dass die Abnahme der von den eigenen Eltern berichteten aggressiven Verhaltensweisen bei den Interventionskindern stärker war als bei den Kontrollkindern. Die Autoren diskutieren selbst die Möglichkeit, dass die Eltern dieselben Verhaltensweisen ihrer Kinder nach der Therapie anders wahrnahmen oder dass die Effekte Ausdruck eines Hawthorne-Effektes waren. Es muss darüber hinaus betont werden, dass die Kontrollgruppe schon a priori als deutlich aggressiver beschrieben wurde.

Glogowska 2000 und Robertson 1999 erfassten das Sozialverhalten mit den VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales), einem Elterninterview. Glogowska 2000 fand keinen Therapieeffekt auf das Sozialverhalten nach 12 Monaten, während die Eltern bei den Kindern aus Robertson 1999 in der Interventionsgruppe einen signifikanten Zuwachs an Sozialkompetenz feststellten. Die Autoren diskutieren, inwieweit die Effekte der Intervention auf die VABS möglicherweise lediglich das verbesserte sprachliche Leistungsvermögen der Kinder widerspiegeln anstelle von darüber hinausgehenden indirekten Behandlungseffekten auf das Sozialverhalten. Um dies zu prüfen, wurden die Items der VABS in den 3 Unterskalen „Interpersonale Beziehungen“, „Spiel“ und „Coping“ dahin gehend bewertet, ob diese jeweils primär linguistische Fähigkeiten abbilden. In einem nächsten Schritt wurde überprüft, ob die Verbesserungen auf der VABS hauptsächlich auf solche sprachlichen Items zurückgingen; dies war allerdings nicht der Fall. Damit ziehen die Autoren den Schluss, dass die Verbesserung der sozialen Fähigkeiten ein zusätzlicher, indirekter Effekt der Intervention ist. Glogowska 2000 erfasste zusätzlich den emotionalen Zustand der Kinder mit der Skala „Wellbeing“, die bspw. Ärger, Frustration oder Scham misst. Hier zeigte sich kein Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Damit sind die Ergebnisse bezüglich der psychosozialen und emotionalen Effekte insgesamt uneinheitlich und lassen keinen Schluss auf einen möglichen Nutzen sprachtherapeutischer Interventionen hinsichtlich der emotionalen und psychosozialen Entwicklung zu.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 19: Ergebnisse zu psychosozialen und emotionalen Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße ^a	Operationalisierung	Zeitpunkt ^b (Monate)	IG – KG	N ^c	Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Post- baseline (SD)	Mittlere Differenz zur Baseline (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert (zwei- seitig)
									Differenz der Differenzen (95%-KI)	Richtung des Effektes ^d	
Buschmann 2008	Verhalten und emotionale	CBCL			Zum Zeitpunkt der Erstellung des Abschlussberichts liegen noch keine Auswertungen vor						
Girolametto 1996 [Pilotstudie]	Entwick- lung	CBCL: Skala „Internalisierung“	2,5	IG	n.g. (8)	8 (5)	6 (6)	n.g.	n.g.	–	[„n.s.“] ^e
				KG	8 (8)	12 (7)	9 (7)	n.g.			
		CBCL: Skala „Externalisie- rung“	2,5	IG	n.g. (8)	11 (4)	7 (5)	n.g.	n.g.	↗	
				KG	8 (8)	18 (8)	17 (11)	n.g.			
Glogowska 2000	Sozial- verhalten	VABS: Socialization Domain	12	IG	n.g. (71)	n.g.	n.g.	n.g.	0,6 (-3,1; 4,2)	–	0,76 ^f
				KG	n.g. (88)	n.g.	n.g.	n.g.			
	Emotio- naler Zustand	TOM: Skala „Wellbeing“	6 & 12 Monate	IG	n.g. (71)	n.g.	n.g.	n.g.	0,04 (-0,2; 0,3)	–	
				KG	n.g. (88)	n.g.	n.g.	n.g.			
Robertson 1999	Sozialver- halten	VABS: Socialization Domain	3	IG	11 (11)	45,3 (5,9)	50,5 (6,1)	n.g.	n.g.	↗	0,003 ^h
				KG	10 (10)	44,3 (5,5)	46,2 (5,3)	n.g.			

(Fortsetzung)

Tabelle 19 (Fortsetzung): Ergebnisse zu psychosozialen und emotionalen Effekten sprachbezogener Interventionen

Erläuterungen: CBCL = Child Behavior Checklist; n.g. = nicht genannt; n.s. = nicht statistisch signifikant; VABS = Vineland Adaptive Behavior Scales

- a: Die Ergebnismaße wurden entsprechend den Angaben der Autoren bzw. auf Grundlage der jeweiligen Operationalisierung einer übergeordneten Zielgröße zugeordnet.
- b: Angegeben ist jeweils der Zeitpunkt der Nacherhebung. Wenn nicht anders vermerkt, erfolgte die Nacherhebung unmittelbar (d. h. in der Regel bis maximal 3 Wochen) nach Therapieende, sodass der Nacherhebungszeitpunkt die Dauer der Therapie widerspiegelt. Im Falle von Follow-up-Erhebungen, die mit einem deutlichen Abstand nach Therapieende durchgeführt wurden, ist dies entsprechend gekennzeichnet [FU].
- c: Anzahl ausgewerteter Patienten (Anzahl randomisierter Patienten)
- d: ↗ = Vorteil der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe bzw. ↘ = Vorteil der Kontrollgruppe gegenüber der Interventionsgruppe hinsichtlich des Behandlungseffektes
- e: Mann-Whitney-U-Test für Veränderungswerte (zur Berücksichtigung der Baselineunterschiede zwischen den Gruppen); einseitige Testung
- f: Kovarianzanalyse (ANCOVA) für 12 Monate mit Adjustierung für Baselineunterschiede in der Zielvariablen
- g: Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit Messwiederholung und Adjustierung für Baselineunterschiede in der Zielvariablen (Unterschied für Therapiegruppe – Kontrollgruppe gemittelt über beide Posttests)
- h: Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit Baselinewerten der Zielvariablen als Kovariate

5.3.3.4 Kognitive und bildungsrelevante Entwicklung

Entsprechend ihrer Ausrichtung auf die Evaluation kurzfristiger direkter Effekte berichteten nur wenige Studien kognitive bzw. bildungsrelevante Zielgrößen. In diesen Zielbereich einzuordnen, wenngleich nicht weniger kurzfristig, sind Beurteilungen des Spielens der Kinder. Das Spiel als Spiegel der allgemeinen kindlichen Entwicklung könnte indirekt von einer sprachbezogenen Intervention verändert werden. Es sei jedoch bemerkt, dass ein direkter Einfluss der Intervention als soziale Erfahrung auf das Spielverhalten ebenso wahrscheinlich ist. In der Pilotstudie von Girolametto 1996 wurde mit dem CDI über die Eltern ein verändertes Spielverhalten der Interventionskinder festgestellt; dieser Effekt wäre bei zweiseitiger Testung jedoch vermutlich nicht statistisch signifikant. Glogowska 2000 stellte in der Multicenterstudie keinen Unterschied fest, ebenso wenig wie bezüglich der Aufmerksamkeit (bzw. Ablenkbarkeit) der Kinder.

Diese Befunde ergeben wegen mangelnder Qualität der Konzeption der Messmethoden und auch wegen des geringen Aufkommens an Studien wenig Information über einen möglichen Nutzen von Sprachtherapie bezüglich patientenrelevanter kognitiver und bildungsrelevanter Parameter.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 20: Ergebnisse zu kognitiven Effekten sprachbezogener Interventionen

Studie	Zielgröße ^a	Operationalisierung	Zeitpunkt ^b (Monate)	IG – KG		Mittelwert Baseline (SD)	Mittelwert Post- baseline (SD)	Mittlere Differenz zur Baseline (SD)	Unterschied zur KG		p-Wert (zwei- seitig)
				N ^c					Differenz der Differenzen (95%-KI)	Richtung des Effektes ^d	
Girolametto 1996 [Pilotstudie]	Spiel- verhalten	Elternberichte zum Symbolspiel (symbo- lische Spielgesten: Teil 2 des CDI)	2,5	IG	n.g. (8)	37,7 (6,2)	40,3 (5,1)	n.g.	n.g.	–	[≤0,03] ^e
				KG	8 (8)	31,9 (9,0)	31,5 (10,9)	n.g.			
Glogowska 2000	Spiel- verhalten	Symbolisches Spiel	6 & 12 Monate	IG	n.g. (71)	n.g.	n.g.	n.g.	0,04 (-0,2; 0,2)	–	0,70 ^f
				KG	n.g. (88)	n.g.	n.g.	n.g.			
	Aufmerk- samkeit	Beurteilung des „Attention Level“	6 & 12 Monate	IG	n.g. (71)	n.g.	n.g.	n.g.	0,02 (-0,3; 0,3)	–	0,91 ^f
				KG	n.g. (88)	n.g.	n.g.	n.g.			
<p>Erläuterungen: CDI = Communicative Development Inventory; n.g. = nicht genannt</p> <p>a: Die Ergebnismaße wurden entsprechend den Angaben der Autoren bzw. auf Grundlage der jeweiligen Operationalisierung einer übergeordneten Zielgröße zugeordnet.</p> <p>b: Angegeben ist jeweils der Zeitpunkt der Nacherhebung. Wenn nicht anders vermerkt, erfolgte die Nacherhebung unmittelbar (d. h. in der Regel bis maximal 3 Wochen) nach Therapieende, sodass der Nacherhebungszeitpunkt die Dauer der Therapie widerspiegelt. Im Falle von Follow-up-Erhebungen, die mit einem deutlichen Abstand nach Therapieende durchgeführt wurden, ist dies entsprechend gekennzeichnet [FU].</p> <p>c: Anzahl ausgewerteter Patienten (Anzahl randomisierter Patienten)</p> <p>d: ↗ = Vorteil der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe bzw. ↘ = Vorteil der Kontrollgruppe gegenüber der Interventionsgruppe hinsichtlich des Behandlungseffektes</p> <p>e: Mann-Whitney-U-Test, einseitig; bei zweiseitiger Testung vermutlich (Verdopplung des einseitigen p-Werts) nicht statistisch signifikant</p> <p>f: Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit Messwiederholung und Adjustierung für Baselineunterschiede in der Zielvariablen (Unterschied für Therapiegruppe – Kontrollgruppe gemittelt über beide Posttests)</p>											

5.3.3.5 Unerwünschte Behandlungsfolgen

Da keine der 16 Studien zur generellen Wirksamkeit Nebenwirkungen oder unerwünschte Folgen der Therapien für die behandelten Kinder untersuchte, sind hierzu keine Aussagen möglich.

5.3.4 Charakteristika der Therapiestudien mit direktem Altersvergleich und Qualität der möglichen Vergleiche

Zur Beantwortung der Frage nach potenziellen Vorteilen einer früheren Therapie gegenüber einer späteren wurden außer RCTs auch andere Studientypen zugelassen: Neben nicht randomisierten Studien wurde auch nach einarmigen Therapiestudien mit Altersregression gesucht, um den Stand der Forschung demonstrieren zu können. Dennoch wurden nur 3 Studien identifiziert, die zumindest der Form nach einen Altersvergleich der Therapieeffekte enthalten (Almost 1998, Sommers 1966, Tschirner 2007; vgl. Studienpool S. 58).

Verständlich ist diese geringe Studienanzahl angesichts einiger Besonderheiten, die derartige Vergleiche innerhalb einer Studie zu berücksichtigen hätten, damit die Frage des Vorteils eines früheren Therapieeinstiegs tatsächlich beurteilt werden könnte: Es reicht nicht, 2 verschiedenen Alterskohorten eine bestimmte Therapie zukommen zu lassen. Erforderlich wäre eine Berücksichtigung des Schweregrades zum Zeitpunkt t₀, also vor der Therapie der jüngeren Gruppe. Auch die Nachmessung müsste zu einem festen Zeitpunkt im Lebensalter und nicht relativ zu den Therapiezeiträumen stattfinden. Eine weitere Schwierigkeit direkter Altersvergleiche liegt darin, dass mit der Größe des Altersunterschiedes die Inkompatibilität der angemessenen Therapieansätze für die beiden Vergleichsgruppen sowie der Messmethoden zu deren Evaluation immer weiter wächst. Sprachtherapeuten behandeln ein 5-jähriges Kind in vielerlei Hinsicht anders als ein 2-jähriges. Studien, anhand derer belastbare Aussagen über den Nutzen einer frühzeitigen versus eine spätere Intervention getroffen werden können, müssten also eigentlich sehr viel höheren Anforderungen genügen als etwa die Studien zur Frage der generellen Wirksamkeit.

Konkret handelt es sich bei den 3 identifizierten Studien um 3 unterschiedliche Ansätze. Im Folgenden werden summarisch deren Charakteristika und Ergebnisse dargestellt.

Almost 1998

Almost 1998 (vgl. ausführliche Darstellung in 5.3.2) band in das Design für die Evaluation einer 4-monatigen Therapie einen weiteren Messzeitpunkt für beide Gruppen nach Beendigung der Therapie der Wartegruppe ein. Damit scheint ein Vergleich von 2 Gruppen möglich, die von derselben Ausgangslage aus unterschiedlich lange auf eine Therapie warten mussten. 8 Monate nach Randomisierung zeigten sich bei 3 der 4 bei den englischsprachigen Kindern erhobenen Effektmaßen (phonologischer Entwicklungsstand [APP-R], Artikulation [GFTA] und mittlere Äußerungslänge) keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen;

lediglich hinsichtlich der Konsonantenbildung (Prozentsatz korrekter Konsonanten) ergab sich ein statistisch signifikanter Vorteil für die Gruppe mit der früheren Behandlung. Das Problem dieses Vergleichs liegt nicht nur in dem wegen seiner Kürze praktisch zu vernachlässigenden Zeitunterschied, der einen Effekt von vornherein unwahrscheinlich macht. Problematisch ist auch, dass der Zeitpunkt der Nachmessung zu früh ist, um einen etwaigen Unterschied zwischen den Gruppen sicher auf die variierende Wartezeit vor der Therapie und nicht auf den jeweils unterschiedlichen Abstand von der Therapie zu attribuieren.

Sommers 1966

Sommers 1966 verglich die Effekte einer Sprachtherapie auf 240 englischsprachige Schüler in 3 unterschiedlichen Jahrgangsstufen. Jeweils 80 Kinder des 2., 4. und 6. Schuljahres, die damit wohl etwa zwischen 7 und 11 Jahre alt waren (genauere Angaben zum Alter werden in der Publikation nicht gemacht), wurden 1-mal wöchentlich über einen Zeitraum von etwa 6 Monaten behandelt, entweder in Einzeltherapie oder in Gruppen von durchschnittlich etwa 5 Schülern. Als eine Studie in einer Reihe von Arbeiten zur relativen Wirksamkeit von Sprachtherapien untersuchte Sommers die Frage, ob der Therapieerfolg vom Alter der behandelten Kinder, vom Schweregrad der phonetischen Störung (leicht / mittelgradig) oder vom Therapiesetting (Gruppe / Einzelsetting) abhing. Alle 3 Faktoren wurden in einem Design mit 12 Gruppen durchvariiert. Keine der untersuchten Interaktionen zwischen diesen Faktoren war statistisch signifikant, ebenso wenig wie die Haupteffekte für das Alter der Kinder oder das Therapiesetting. Lediglich bezüglich des Schweregrads ergab sich ein statistisch signifikanter Haupteffekt in der Hinsicht, dass Schüler mit einer mittelgradigen Störung zum Studienende eine stärkere Verbesserung aufwiesen als Kinder mit einer geringeren Beeinträchtigung, was möglicherweise auch durch eine sogenannte Regression zur Mitte erklärt werden könnte.

Die Ergebnisse dieser Studie erbringen für die Frage nach den Vorteilen einer früheren versus spätere Behandlung jedoch keine interpretierbaren Informationen. Dies ist nicht nur mit der „nicht gleichzeitigen“ Nachmessung (siehe Erklärungen oben im Text) und dem Fehlen einer unbehandelten Kontrollgruppe zu begründen: Für die Fragestellung des vorliegenden Berichtes müssten die Behandlungseffekte bei Kindern, die im (frühen) Vorschulalter eine Therapie erhalten haben, mit den Effekten bei solchen Kindern verglichen werden, die erst im (späten Vorschul- bzw.) Schulalter einer Behandlung zugeführt wurden. Wichtig wäre zudem, dass alle Kinder dann im selben Alter (zum Beispiel mit 8 Jahren) nachuntersucht würden, um die längerfristigen Effekte der unterschiedlichen Therapiezeitpunkte beurteilen zu können. Allerdings waren in der Studie Sommers 1966 auch die jüngsten Kinder in dieser Studie bei Therapiebeginn bereits im Schulalter und damit zu alt, um relevante Ergebnisse zu der Frage nach dem Vorteil einer Behandlung im (frühen) Vorschulalter zu liefern.

Tschirner 2007

Mit 24 bis 34 Monaten sehr jung dagegen waren die Kinder, die in der in Deutschland durchgeführten Studie Tschirner 2007 untersucht wurden. Die Zuteilung zu den beiden Interventionsgruppen (lernbarkeitstheoretische Inputtherapie jeweils 2-mal wöchentlich über 3 Monate bzw. einmalige Elternberatung) und einer unbehandelten Kontrollgruppe erfolgte nicht randomisiert; daher wurde die Studie für die Frage nach der generellen Wirksamkeit sprachtherapeutischer Interventionen nicht in die Nutzenbewertung aufgenommen. Die Studie hat mit insgesamt 18 Kindern, verteilt auf 3 Gruppen, eine vergleichsweise geringe Fallzahl. Zur Überprüfung der Interventionseffekte auf die rezeptiven und produktiven Sprachverarbeitungsfähigkeiten wurde zur Baseline- und Nacherhebung der SETK-2 eingesetzt. Therapieeffekte deuteten sich nur als Tendenz an und wurden nicht statistisch signifikant. Um den bedeutenden Veränderungen im Zuge der natürlichen Sprachentwicklung Rechnung zu tragen, unternahmen die Autoren eine Subgruppenanalyse, indem 2 Altersgruppen („Altersgruppe 1“: 24–26 Monate, „Altersgruppe 3“: 30–35 Monate) gebildet wurden. Die Anzahl der Kinder in diesen beiden Gruppen wird nicht genannt. Die Bezeichnung der beiden Altersgruppen und die Tatsache, dass die Altersspannen für die beiden Gruppen eine erhebliche Lücke aufwiesen, deuten möglicherweise darauf hin, dass nicht alle Kinder auf die beiden Gruppen verteilt wurden. Es ist deswegen zu befürchten, dass sich die Anzahl der ausgewerteten Kinder bei der Subgruppenanalyse durch einen Extremgruppenvergleich zusätzlich verkleinert hat. So weisen die Autoren darauf hin, dass es sich bei der altersabhängigen Auswertung nur noch um so wenige Kinder pro Gruppe handelte, dass diese eher einer Einzelfallstudie entspreche; deshalb wurde auf eine statistische Auswertung verzichtet. Stattdessen wird eine Interaktion beschrieben und grafisch illustriert. Demnach würden die etwas älteren Kinder vom Elterstraining am stärksten profitieren und die jüngeren Kinder von der direkten Therapie; eine Interaktion hinsichtlich der Gesamtwirksamkeit war jedoch nicht erkennbar. Es ist allerdings von einer Übernahme dieser Interpretation der Auswertung abzuraten, bewegen sich doch die Zuwächse der Teilgruppen in denselben Grenzen wie die, die schon in der Gesamtgruppe nicht statistisch signifikant wurden. Bei so jungen Kindern müssen falsch positive Ergebnisse, Spontanremissionen und unterschiedliche Entwicklungsverläufe als Erklärungsmöglichkeit mit in Erwägung gezogen werden. Wie schon oben beschrieben, müssten in einem unterschiedlichen Lebensalter therapierte Kinder dann aber im selben Alter nachuntersucht werden, um den Einfluss des unterschiedlichen Therapiealters beurteilen zu können.

Zusammenfassend lassen die wenigen Studien mit direkten Altersvergleichen keine Beurteilung des Nutzens einer früheren Sprachtherapie im Vergleich zu einer späteren Sprachtherapie zu. Die Gründe dafür liegen in der Qualität der Studien und der Art der durchgeführten Vergleiche.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 21: Basisdaten der Therapiestudien mit direktem Altersvergleich

Studie	Anzahl randomisierter Kinder	Stichprobe	Land / Sprache	Geschlecht (m / w)	Alter bei Behandlung M (SD bzw. Range)	Zeit bis Nachmessung	Generelle Auswahlkriterien
Almost 1998	Gesamt: 30 ^a Gruppe 1: 15 Gruppe 2: 15	Patienten der Klinik	Kanada / Englisch	21 / 5 Gruppe 1: 12 / 1 Gruppe 2: 9 / 4	42 (33-61) Monate ^b Gruppe 1: 43 (33-61) Gruppe 2: 41 (33-55) ^c	direkt und nach 4 Monaten	Vorschulalter (unter 6 Jahren) Ausreichende Aufmerksamkeit für 30 Minuten Therapie ^d UESS-Kriterien ^e
Sommers 1966	Gesamt: 240 Gruppe 1: 120 Gruppe 2: 120	Kinder der 2., 4. und 6. Klasse der öffentlichen Schule	USA, Pennsylvania / Englisch	n.g.	n.g.	n.g.	UESS-Kriterien ^f
Tschirner 2007	Gesamt: 18 Gruppe 1: 6 Gruppe 2: 6 Gruppe 3: 6	Kinder aus kooperierenden Kinderarztpraxen	Deutschland, Raum Bielefeld / Deutsch	10 / 8	24-34 Monate Gruppe 1: 24-34 Gruppe 2: 24-33 Gruppe 3: 26-32	direkt	UESS-Kriterien ^g
<p>Erläuterung: J = Jahr; m = männlich; M = Mean; n.g. = nicht genannt; SD = Standardabweichung; UESS = umschriebene Sprachentwicklungsstörung; w = weiblich Die für die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache notwendigen Ausschlusskriterien wurden in den Studien als jeweils angewendet betrachtet, wenn zumindest ein normales Hörvermögen und eine normale allgemeine Entwicklung in einer dem kognitiven Bereich zuzuordnenden Entwicklungsdimension berichtet wurden. Angaben zu den angewendeten Verfahren finden sich in den Fußnoten.</p> <p>a: 4 Kinder (2 aus jeder Gruppe) gingen nicht in die Auswertungen ein (1 wegen Weigerung, in die zugeteilte Gruppe einzuwilligen, 3 wegen Nichterscheinen in der Klinik); für diese Kinder liegen keine weiteren Angaben vor.</p> <p>b: Diese Angaben beschreiben die Kinder zum Zeitpunkt der Baselineerhebung; da in Gruppe 2 die Intervention um 4 Monate verzögert begonnen wurde, waren die Kinder der Gruppe 2 zum Zeitpunkt der Behandlung bereits entsprechend älter.</p> <p>c: Wartegruppe um 4 Monate verzögerter Behandlungsbeginn</p> <p>d: Methode der Überprüfung nicht angegeben.</p> <p>e: normales Hörvermögen, normale orale Strukturen und Reaktionen, normales Verhalten, keine weiteren Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, neurologisch, allgemeine Entwicklung) im klinischen Expertenurteil</p> <p>f: keine Hörverluste ≥ 20 dB in jährlichem Hörtest, kein Hinweis auf eine dentale Malokklusion oder andere orofaziale oder respiratorische Störungen, keine emotionalen Probleme, IQ 90–130 im Gruppen-Intelligenztest</p> <p>g: kein schlechtes Hörvermögen, keine neurologische Erkrankungen, körperlichen oder kognitiven Entwicklungsdefizite, keine Fehlbildungen der Artikulationsorgane (Art der Überprüfung nicht angegeben)</p>							

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 22: Art der Behandlung der Therapiestudien mit direktem Altersvergleich

Studie	Sprachbezogene Auswahlkriterien	Behandlung und Kontrollintervention	Behandlungszeitraum; Anzahl / Frequenz / Dauer der Sitzungen; Setting	Relevante Zielkriterien / linguistische Ebene^a
Almost 1998	phonologische Störung (unterdurchschnittlicher Score im APP-R) Rezeptive Sprachleistungen oberhalb von 1 SD unter dem Mittelwert in der RDLS	Gruppe 1: Aussprachetherapie (speech therapy) Gruppe 2: keine Behandlung während Wartezeit	4 Monate 14-29 / 2 x wöchentlich / 30 min. Einzelsetting	Phonologischer Entwicklungsstand / pp Artikulation / pp Konsonantenbildung / pp Sprachkomplexität / ms
Sommers 1966	Artikulationsstörung (Warnock-Medlin cards; Mac-Donald deep test of articulation)	Gruppe 1: Artikulationstherapie in der Gruppe Gruppe 2: Artikulationstherapie als Einzeltherapie	Gruppe 1: 29 / 1 x wöchentlich / 45 min. Gruppensetting Gruppe 2: 29 / 1 x wöchentlich / 30 min. Einzelsetting	Artikulation / pp
Tschirner 2007	Risikokinder für die Ausbildung einer Sprachentwicklungsstörung (genauere Angaben fehlen)	Gruppe 1: keine Therapie Gruppe 2: Inputtherapie Gruppe 3: Elternberatung	3 Monate Gruppe 2: 26 / 2x wöchentlich / n.g. Einzelsetting Gruppe 3: einmalige Elternberatung	Rezeptive Sprachleistungen / kK Produktive Sprachleistungen / kK
<p>Erläuterungen: APP-R = Assessment of Phonological Processes – Revised, k = komplexes Zielkriterium, das sich nicht eindeutig einer einzigen linguistischen Ebene zuordnen lässt, ms = morpho-syntaktische Ebene, n.g. = nicht genannt, pk = pragmatisch-kommunikative Ebene, pp = phonetisch-phonologische Ebene, RDLS = Reynell Developmental Language Scales, sl = semantisch-lexikalische Ebene</p> <p>a: Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit wurden die erhobenen sprachbezogenen Ergebnismaße entsprechend den Angaben der Autoren bzw. auf Grundlage der jeweiligen Operationalisierung einem übergeordneten Zielkriterium und zusätzlich der jeweiligen linguistischen Ebene zugeordnet.</p>				

5.3.5 Charakteristika der Studien für den indirekten Altersvergleich

Für den indirekten Altersvergleich stehen die 16 RCTs mit nicht behandelter Kontrollgruppe aus dem Abschnitt 5.3.2 (Studien zur Beurteilung der Frage nach der generellen Wirksamkeit) zur Verfügung. Im Einzelnen wird die Vergleichbarkeit von Studien geprüft, in denen eine Sprachtherapie mit demselben Maß evaluiert wurde. Da die in den Studien jeweils definierten Zielparameter unterschiedlich weit gefasst sind und sich untereinander schwer vergleichen lassen, werden in die Auswahl die Einordnung der Zielparameter in die 4 linguistischen Ebenen und die konkrete Operationalisierung einbezogen.

Die Vergleichbarkeit von Sprachtherapiestudien hinsichtlich ihrer altersdifferenziellen Wirksamkeit setzt also voraus, dass die Studien als RCT mit unbehandelter Kontrollgruppe konzipiert sind und dass die Zielparameter auf derselben linguistischen Ebene und mit derselben Messmethode an Kindern in deutlich unterschiedlichem Alter erhoben wurden. Was als „deutlich unterschiedlich“ angesehen werden kann, muss vor dem Hintergrund des Alters selbst und der Zielgrößen im Einzelfall abgewogen werden.

Im Folgenden werden die, diesen Kriterien folgend, prinzipiell möglichen Studienvergleichspools für den indirekten Altersvergleich dargestellt. Dies erfolgt getrennt für die 4 linguistischen Ebenen:

- morpho-syntaktische Ebene
- semantisch-lexikalische Ebene
- phonetisch-phonologische Ebene
- pragmatisch-kommunikative Ebene

Studien im Bereich morpho-syntaktischer Effekte von Sprachtherapien

9 Studien (Almost 1998, Buschmann 2008, Ebbels 2007, Gibbard 1994, Girolametto 1997, Robertson 1997, Robertson 1999, Wilcox 1978 und Yoder 2005) berichteten Ergebnisse aus dem morpho-syntaktischen Bereich. Zum Vergleich bietet sich die Zielgröße „mittlere Äußerungslänge“ an, die in 4 Studien mittels Spontansprachproben erhoben wurde. Tabelle 23 stellt diese Studien einander gegenüber. Schon die kleine Auswahl an Studiencharakteristika zeigt die Unterschiedlichkeit der potenziellen Vergleichspaare: Werden Studien mit gleichen Endpunkten (wie hier z. B. MLU aus Sprachprobe) und ähnlichem Alter zusammengefasst und Studien mit demselben Endpunkt, aber mit Kindern in anderem Alter, gegenübergestellt, so verhindert schon die zwischen den Studien variierende Dauer der Maßnahme einen Vergleich. Die hier dargestellten Parameter sind nur als beispielhaft für zahlreiche andere Charakteristika (vgl. Tabelle 10 und Tabelle 11) zu verstehen, die das Bild schnell unübersichtlich machen.

Tabelle 23: Studien mit vergleichbaren morpho-syntaktischen Endpunkten

Studie	Alter bei Studienbeginn (in Monaten) ^a	Dauer der Maßnahme (in Monaten)	Alter bei Nach-erhebung (in Monaten) ^a	p-Wert für Therapieeffekt auf MLU
Robertson 1999	21-30	3	24-33	0,003
Gibbard 1994	27-39	6	33-45	<0,001
Almost 1998	42	4	46	0,337
Yoder 2005	44	6	50 / 58	>0,38 / >0,38

Erläuterungen: MLU = mittlere Äußerungslänge
a: Mittelwert bzw. Spannweite

Studien im Bereich semantisch-lexikalischer Effekte von Sprachtherapien

Semantisch-lexikalische Effekte wurden in 6 Studien geprüft. Vergleichbar sind grundsätzlich die Maße zum Wortschatz der Kinder. 2 verschiedene Operationalisierungen wurden verwendet: die Erhebung des Wortschatzes mit dem Elternfragebogen CDI oder anderen Elterneinschätzungen und die Erhebung des Wortschatzes mit einer Spontansprachprobe bzw. im Rahmen der Erfragung von Spielanleitungen. In 2 der 6 Studien mit semantisch-lexikalischen Endpunkten kamen beide Operationalisierungen zum Einsatz. Tabelle 24 stellt die Studien gegenüber. Die Altersunterschiede zwischen den Studienkohorten sind sehr gering, lediglich bei Robertson 1997 sind die Kinder deutlich älter. Außer in der Pilotstudie von Girolametto 1996 werden in allen Gruppen deutliche Effekte dargestellt.

Tabelle 24: Studien mit vergleichbaren semantisch-lexikalischen Endpunkten

Studie	Alter bei Studienbeginn (in Monaten) ^a	Dauer der Maßnahme (in Monaten)	Alter bei Nach-erhebung (in Monaten) ^a	p-Wert für Therapieeffekt auf Wortschatz	
				anhand CDI o. anderer Eltern-beurteilung	anhand Sprachprobe
Robertson 1999	21-30	3	24-33	<0,001	<0,001
Buschmann 2008	25	3	31 / 37	0,016 ^b / 0,018 ^b	nicht berichtet
Girolametto 1997	23-35	2,75	26-38	[<0,02] ^c	[<0,01] ^c
Girolametto 1996	22-38	2,5	25-41	„nicht signifikant“	nicht erhoben
Gibbard 1994	27-39	6	33-45	<0,001	nicht erhoben
Robertson 1997	44-61	0,75	45-62	nicht erhoben	<0,001

Erläuterungen: CDI = Communicative Development Inventory
a: Mittelwert bzw. Spannweite
b: ELFRA-2: Produktiver Wortschatz
c: einseitiger p-Wert; bei zweiseitiger Testung (eigene Berechnung) ebenfalls statistisch signifikant.

Studien im Bereich phonetisch-phonologischer Effekte von Sprachtherapien

Eine Vielzahl der in den 16 Studien verwendeten Endpunkte lässt sich der phonetisch-phonologischen Ebene zuordnen. Prinzipiell vergleichbar sind nur die Studien, die die Artikulationsgenauigkeit anhand des Prozentsatzes korrekter Konsonanten (PCC) aus Spontansprachproben erhoben. Tabelle 25 stellt 3 Studien mit PCC einander gegenüber. Wie zu sehen ist, erzielt einzig die mittlere von 3 Alterskohorten von Almost 1998 einen statistisch signifikanten Therapieeffekt. Gleichzeitig ist es die Gruppe mit der längsten Maßnahme.

Tabelle 25: Studien mit vergleichbaren phonetisch-phonologischen Endpunkten

Studie	Alter bei Studienbeginn (in Monaten) ^a	Dauer der Maßnahme (in Monaten)	Alter bei Nacherhebung (in Monaten) ^a	p-Wert für Therapieeffekt auf PCC
Girolametto 1997	23-35	3	26-38	„nicht signifikant“
Almost 1998	42	4	46 / 50	0,001
Denne 2005	„5-7 Jahre“ ^b	2	„5-7 Jahre“ ^b	0,09

Erläuterungen: PCC = Prozentsatz korrekter Konsonanten
a: Mittelwert bzw. Spannweite
b: Für Denne 2005 lagen keine genaueren Altersangaben vor.

Studien im Bereich pragmatisch-kommunikativer Effekte von Sprachtherapien

Zielgrößen, die auf der pragmatisch-kommunikativen Ebene einzuordnen sind, wurden in 5 (Gibbard 1994, Girolametto 1997, Robertson 1997, Robertson 1999, Yoder 2005) der 16 Studien erhoben. Direkt vergleichbar zwischen verschiedenen Studien ist wohl nur die Zielgröße „Prozentsatz verständlicher Äußerungen“, die bei Robertson 1999 und Yoder 2005 jeweils mittels Spontansprachproben erhoben wurde. Hier zeigte sich ein statistisch signifikanter Therapieeffekt nur in der Studie von Robertson 1999.

Tabelle 26: Studien mit vergleichbaren pragmatisch-kommunikativen Endpunkten

Studie	Alter bei Studienbeginn (in Monaten) ^a	Dauer der Maßnahme (in Monaten)	Alter bei Nacherhebung (in Monaten) ^a	p-Wert für Therapieeffekt auf Verständlichkeit
Robertson 1999	21-30	3	24-33	<0,001
Yoder 2005	44	6	50 / 58	>0,38 / >0,38

a: Mittelwert bzw. Spannweite

Studien zu komplexeren Konstrukten

In 6 Studien wurden sogenannte komplexere Konstrukte untersucht, d. h. es wurden Messinstrumente eingesetzt, die sich nicht eindeutig einer einzelnen linguistischen Ebene zuordnen lassen. Diese waren jedoch so verschiedenartig, dass sie sich nicht für einen indirekten Altersvergleich zwischen verschiedenen Studien eigneten.

5.3.5.1 Bewertung der Machbarkeit der indirekten Altersvergleiche

Prinzipiell vergleichbar sind Studiengruppen, die die Zielgrößen „mittlere Äußerungslänge“, „Prozentsatz korrekter Konsonanten“, „Wortschatz“ oder „Verständlichkeit“, gemessen über Spontansprachproben bzw. Elternfragebogen, erhoben haben.

Einem quantitativen Vergleich der Therapieeffekte stehen jedoch einige schwerwiegende methodische Einschränkungen entgegen:

- Keine der prinzipiell für die Vergleiche zur Verfügung stehenden Studien hat eine Powerberechnung für die Stichprobengröße an der entsprechenden Zielgröße ausgerichtet (nur 3 Studien weisen überhaupt eine Fallzahlberechnung aus).
- Bei den theoretisch vergleichbaren Studien sind außer dem Alter der Studienkinder auch die Trainingszeiten und -intensitäten sehr unterschiedlich.
- Zwar liegt bei allen Kindern eine UESS in dem Sinne vor, dass die Sprachentwicklung sich deutlich unterhalb der Norm befindet und gleichzeitig zumindest normales Hörvermögen und eine normale allgemeine Entwicklung in einer dem kognitiven Bereich zuzuordnenden Entwicklungsdimension berichtet wurde; allerdings beruht die Selektion auf sehr unterschiedlichen Verfahren zur Feststellung der Sprachstörung und ggf. zusätzlichen Ausschlusskriterien. Deshalb ist die Vergleichbarkeit der in den Studien untersuchten Kinder stark limitiert.
- Die erhobenen Zielgrößen sind in den einzelnen Studien unterschiedlich zentral. Abhängig davon, welche Sprachentwicklungsbereiche von einer Therapie konkret adressiert werden, kann z. B. das morpho-syntaktische Merkmal „mittlere Äußerungslänge“ in der einen Studie das zentrale Zielkriterium sein, in einer anderen ein eher randständiger Endpunkt. Die Publikationen geben über den Stellenwert der einzelnen Endpunkte zu wenig Auskunft, als dass eine Aufnahme des Stellenwerts als Moderatorvariable in eine Metaregression möglich wäre. Darüber hinaus wären für eine Metaregression zu wenige Primärstudien vorhanden.
- Die in den Studien eingesetzten therapeutischen Maßnahmen sind stark auf das Alter und den jeweiligen Entwicklungsstand der UESS-Kinder zugeschnitten. Selbst eine identische Therapie mit identischen Endpunkten wäre zwischen verschiedenen Altersgruppen daher schwer vergleichbar. Eine Schlussfolgerung könnte dann nur sein, dass ein bestimmtes

Vorgehen unterschiedlich effektiv in unterschiedlichen Alterskohorten ist. Das würde aber keinen Hinweis auf eine unterschiedliche Wirksamkeit von Sprachtherapien allgemein in unterschiedlichen Altersphasen darstellen.

- Eine grundlegende Bedingung für einen entsprechenden Vergleich besteht in der Unterschiedlichkeit des Alters bei der Behandlung und in der Gleichheit des Alters bei der Nacherhebung. Diese Bedingung wurde von keiner der Studien erfüllt, weder von denen für den direkten Altersvergleich noch von denen für den indirekten Altersvergleich. Aussagekräftige Vergleiche müssten zu unterschiedlichen Zeitpunkten behandelte Kinder im selben Lebensalter nachtesten. Erst dann könnten Vorteile einer früheren gegenüber einer späteren Therapie tatsächlich nachgewiesen werden.

Aufgrund der zahlreichen nicht kontrollierbaren Einflussgrößen sind Alterseffekte aus dem indirekten Vergleich der 16 randomisierten Interventionsstudien nicht sinnvoll ableitbar. Diese Vergleiche wurden dennoch im vorliegenden Bericht dargestellt, um dem Leser die Ableitung der Schlussfolgerungen transparent und nachvollziehbar darzulegen.

5.3.6 Zusammenfassung: Generelle und differenzielle Wirksamkeit

Generell zeichnet sich ab, dass Interventionen für Kinder mit umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache positive Effekte bezüglich der Sprachentwicklung erzielen können. In den 16 randomisierten Therapiestudien zeigte die überwiegende Anzahl von Vergleichen eine Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber den nicht behandelten Gruppen. Die Heterogenität des Studienpools hinsichtlich Interventionsmethoden, Einschlusskriterien, Schweregrad, Intensität und Dauer der Maßnahme sowie hinsichtlich der Zielgrößen bzw. derer Operationalisierungen erschwert eine sinnvolle Aggregation der Effekte. Positive Ergebnisse fanden sich auf allen linguistischen Ebenen und in allen vertretenen Altersgruppen. Zusätzlich fanden sich vereinzelt Versuche, Interventionen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychosozialer, emotionaler oder kognitiver Parameter zu evaluieren. Die mangelnde theoretische Begründung möglicher Wirkungswege macht die Interpretation der wenigen Befunde schwierig. In keiner der Studien wurden jedoch unerwünschte Folgen der Behandlung für die betroffenen Kinder explizit adressiert. Als zusätzliche Einschränkungen der überwiegend positiven Wirksamkeitsbefunde sollte Folgendes berücksichtigt werden:

Im Studienpool sind mehr unterschiedliche therapeutische Methoden repräsentiert, als Studien im Pool vorhanden sind. Das vom Studienpool abgedeckte Spektrum an therapeutischen Methoden ist unsystematisch, da die Recherche nach Interventionsstudien an Designkriterien ausgerichtet war. Daher ist ein generalisierender Schluss auf andere Interventionsverfahren kaum möglich. Die erfassten Effekte sind entsprechend der kurzfristigen Anlage der Studien größtenteils sehr kleinschrittige Abbildungen des sprachlichen Entwicklungsprozesses. Obwohl die direkte Beziehung der in den Studien verwendeten Maße zum komplexen Konstrukt „Sprachentwicklung“ jeweils gesehen wurde, wären für die Zukunft für die Zielgruppe der evaluierten Maßnahmen aber auch und gerade globalere und längerfristige Effekte von großer Relevanz. Keine Studie hat die Effektivität von Sprachtherapie an einem mittel- oder längerfristigen Parameter gemessen. Die Nachhaltigkeit der in den Studien gezeigten Vorteile therapierter Kinder muss daher als gänzlich unbeforscht gelten.

Zusätzlich wird die Tragweite der Befunde aus den 16 Studien durch die schwache Studienqualität limitiert. Zu bemerken ist an dieser Stelle, dass die beiden größten Studien mit der höchsten Ergebnissicherheit (Gillam 2008 und Glogowska 2000) praktisch keine Effekte auf sprachbezogene Ziele der behandelten Kinder zeigen. Dabei sind diese beiden Studien Beispiele für sehr unterschiedliche Studiendesigns: In der Glogowska-Arbeit wurde die therapeutische Versorgungswirklichkeit in Großbritannien (diese bestand aus einer sehr breiten Palette therapeutischer Praktiken bei allerdings ausgesprochen geringem Therapieumfang) mit keiner Versorgung verglichen. Dagegen untersuchte Gillam ein intensives, sehr spezifisches computerbasiertes Interventionsprogramm mit verschiedenen anderen Therapieformen bzw. einer unspezifischen Sham-Intervention ohne Sprachbezug.

Für die Frage nach den Vorteilen eines früheren Therapiebeginns konnte durch die systematische Recherche praktisch keine relevante Evidenz identifiziert werden. Keine Studie mit einem für einen Altersvergleich von Therapieeffekten angemessenen Design wurde identifiziert. 3 direkte Vergleiche mussten bei genauerer Betrachtung als wenig aussagekräftig für die Beurteilung der hier im Fokus stehenden Frage eingestuft werden. Das Ziehen indirekter Vergleiche durch die Paarung von Studien an Kindern unterschiedlichen Alters zur generellen Wirksamkeit scheitert letztlich daran, dass sich die teilnehmenden Kinder in diesen Studien auch durch so viele weitere Faktoren unterscheiden, dass keine eindeutigen Schlüsse möglich waren und dass keine Nacherhebungen bei gleichem Alter der Kinder durchgeführt wurden.

Die Fragestellung des vorliegenden Berichts, ob eine Vorverlegung der Therapie (durch ein Screening) einen Nutzen hat, kann also auf der Basis der vorliegenden Therapiestudien letztendlich nicht beantwortet werden.

6 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war eine Bewertung des Nutzens, den eine flächendeckende Früherkennungsuntersuchung auf Sprachstörungen in Deutschland für die Gruppe der Kinder mit umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache haben würde. Mittels systematischer Recherchen wurden zu diesem Zweck Studien gesucht, die Screening mit Regelversorgung vergleichen. Weiterhin wurde versucht, die wissenschaftliche Beweislage zum Validierungsstand deutschsprachiger Screeninginstrumente und diejenige zu eventuellen Vorteilen eines früheren Einstiegs in eine Sprachtherapie zu einer Nutzenbewertung zusammenzusetzen.

Ingesamt zeigt sich, dass keine der Fragen zufriedenstellend beantwortbar ist.

Teilziel Screening:

Die Suche nach Studien, die Effekte eines Sprachscreenings von Vorschulkindern auf Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen untersuchen, blieb erfolglos. Der Nutzen eines Screenings bleibt unklar.

Teilziel Diagnostische Verfahren:

Ebenso erfolglos blieb die Suche nach deutschen diagnostischen Verfahren, die für UESS-Kinder ausreichend validiert sind. Zwar wurden 17 Tests identifiziert, die mit einem Referenztest verglichen wurden, für keinen dieser Tests war aber eine vollständige Vierfeldertafel ableitbar, die die diagnostische Güte bezogen auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen hinreichend zuverlässig beschrieben hätte. Aussagen über die Eignung deutschsprachiger Tests zur Identifikation von UESS können auf Basis bisher vorhandener Evidenz nicht getroffen werden. Auch über die Güte diagnostischer Tests im Vergleich zu den bisher angewandten anamnestischen Fragen im Rahmen der U-Untersuchungen sind somit keine Aussagen möglich.

Teilziel Therapie:

Zur Frage des Nutzens von Interventionen konnten immerhin 16 randomisierte Studien identifiziert werden. Die überwiegende Anzahl von Vergleichen zeigte eine Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber den nicht behandelten Gruppen. Positive Ergebnisse fanden sich auf allen linguistischen Ebenen und in allen vertretenen Altersgruppen. Zusätzlich fanden sich vereinzelt Versuche, Interventionen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychosozialer, emotionaler oder kognitiver Parameter zu evaluieren. In keiner der Studien wurden unerwünschte Folgen der Behandlung für die betroffenen Kinder adressiert.

Allerdings ist die Interpretation dieser Ergebnisse schwierig. Fast alle Studien hatten methodische Schwächen, die die Ergebnissicherheit grundsätzlich beschränken.

Bemerkenswert ist deshalb, dass die beiden größten Studien mit dem niedrigsten Verzerrungspotenzial (Gillam 2008 und Glogowska 2000) praktisch keine Effekte auf sprachbezogene Ziele der behandelten Kinder zeigen. Die Heterogenität des Studienpools hinsichtlich Interventionsmethoden, Einschlusskriterien, Schweregrad, Intensität, Dauer der Maßnahme sowie Zielgrößen erschwert eine sinnvolle Kondensation der Effekte. Die erfassten Effekte sind entsprechend der kurzfristigen Anlage der Studien größtenteils sehr kleinschrittige Abbildungen des sprachlichen Entwicklungsprozesses. Keine Studie hat die Effektivität von Sprachtherapie an einem längerfristigen Parameter gemessen. Die Nachhaltigkeit der in den Studien gezeigten Vorteile therapierter Kinder muss daher als gänzlich unbeforscht gelten.

Für die Frage nach den Vorteilen eines früheren Therapiebeginns konnte durch die systematische Recherche keine relevante Evidenz identifiziert werden. Es wurde keine Studie mit einem für einen Altersvergleich von Therapieeffekten angemessenen Design gefunden.

Die Fragestellung des vorliegenden Berichts, ob eine Vorverlegung der Therapie (durch ein Screening) einen Nutzen hat, kann also auf der Basis der vorliegenden Therapiestudien letztendlich nicht beantwortet werden.

Insgesamt ist derzeit der Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache nicht belegt. Daraus folgt, dass auch für die medizinische Notwendigkeit einer entsprechenden Früherkennungsuntersuchung zum jetzigen Zeitpunkt kein Nachweis vorliegt. Der Nachweis des Nutzens ist, wie im hier vorliegenden Fall einer Früherkennungsuntersuchung, eine notwendige Bedingung für den Nachweis der Notwendigkeit [145]. Davon unberührt ist die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung einer manifesten Störung, die allerdings nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts war.

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des Wissensstandes zur Epidemiologie und zum natürlichen Verlauf von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen zu sehen.

6.1 Definition des Krankheitsbildes

Das Krankheitsbild der umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen weist einige Besonderheiten auf, die im Zusammenhang mit der Berichtsfragestellung relevant sind. Laut ICD-10-Kriterien liegt eine UESS dann vor, wenn die mit einem standardisierten Test erfassten jeweiligen sprachlichen Fähigkeiten (Artikulationsfertigkeiten [F80.0], expressive Fertigkeiten [F80.1] bzw. rezeptive Fertigkeiten [F80.2]) unterhalb der Grenze von 2 Standardabweichungen für das Alter des Kindes und mindestens 1 Standardabweichung unter dem nonverbalen IQ liegen und gleichzeitig keine relevanten sensorischen, neurologischen, körperlichen Defizite oder tiefgreifenden Entwicklungsstörungen vorliegen [11]. Gleichzeitig weist die ICD-10 darauf hin, dass die beschriebenen Kriterien bezüglich des statistischen Schweregrades für die Diagnose insbesondere bei älteren Kindern wegen der natürlichen

Tendenz zur Besserung wenig helfen. Deshalb sollen zusätzlich der Verlauf, das Muster und die gegebenenfalls begleitenden Probleme berücksichtigt werden, um zu entscheiden, ob eine klinische Störung wahrscheinlich ist [6]. Es liegen also keine zweifelsfreien Kriterien für die Abgrenzung einer umschriebenen Entwicklungsstörung von normalen Variationen der kindlichen Entwicklung vor (vgl. Abschnitt zu Meilensteinen unten). Ein echter Goldstandard fehlt somit.

Dieser Umstand spiegelt sich in Studien wider, die gezeigt haben, dass selbst Sprachexperten bei der Diagnosestellung Schwierigkeiten haben: Wurden den Experten Sprachprofile von Kindern zur Diagnostik vorgelegt, war die Übereinstimmung zwischen ihnen gering [52,146], und einzelne Experten fällten auf der Grundlage identischer Informationen verschiedene Urteile [146].

Diese grundlegenden Unschärfen bezüglich der Definition des Krankheitsbildes schränken die möglichen Aussagen zur Epidemiologie und zum natürlichen Verlauf stark ein.

6.2 Epidemiologie von UESS

Methodische Voraussetzung für eine valide Schätzung der Prävalenz von Sprachentwicklungsstörungen ist eine klare Definition, die eine gestörte Entwicklung von normaler Entwicklung abgrenzt. Je nachdem, was als Definition und Testinstrumentarium zugrunde gelegt wird, ergeben sich unterschiedliche Zahlen bezüglich der Prävalenz. Das zentrale Problem besteht darin, dass unklar ist, welche Kinder echte klinische Fälle sind in dem Sinne, dass sie ohne Behandlung schulische und andere Probleme im Zusammenhang mit der frühen Sprachentwicklungsstörung bzw. -verzögerung erleben würden [23].

Vor diesem Hintergrund, dass verschiedene Autoren unterschiedliche Definitionen und Tests verwenden, erstaunt es nicht, dass die publizierten Schätzungen zur Prävalenz von Sprachstörungen erheblich variieren (vgl. [1]). Grimm (1998) [147] nennt 7 bis 10 %, Walter (2007) [148] fand in einer Zufallsstichprobe bayerischer Vorschulkinder bei 7 % schwere Sprachstörungen. Mittlere und leichtere Sprachauffälligkeiten wurden mit 22,5 % [148] oder 25 % [149] jedoch als bedeutend häufiger angegeben. Die epidemiologische Studie von v. Kries (2006) [150] zeigte Auffälligkeiten in der Wort- und Satzbildung bei 12,2 % der 5- und 6-Jährigen. Keine der oben genannten Studien bezieht ihre Zahlen ausschließlich auf Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. Im Rahmen der derzeit in Hessen durchgeführten Studie zum Kinder-Sprach-Screening wurden unter Verwendung des Screeninginstruments KiSS 11,1 % als exklusiv klinisch auffällig eingeschätzt; d. h. für diese Kinder lag ein Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen vor (diese Kategorie entspricht näherungsweise der ICD-10-Kategorie F80.-) [52]. Für die Gruppe der umschriebenen sprachentwicklungsgestörten Kinder ermittelte Esser (2002) [54] in einer Untersuchung von 325 4- bzw. 5-jährigen Vorschulkindern unter Berücksichtigung von Diskrepanz- und Normalitätskriterien nach ICD-10 eine Prävalenz von 8 bzw. 9,9 % für eine Artikulationsstörung. Keines der 4-jährigen und 1,5 % der 5-jährigen Kinder erfüllten die

Kriterien für eine expressive und 2,5 % der 4-Jährigen bzw. 0,9 % der 5-Jährigen die Kriterien für rezep tive Sprachstörungen.

Auch internationale Quellen kommen aufgrund von Unterschieden in der Zusammenstellung und Anzahl diagnostischer Instrumente sowie der festgelegten Grenzwerte zu unterschiedlichen Angaben [23,151]. Die in der Literatur angegebenen Prävalenzraten für Sprachstörungen reichen von zum Beispiel 19 % bei Beitchman (1986) [152] bis zu 0,65 % bei Paul (1992) [153] für rezep tive und/oder expressive Sprachstörungen. Die Rotterdamstudie [45,46] präsentierte Prävalenzdaten zu Sprachentwicklungsstörungen, die immerhin auf dem Screening von mehreren Tausend Kindern beruhen. Unter verschiedenen Annahmen bezüglich der Güte der Diagnoseinstrumente wurde die Prävalenz bei den 3-jährigen Kindern auf 2,4 bis 5,3 % geschätzt; allerdings schließt dies sekundäre Sprachstörungen mit ein. Auch die einzigen beiden Studien, die explizit Angaben zur Prävalenz von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen machten, kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Tomblin (1997) [22] berichtete 7,4 %, während sich bei Stevenson (1976) [154] eine Rate – allerdings beschränkt auf expressive Störungen – von nur 0,6 % ergab. In der systematischen Übersicht von Law 2000 [23] wurde als Median aller in internationalen Studien berichteten Prävalenzraten für expressive oder rezep tive Sprachstörungen 5,95 % ermittelt.

6.3 Natürlicher Verlauf und sekundäre Folgen

Unter dem natürlichen Verlauf einer Erkrankung wird der Verlauf verstanden, den diese Erkrankung nimmt, wenn sie nicht behandelt wird. Aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten hinsichtlich der Diagnosestellung sind auch belastbare Aussagen zum natürlichen Verlauf und zu sekundären Folgen von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen schwierig zu treffen: Jede Aussage zur Prognose ist untrennbar und unmittelbar abhängig von der Frage danach, welche Kinder zunächst überhaupt als „Fall“ angesehen werden [23,151]. Zusätzlich werden sinnvolle Aussagen zum natürlichen Verlauf dadurch erschwert, dass statistische Verteilungsmaße zur Definition der Diagnose herangezogen werden – schließlich führt das Anlegen entsprechender normbezogener Kriterien zwangsläufig dazu, dass in jedem Alter derselbe Anteil an der Population als Fall definiert wird. Letztendlich ist auch das Konzept des natürlichen Verlaufs bei Sprachentwicklungsstörungen grundsätzlich problematisch, da die Umwelt der Kinder auf ihre Bedürfnisse jeweils reagiert, auch wenn keine systematische Therapie vorgenommen wird [23]. Wegen dieser Schwierigkeiten schlägt Law vor, stattdessen ein Modell zu entwickeln, das die relevanten Risikofaktoren für einen späteren „Fallstatus“ beinhaltet [23]. Ob sich solch ein auf Risikofaktoren basierendes Modell für ein Screening eignet, ist nicht evaluiert [155].

Die in der Literatur vorliegenden Daten zur Persistenz von Sprachentwicklungsstörungen sind entsprechend den unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Diagnosestellung sehr

widersprüchlich [1]. In einer systematischen Übersicht im Auftrag des britischen National Health Service wurden Kohortenstudien recherchiert und ausgewertet [23,156]. Ergebnis dieser Auswertung ist, dass die ermittelten Persistenzraten (d. h. die Raten von Kindern, die über den gesamten Beobachtungszeitraum die Kriterien für eine Sprachstörung erfüllen) in den Studien zwischen 0 und 100 % variieren (vgl. auch [1,155]). Aus Studien zu rein expressiven Sprachstörungen ergibt sich im Median eine Persistenzrate von 40 % (Spannweite in den einzelnen Studien: 0–54%), für gemischte expressiv-rezeptive Störungen von 76 % (26–100%); dabei unterschieden sich die Studien auch bezüglich des Alters der eingeschlossenen Kinder deutlich. Die Spannweite der in den einzelnen Studien berichteten Raten zeigt, wie schwierig verlässliche Aussagen zum natürlichen Verlauf sind.

Ebenso unterschiedlich sind auch die Daten zu den sekundären Folgen der Erkrankung: Abhängig davon, welche Kinder in die Betrachtung eingeschlossen werden, zeigen sich unterschiedliche Muster bezüglich sekundärer Schwierigkeiten (vgl. hierzu auch [1,157]). Studien, in denen Kinder behandelt und anschließend weiter beobachtet wurden (Follow-up-Studien), ergeben insgesamt ungünstigere Prognosen als epidemiologische Studien zum natürlichen Verlauf, in denen unbehandelte Kinder beobachtet werden [23]: In solchen Follow-up-Studien zeigen sich Hinweise auf mögliche sekundäre Schwierigkeiten im Lesen, Schreiben, in weiteren bildungsrelevanten Bereichen sowie im Verhalten und bei anderen Aspekten der psychosozialen Anpassung, wenn die Schwierigkeiten zum Schuleintritt noch vorliegen. Die unterschiedliche Prognose im Vergleich zu epidemiologischen Verlaufsstudien ist insbesondere darin begründet, dass Kinder in solchen Follow-up-Studien bereits als klinische Fälle mit Behandlungsbedarf identifiziert wurden und damit zur höchsten Risikogruppe gehören. Diese Kinder, die bereits einer Behandlung zugeführt wurden, weisen offensichtlich schwerwiegendere Probleme auf als die Kinder aus den Studien zum natürlichen Verlauf. Auf der anderen Seite kann in Beobachtungsstudien, in denen Kinder im Laufe der Beobachtungszeit eine Behandlung erhalten, jeweils nicht unterschieden werden, ob bei anhaltender Störung die Therapie unwirksam war oder ob bei Verschwinden der Störung dies an einer wirksamen Therapie oder spontanen Remission lag (vgl. Ausführungen in [158]).

Beispielhaft für den deutschen Sprachraum soll hier eine epidemiologische Studie von Esser (1991) [27] skizziert werden, in der mehrere hundert Kinder aus der Gesamtbevölkerung mit 8, 13 und 18 Jahren zum langfristigen Verlauf von umschriebenen Entwicklungsstörungen beobachtet wurden. In Hinsicht auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen wurden nur die Artikulationsstörung (F80.0) sowie die rezeptive Sprachstörung (F80.2) erfasst, nicht jedoch die expressive Sprachstörung (F80.1). Für eine Stichprobe von 356 Kindern lagen sowohl im Alter von 8 als auch im Alter von 13 Jahren Untersuchungsergebnisse vor. Von 24 Kindern dieser Stichprobe, die mit 8 Jahren eine Artikulationsstörung aufwiesen, wiesen mit 13 Jahren 15 Kinder Werte im Durchschnittsbereich auf. Von 16 Kindern dieser Stichprobe, die mit 8 Jahren eine rezeptive Sprachstörung aufwiesen, hatten sich mit 13 Jahren nur 2 Kinder deutlich gebessert. Kinder mit Artikulationsstörungen im Alter von 8 Jahren zeigten

sowohl zu diesem frühen Zeitpunkt als auch im weiteren Verlauf immer Schulleistungen, die denen von Kindern ohne UESS entsprachen; die deutliche Mehrheit besuchte ein Gymnasium oder eine Realschule. Dagegen wiesen im Alter von 8 Jahren fast alle Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen Schulleistungsprobleme auf, 2/3 von ihnen hatten bereits eine Schulklasse wiederholt. Mit 13 Jahren besuchten 9 % ein Gymnasium oder eine Realschule (18 Jahre: 14 %), 50 % dagegen eine Sonderschule.

6.4 Patientenrelevante Effekte von flächendeckenden Früherkennungsuntersuchungen auf UESS

Generell könnte der Nutzen eines Sprachscreenings und der damit verbundenen früheren Entdeckung der Entwicklungsstörung darin bestehen, dass der Anschluss an die natürliche sprachliche Entwicklung gefunden wird. Folgen des initialen Sprachdefizits, sowohl die weitere Sprachentwicklung als auch alle anderen Entwicklungsbereiche betreffend, könnten so vermieden werden. Die Operationalisierungen von Zielen in der Rotterdamstudie stellen Beispiele für einen denkbaren Nutzen dar (z. B. Vermeidung von Sonderbeschulung und Klassenwiederholungen, Schulleistungen im Bereich Sprache).

Auf den ersten Blick weniger nahe liegend ist die Vorstellung eines möglichen Schadens durch ein Sprachscreening. Im Rahmen eines Screenings werden – solange es keinen „perfekten“ Screeningtest im Sinne 100 %iger Sensitivität und Spezifität gibt – immer auch Fehlklassifikationen der untersuchten Personen vorgenommen. Falsch negative Diagnosen können dazu führen, dass Eltern sich zu Unrecht in Sicherheit wännen. Insbesondere im Zusammenhang mit falsch positiven Befunden stellt sich die Frage, wie sich das Labeling mit einer Diagnose „Sprachstörung“ auf das Kind und sein Umfeld auswirkt; hier sind negative Effekte generell vorstellbar. Dieser Aspekt wurde durch die in den vorliegenden Bericht eingeschlossenen Studien nicht untersucht. Eine experimentelle Studie von Ritterfeld [159,160] mit 3-jährigen Kindern und Erwachsenen liefert allerdings Hinweise darauf, dass allein die Mitteilung einer Störungsdiagnose eine ungünstige Veränderung des Interaktionsverhaltens der erwachsenen Interaktionspartner der Kinder nach sich ziehen kann. Dabei wurden sprachlich unauffällige Kinder in der Experimentalgruppe Erwachsenen mit einer fiktiven Störungsanamnese präsentiert, in der Kontrollbedingung wurden die Kinder als unauffällig vorgestellt. Eine Analyse der Dialoge ergab, dass die Erwachsenen in dem Bemühen, dem Kind etwas „beizubringen“, mit den vermeintlich auffälligen Kindern rigider und mit gesteigertem Sprachlehrverhalten interagierten und so einen Interaktionsstil anwendeten, der letztendlich als weniger sprachförderlich eingeschätzt wurde – also ähnlich, wie es bei Müttern tatsächlich sprachgestörter Kinder festgestellt wurde [161]. Ritterfeld [159] nennt 3 Risikofaktoren, die allein durch die Diagnose einer Spracherwerbsstörung wirksam werden können: 1) Die Bezugsperson verfällt in einen weniger sprachförderlichen Interaktionsstil in der falschen Annahme, gerade dadurch fördern zu können; 2) die Bezugsperson vermittelt dem Kind Sorge und mangelnde Akzeptanz, die sich demotivierend und entwicklungshemmend auswirken kann; 3) die Bezugsperson reduziert die kognitive

Komplexität ihrer Interaktionen und unterfordert das Kind. Ein möglicher Schaden durch eine frühe Verdachtsdiagnose, die im Rahmen eines Screenings zwangsläufig auch Kindern ohne tatsächliche Störung (falsch positive Befunde) gestellt wird und die im ungünstigsten Fall entsprechende Störungen im Kommunikationssystem zwischen Eltern und Kleinkind auslöst, kann also nicht ausgeschlossen werden (vgl. [7]) und muss dem möglichen Nutzen, der u. a. in der Vermeidung ungünstiger Interaktionen bei tatsächlich sprachgestörten Kindern liegen könnte, gegenübergestellt werden. Insbesondere wenn die Screeninguntersuchung und die sich daran anschließende Maßnahmen bei sehr kleinen Kindern ansetzen, ist davon auszugehen, dass auch solche Kinder behandelt werden, die ihre frühen Sprachdefizite von alleine aufgeholt hätten (Überdiagnose) (vgl. [15]). In diesen Fällen könnten entsprechende Maßnahmen zudem eine unnötige zeitliche und organisatorische Belastung für die Familien bedeuten.

Als Grundlage für eine Nutzenbewertung des Sprachscreenings sollten also nicht nur Daten zu patientenrelevanten Nutzenendpunkten vorliegen, sondern auch zu denkbaren Nebenwirkungen, Schäden oder unnötigen Therapien (Übertherapie).

6.5 Diagnostische Güte deutscher Verfahren zur Früherkennung von UESS

Es wurde kein Verfahren zur Diagnose von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache identifiziert, das für den Einsatz im Rahmen eines Screenings ausreichend validiert ist. Fragen nach dem geeigneten Alter für die Durchführung entsprechender Tests sowie bezüglich der Praktikabilität des Einsatzes konnten deshalb nicht beantwortet werden. Ebenso ist keine Aussage darüber möglich, ob ein standardisierter Screeningtest effektiver oder weniger effektiv ist als die anamnestischen Fragen im aktuellen Früherkennungsprogramm. Zu der diagnostischen Güte des derzeitigen Vorgehens im Rahmen der U-Untersuchung bezüglich der Entdeckung von UESS wurde im Rahmen der Recherche ebenfalls keine Evidenz identifiziert.

Während der Berichtserstellung zeigte sich, dass es keinen allgemein akzeptierten Goldstandard zur Diagnose von UESS gibt (vgl. Erörterung zum Berichtsplan [162]). Darüber hinaus wurde deutlich, dass auch ein allgemein akzeptiertes, standardisiertes Referenzverfahren zur Diagnostik von UESS im deutschen Sprachraum derzeit nicht vorhanden ist (vgl. Anhörung zum Vorbericht [21]). Dies stellt besondere Herausforderungen an die notwendigen Studien zur Validierung eines Screeningtests.

Um die diagnostische Güte eines Instruments für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen zu ermitteln, sind Studien zu fordern, die ein unselektiertes (Screening-)Kollektiv untersuchen und eine geeignete Referenzmethode zur Feststellung der UESS einschließlich entsprechender Ausschlussdiagnostik anwenden. Dabei ist es notwendig, dass alle Kinder sowohl mit dem Screeningtest als auch mit dem Referenztest untersucht werden – unabhängig davon, ob sie im Screeningtest auffällig sind oder nicht. Für die verlässliche Ermittlung der diagnostischen Güte (Sensitivität, Spezifität, positiver und

negativer prädiktiver Wert) mittels einer Vierfeldertafel ist darüber hinaus eine lückenlose Dokumentation des Patientenflusses erforderlich.

6.6 Patientenrelevante Effekte von Interventionen

Generell zeigten sich kurzfristige positive Effekte von Interventionen für Kinder mit umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache. In den 16 randomisierten Therapiestudien zeigten die meisten Vergleiche bezüglich der Sprachentwicklung eine Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber den nicht behandelten Gruppen. Teilnehmer von Interventionsprogrammen verbesserten ihre Grammatik und bildeten komplexere Satzgefüge, erweiterten ihren Wortschatz sowie das Laut- und Silbenrepertoire und artikulierten präziser. Sie verstanden und produzierten mehr Wörter und Sätze als die Kinder in den unbehandelten Kontrollgruppen. Positive Ergebnisse fanden sich auf allen linguistischen Ebenen und in allen vertretenen Altersgruppen. Angesichts der häufig sehr kleinschrittigen Abbildungen des sprachlichen Entwicklungsprozesses muss die Patientenrelevanz der gefundenen Effekte für einige untersuchte Zielgrößen infrage gestellt werden. Darüber hinaus wären theoretische Begründungen hinsichtlich der klinischen Relevanz der statistischen Unterschiede für die zukünftige Forschung wünschenswert (vgl. [163,164]). Die Heterogenität des Studienpools hinsichtlich Interventionsmethoden, Einschlusskriterien, Schweregrad, Intensität, Dauer der Maßnahme sowie Zielgrößen erschwert eine sinnvolle Kondensation der Effekte. Zusätzlich fanden sich vereinzelt Versuche, Interventionen hinsichtlich psychosozialer und kognitiver Parameter zu evaluieren.

Als Einschränkungen der überwiegend positiven Wirksamkeitsbefunde sollte berücksichtigt werden, dass der Studienpool nur eine Auswahl an therapeutischen Verfahren abdeckt. Daher ist ein generalisierender Schluss auf andere, in den eingeschlossenen Studien nicht untersuchte Interventionsverfahren kaum möglich. Weiterhin muss die Patientenrelevanz der untersuchten Ziele relativiert werden, da sie alle nur kurzfristige Effekte betreffen. Von größerer Relevanz für die Zielgruppen wären aber insbesondere globalere und längerfristige Maße wie Beschulung und Lebensqualität, zu denen keine Daten vorliegen. Die Nachhaltigkeit der in den Studien gezeigten Vorteile therapierter Kinder muss daher bisher als weitestgehend unerforscht bezeichnet werden. Auch angesichts der Unsicherheiten zum natürlichen Verlauf können die bisher vorliegenden Interventionsstudien damit lediglich als Momentaufnahme gesehen werden [163]. Darüber hinaus ist zu bemängeln, dass keine der eingeschlossenen Studien Daten zu möglichen unerwünschten Folgen der Behandlung für die betroffenen Kinder lieferte. In einer die Glogowska-2000-Studie begleitenden qualitativen Untersuchung [165] wurde im Rahmen von Elterninterviews der Frage nach einem möglichen Schaden durch die Therapie explizit nachgegangen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Therapie insgesamt anscheinend keine schädlichen Effekte gehabt habe und die Kinder in der Behandlungsgruppe keine schlechteren Behandlungsergebnisse hätten als die Kinder der Kontrollgruppe. Allerdings sei die Sprachbehandlung für einige Eltern nicht unproblematisch gewesen in dem Sinne, dass manche Eltern nicht willens oder in der Lage

waren, die Therapie gemeinsam mit ihren Kindern durchzuführen. So wird u. a. die Diskrepanz beschrieben, dass von den Eltern großes Engagement im therapeutischen Prozess erwartet wurde, diese sich dabei aber nicht genügend unterstützt fühlten. Ohne genauere Daten kann man an dieser Stelle nur spekulieren, inwieweit sich eine dadurch möglicherweise ausgelöste Verunsicherung auf die Eltern-Kind-Beziehung und damit mittelbar auf das Kind auswirken könnte. Sicherlich ist dies aber ein Aspekt, der in zukünftigen Studien zur Evaluation von sprachtherapeutischen Interventionen berücksichtigt werden sollte.

Zusätzlich wird die Tragweite der Befunde aus den 16 Studien durch die überwiegend geringe Studienqualität limitiert. Die beiden größten und qualitativ hochwertigsten Studien sind aufgrund ihrer Besonderheiten in der untersuchten Intervention nur eingeschränkt mit den anderen Studien vergleichbar. Glogowska 2000, die praktisch keine Effekte auf die sprachbezogenen Ziele der behandelten Kinder zeigte, deckte durch ihre multizentrische Konzeption eine breite Palette therapeutischer Methoden ab. Allerdings war die durchschnittliche Therapiefrequenz mit 8 Sitzungen in 12 Monaten ausgesprochen gering. Gillam 2008 untersuchte im Rahmen eines 6-wöchigen Ferienprogramms mit einer Trainingsintensität von 5-mal wöchentlich 100 Minuten die Wirksamkeit eines computerbasierten Therapieprogramms, konnte jedoch keine Überlegenheit gegenüber einer Sham-Intervention zeigen. Angesichts der Tatsache, dass beide Studien deutlich von der hiesig üblichen und als sinnvoll erachteten Behandlungspraxis (i. d. R. wöchentliche Therapiesitzungen) abweichen, sind die Ergebnisse dieser beiden Studien allerdings nur sehr eingeschränkt auf die hiesige Versorgung übertragbar.

Besondere Berücksichtigung verdient die kürzlich veröffentlichte Evaluationsstudie zum Heidelberger Elterntaining (Buschmann 2008). Sie ist nicht nur die bislang einzige publizierte Studie mit randomisiertem Design im deutschen Sprachraum, sondern verspricht auch angesichts der außergewöhnlichen Laufzeit für die Zukunft langfristige Ergebnisse sowohl hinsichtlich der sprachlichen als auch der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung der untersuchten Kinder.

Nach den vorliegenden Unterlagen (Registereintrag sowie Studienprotokoll, das durch die Autoren zur Verfügung gestellt wurde) bezog sich die geplante Hypothese auf einen Mittelwertsvergleich bezüglich der Gesamtgruppe aller Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerung (expressiv und / oder rezeptiv) auf allen Untertests des SETK-2 bzw. 3-5 als den primären Endpunkten. Bisher liegen nur Daten für die Subgruppe von Kindern mit rein expressiver Sprachentwicklungsverzögerung bezogen auf den ELFRA-2 sowie den SETK vor; die Auswertung der Kinder mit rezeptiv-expressiver Beeinträchtigung ist zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts noch nicht veröffentlicht. Auch die weiteren, sekundären Zielgrößen zu den sprachlichen Fähigkeiten und zum Verhalten befinden sich nach Auskunft der Autoren noch in der Auswertung. Damit bilden die zum jetzigen Zeitpunkt vorliegenden Daten nur einen kleinen Ausschnitt des eigentlichen Studiendesigns ab. Während zum Zeitpunkt der ersten Nachmessung (3 Monate nach Ende des Trainings) auf

allen Instrumenten zur Erfassung der Sprachproduktion die Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe Vorteile aufweist, zeigt sich im Nachtest (mit 3 Jahren, 9 Monate nach Ende des Trainings) nur noch auf 2 von 3 ELFRA-Untertests und 1 von 2 Untertests des SETK 3-5 ein statistisch signifikanter Vorteil für die Interventionsgruppe.

Das Heidelberger Elterntraining wird laut Internetauftritt [166] als Programm beschrieben, das sich an Eltern sprachentwicklungsverzögerter Kinder richtet, und es wird darauf verwiesen, dass die Wirksamkeit im Rahmen einer Evaluationsstudie nachgewiesen worden sei. Angesichts dieses breiten Anspruchs wäre eine umfassende Analyse der bisher erhobenen und der demnächst aus den Follow-up-Untersuchungen zu erwartenden Daten für alle Zielgruppen zu begrüßen.

Für eine weitere randomisierte Studie zur sprachtherapeutischen Frühintervention bei Late-Talker-Kindern ist die Veröffentlichung der Ergebnisse für dieses Jahr zu erwarten (Autorenmitteilungen; vgl. Anhang G).

6.7 Vorteile einer früheren Behandlung

Für die Frage nach den Vorteilen eines früheren Therapiebeginns konnte keine relevante Evidenz identifiziert werden. 3 direkte Vergleiche mussten bei genauerer Betrachtung als ungeeignet für die Beurteilung der hier im Fokus stehenden Frage eingestuft werden. Keine Studie mit einem für einen Altersvergleich von Therapieeffekten angemessenen Design wurde identifiziert. Das Ziehen indirekter Vergleiche durch die Paarung von Studien zur generellen Wirksamkeit scheiterte letztlich an der Heterogenität der Studien in den Vergleichsgruppen. Es bestehen auch grundlegende methodische Schwierigkeiten bei dem Versuch, einen möglichen Vorteil einer früheren Behandlung durch den indirekten Vergleich früherer versus später durchgeführte Interventionen abzuleiten: Mit dem zunehmenden Alter der Kinder ändern sich nicht nur die angemessenen Interventionen und die damit verbundenen (sprachlichen) Ziele. In Abhängigkeit vom Alter der Kinder werden unterschiedliche diagnostische Verfahren eingesetzt und damit unterschiedliche Ausprägungen der Störung identifiziert. Das bedeutet, dass bspw. Kinder, die mit 2 Jahren in einem Testverfahren auffällig sind, sich hinsichtlich ihrer Prognose deutlich unterscheiden können von Kindern, die mit 5 Jahren Auffälligkeiten aufweisen. Sogar wenn sich Unterschiede in der Größe des Behandlungseffektes in unterschiedlichen Altersgruppen zeigen würden, könnten diese also nicht mit letzter Sicherheit auf die Variable Behandlungsbeginn zurückgeführt werden. Die Recherche ergab einen Hinweis auf ein umfassendes laufendes Forschungsprojekt, in dem 3 Gruppen von je 20 Kindern verglichen werden sollen, die in unterschiedlichem Alter abgeklärt werden und mit der Therapie beginnen: eine Gruppe zwischen 2 ½ und 3 Jahren wegen verzögerten Sprachbeginns, eine Gruppe zwischen 3 ½ und 4 Jahren wegen schwer verständlicher Sprache und eine Gruppe im Alter von 4 ½ bis 5 Jahren wegen einer spezifischen Spracherwerbsstörung. Die Publikation der Ergebnisse ist für 2011 zu erwarten [79]. Allerdings wird auch hier bei der Interpretation die Schwierigkeit bestehen, dass – falls

sich Unterschiede im Therapieerfolg zeigen sollten – diese nicht nur auf eine unterschiedliche Effektivität der Therapie in Abhängigkeit von deren Beginn, sondern auch auf Unterschiede hinsichtlich der Prognose der Störung in Abhängigkeit vom Alter bei der Diagnosestellung zurückzuführen sein könnten.

Die Frage nach dem optimalen Zeitpunkt für eine sprachtherapeutische Behandlung lässt sich anhand der identifizierten Studien zu Behandlungseffekten somit nicht beantworten. Vor dem Hintergrund der verschiedenen Theorien zum kindlichen Spracherwerb ließe sich zwar die Empfehlung einer möglichst frühzeitigen Intervention bei verzögerter Sprachentwicklung theoretisch gut begründen, und sie wird von vielen Wissenschaftlern unterstützt [160,167,168]). Dem entgegenzuhalten ist jedoch zum einen die vermutlich mit der früheren Diagnosestellung wachsende diagnostische Unschärfe. Zum anderen muss auch die mit der Verjüngung des Therapieeinstiegsalters wachsende Zahl von Kindern bedacht werden, deren Sprachproblem spontan remittieren würde. D. h. der möglicherweise besseren Therapierbarkeit jüngerer Kinder mit Sprachstörungen steht eine höhere Rate an falsch positiven Diagnosen und Übertherapien gegenüber. Zu diesen sorgsam abzuwägenden Gesichtspunkten fehlen wissenschaftliche Daten. Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach dem Nutzen einer früheren Diagnose und einer damit verbundenen früheren Einleitung der Behandlung letztendlich nur im Rahmen einer entsprechenden Screeningstudie zu beantworten.

6.8 Ergebnisse und Schlussfolgerungen anderer systematischer Übersichtsarbeiten

Im Rahmen der Recherche wurden mehrere Übersichtsarbeiten identifiziert, die ähnliche Fragestellungen wie die des vorliegenden Berichts untersuchten (vgl. Anhang F). Dem vorliegenden Bericht am nächsten kommen die systematischen Übersichten von Nelson 2006 für die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [155,155,169] sowie von Law 1998 im Auftrag des National Health Service (NHS) [156,170] zum Nutzen eines Screenings auf Sprachentwicklungsstörungen („speech and language delay“).

Beide HTAs identifizierten keine kontrollierten Screeningstudien (die Langzeitergebnisse der Rotterdamstudie wurden erst 2007 publiziert und konnten deshalb in die Berichte noch nicht einfließen). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass für die Einführung eines bevölkerungsweiten, systematischen Screenings die vorliegende Evidenz nicht ausreicht [156] und grundlegende Fragen noch offen sind (einzusetzende Instrumente, optimales Alter, angemessene Zeitintervalle) [155]. Die Einschätzung des britischen HTA aus dem Jahr 1998 wurde in einem Kurzbericht des National Screening Committee 2005 bestätigt [171].

Zur Frage nach der diagnostischen Güte deutschsprachiger Instrumente wurden in diesen beiden HTAs keine Aussagen getroffen.

Sowohl im HTA von Nelson [155] also auch in dem von Law [156] wurde die Frage nach der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen bei primären Sprachentwicklungsstörungen separat untersucht. Zusätzlich veröffentlichte Law hierzu einen Cochrane Review [12] sowie auf

derselben Datenbasis eine Meta-Analyse [143]. In den Cochrane Review wurden ausschließlich randomisierte Studien eingeschlossen. Im Unterschied zum vorliegenden Bericht wurden immer nur die primären Endpunkte einer jeden Studie in die Analyse einbezogen. 33 Studien, die im Recherchezeitraum bis 2002 identifiziert worden waren, wurden eingeschlossen, 25 Studien gingen in eine Meta-Analyse ein. Eine solche wurde in dem vorliegenden Bericht für nicht probat befunden. Für denselben Zeitraum stimmen die im Rahmen des Cochrane Review ausgewerteten Studien nur zum Teil mit den in dem vorliegenden Bericht identifizierten Studien überein: Eine Analyse der Ausschlussgründe dieser Studien ergab, dass insbesondere die strengeren Anforderungen der vorliegenden Arbeit an die durchgeführte (Ausschluss-)Diagnostik zum Ausschluss einiger von Law einbezogener Studien führte – so wurde ein Teil der Interventionsstichproben im vorliegenden Bericht nicht als UESS klassifiziert. Ein anderer Teil wurde zunächst als relevant eingestuft und im Studienpool aufgelistet, dann aber nicht in die Nutzenbewertung aufgenommen, weil 2 aktive Gruppen miteinander verglichen worden waren bzw. auch die Kontrollgruppe in relevantem Ausmaß Zugang zu Therapiemaßnahmen hatte. Eine von Law identifizierte Studie (unveröffentlichte Magisterarbeit) konnte trotz entsprechender Bemühungen nicht im Volltext beschafft werden. Eine von Law selbst durchgeführte Studie [112] wurde im vorliegenden Bericht wegen eines nicht adäquaten Vorgehens bei der Randomisierung ausgeschlossen. Das Fazit des vorliegenden Berichts würde sich auch bei einem Einschluss dieser Studie nicht ändern. Nelson (2006) [155] schloss Studien mit Kindern bis einschließlich 5 Jahre und – im Unterschied zur vorliegenden Untersuchung – nur englischsprachige, voll publizierte Studien ein. Insgesamt gingen so 25 Interventionsstudien in die Bewertung ein. Auch hier gab es einige Diskrepanzen zum vorliegenden Bericht hinsichtlich des Einschlusses von Studien. Wie in der Arbeit von Law wurde für die Bewertung eine Reihe von Studien zugelassen, die für die vorliegende Untersuchung das Einschlusskriterium bezüglich der Diagnostik der UESS verletzen.

Sowohl Law [12,143,156] als auch Nelson [155] stellen eine Wirksamkeit der Interventionen bezüglich sprachlicher Variablen fest. Law [12,143] sah diese Wirksamkeit insbesondere bei Kindern mit expressiven phonologischen Störungen, weniger deutlich bei expressiven syntaktischen Störungen und kaum bei rezeptiven Störungen. Allerdings verwies er auf die erhebliche Heterogenität der Studien- und Ergebnislage. Nelson nahm keine differenziellen Bewertungen der Wirksamkeit nach der Therapieform oder Störungsart vor [155]. In ihrer Studie wurden die zu beobachtenden Therapieerfolge wegen der Unterschiedlichkeit der wenigen Studien als nicht generalisierbar eingeschätzt. Analog zur vorliegenden Arbeit relativierte Nelson die Evidenz für die Wirksamkeit mit dem Hinweis auf das Fehlen von Ergebnissen zur Langzeitwirkung – insbesondere auch auf nicht sprachliche Variablen – und zu etwaigen unerwünschten Folgen von Therapie und die Tatsache, dass sich auf Grundlage der Studien kein optimales Behandlungsalter ableiten ließe.

Außerdem wurden weitere, vornehmlich ältere HTA-Berichte gefunden, die diesen Einschätzungen nicht widersprechen.

6.9 Annahmen, Grenzen, Unsicherheiten des vorliegenden Berichts

Das oft hohe Verzerrungspotenzial der Studien und des darin verwendeten Instrumentariums limitiert die Aussagekraft der identifizierten Evidenz. Wenige Therapiestudien konnten eine transparente Randomisierungsprozedur oder Maßnahmen zur Sicherung des Concealment vorweisen, die Verblindung der Erheber der Zielgrößen blieb häufig unklar. Zahlreiche essenzielle Informationen zur Beurteilung der Studienqualität konnten den Publikationen nicht entnommen werden. Die Extraktion der in den Studien gesuchten Daten erfolgte für den vorliegenden Bericht unabhängig durch 2 Beurteiler. Aufgrund der generell eher schlechten Berichtsqualität der Studien mussten teilweise Angaben rekonstruiert werden. Solche Unsicherheiten betrafen z. B. die Feststellung einer UESS-Diagnose, die in den internationalen Arbeiten fast nie explizit enthalten war, sondern aus der Auflistung der Ausschlussdiagnosen erschlossen werden musste. Andere Unsicherheiten betrafen Randomisierungsprozeduren oder die Abgrenzung prospektiv geplanter von Post-hoc-Auswertungen. Im Zweifelsfall wurden entsprechende Studien immer eingeschlossen.

Um alle relevanten Studien zu identifizieren, die den Einschlusskriterien entsprechen, wurde eine umfangreiche Literatursuche durchgeführt. Dazu gehörten Recherchen in elektronischen Datenbanken sowie die Handsuche in den Referenzlisten der Überblicksarbeiten und einschlägigen Fachzeitschriften. Zusätzlich zu den eigenen Suchstrategien fanden diejenigen Referenzen Berücksichtigung, die im Rahmen der Stellungnahmeverfahren zum Berichtsplan 0.1 und Vorbericht 1.0 bzw. der Anhörung zum entsprechenden Beratungsthema im G-BA von den stellungnehmenden Experten zur Verfügung gestellt worden waren, sowie Unterlagen, die von der Themengruppe des G-BA übermittelt worden waren. Einige unpublizierte Arbeiten, die von den Suchen identifiziert worden waren, waren nur über Autorenanfragen als Volltexte zu bekommen. Es ist unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden. Eine über andere systematische Übersichten identifizierte Therapiestudie (Lancaster 1991, unveröffentlichte Magisterarbeit) war trotz großer Bemühungen nicht beschaffbar. Es wird jedoch angenommen, dass diese Studie die Ergebnisse des vorliegenden Berichts nicht wesentlich verändert hätte.

Unvermeidlich ist das Problem des Publikationsbias. Es ist möglich und sogar wahrscheinlich, dass Studien mit positiven Therapieeffekten eher publiziert und dadurch eher gefunden werden konnten. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Ergebnisse der Studien verzerrt sind, da zu keiner der identifizierten Studien ein Studienprotokoll vorab publiziert worden war und nur 3 Studien eine Fallzahlkalkulation enthielten.

Eine klinische Abwägung erfolgte bei der Entscheidung, ob die Vergleichsgruppe als unbehandelt einzustufen ist. Studien, in denen die Kinder der Vergleichsgruppe explizit Zugang zu sprachtherapeutischen Maßnahmen hatten, wurden nicht in die Nutzenbewertung aufgenommen, da im Falle eines nicht signifikanten Unterschiedes zwischen beiden Gruppen dieses Ergebnis dann nicht sicher auf die fehlende Wirksamkeit der geprüften Intervention,

sondern möglicherweise auch auf die positiven Effekte der Maßnahmen in der Vergleichsgruppe zurückzuführen gewesen wäre. Kontrollgruppen mit einer sogenannten Sham-Behandlung wurden dann zugelassen, wenn von den Autoren explizit beschrieben wurde, dass diese keine spezifischen Wirkelemente enthielten. Zudem wurden auch solche Studien aufgenommen, in denen die Kinder beider Gruppen eine Sprachheilschule besuchten, um nicht Studien mit älteren Kindern per se auszuschließen. Trotzdem kommt der vorliegende Bericht zu vergleichbaren Ergebnissen wie andere Reviews, die beim Einschluss von Studien hinsichtlich des Studiendesigns weniger rigide vorgehen.

In den Untersuchungen wurden sowohl eine Reihe verschiedener direkter Testverfahren eingesetzt als auch Elternberichte. Insbesondere in Studien mit sehr jungen Kindern (z. B. Girolametto 1996, 1997) wurden auch systematische Verhaltensbeobachtungen (meist Sprachproben, analysiert anhand standardisierter Auswertungsverfahren) eingesetzt, die sehr kleine Schritte im sprachlichen Entwicklungsprozess erfassen. Um angesichts der Vielzahl und Unterschiedlichkeit der erhobenen Zielgrößen im Bereich der Sprachentwicklung überhaupt zusammenfassende Aussagen treffen zu können, wurden diese Zielgrößen den verschiedenen linguistischen Ebenen zugeordnet. Eine entsprechende Kondensation von Informationen geht zwangsläufig mit einigen Unschärfen einher, die im Rahmen des vorliegenden Berichtes jedoch in Kauf genommen werden mussten. Eine theoretische alternative Vorgehensweise, mit der Vielzahl der in den Studien erhobenen Zielgrößen umzugehen, hätte in der Beschränkung auf primäre Zielgrößen bestanden. Ein solches Vorgehen, wie bspw. von Law 2003 [12] gewählt, wurde jedoch als nicht sinnvoll beurteilt, u. a. da in vielen Studien offensichtlich nicht a priori ein primäres Zielkriterium definiert worden war, und wäre mit einem deutlich größeren Informationsverlust verbunden gewesen.

In den Reviews von Law (2003, 2004) [12,143] wurden die Interventionseffekte von verschiedenen Sprachtherapien auch mithilfe von Meta-Analysen ausgewertet. Auf solche Meta-Analysen wurde im vorliegenden Bericht verzichtet. Meta-Analysen sind nur dann sinnvoll, wenn die in die Auswertungen eingehenden Studien vergleichbare Interventionen erprobt haben [140]. Die im vorliegenden Bericht betrachteten Sprachtherapien sind aber so komplexe und unterschiedliche Interventionen, dass von einer ausreichenden Ähnlichkeit nicht ausgegangen werden kann. Die Autoren entschieden sich angesichts des relativ kleinen Studienpools und der darin repräsentierten großen Heterogenität hinsichtlich Stichproben, Schweregraden, Interventionen und Endpunkten für einen qualitativ beschreibenden Zugang zur Bewertung der Effekte. Auch der Einsatz von Sensitivitätsanalysen schien eher fragwürdig, da die klinischen Unterschiede in den zu bildenden kleinen Analysegruppen eine Zuschreibung von etwaigen Effekten auf die kontrollierte Variable erschwert hätten. Hinzu kamen theoretische Bedenken, wie z. B. hinsichtlich der Unterscheidung zwischen expressiver und rezeptiver Sprachstörung, wie sie Law (2003, 2004) [12,143] getroffen hatte. Im vorliegenden Bericht wurde eine solche Gruppierung, selbst wenn von den Autoren der eingeschlossenen Studien berichtet, im Hinblick auf die große Variabilität sprachlicher Entwicklung zumindest für jüngere Kinder als fragwürdig bewertet [3,4,8,9].

Eine weitere mögliche Limitierung betrifft die Übertragbarkeit der internationalen Evidenz auf deutsche Kinder, die deutsche Sprache und das deutsche Gesundheitssystem. Obgleich die Sprachentwicklung und Phänomene der gestörten Sprachentwicklung von der konkreten Sprache unabhängig sind, sind kulturelle Spezifika und Eigenheiten des jeweiligen Gesundheitswesens bei der Beurteilung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren nicht unerheblich. Mit der Eingrenzung der diagnostischen Teilfragestellung auf den deutschen Sprachraum wurde jedoch ein Teil dieses Problems vermieden. Darüber hinaus erscheinen die für den vorliegenden Bericht aus diesem Gesichtspunkt resultierenden Begrenzungen der Aussagekraft angesichts der erheblichen Wissenslücken als vernachlässigbar.

Den oben beschriebenen großen Diskrepanzen zwischen den berichteten Zahlen zur Prävalenz liegen uneinheitliche Diagnosepraktiken und Definitionen von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen zugrunde. Diese Uneinheitlichkeiten erschwerten auch die Auswahlentscheidungen für Studien, die in den vorliegenden Bericht eingeflossen sind. Sprachentwicklungsstörungen können verschiedene Ursachen haben und die Ätiologie ist nicht abschließend geklärt. Die Manifestationsformen sind komplex und Sprachentwicklungsstörungen verändern abhängig vom Alter des Kindes ihre Erscheinungsform. Ähnliche Symptome können verschiedene Ursachen haben; eine Differenzialdiagnose ist also schwierig.

Der dem deutschen Begriff der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung international entsprechende lautet „Specific Speech / Language Impairment“ oder „Specific Speech / Language Disorder“. Diese Definitionen schließen ein, dass Kinder einerseits eine normale Intelligenz und normale nonverbale Leistungen aufweisen, andererseits aber in ihren verbalen Leistungen unter dem Altersdurchschnitt liegen. Auf dieser Diskrepanz beruht auch die Diagnose einer UESS nach ICD-10. Die diagnostischen Anforderungen der ICD-10 werden aber von verschiedenen Gruppen unterschiedlich streng angewandt. So liegen der Diskrepanz zwischen den Schätzungen von Tomblin (1997) [22] und Stevenson (1976) [154] neben dem unterschiedlichen Alter der untersuchten Kinder (5- versus 3-Jährige) auch verschiedene Definitionen des Diskrepanzkriteriums zugrunde [23]. Tomblin forderte eine normale Intelligenz (d. h. IQ mindestens 85) und eine Sprachleistung von unterhalb von 1,25 Standardabweichungen [22]. Stevenson definierte Sprachstörungen als spezifisch, wenn die expressive Sprachleistung zumindest ein Drittel unter dem für das nonverbale Entwicklungsalter für normal gehaltenen Wert lag und gleichzeitig das Entwicklungsalter mindestens zwei Drittel des chronologischen Alters betrug [154]. Die international geläufigere Unterscheidung von Sprachstörungen in „primary language delay“ und „secondary language delay“ ist im Vergleich zu den ICD-10-Kriterien viel weniger streng und unterscheidet die Sprachstörungen danach, ob eine klare Ätiologie bekannt ist. Therapiestudien, die auf dieser Unterscheidung beruhen [12,143], verwenden eine breite Palette von Verfahren zum Ausschluss von Hörstörungen und allgemeinen Entwicklungsstörungen, legen aber das strenge Diskrepanzkriterium der ICD-10 nicht an.

Insbesondere bei kleinen Kindern (d. h. jünger als 2 ½ Jahre) gibt es neben dem Problem, dass sprachfreie, rein kognitive Testverfahren nicht vorhanden sind, noch die Schwierigkeit der eingeschränkten Testbarkeit.

Mit einer sehr eng bei der ICD-10 liegenden Definition von UESS für die vorliegende Untersuchung hätten keine Interventionsstudien eingeschlossen werden können. Da ein so strenges Verständnis der Diagnosekriterien aber an der Forschungswirklichkeit vorbeigegangen wäre, wurden auch „primary language disorders“ als UESS akzeptiert, wenn eine Berücksichtigung der ätiologischen Differenzialdiagnosekriterien ersichtlich war.

Eine besondere und nicht abschließend lösbare Schwierigkeit der vorliegenden Untersuchung war schon der Fragestellung inhärent. Die Einführung flächendeckender Sprachuntersuchungen würde zwangsläufig dazu führen, dass neben Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen auch Kinder mit anderen sprachlichen Auffälligkeiten identifiziert werden. Gemäß der Auftragsstellung wurde im vorliegenden Bericht die Evidenz bezüglich des möglichen Nutzens eines Sprachscreenings allerdings speziell für die Gruppe der Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen bewertet. Damit wird im vorliegenden Bericht nur ein Ausschnitt des möglichen Nutzens und Schadens eines flächendeckenden Sprachfrüherkennungsprogramms abgebildet: Aussagen darüber, ob und welche patientenrelevanten Effekte die Einführung eines Sprachscreenings für Kinder mit anderen Sprachauffälligkeiten haben würde, können auf der Basis dieses Berichtes nicht getroffen werden.

6.10 Derzeit laufende Untersuchungen

Derzeit laufen mehrere Studien in Deutschland, die für die vorliegende Fragestellung des vorliegenden Berichtes relevant sind:

Im Rahmen des in Hessen laufenden Kindersprachscreenings (KiSS) wurde ein diagnostisches Screeninginstrument zur Entdeckung von Sprachstörungen für 4- bis 4 ½-jährige Kinder entwickelt; die Auswertungen zu den diagnostischen Gütekriterien wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Vorbericht eingereicht. Das Instrument wird derzeit weiterentwickelt (Ergänzung um 2 Untertests [52]) und die konkurrente Validität an einer neuen Stichprobe von 50 Kindern untersucht (vgl. Protokoll der Erörterung [21]). Belastbare Daten zur diagnostischen Güte hinsichtlich umschriebener Sprachentwicklungsstörungen können nur unter der Voraussetzung erwartet werden, dass im Rahmen der Evaluierung ein geeigneter Referenzstandard eingesetzt werden kann.

Zum Nutzen von Interventionen läuft bis 2011 das Forschungsprojekt zum Heidelberger Elterstraining für Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen, das auch Ergebnisse zu den langfristigen Auswirkungen liefern wird [139]. Die Veröffentlichung der Daten zur Subgruppe der Kinder mit gemischt expressiv-rezeptiven Sprachentwicklungsverzögerungen

ist angekündigt. In der Zukunft sind gemäß Studienprotokoll Ergebnisse zu weiteren, auch langfristigen, sprachlichen und verhaltensbezogenen Zielgrößen zu erwarten.

Für eine weitere randomisierte deutschsprachige Studie zur direkten sprachtherapeutischen Intervention mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern [78] liegt noch keine Vollpublikation vor.

Für ein umfassendes Forschungsprojekt [79], das – allerdings mit den oben beschriebenen Einschränkungen – unter anderem die Wirksamkeit von Sprachtherapie in Abhängigkeit vom Alter bei Behandlungsbeginn untersucht, sind die Ergebnisse für 2011 angekündigt.

Die genannten – auch die langfristig angelegten – Interventionsstudien werden wegen der noch lang andauernden Laufzeiten in nächster Zukunft nur Ergebnisse zu kurzfristigen Effekten sprachtherapeutischer Maßnahmen liefern. Insofern können deren Ergebnisse in der nächsten Zeit die Evidenzlage bezüglich der Wirksamkeit von Sprachtherapie nicht bedeutend verändern.

6.11 Implikationen für die Forschung

Derzeit fehlen in Deutschland die methodischen Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Forschungsbedarf gibt es zuerst für die Validierung eines Screeningtests. Dabei stellt die Verwendung eines geeigneten Referenztests eine besondere Herausforderung dar. Dies beinhaltet auch, dass für den Fall eines positiven Screeningtests eindeutige Vorgehensweisen zur Bestimmung der endgültigen Diagnose und der anschließenden Therapie festgelegt sein müssen. Wird ein Test validiert, der in einem sehr frühen Lebensalter angewendet werden soll, ist zu bedenken, dass bei sehr jungen Kindern beim derzeitigen Forschungsstand noch nicht definitiv zwischen der normalen Variation und einer behandlungsbedürftigen Störung unterschieden werden kann [64]. Bei der Validierung eines diagnostischen Instrumentes sind darüber hinaus die Belange von Kindern mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen.

Sofern die Validierung eines Tests für den deutschen Sprachraum in Angriff genommen wird, sollten auch Anforderungen an die Qualitätssicherung definiert werden. Diese Zeitspanne lässt sich nutzen, um in Fachkreisen einen Konsens zu erreichen, auf welche patientenrelevanten Endpunkte Studien ausgerichtet sein sollten und wie diese Endpunkte gemessen werden sollten. Erst diese Vorarbeiten eröffnen die Möglichkeit, Nutzen und Schaden eines Screenings in einer in die deutsche Versorgungslandschaft eingebetteten, vergleichenden Studie zu messen.

6.12 Schriftliche Anhörung zum Vorbericht

Im Rahmen der schriftlichen Anhörung zum Vorbericht der vorliegenden Nutzenbewertung gingen insgesamt 9 Stellungnahmen ein, die den formalen Anforderungen entsprachen (siehe

separates Dokument „Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht“ [21]). Die Repräsentanten dieser Stellungnahmen wurden zu einer mündlichen wissenschaftlichen Erörterung unklarer Aspekte ihrer Stellungnahmen eingeladen. 11 Teilnehmer folgten der Einladung; bei der Erörterung waren alle 9 regulären Stellungnahmen durch Repräsentanten vertreten.

Die wesentlichen Diskussionspunkte aus den Stellungnahmen sowie aus der mündlichen Erörterung werden im Folgenden erläutert.

Berücksichtigung neurobiologischer und neurophysiologischer Erkenntnisse

In mehreren Stellungnahmen wurde angemerkt, dass im Vorbericht die aktuellen neurobiologischen und neurophysiologischen Erkenntnisse nicht ausreichend berücksichtigt worden seien, und es wurden zahlreiche Studien hierzu angeführt.

Eine Reihe der in den Stellungnahmen zitierten Studien zielt darauf ab, mittels verschiedener bildgebender Verfahren des Gehirns eine ungestörte Sprachentwicklung nachzuzeichnen ([172-178], vgl. [179]). Andere Studien gehen der Frage nach, inwieweit sich zwischen Kindern mit gestörter und solchen mit ungestörter Sprachentwicklung strukturelle [180-182] oder funktionelle Unterschiede [183-187] im Gehirn feststellen lassen^h. Dabei ließen sich in verschiedenen Bereichen – zum Teil statistisch signifikante – quantitative Unterschiede beim Vergleich der Durchschnittswerte der verschiedenen Gruppen feststellen. In einem ebenfalls angeführten aktuellen Übersichtsartikel [188, S. 62] wird jedoch darauf hingewiesen, dass die strukturellen und funktionalen Unterschiede zwischen Kindern mit gestörter und ungestörter Entwicklung relativ subtil und eher quantitativ als qualitativ seien. So könnten auch erfahrene Untersucher nicht mit bloßem Augenmaß anhand eines Scans bestimmen, ob ein Kind sprachentwicklungsgestört ist oder nicht. Auch Weber et al. (2005) [186] kommen zu dem Schluss, dass die Methoden zur Analyse von Daten von einzelnen Kindern weiterentwickelt werden müssen, bevor sie als diagnostisches Instrument eingesetzt werden können.

Vor diesem Hintergrund scheint auch die Möglichkeit, wie in einer Stellungnahme sowie in der Erörterung vorgeschlagen, die Ergebnisse elektrophysiologischer Untersuchungen als Referenzstandard heranzuziehen (vgl. unten), zumindest beim derzeitigen Stand der Forschung nicht umsetzbar. Somit ergaben sich keine Änderungen im vorliegenden Bericht.

Berücksichtigung von Studien niedriger Evidenzgrade

Mehrere Stellungnehmende fordern, dass auch Studien niedriger Evidenzgrade zu berücksichtigen seien. Als Argument hierfür werden die Anforderungen des IQWiG-

^h Die hier beschriebenen Daten gehen zu einem wesentlichen Teil auf das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Projekt „FOR 381: Frühkindliche Sprachentwicklung und spezifische Sprachentwicklungsstörungen“ zurück.

Methodenpapiers an die Definition eines Belegs angeführt. Danach soll in der Regel, um vom Beleg eines Nutzens zu sprechen, entweder eine Meta-Analyse von Studien mit endpunktbezogen geringer Ergebnisunsicherheit vorliegen oder sollen mindestens 2 voneinander unabhängig durchgeführte Studien mit endpunktbezogen geringer Ergebnisunsicherheit und entsprechendem statistisch signifikantem Effekt vorliegen, deren Ergebnis nicht durch weitere, vergleichbare endpunktbezogen ergebnissichere Studien infrage gestellt wird [145]. Die Stellungnehmenden argumentieren, dass für keine der 3 Teilfragestellungen entsprechende Studien vorliegen und es deshalb nicht zulässig sei, auf dieser Grundlage eine Nutzenbewertung durchzuführen. Hier liegen offensichtlich mehrere Missverständnisse vor.

Unabhängig davon, wie die Studienlage sich erweist, führt das IQWiG eine Nutzenbewertung durch. Das bedeutet, dass die Studienlage geprüft und bewertet wird. Als ein mögliches Ergebnis dieser Nutzenbewertung kann sich ein Nutzenbeleg ergeben. Von einem Nutzenbeleg wird in der Terminologie des IQWiG gesprochen, wenn ein Beleg (d. h. starke Evidenz im Sinne der oben beschriebenen Studienlage) für einen Nutzen vorhanden ist. Bei schwächerer Evidenz (d. h. wenn Hinweise vorliegen, diese aber nicht die Voraussetzungen für einen wissenschaftlichen Beleg erfüllen) wird davon gesprochen, dass es einen Hinweis auf einen Nutzen gibt. Ein anderes mögliches Ergebnis der Nutzenbewertung ist, dass die Studienlage nicht ausreicht, um einen Beleg für oder einen Hinweis auf einen Nutzen (oder auch Schaden) abzuleiten [145].

Entgegen dem Verständnis der Stellungnehmenden wurde zur Teilfragestellung „Screening“ kein Nutzenbeleg abgeleitet. Stattdessen wurde beschrieben, dass die Studienlage nicht ausreicht, um Aussagen zum Nutzen oder Schaden eines Screenings zu machen, da die Rotterdamstudie – die einzige Studie, die formal den Ein- und Ausschlusskriterien des vorliegenden Berichtes entsprach – keine spezifischen Ergebnisse für die Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen liefert. Damit war auch die Frage nach der Übertragbarkeit der niederländischen Studienergebnisse auf das hiesige Gesundheits- und Schulsystem, die von einigen Stellungnehmenden angezweifelt wurde, nicht relevant.

Die Methodik des Berichtsplans sah vor, neben randomisierten Studien auch nicht randomisierte kontrollierte Screeningstudien – also Studien niedrigeren Evidenzgrades – einzuschließen, sofern adäquate Maßnahmen zur Vermeidung von Selektionsmechanismen ergriffen wurden. Allerdings konnte im Rahmen der umfassenden Literaturrecherche keine entsprechende vergleichende, nicht randomisierte Screeningstudie identifiziert werden. Auch im Rahmen der Stellungnahmeverfahren wurden keine entsprechenden Studien genannt. Deshalb wurden im Folgenden auch Diagnostik- und Therapiestudien betrachtet, um möglicherweise durch die Verbindung von Erkenntnissen aus den Diagnose- und Therapiestudien dennoch Aussagen über den möglichen Nutzen eines Screenings ableiten zu können. Dieses Vorgehen wird im Allgemeinen als schwächere Evidenz betrachtet als

„direkte Evidenz“ aus Screeningstudien, in denen die Auswirkungen der Screeningmaßnahme auf die Gesundheitsoutcomes direkt erfasst werden (vgl. [189, S. 29]).

In einer Stellungnahme wurde die Durchführung von RCTs für die Behandlung von UESS angesichts der Vielzahl zu berücksichtigender Variablen als utopische Zielsetzung bezeichnet und eine Bewertung von Sprachtherapie auf der Basis von RCTs deshalb als dem Gegenstand nicht angemessen bewertet. Allerdings zeigen die vorhandenen RCTs zur Behandlung von UESS, dass die Durchführung durchaus möglich ist. Vor dem Hintergrund, dass es – laut einer Stellungnahme – den Wissenschaftlern und Klinikern schon länger bewusst ist, dass hochwertige Studien fehlen, ist es umso bedauerlicher, dass bisher in Deutschland kaum entsprechende randomisierte Studien durchgeführt worden sind. Dieses Versäumnis kann allerdings nicht dazu führen – wie in einer Stellungnahme gefordert –, die Nutzenbewertung auf Einzelfallstudien oder Expertenmeinungen zu basieren. Es ergab sich keine Notwendigkeit zu einer Änderung im vorliegenden Bericht.

Früherer versus späterer Therapiebeginn

Einschluss von Studien mit Kindern unter 3 Jahren

In einer Stellungnahme wurde kritisiert, dass Studien mit Kindern unter 3 Jahren nicht zur Bewertung der Therapie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen hätten herangezogen werden dürfen. Begründet wird dies damit, „dass eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung, wie in der Diskussion des Vorberichts angemerkt, nicht vor dem dritten Geburtstag eines Kindes diagnostiziert werden kann“.

Tatsächlich wurde im Vorbericht darauf hingewiesen, dass von UESS im Sinne der ICD-10 „üblicherweise erst bei Kindern ab 3 Jahren gesprochen wird“ [190, S. 136]. Trotzdem wurde aus mehreren Gründen davon abgesehen, ein bestimmtes Alter als Einschlusskriterium für die Therapiestudien im vorliegenden Bericht zu verwenden. Auf Seite 152 und im Folgenden ist ausführlich beschrieben, weshalb im Rahmen dieses Berichtes eine sehr enge Auslegung der UESS-Diagnose nicht als sinnvoll bzw. machbar angesehen wurde.

Die Diagnose der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung ist per se, wie auch aus den Stellungnahmen wieder hervorging, jeweils mit einer gewissen Unsicherheit behaftet (siehe oben). Bei sehr jungen Kindern wird üblicherweise von Sprachentwicklungsverzögerungen (im Unterschied zu Sprachentwicklungsstörungen) gesprochen, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass insbesondere zu einem frühen Zeitpunkt noch nicht sicher zwischen einer Variation der normalen Entwicklung und einer behandlungsbedürftigen Störung unterschieden werden kann (vgl. [64]). Allerdings gibt die ICD-10 keine klare Altersgrenze vor, ab der die Diagnose einer UESS gestellt werden soll [6,11]. Einige Autoren gehen sogar davon aus, dass vor dem Alter von 4 Jahren eine UESS nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden kann [64]. Auch die Studien zeigen, dass eine solche klare Trennung zum 3. Geburtstag nicht immer möglich ist: So schließen die Studien Girolametto 1996 [102] und

Gibbard 1994 [96] – von den Stellungnehmenden jeweils als „Late-Talker-Studien“ eingeordnet – Kinder von 22 bis 38 bzw. 27 bis 39 Monaten ein. Das Einschlusskriterium, so wie in der Girolametto-Studie im Text beschrieben [102, S. 40], gibt sogar 3 ½ Jahre als obere Altersgrenze an (42 Monate). Dagegen sind z. B. in der Studie Almost 1998 – von den Stellungnehmenden als „UESS-Studie > 3 Jahren“ eingeordnet – die jüngsten Kinder 33 Monate, d. h. ebenfalls weniger als 3 Jahre alt [81].

Zudem war eine zentrale Fragestellung des vorliegenden Berichts, ob die Therapie bei jüngeren Kindern wirksamer ist als bei älteren Kindern. Grundsätzlich Studien auszuschließen, in denen besonders junge Kinder behandelt werden, erschien deshalb nicht sinnvoll. Auch war im Rahmen des Auftrags keine untere Altersgrenze festgelegt worden. Eine Änderung des Berichts wurde deshalb nicht als sinnvoll angesehen.

Frühinterventionen: Empirische Ergebnisse und Rationale

In einer Stellungnahme wurden die Ergebnisse in den Tabellen 23 bis 26 aus Studien, bei denen der Altersdurchschnitt unter bzw. über 3 Jahren liegt, einander gegenübergestellt und auf dieser Grundlage Schlussfolgerungen bezüglich der Evidenz für die Therapie bei jüngeren bzw. älteren Kindern gezogen. Dieses Vorgehen scheint aus mehreren Gründen nicht belastbar.

Die Daten in den Tabellen 23 bis 26 stellen nicht die „Hauptergebnisse“ des vorliegenden Berichtes dar, wie von den Stellungnehmenden bezeichnet. Vielmehr wurde diese Auswahl ausschließlich nach dem Kriterium vorgenommen, dass vergleichbare Endpunkte in mehreren Studien erhoben wurden, um so die Machbarkeit von indirekten Altersvergleichen beurteilen zu können. Sie stellen damit keine repräsentative Auswahl dar, auf deren Grundlage die Wirksamkeit der Therapien insgesamt beurteilt werden könnte. Im Abschlussbericht wurde ein Hinweis ergänzt, dass diese Vergleiche lediglich zur besseren Nachvollziehbarkeit für den Leser dargestellt werden.

Die Stellungnahme erweckt den Eindruck, die Daten sprächen klar für eine hohe Wirksamkeit bei jüngeren Kindern im Bereich Morphologie / Syntax, Semantik / Lexikon und Pragmatik / Kommunikation, während für Phonetik / Phonologie die Beweislage umgekehrt sei. Tatsächlich werden in der Stellungnahme an einigen Stellen die Befunde aus den Studien nicht vollständig dargestellt. Lediglich hinsichtlich der mittleren Äußerungslänge (morpho-syntaktische Ebene) sind von 4 Studien tatsächlich die Ergebnisse in den 2 Studien mit jüngeren Kindern statistisch signifikant und in den beiden Studien mit älteren Kindern nicht. Dies liegt möglicherweise auch daran, dass die mittlere Äußerungslänge bei kleinen Kindern ein sensitiveres Maß ist als bei älteren Kindern. Zu Semantik / Lexikon sowie Phonetik / Phonologie sind den Tabellen zum indirekten Altersvergleich entsprechende Muster eindeutig nicht zu entnehmen. Maße der semantisch-lexikalischen Ebene wurden tatsächlich nur in einer Studie (Robertson 1997 [120]) bei älteren Kindern erhoben. Diese Studie zeigt allerdings ebenfalls einen statistisch signifikanten positiven Effekt. Dagegen zeigt

auch eine Studie mit jungen Kindern (Girolametto 1996 [102]) keinen Behandlungseffekt (diese Studie bleibt in der Stellungnahme unerwähnt). Auch aus den 3 Studien mit vergleichbaren Endpunkten auf der phonetisch-phonologischen Ebene lässt sich ein Alterseffekt nicht ableiten: Ein signifikanter Therapieeffekt lag nur bei der mittleren Alterskohorte vor (Almost 1998 [81]); sowohl bei den jüngsten Kindern (Girolametto 1997 [103,104]) als auch bei den ältesten Kindern (Denne 2005 [91]) zeigten sich keine statistisch signifikanten Effekte. Für die pragmatisch-kommunikative Ebene lagen nur 2 Studien mit vergleichbaren Endpunkten vor, sodass sich für diese Ebene ebenfalls kein Muster ableiten ließ.

In einigen Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass die klinische Erfahrung für eine möglichst frühe Behandlung sprachauffälliger Kinder spreche. Darüber hinaus wird in einer Stellungnahme auf biologisch determinierte sensible Phasen der Sprachentwicklung verwiesen, die für die Sprachinterventionen genutzt werden sollten, wobei die genauen oberen Grenzen der sensiblen Phasen noch nicht geklärt seien. Auch die neurobiologische bzw. neurophysiologische Entwicklung des kindlichen Gehirns wird als Argument für eine möglichst frühe Behandlung angeführt.

Wie auch im vorliegenden Bericht beschrieben, zeigt sich, dass es auf Grundlage der vorliegenden Studien nicht möglich ist zu klären, ob eine frühere Therapie langfristig erfolgreicher ist als eine spätere Therapie. Dies ist auch darin begründet, dass sich bei den indirekten Vergleichen die Zusammensetzung der Gruppen und damit die Prognose der Kinder jeweils unterscheidet (siehe auch S. 134). Auch wenn in Studien mit sehr jungen Kindern kurzfristig sehr große Effekte gezeigt würden, wäre damit nicht geklärt, ob diese Effekte wirklich auf die Kinder zurückgehen, bei denen sich ohne die Intervention eine Störung manifestiert hätte, oder möglicherweise auf Kinder, die durch einen entsprechenden Anschlag ihre Verzögerung lediglich vorzeitig aufgeholt haben, als sie es sonst getan hätten. Zur Klärung der langfristigen Überlegenheit eines früheren Therapiebeginns fehlte zudem die Vergleichbarkeit der Zielgrößen bezüglich des Erhebungszeitpunkts.

Letztendlich kann nur durch eine Screeningstudie geklärt werden, ob eine Vorverlagerung des Diagnosezeitpunkts und damit ein früherer Beginn von sprachtherapeutischen Interventionen tatsächlich Vorteile für Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen bringt.

Referenzstandard

In den Stellungnahmen wurde, ebenso wie im vorliegenden Bericht, deutlich, dass im deutschsprachigen Raum kein geeigneter Referenzstandard zur Bestimmung des Vorliegens einer Sprachentwicklungsstörung vorhanden ist. Im Rahmen der Berichtserstellung wurde die Frage danach, welche Referenzstandards geeignet sind, zurückgestellt, als sich zeigte, dass keine der vorhandenen Studien belastbare Daten für die diagnostische Genauigkeit lieferte (vgl. S. 53). Trotzdem ist diese Frage aus mehreren Blickwinkeln relevant und wurde deshalb im Rahmen der Erörterung ausführlich diskutiert.

Ein Referenztest ist definiert als die beste verfügbare Methode zur Bestimmung, ob die fragliche Erkrankung vorliegt oder nicht [43]. Da ein perfekter Referenzstandard im Sinne einer vollkommen fehlerfreien Klassifikation in der Praxis kaum zu erwarten ist, wird die neutralere Bezeichnung „Referenzstandard“ statt des Begriffs „Goldstandard“ verwendet [191]. Üblicherweise ist ein Referenztest aufwendiger, invasiver oder teurer als ein Screeningtest, da ansonsten keine Notwendigkeit bestünde, den Screeningtest statt des Referenztests zu verwenden [192, S. 63]. Ein Referenztest sollte möglichst objektive und reproduzierbare Ergebnisse liefern. Außerdem dient er auch zur Klärung der diagnostischen Güte von (Screening-)Tests. Sofern ein Screeningtest ein auffälliges Ergebnis zeigt, findet die weitere Abklärung dann in der Regel mithilfe des Referenztests statt, um dann erst auf der Grundlage dieser Ergebnisse die definitive Diagnose zu stellen und über den Beginn einer Therapie zu entscheiden.

Wie in den Stellungnahmen beschrieben und auch in der Erörterung bestätigt wurde, liegt für den deutschen Sprachraum kein allgemein akzeptierter, eindeutig definierter Referenzstandard für behandlungsbedürftige Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache vor.

Nach der ICD-10 setzt die Diagnosestellung voraus, dass die sprachliche Leistung des Kindes sich unter der Grenze von mindestens 2 Standardabweichungen der nach seinem Alter zu erwartenden Fähigkeiten befindet [11]. Dazu ist also eine Normierung nötig, welche Fähigkeiten in welchem Alter zu erwarten sind. Allerdings weisen die deutschen Testverfahren nach Auskunft der Stellungnehmenden (vgl. [20]) überwiegend keine differenzierten aktuellen Normen auf und sind auch nicht für die dichotome Entscheidung (gestört / ungestört) validiert. Erschwerend kommt hinzu, dass laut klinisch-diagnostischer Leitlinien der ICD-10 bei älteren Kindern wegen der natürlichen Tendenz zur Besserung die Festlegung des Schweregrads in diesem statistischen Sinne für eine Diagnosestellung nicht unbedingt gefordert wird [6]. In der klinischen Praxis werden nach einer Umfrage des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (vgl. S. 41 Protokoll der Erörterung [21]) fallspezifisch sehr viele verschiedene Testverfahren eingesetzt. Diese Ergebnisse werden gemeinsam mit den Informationen aus der Anamnese und ggf. einer Spontansprachanalyse im Rahmen eines klinischen Urteils zusammengeführt (vgl. [20]).

In der Studie zur Bestimmung der diagnostischen Genauigkeit des Kindersprachscreenings (KiSS) [52] wurde ein Expertenurteil als Referenzstandard herangezogen. Als problematisch erwies sich, dass die Urteile der Expertinnen untereinander nur unzureichend übereinstimmten und darüber hinaus eine starke Pathologisierungstendenz aufwiesen, da bis zu 28 % der Kinder aus der repräsentativen Stichprobe als „exklusiv klinisch auffällig“ bezeichnet wurden. Akzeptable Auffälligkeitsraten waren nur durch entsprechende Vorgaben an die Expertinnen, wie viele Kinder als krank diagnostiziert werden sollten, zu erreichen. Mangelnde Inter- und Intraraterübereinstimmungen bei der Interpretation von Ergebnissen aus Sprachtests wurden in der Literatur bereits an anderer Stelle demonstriert [146].

Für eine diagnostische Studie stellt deshalb die Wahl eines geeigneten Referenzstandards eine besondere Herausforderung dar. Darüber hinaus ist eine wichtige Voraussetzung für die Einführung eines Screenings (vgl. [193]), dass – im Sinne eines Referenzstandards – eindeutig definiert ist, welche Abklärungsuntersuchungen auf einen positiven Screeningbefund folgen und wie die endgültige Diagnose gestellt wird. Für den vorliegenden Bericht ergaben sich dadurch keine Änderungen.

Beschreibung des natürlichen Verlaufs und Darstellung von Meilensteinen

In einer Stellungnahme wurde kritisiert, dass der natürliche Verlauf umschriebener Sprachentwicklungsstörungen im Vorbericht nicht dargestellt worden sei. Tatsächlich war im Vorbericht bereits u. a. in der Diskussion ein ganzer Abschnitt der Erfassung des natürlichen Verlaufs gewidmet [190, S. 135]. Dieser Abschnitt wurde im Abschlussbericht weiter ergänzt.

Im Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung ist häufig von sogenannten Meilensteinen die Rede [194]. Diesem Begriff liegt ein biologisches Reifungsmodell zugrunde, nach dem die Abfolge distinkter, genetisch festgelegter Entwicklungsschritte die Normalität eines Entwicklungsablaufes beschreibt und zeitliche, funktionelle oder phänomenologische Variabilitäten in der kindlichen Entwicklung als Entwicklungsauffälligkeit oder als Pathologie zu bewerten sind [194, S. 124]. Demgegenüber wird mit dem sogenannten Grenzsteinkonzept das Ziel verfolgt, ohne die genannten theoretischen Konzepte eine Abschätzung der Entwicklung des Kindes zu ermöglichen. Grenzsteine markieren danach distinkte Entwicklungsziele, die von 90 bis 95 % aller Kinder einer definierten Population gesunder und sich normal entwickelnder Kinder bis zu einem bestimmten Alter erreicht worden sind. Dabei sollen Kinder, die ein oder mehrere Entwicklungsziele nicht zum Zeitpunkt des jeweiligen Grenzsteinalters erreicht haben, nicht als „Spätentwickler“ bezeichnet werden, bevor der Grund für die verzögerte Entwicklung nicht zweifelsfrei identifiziert ist; Grenzsteine sollen mögliche Entwicklungsauffälligkeiten signalisieren [194].

Es wurde im Rahmen des vorliegenden Berichts keine Studie gefunden, in der die informelle, anamnestische Erhebung solcher Entwicklungsziele im deutschen Sprachraum bezüglich der Entdeckung von UESS validiert wurde.

Im Rahmen der Erörterung wurde diese Frage nach den Meilensteinen ebenfalls diskutiert und von den Stellungnehmenden auf eine Reihe von Literaturstellen aufmerksam gemacht, die über die normale Entwicklung Aufschluss geben sollten. Diese wurden sorgfältig gesichtet und sind im Folgenden skizziert.

In 2 Studien wurden Kinder mit ungestörter Sprachentwicklung und solche mit umschriebener Sprachentwicklungsstörung miteinander verglichen hinsichtlich des Kasusgebrauchs (5 Kinder pro Gruppe) [195] bzw. hinsichtlich des korrekten Verständnisses von transitionalen Verben [196] (16 Kinder pro Gruppe). In der erstgenannten Studie zeigte sich, dass die Leistung der Gruppe der UESS-Kinder mit der der sprachgesunden Kinder vergleichbar war.

In der zweiten Studie zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen, wobei allerdings auch die UESS-Kinder – im Zufallsbereich – korrekte Antworten lieferten. In einem Abstract [197] wurde eine Analyse zur Identifikation von Frühindikatoren spezifischer Sprachentwicklungsstörungen anhand von 7 Kindern mit gestörter Sprachentwicklung angekündigt; Daten wurden allerdings noch nicht präsentiert.

Ein bedeutender Teil der genannten Studien waren Fallberichte, die sich auf die Beobachtung von maximal 10, häufig sogar nur einzelner gesunder Kinder bezogen [198-206]. Da die Variabilität in der natürlichen Entwicklung von Kindern groß ist, können solche Studien sicherlich nur allererste Anhaltspunkte für den ungestörten Verlauf der Sprachentwicklung liefern.

Eine Studie untersuchte in einer aufwendigen Testsituation die Entwicklung der Diskursfähigkeit an 75 5- bis 14-jährigen Kindern [207]. In einer weiteren Studie [208] wurde an 84 Wiener Kindern zwischen 2 ½ und 6 Jahren (unterteilt in 7 Altersgruppen mit jeweils 12 Kindern) die korrekte Pluralbildung untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Anzahl der korrekten Antworten mit dem Alter (insbesondere zwischen 3 und 5 Jahren) anstieg. 3 Publikationen befassten sich mit der Entwicklung des Tests ELFRA, der bereits im vorliegenden Bericht berücksichtigt worden ist [209-211].

Mehrere der genannten Studien [64,212-215]ⁱ untersuchten Stichproben von mehr als 100 bis zu über 1000 Kindern, um so Normdaten für Sprachentwicklungstests zu gewinnen. Solche größeren Studien stellen eine wertvolle Grundlage dafür dar, den typischen, ungestörten Verlauf von Sprachentwicklung genauer zu beschreiben – ähnlich wie dies bereits von Papousek (1989) [217] getan wurde.

Um diese Verfahren im Rahmen pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen einzusetzen mit dem Ziel, Kinder mit umschriebener Sprachentwicklungsstörung zu identifizieren, sind allerdings Studien notwendig, die den Anforderungen entsprechen, wie sie im vorliegenden Bericht für diagnostische Studien definiert worden sind (vgl. Abschnitt 4.1.6). Unter den eingereichten Studien war jedoch keine, die diesen Kriterien entsprach.

Durch die Definition entsprechender distinkter Entwicklungsziele wäre nämlich noch nicht die Frage beantwortet, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Kind tatsächlich eine UESS hat, wenn es ein bestimmtes Ziel nicht in der gleichen Zeit wie 90 bzw. 95 % aller gesunden Kinder erreicht hat – oder auch obwohl es ein bestimmtes Ziel erreicht hat: Beim Verpassen eines Grenzsteines kann zunächst nicht beurteilt werden, ob das Kind lediglich zu diesem spezifischen Zeitpunkt seiner Entwicklung zu den eher langsamen Kindern gehört und möglicherweise noch aufholt zu seinen Altersgenossen oder ob eine echte

ⁱ Zu einer Publikation [64] wurde ein Vorabauszug eines Kapitels zur Verfügung gestellt; die vollständige Publikation wurde nach Erscheinen mittels Handsuche identifiziert; eine weitere genannte Publikation (Neuaufgabe von „Patholinguistische Diagnostik“ von Kauschke und Siegmüller [216]) ist zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Abschlussberichts noch nicht erschienen.

Entwicklungsstörung vorliegt. Deshalb sind an die Anwendung von Entwicklungszielen für ein Screening die gleichen Anforderungen an die Validierung zu stellen wie für andere diagnostische Tests.

Berücksichtigung patientenrelevanter Endpunkte

Die Bewertung eines Früherkennungsprogramms anhand patientenrelevanter Endpunkte war die zentrale Fragestellung des vorliegenden Berichts. Die Sichtung der Literatur – insbesondere der Studien zur Wirksamkeit von sprachtherapeutischen Interventionen – zeigte deutlich, dass in den Studien leider kaum globalere Effektmaße wie Lebensqualität, psychosoziale Entwicklung, Schulerfolg etc. erhoben wurden. Eine explizite Aufnahme von Endpunkten in die Suchstrategie – wie im Rahmen einer Stellungnahme gefordert – hätte an dieser unbefriedigenden Situation nichts geändert, sondern lediglich die Zahl der gefundenen Studien vermutlich deutlich verringert. Im Gegenteil war dadurch, dass in der Suchstrategie keine Beschränkung auf bestimmte Outcomes vorgenommen wurde, die Suche besonders sensitiv; es können also deswegen nicht Studien übersehen worden sein.

Stattdessen wurden in den Studien fast ausschließlich Maße eingesetzt, die sehr kleinschrittig die Sprachentwicklung abbilden. Von einigen Stellungnehmenden wurde hierzu angemerkt, dass Sprachentwicklung aufgrund ihrer außerordentlichen Vielfältigkeit nur schwer messbar sei: Die Wirkung von Sprachtherapie lasse sich durch die individuelle Ausrichtung auf die spezifischen Fehlleistungen des jeweiligen Kindes durch Stichprobentests nicht abbilden. Es steht jedoch außer Frage, dass die Wirkung von sprachtherapeutischen Maßnahmen auch evaluierbar sein muss. Denkbar wäre die Entwicklung alternativer Evaluationsinstrumente wie bspw. Zielerreichungsskalen, die in anderen Bereichen der pädiatrischen Behandlung bereits eingesetzt werden [218]. Ein möglicher Vorteil entsprechender Instrumente bestünde auch darin, dass die klinische Relevanz beobachteter Unterschiede klarer zu beurteilen wäre, als das bisher der Fall ist.

Darüber hinaus wurde in einer Stellungnahme kritisiert, dass die Diagnosestellungen sowie die Inanspruchnahme von Therapie im Zusammenhang mit der Rotterdamstudie im Vorbericht als nicht patientenrelevante Endpunkte bezeichnet worden waren. Tatsächlich ist die korrekte Entdeckung von vorhandenen Sprachentwicklungsstörungen (im Sinne einer hohen Sensitivität) eine wichtige Voraussetzung für ein Screening und wurde im Rahmen der diagnostischen Studien im vorliegenden Bericht berücksichtigt. Die Vergabe eines Diagnoselabels ist für sich genommen allerdings noch kein patientenrelevanter Endpunkt, sondern nur, wenn daraufhin eine wirksame Therapie eingeleitet wird, die die Folgen der Erkrankung spürbar verringert. Auch die Inanspruchnahme von Therapien wurde deshalb nicht als patientenrelevanter Endpunkt gewertet, sondern stattdessen wurden die Folgen einer solchen Behandlung betrachtet: Bei der Evaluierung eines Screeningprogramms steigt üblicherweise die Anzahl der Diagnosen und Therapien in der Interventionsgruppe; allerdings kann daraus wegen möglicher Überdiagnose und Übertherapie per se kein Nutzen abgeleitet

werden. Zur Beurteilung der Nützlichkeit ist ein Nachweis nötig, dass die absolute Zahl der Personen mit negativen Folgen der Erkrankung verringert werden kann. Somit ergaben sich keine Änderungen im Bericht. Es wurde aber auf S. 33 des Abschlussberichts statt „Erhöhung der Entdeckungsrate“ die korrektere Beschreibung „screeninginduzierte Erhöhung“ verwendet.

Nennung zusätzlicher Studien

Das Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht sieht vor, dass zusätzliche relevante Studien benannt werden können (vgl. Punkt 2 des Formblatts zur schriftlichen Stellungnahme). Im Folgenden werden deshalb diejenigen Studien aufgelistet, die in diesem Zusammenhang benannt wurden, einschließlich der jeweiligen Bewertung^j.

Tabelle 27: In den Stellungnahmen zum Vorbericht genannte Studien

genannte Studien	Bewertung
Bockmann AK. ELAN – mit Schwung bis ins Grundschulalter: Die Vorhersagekraft des frühen Wortschatzes für spätere Sprachleistungen. Forum Logopädie 2008; 22(4): 20-23. [219]	Ausschließlich sprachlich gesunde Kinder werden untersucht, es erfolgt keine Diagnose von UESS (D2).
Glascoe FP. Can clinical judgement detect children with speech language problems? Pediatrics 1991; 87(3): 317-322. [220]	Klinische Stichprobe wird untersucht (nicht Kinder aus der Gesamtbevölkerung) (D1).
Grimm H, Doil H. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA), Göttingen: Hogrefe, 2006. [57]	Studie ist bereits im Vorbericht berücksichtigt (S. 41 ff.) (D6).
Henze KH, Kiese C. Empirische Analysen zur Struktur des Psycholinguistischen Entwicklungstests und zur Apriori-Evaluation der Clusterbarkeit eines Datensatzes. Z Differ Diagnos Psychol 1991; 12: 193-201. [221]	Studie ist bereits im Vorbericht berücksichtigt (S. 203) (D5).
Jansen H, Mannhaupt G, Marx H, Skowronek H. Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). Göttingen: Hogrefe; 1999. [222]	Der Test zielt auf Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten und wird auch daran validiert (nicht UESS) (D2).
Neuaufgabe von: Kauschke C, Siegmüller, J. Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Elsevier; 2002. [216]	Neuaufgabe ist erst im Juli 2009 zu erwarten (A2).

(Fortsetzung)

^j Da einige Stellungnahmen nicht dem vorgegebenen Format folgten, wurde in unklaren Einzelfällen aus dem Zusammenhang, in dem Referenzen angeführt wurden, entschieden, ob diese als Beleg für ein wissenschaftliches Argument anzusehen sind oder im Sinne zusätzlich zu berücksichtigender Literatur aufgeführt wurden. Nur Letztere sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 27 (Fortsetzung): In den Stellungnahmen zum Vorbericht genannte Studien

genannte Studien	Bewertung
Keilmann A, Schöler H. Zeitökonomische validierte Diagnostik des Dysgrammatismus. HNO 2007; 55(3): 217-224. [223]	Klinische Stichprobe wird untersucht (nicht Kinder aus der Gesamtbevölkerung) (D1).
Kiese-Himmel C, Kruse E. A follow-up report of German kindergarden children and preschoolers with expressive developmental language disorders. Logoped Phoniatr Vocol 1998; 23(2): 69-77. [158]	Studie ist bereits im Vorbericht berücksichtigt (S. 204) (D2); wurde in die Diskussion zum natürlichen Verlauf aufgenommen.
Kiese-Himmel C. Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder (AWST-R). Göttingen: Beltz; 2005. [53]	Studie ist bereits im Vorbericht berücksichtigt (S. 41 ff.) (D6).
Kiese-Himmel C. Entwicklung sprach- und kommunikationsgestörter Kinder, am Beispiel von „Late Talkers“ sowie Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. In: Hasselhorn M, Silbereisen RK (Ed). Enzyklopädie der Psychologie; Band 4: Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kindesalters. Göttingen: Hogrefe; 2008. S. 695-730. [157]	Übersichtsartikel ^a ; wurde in die Diskussion zum natürlichen Verlauf aufgenommen.
Neumann K, Euler HA. Bericht an das IQWiG. Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreening (KiSS) [unveröffentlicht]. 2008. [52]	Daten sind in Tabelle 7 des Abschlussberichts aufgenommen (D6).
Roos J, Schöler H, Treutlein A. Zur prognostischen Validität des Heidelberger Auditiven Screenings in der Einschulungsdiagnostik HASE – Abschlussbericht des Projektes EVER (Evaluation eines Vorschulscreenings zur Erfassung von Risikokindern für Sprach- und Schriftspracherwerbsprobleme). Heidelberg: Pädagogische Hochschule; 2007. [51]	Studie ist in Tabelle 7 des Abschlussberichts aufgenommen (D6).
Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M. Diagnostische Genauigkeit des SETK 3-5 zur dichotomen Einschätzung von sprachlichen Leistungen. 2008. [224]	Kinder mit bekanntem Krankheitsstatus werden untersucht (nicht Kinder aus der Gesamtbevölkerung) (D1).
Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M. Eine Methode zur Phänotypisierung der spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei 4- bis 5jährigen deutschsprachigen Kindern. 2005. [225]	Studie ist bereits im Vorbericht berücksichtigt (S. 215) (D1) ^b .
Von Suchodoletz W, Sachse S. SBE-2-KT: Sprachbeurteilung durch Eltern – Kurztest für die U7. 2008. [70]	Studie ist bereits im Vorbericht berücksichtigt (S. 41 ff.) (D6).
a: Referenz ist keiner der 3 Teilfragestellungen direkt zuzuordnen. b: Der Ausschlussgrund wurde im Abschlussbericht korrigiert von D2 in D1.	

Zwei Literaturstellen zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen wurden in Tabelle 7 des Abschlussberichtes aufgenommen: eine Studie zur prognostischen Validität des Heidelberger Auditiven Screenings in der Einschulungsdiagnostik (HASE) [51], das zum Ziel hat, Kinder mit Sprach- bzw. Schriftspracherwerbsstörungen aufzufinden. Die prognostische Validität der Ergebnisse im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen wurde anhand von verschiedenen Maßen zu Sprach- und Schriftsprachleistungen in den Klassen 1 bis 3

überprüft. Allerdings erfolgte im Rahmen dieser Validierungsstudie keine Diagnostik von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen, sodass für UESS keine Daten zur diagnostischen Güte vorliegen (Einschlusskriterium D6 nicht erfüllt). Auch die Ergebnisse eines weiteren Manuskripts zur Validierung des Kindersprachscreenings [52] wurden in die Tabelle aufgenommen. Aus Gründen, die auf Seite 45 genauer beschrieben sind, wurden allerdings auch hier die berichteten Daten zur diagnostischen Güte nicht als belastbar bewertet (Einschlusskriterium D6 nicht erfüllt).

Der darüber hinaus im Rahmen der Stellungnahmen genannte Test „Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten“ (BISC) [222] wurde hinsichtlich der Relevanz für die diagnostische Fragestellung geprüft. Dieser Test erfasst neben Fähigkeiten, die speziell zum Schriftspracherwerb benötigt werden (z. B. visuelle Aufmerksamkeitssteuerung anhand von Wort-Vergleich-Suchaufgaben, bei denen gleiche Schriftbilder erkannt werden müssen), auch andere Teilbereiche der Sprachentwicklung (phonologische Bewusstheit). Allerdings bezieht sich dieses Testverfahren explizit lediglich auf die Früherkennung eines Risikos von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Auch für die Validierung werden ausschließlich Maße zur Schreibfähigkeit, Lesefähigkeit und Schriftsprache herangezogen. Deshalb wurde im Rahmen des vorliegenden Berichts das BISC nicht als Test zur Diagnostik von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen bewertet (Einschlusskriterium D2 nicht erfüllt).

Weiterhin wurde auf die für Mitte 2009 zu erwartende Neuauflage der Patholinguistischen Diagnostik [216] hingewiesen mit dem Verweis, dass dieses Verfahren zur Zeit standardisiert und validiert werde und die Neuauflage den Gütekriterien entsprechen werde. Aufgrund der Tatsache, dass die Neuauflage zum Zeitpunkt der Fertigstellung des vorliegenden Berichts noch nicht erschienen ist, kann sie nicht bewertet werden. Allerdings ist das Instrument nicht als Screeningverfahren, sondern für die Erstellung eines detaillierten, alle Ebenen abbildenden Störungsprofils im Rahmen einer möglichst umfassenden und aussagekräftigen Diagnostik am Beginn einer sprachtherapeutischen Intervention konzipiert [216] und so möglicherweise als Referenztest geeignet.

Darüber hinaus wurde in der Stellungnahme bemängelt, dass Literaturquellen zum natürlichen Verlauf, die im Rahmen der Stellungnahmen zum Berichtsplan eingingen, im vorliegenden Bericht von vornherein ausgeschlossen worden seien. Dies ist darin begründet, dass gemäß den Methoden des IQWiG alle Studien ausgeschlossen werden, die den Ein- und Ausschlusskriterien des Berichts nicht entsprechen [145]. Zu dieser Beurteilung wurde der Berichtsplan öffentlich diskutiert und wurden die definierten Ein- und Ausschlusskriterien herangezogen [162]. Der Aspekt „natürlicher Verlauf“ wird in der Diskussion behandelt.

Letztlich führten die in den Stellungnahmen vorgebrachten Kritikpunkte und die Berücksichtigung der genannten Studien zu keiner Änderung des bereits im Vorbericht getroffenen Fazits.

7 Fazit

Ein frühes Sprachscreening hat zum Ziel, eine Gruppe von Kindern zu identifizieren, die ein besonders hohes Risiko für Schwierigkeiten in der Schulausbildung sowie für Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich aufweist. Wenn nach einer frühen Erkennung dann wirksame Interventionen eingesetzt würden, könnten diese Risiken verringert werden. Derzeit ist der Nutzen einer solchen Früherkennungsuntersuchung für die Gruppe der Kinder mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung nicht belegt. Das bedeutet nicht, dass es sicher keinen Nutzen für diese Gruppe gibt.

In Ermangelung einer Screeningstudie mit Fokus auf Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen wurde im vorliegenden Bericht versucht, aus der Zusammenführung der Ergebnisse aus Diagnose- und Behandlungsstudien abzuleiten, ob notwendige Voraussetzungen für ein Screeningprogramm erfüllt sind.

Diese Ableitung setzt voraus, dass zum Ersten belegt ist, dass die zeitlich vorverlagerte Behandlung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (im Vorschulalter) der Behandlung im Schulalter überlegen ist. Zum Zweiten müsste gezeigt sein, dass die Kinder, für die eine Behandlung indiziert ist, mit ausreichender Zuverlässigkeit vor dem Schulalter diagnostiziert werden können. Darüber hinaus dürften drittens nicht zu viele Kinder fälschlicherweise als behandlungsbedürftig eingestuft werden, damit der potenzielle Schaden, der durch falsche Diagnosen entstehen kann, nicht den möglichen Nutzen überwiegt. Zwar liegen Hinweise auf kurzfristige positive Effekte durch Sprachtherapien vor, die langfristigen Ziele sind jedoch kaum untersucht, ebenso wie möglicherweise vorhandene unerwünschte Behandlungsfolgen. Belege dafür, dass eine Therapie bei jüngeren Kindern einen höheren Nutzen hat als bei älteren, liegen nicht vor. Gleichzeitig sind für die deutschsprachigen diagnostischen Instrumente gegenwärtig keine verlässlichen Gütekriterien berichtet, die eine Entdeckung von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen in der Gesamtbevölkerung erlauben. Diese Validierung der Instrumente ist auch nötig, um den mit einem Sprachscreening verbundenen Aufwand abschätzen zu können, also unter anderem zur Klärung der Frage, mit welcher Zahl von Abklärungsuntersuchungen und Behandlungen in Deutschland zu rechnen wäre.

Damit fehlen in Deutschland derzeit wesentliche methodische Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Sofern die methodischen Grundlagen geschaffen werden, eröffnen sie die Möglichkeit, den potenziellen Nutzen und potenziellen Schaden eines Screenings im Rahmen einer vergleichenden Studie zu untersuchen. Dabei könnten dann die Effekte eines standardisierten Screenings mit dem bisherigen Vorgehen im Rahmen der Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) verglichen werden.

8 Liste der eingeschlossenen Studien

Screening

Rotterdamstudie

De Koning HJ, De Ridder-Sluiters JG, Van Agt HM, Reep-van den Bergh CM, Van der Stege HA, Korfaag IJ et al. A cluster-randomised trial of screening for language disorders in toddlers. *J Med Screen* 2004; 11(3): 109-116.

Van Agt HM, Van der Stege HA, De Ridder-Sluiters H, Verhoeven LT, De Koning HJ. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: Effects on school performance and language development at age 8. *Pediatrics* 2007; 120(6): 1317-1325.

Diagnostik

Es wurden keine Studien eingeschlossen.

Therapie

Almost 1998

Almost D, Rosenbaum P. Effectiveness of speech intervention for phonological disorders: A randomized controlled trial. *Dev Med Child Neurol* 1998; 40(5): 319-325.

Buschmann 2008

Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J, Philippi H. Parent-based language intervention for two-year-old children with specific expressive language delay: A randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2009; 94(2): 110-106.

Buschmann A, Jooss B, Blaschikowitz H, Koch-Graus A, Schumacher D, Heggen I et al. Frühe Sprachförderung. In: Karch D, Pietz J (Eds). *Aktuelle Neuropädiatrie* 2006. Nürnberg: Novartis Pharma; 2007.

Denne 2005

Denne M, Langdown N, Pring T, Roy P. Treating children with expressive phonological disorders: Does phonological awareness therapy work in the clinic. *Int J Lang Commun Disord* 2005; 40(4): 493-504.

Ebbels 2007

Ebbels SH, Van der Lely HK, Dockrell JE. Intervention for verb argument structure in children with persistent SLI: A randomized control trial. *J Speech Lang Hear Res* 2007; 50(5): 1330-1349.

Gibbard 1994

Gibbard D. Parental-based intervention with pre-school language-delayed children. *Eur J Disord Commun* 1994; 29(2): 131-150.

Gillam 2008

Gillam RB, Loeb DF, Hoffman LM, Bohman T, Champlin CA, Thibodeau L et al. The efficacy of Fast ForWord language intervention in school-age children with language impairment: A randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* 2008 51(1): 97-119

Girolametto 1996 (Pilotstudie)

Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. The effects of focused stimulation for promoting vocabulary in young children with delays: A pilot study. *J Child Commun Dev* 1996; 17(2): 39-49.

Girolametto 1997

Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. *J Speech Hear Res* 1996; 39(6): 1274-1283.

Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(2): 338-348.

Glogowska 2000

Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters TJ. Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ* 2000; 321(7266): 923-926.

Maggiolo 2003

Maggiolo M, Pavez MM, Coloma CJ. Narrative intervention for children with specific language impairment [Spanisch]. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiologia* 2003; 23(2): 98-108.

Robertson 1997

Robertson SB, Weismer SE. The influence of peer models on play scripts of children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(1): 49-61.

Robertson 1999

Robertson SB, Weismer SE. Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42(5): 1234-1248.

Rvachew 1994

Rvachew S. Speech perception training can facilitate sound production learning. *J Speech Hear Res* 1994; 37(2): 347-357.

Sommers 1966

Sommers RK, Schaeffe MH, Leiss RH, Gerber AJ, Bray MA, Fundrell D et al. Effectiveness of group and individual therapy. *J Speech Hear Res* 1966; 9(2): 219-225.

Tschirner 2007

Tschirner D, Hielscher-Fastabend M, Jungmann T. Relative Effektivität von Sprachfrühinterventionen bei zweijährigen Risikokindern: Zwei Programme im Vergleich. *Die Sprachheilarbeit* 2007; 52(5): 188-196.

Tufts 1959

Tufts LC, Holliday AR. Effectiveness of trained parents as speech therapists. *J Speech Hear Disord* 1959; 24(4): 395-401.

Wilcox 1978

Wilcox MJ, Leonard LB. Experimental acquisition of Wh-questions in language-disordered children. *J Speech Hear Res* 1978; 21(2): 220-239.

Yoder 2005

Yoder PJ, Camarata S, Gardner E. Treatment effects on speech intelligibility and length of utterance in children with specific language and intelligibility impairments. *J Early Interv* 2005; 28(1): 34-49.

Folgende Therapiestudien wurden im Studienpool aufgeführt, allerdings nicht in die Nutzenbewertung aufgenommen (keine Randomisierung, keine unbehandelte Kontrollgruppe bzw. kein direkter Altersvergleich):

Baxendale J, Hesketh A. Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *Int J Lang Commun Disord* 2003; 38(4): 397-415.

Boyle J, McCartney E, Forbes J, O'Hare A. A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment. *Health Technol Assess* 2007; 11(25): 1-158.

Camarata SM, Nelson KE, Camarata MN. Comparison of conversational-recasting and imitative procedures for training grammatical structures in children with specific language impairment. *J Speech Hear Res* 1994; 37(6): 1414-1423.

Camarata SM, Nelson KE. Treatment efficiency as a function of target selection in the remediation of child language disorders. *Clin Linguist Phon* 1992; 6(3): 167-178.

Cohen W, Hodson A, O'Hare A, Boyle J, Durrani T, McCartney E et al. Effects of computer-based intervention through acoustically modified speech (Fast ForWord) in severe mixed receptive-expressive language impairment: Outcomes from a randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* 2005; 48(3): 715-729.

Courtright JA, Courtright IC. Imitative modeling as a language intervention strategy: The effects of two mediating variables. *J Speech Hear Res* 1979; 22(2): 389-402.

Crosbie S, Holm A, Dodd B. Intervention for children with severe speech disorder: A comparison of two approaches. *Int J Lang Commun Disord* 2005; 40(4): 467-491.

Dixon G, Joffe B, Bench R.J. The efficacy of visualising and verbalising: Are we asking too much. *Child Lang Teach Ther* 2001; 17(2): 127-141.

Friedman P, Friedman KA. Accounting for individual differences when comparing the effectiveness of remedial language teaching methods. *Appl Psycholinguist* 1980; 1(2): 151-170.

Fudala JB, England G, Ganoung L. Utilization of parents in a speech correction program. *Except Child* 1972; 38(5): 407-412.

Gierut JA, Morrisette ML, Hughes MT, Rowland S. Phonological treatment efficacy and developmental norms. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1996; 27(3): 215-230.

Gill CB, Klecan-Aker J, Roberts T, Fredenburgh KA. Following directions: Rehearsal and visualization strategies for children with specific language impairment. *Child Lang Teach Ther* 2003; 19(1): 85-103.

Gillon GT. The efficacy of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2000; 31(2): 126-141.

Gillon GT. Follow-up study investigating the benefits of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *Int J Lang Commun Disord* 2002; 37(4): 381-400.

Glogowska M, Roulstone S, Peters TJ, Enderby P. Early speech- and language-impaired children: Linguistic, literacy, and social outcomes. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48(6): 489-494.

Hesketh A, Adams C, Nightingale C, Hall R. Phonological awareness therapy and articulatory training approaches for children with phonological disorders: A comparative outcome study. *Int J Lang Commun Disord* 2000; 35(3): 337-354.

Hesketh A, Dima E, Nelson V. Teaching phoneme awareness to pre-literate children with speech disorder: A randomized controlled trial. *Int J Lang Commun Disord* 2007; 42(3): 251-271.

Kirk C, Gillon G. Longitudinal effects of phonological awareness intervention on morphological awareness in children with speech impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2007; 38(4): 342-352.

Kot A, Law J. Intervention with preschool children with specific language impairments: A comparison of two different approaches to treatment. *Child Lang Teach Ther* 1995; 11(2): 144-162.

Kouri TA, Selle CA, Riley SA. Comparison of meaning and graphophonemic feedback strategies for guided reading instruction of children with language delays. *Am J Speech Lang Pathol* 2006; 15(3): 236-246.

Law J, Kot A, Barnett G. A comparison of two methods for providing intervention to three year old children with expressive / receptive language impairment: Report no. 002. London: City University; 1999.

Leonard LB, Camarata SM, Pawlowska M, Brown B, Camarata MN. The acquisition of tense and agreement morphemes by children with specific language impairment during intervention: Phase 3. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51(1): 120-125.

Loeb DF, Armstrong N. Case studies on the efficacy of expansions and subject-verb-object models in early language intervention. *Child Lang Teach Ther* 2001; 17(1): 35-53.

McGregor KK, Leonard LB. Facilitating word-finding skills of language-impaired children. *J Speech Hear Disord* 1989; 54(2): 141-147.

Möller D, Probst P, Hess M. Durchführung und Evaluation eines Elterstrainings bei Sprachentwicklungsverzögerung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2008; 57: 197-215.

Mota HB, Keske-Soares M, Bagetti T, Ceron MI, Filha MG. Comparative analyses of the effectiveness of three different phonological therapy models [Portugiesisch]. *Pro Fono* 2007; 19(1): 67-74.

Nelson KE, Camarata SM, Welsh J, Butkovsky L, Camarata M. Effects of imitative and conversational recasting treatment on the acquisition of grammar in children with specific language impairment and younger language-normal children. *J Speech Hear Res* 1996; 39(4): 850-859.

Schwartz RG, Chapman K, Terrell BY, Prelock P, Rowan L. Facilitating word combination in language-impaired children through discourse structure. *J Speech Hear Disord* 1985; 50(1): 31-39.

Segers E, Verhoeven L. Computer-supported phonological awareness intervention for kindergarten children with specific language impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2004; 35(3): 229-239.

Sommers RK. Factors in the effectiveness of mothers trained to aid in speech correction. *J Speech Hear Disord* 1962;(27): 178-186.

Sommers RK, Furlong AK, Rhodes FE, Fichter GR, Bowser DC, Copetas FG et al. Effects of maternal attitudes upon improvement in articulation when mothers are trained to assist in speech correction. *J Speech Hear Disord* 1964; 29(2): 126-132.

Teutsch A, Fox AV. Vergleich der Effektivität von artikulatorischer vs phonologischer Therapie in der Behandlung kindlicher phonologischer Störungen: Eine Pilotstudie. *Sprache Stimme Gehör* 2004; 28(4): 178-185.

Tyler AA, Lewis KE, Haskill A, Tolbert LC. Outcomes of different speech and language goal attack strategies. *J Speech Hear Res* 2003; 46(5): 1077-1094.

Ward S. An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *Int J Lang Commun Disord* 1999; 34(3): 243-264.

Warrick N, Rubin H, Rowe-Walsh S. Phoneme awareness in language-delayed children: Comparative studies and intervention. *Ann Dyslexia* 1993; 43(1): 153-173.

Wilcox MJ, Kouri TA, Caswell SB. Early language intervention: A comparison of classroom and individual treatment. *Am J Speech Lang Pathol* 1991; 1(1): 49-61.

Wing CS. A preliminary investigation of generalization to untrained words following two treatments of children's word-finding problems. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1990; 21(3): 151-156.

Wright SH, Gorrie B, Haynes C, Shipman A. What's in a name: Comparative therapy for word-finding difficulties using semantic and phonological approaches. *Child Lang Teach Ther* 1993; 9(3): 214-229.

Zwitman DH, Sonderman JC. A syntax program designed to present base linguistic structures to language-disordered children. *J Commun Disord* 1979; 12(4): 323-335.

9 Literatur

1. Von Suchodoletz W. Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In: Von Suchodoletz W (Ed). Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? Göttingen: Hogrefe; 2004. S. 155-199.
2. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision; Version 2008; German modification [Online]. 25.09.2007 [Zugriff am 13.03.2008]. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>.
3. Schlesiger C. Sprachverstehen bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung: Grundlagen und Diagnostik. Frankfurt: Lang; 2001.
4. Grimm H. Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen, Ursachen, Diagnose, Intervention, Prävention. Göttingen: Hogrefe; 2003.
5. Sachse S. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In: Von Suchodoletz W (Ed). Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 2005. S. 155-189.
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber; 2005.
7. Szagun G. Langsam gleich gestört? Variabilität und Normalität im frühen Spracherwerb. Forum Logopädie 2007; 21(3): 20-25.
8. Weismer SE, Murray-Branch J, Miller JF. A prospective longitudinal study of language development in late talkers. J Speech Hear Res 1994; 37(4): 852-867.
9. Robertson SB, Weismer SE. Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development. J Speech Lang Hear Res 1999; 42(5): 1234-1248.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR; text revision. Washington: APA; 2000.
11. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Huber; 2004.
12. Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database Syst Rev 2003; (3): CD004110.
13. Goorhuis-Brouwer SM, Wijnberg-Williams BJ. Specificity of specific language impairment. Folia Phoniatr Logop 1996; 48(6): 269-274.
14. Schöler H, Scheib K. Desiderate und Thesen zur Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. Sprache Stimme Gehör 2004; 28(1): 37-41.

15. Ritterfeld U. Interventionsprinzipien bei Spracherwerbsstörungen. Heilpädagogik online 2005; 4(3): 4-29.
16. Schiff N. The influence of deviant maternal input on the development of language during the preschool years. J Speech Hear Res 1979; 22(3): 581-603.
17. Sachse S, Von Suchodoletz W. Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen mit Elternfragebogen? Kinderarztl Prax 2007; 78(4): 194-199.
18. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2007.
19. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Indikationen zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und Zweisprachigkeit: ICD-10-Nummern: F 80.0, F 80.1, F 80.3 [Online]. 25.06.2004 [Zugriff am 23.05.2007]. URL: <http://www.leitlinien.net/071-010.htm>.
20. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern [Online]. 09.2008 [Zugriff am 24.11.2008]. URL: <http://leitlinien.net/049-006.htm>.
21. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht; Auftrag S06-01. Köln: IQWiG; 2009.
22. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. J Speech Lang Hear Res 1997; 40(6): 1245-1260.
23. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. Int J Lang Commun Disord 2000; 35(2): 165-188.
24. Ritterfeld U. Die Spezifische Spracherwerbsstörung: Phänomenbeschreibung und Erklärungsmodelle. Heilpädagogische Forschung 2004; 30(2): 70-91.
25. Rice ML. Social consequences of specific language impairment. In: Grimm H, Skowronek H (Ed). Language acquisition problems and reading disorders: Aspects of diagnosis and intervention. Berlin: De Gruyter; 1993. S. 111-128.
26. Esser G, Wyschkon A. Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Petermann F (Ed). Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2002. S. 410-427.
27. Esser G. Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? Der langfristige Verlauf umschriebener Entwicklungsstörungen. Stuttgart: Enke; 1991.

28. Schlesiger C. "Late talkers" und Prävention von Sprachentwicklungsstörungen: Früherkennung und Intervention bei spät sprechenden Kindern. In: Subellok K, Bahrfeck-Wichitill K, Dupuis G (Ed). Sprachtherapie: Fröhliche Wissenschaft oder blinde Praxis. Oberhausen: Athena; 2005. S. 206-218.
29. Penner Z. Plädoyer für eine präventive Frühintervention bei Kindern mit Spracherwerbsstörungen. In: Von Suchodoletz W (Ed). Therapie von Sprachentwicklungsstörungen: Anspruch und Realität. Stuttgart: Kohlhammer; 2002. S. 106-142.
30. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50(5-6): 836-850.
31. Bode H (DGSPJ). Derzeitiges Vorgehen zur Überprüfung der Sprachentwicklung im Rahmen von U-Untersuchungen. Brief an Kreis J (IQWiG). 13.06.2007.
32. SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung [Online]. In: Heilmittelkatalog. 2004 [Zugriff am 10.04.2008]. URL: <http://www.heilmittelkatalog.de/logo/sp1.htm>.
33. Lüdtke UM, Kallmeyer K. Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus Sicht der Linguistik, Diagnostik und Mehrsprachigkeitsforschung. Die Sprachheilarbeit 2007; 52(6): 261-276.
34. Lüdtke UM, Kallmeyer K. Vorschulische Maßnahmen zur Sprachstandserhebung und Sprachförderung in den deutschen Bundesländern: Wissenschaftliche Vorschläge zur Optimierung bildungspolitischer Initiativen. Die Sprachheilarbeit 2007; 52(6): 244-260.
35. Göllner B. Qualität der Betreuung sprachentwicklungsgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. In: Von Suchodoletz W (Ed). Therapie von Sprachentwicklungsstörungen: Anspruch und Realität. Stuttgart: Kohlhammer; 2002. S. 143-165.
36. De Langen-Müller U, Hielscher-Fastabend M. Retro-quant: Retrospektive Erfassung quantitativer Daten der Sprachtherapie mit Kindern in Deutschland. Die Sprachheilarbeit 2007; 52(2): 48-62.
37. Köbberling J, Trampisch HJ, Windeler J. Memorandum for the evaluation of diagnostic measures. J Clin Chem Clin Biochem 1990; 28(12): 873-879.
38. Fryback DG, Thornbury JR. The efficacy of diagnostic imaging. Med Decis Making 1991; 11(2): 88-94.
39. Altman DG. Systematic reviews of evaluations of prognostic variables. BMJ 2001; 28(323): 224-228.
40. Medical Services Advisory Committee. Guidelines for the assessment of diagnostic technologies. Canberra: MSAC; 2005. URL: <http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/D81BE529B98B3DB6CA2575>

[AD0082FD1B/\\$File/Diag%20Guidelines%20Sept%202005%20updated%2021%20may%202007.pdf](#).

41. Moher D, Schulz KF, Altman D. The CONSORT Statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials 2001. *Lancet* 2001; 357(9263): 1191-1194.

42. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioural and public health interventions: The TREND statement. *Am J Public Health* 2004; 94(3): 1474-1475.

43. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CT, Glasziou PP, Irwig LM et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: The STARD initiative. *Clin Chem* 2003; 49(1): 1-6.

44. Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB, Bossuyt PM, Kleijnen J. The development of QUADAS: A tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 25.

45. De Koning HJ, De Ridder-Sluiser JG, Van Agt HM, Reep-van den Bergh CM, Van der Stege HA, Korfage IJ et al. A cluster-randomised trial of screening for language disorders in toddlers. *J Med Screen* 2004; 11(3): 109-116.

46. Van Agt HM, Van der Stege HA, De Ridder-Sluiser H, Verhoeven LT, De Koning HJ. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: Effects on school performance and language development at age 8. *Pediatrics* 2007; 120(6): 1317-1325.

47. Petit-Carrie S, Verret C, Cossard A, Maurice-Tison S. Access to early speech therapy in Gironde: Evaluation of a language-screening campaign for 4-year-old children (1999-2001) [Französisch]. *Arch Pediatr* 2003; 10(10): 869-875.

48. International Conference on Harmonisation E9 Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline: Statistical principles for clinical trials. *Stat Med* 1999; 18(5): 1905-1942.

49. Sachse S, Von Suchodoletz W. Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29(1): 34-41.

50. Euler HA, Holler-Zittlau I, Von Minnen S, Sick U, Dux W, Neumann K. Kindersprachscreening (KiSS): Das hessische Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes vierjähriger Kinder [Online]. 2008 [Zugriff am 22.05.2009]. URL: <http://www.psychologie.uni-kassel.de/personal/euler/Sprachscreening.pdf>.

51. Roos J, Schöler H, Treutlein A. Zur prognostischen Validität des Heidelberger Auditiven Screenings in der Einschulungsdiagnostik HASE: Abschlussbericht des Projektes EVER [Online]. 02.2007 [Zugriff am 06.05.2009]. URL: http://www.ph-heidelberg.de/wp/schoeler/Datein/Abschlussbericht_EVER-HASE_Feb-2007.pdf.

52. Neumann K, Euler HA. Bericht an das IQWiG: Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung; Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreening (KiSS) [unveröffentlicht]. 2008.

53. Kiese-Himmel C. Aktiver Wortschatztest für 3 bis 5-jährige Kinder (AWST-R). Göttingen: Beltz; 2005.
54. Esser G. Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). Göttingen: Beltz; 2002.
55. Bockmann AK, Kiese-Himmel C. ELAN: Eltern Antworten; Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter. Göttingen: Beltz; 2006.
56. Doil H. Die Sprachentwicklung ist der Schlüssel: Frühe Identifikation von Risikokindern im Rahmen kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchung [Dissertation]. Bielefeld: Universität; 2002. URL: <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/250/pdf/0001.pdf>.
57. Grimm H, Doil H. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA-1 und ELFRA-2). Göttingen: Hogrefe; 2006.
58. Sachse S, Saracino M, Von Suchodoletz W. Prognostische Validität des ELFRA-1 bei der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Klin Padiatr 2007; 219(1): 17-22.
59. Hoffmann N. Die prognostische Validität einer Kurzfassung des Elternfragebogens für Zweijährige (ELFRA-2) im Vergleich zur Langfassung [Magisterarbeit]. München: Ludwig-Maximilians-Universität; 2007.
60. Sachse S, Anke B, Von Suchodoletz W. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen: Ein Methodenvergleich. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2007; 35(5): 323-331.
61. Sachse S, Pecha A, Von Suchodoletz W. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen: Ist der ELFRA-2 für einen generellen Einsatz bei der U7 zu empfehlen? Monatsschr Kinderheilkd 2007; 155(2): 140-145.
62. Walter M. Der Einsatz von ELFRA-2 und SETK-2 in einer Kinderarztpraxis: Früherfassung von Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Die Sprachheilarbeit 2005; 50(5): 234-240.
63. Szagun G, Steinbrink C. Typikalität und Variabilität in der frühkindlichen Sprachentwicklung: Eine Studie mit einem Elternfragebogen. Sprache Stimme Gehör 2004; 28(3): 137-145.
64. Szagun G, Stumper B, Schramm SA. Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung (FRAKIS) und FRAKIS-K (Kurzform). Frankfurt: Pearson; 2009.
65. Hortmann K. Zur Diagnostik des sprachlichen Entwicklungsstandes dreijähriger Kinder. Padiatr Grenzgeb 1987; 26(3): 149-157.
66. Kasielke E, Reißmann A, Scheidereiter U. Validierung des Kindersprechttests (KISTE) mit Hilfe des Landauer Sprachentwicklungstests für Vorschulkinder (LSV). Report Psychologie 1993; 18(1): 24-32.

67. Häuser D, Kasielke E, Scheidereiter U. KISTE: Kindersprachtest für das Vorschulalter. Weinheim: Beltz; 1994.
68. Götte R. Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder: LSV; Ein Individualtest zur Erfassung von Artikulation, Wortschatz, Formen- und Satzbildungsfähigkeit sowie Kommunikationsfähigkeit vier- bis sechseinhalbjähriger Kinder. Weinheim: Beltz; 1976.
69. Elben CE, Lohaus A. Marburger Sprachverständnistest für Kinder: MSVK. Göttingen: Hogrefe; 2000.
70. Von Suchodoletz W, Sachse S. Sprachbeurteilung durch Eltern: Kurztest für die U7 (SBE-2-KT); Handbuch [Online]. 01.08.2008 [Zugriff am 08.09.2008]. URL: <http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/Forschung/Sprachst?rungen/SBE-2KT.php>.
71. Heinemann M, Höpfner C. Screening-Verfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV) im Alter von 3 1/2 bis 4 Jahren bei der U8. Kinderarzt 1992; 23(10): 1635-1639.
72. Grimm H. Sprachscreening für das Vorschulalter: SSV. Göttingen: Hogrefe; 2003.
73. Quaiser-Pohl C. Der Teddy-Test. In: Fay E (Ed). Tests unter der Lupe. Lengerich: Pabst; 2001. S. 125-137.
74. Neumann K, Sick U. Das Kinder-Sprach-Screening (KiSS): Ein Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes vierjähriger Kinder. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie (Ed). 37. Jahreskonferenz des dbI; 22.-24.05.2008; Aachen, Deutschland; Abstractband. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008. S. 45.
75. Sachse S. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In: Von Suchodoletz W (Ed). Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 2005. S. 155-189.
76. Sachse S, Von Suchodoletz W. Diagnostische Zuverlässigkeit einer Kurzversion des Elternfragebogens ELFRA-2 zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. Klin Padiatr 2007; 219(2): 76-81.
77. Sachse S, Von Suchodoletz W. Variabilität expressiver Sprachleistungen bei zweijährigen Kindern erfasst mit dem ELFRA-2. Sprache Stimme Gehör 2007; 31(3): 118-125.
78. Schlesiger C. Sprachtherapeutische Frühintervention: Methodenvorstellung und Evaluation des Late-talker-Therapiekonzeptes. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie (Ed). 37. Jahreskonferenz des dbI; 22.-24.05.2008; Aachen, Deutschland; Abstractband. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008. S. 10.
79. Bürki D, Mathieu S, Sassenroth-Aebischer S, Zollinger B. Erfassung und Therapie früher Spracherwerbsstörungen: Eine Dokumentationsstudie. LOGOS interdisziplinär 2007; 15(2): 97-102.
80. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Methoden: Version 2.0 [Online]. 19.12.2006 [Zugriff am 15.05.2009]. URL: http://www.iqwig.de/download/Methoden_IQWiG_V-2-0.pdf.

81. Almost D, Rosenbaum P. Effectiveness of speech intervention for phonological disorders: A randomized controlled trial. *Dev Med Child Neurol* 1998; 40(5): 319-325.
82. Baxendale J, Hesketh A. Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *Int J Lang Commun Disord* 2003; 38(4): 397-415.
83. Boyle J, McCartney E, Forbes J, O'Hare A. A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment. *Health Technol Assess* 2007; 11(25): 1-158.
84. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J, Philippi H. Parent-based language intervention for two-year-old children with specific expressive language delay: A randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2009; 94(2): 110-106.
85. Buschmann A, Jooss B, Blaschikowitz H, Koch-Graus A, Schumacher D, Heggen I et al. Frühe Sprachförderung. In: Karch D, Pietz J (Ed). *Aktuelle Neuropädiatrie* 2006. Nürnberg: Novartis Pharma; 2007
86. Camarata SM, Nelson KE, Camarata MN. Comparison of conversational-recasting and imitative procedures for training grammatical structures in children with specific language impairment. *J Speech Hear Res* 1994; 37(6): 1414-1423.
87. Camarata SM, Nelson KE. Treatment efficiency as a function of target selection in the remediation of child language disorders. *Clin Linguist Phon* 1992; 6(3): 167-178.
88. Cohen W, Hodson A, O'Hare A, Boyle J, Durrani T, McCartney E et al. Effects of computer-based intervention through acoustically modified speech (Fast ForWord) in severe mixed receptive-expressive language impairment: Outcomes from a randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* 2005; 48(3): 715-729.
89. Courtright JA, Courtright IC. Imitative modeling as a language intervention strategy: The effects of two mediating variables. *J Speech Hear Res* 1979; 22(2): 389-402.
90. Crosbie S, Holm A, Dodd B. Intervention for children with severe speech disorder: A comparison of two approaches. *Int J Lang Commun Disord* 2005; 40(4): 467-491.
91. Denne M, Langdown N, Pring T, Roy P. Treating children with expressive phonological disorders: Does phonological awareness therapy work in the clinic. *Int J Lang Commun Disord* 2005; 40(4): 493-504.
92. Dixon G, Joffe B, Bench R.J. The efficacy of visualising and verbalising: Are we asking too much. *Child Lang Teach Ther* 2001; 17(2): 127-141.
93. Ebbels SH, Van der Lely HK, Dockrell JE. Intervention for verb argument structure in children with persistent SLI: A randomized control trial. *J Speech Lang Hear Res* 2007; 50(5): 1330-1349.

94. Friedman P, Friedman KA. Accounting for individual differences when comparing the effectiveness of remedial language teaching methods. *Appl Psycholinguist* 1980; 1(2): 151-170.
95. Fudala JB, England G, Ganoung L. Utilization of parents in a speech correction program. *Except Child* 1972; 38(5): 407-412.
96. Gibbard D. Parental-based intervention with pre-school language-delayed children. *Eur J Disord Commun* 1994; 29(2): 131-150.
97. Gierut JA, Morrisette ML, Hughes MT, Rowland S. Phonological treatment efficacy and developmental norms. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1996; 27(3): 215-230.
98. Gill CB, Klecan-Aker J, Roberts T, Fredenburgh KA. Following directions: Rehearsal and visualization strategies for children with specific language impairment. *Child Lang Teach Ther* 2003; 19(1): 85-103.
99. Gillam RB, Loeb DF, Hoffman LM, Bohman T, Champlin CA, Thibodeau L et al. The efficacy of Fast ForWord Language intervention in school-age children with language impairment: A randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51(1): 97-119.
100. Gillon GT. The efficacy of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2000; 31(2): 126-141.
101. Gillon GT. Follow-up study investigating the benefits of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *Int J Lang Commun Disord* 2002; 37(4): 381-400.
102. Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. The effects of focused stimulation for promoting vocabulary in young children with delays: A pilot study. *J Child Commun Dev* 1996; 17(2): 39-49.
103. Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. *J Speech Hear Res* 1996; 39(6): 1274-1283.
104. Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(2): 338-348.
105. Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters TJ. Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ* 2000; 321(7266): 923-926.
106. Glogowska M, Roulstone S, Peters TJ, Enderby P. Early speech- and language-impaired children: Linguistic, literacy, and social outcomes. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48(6): 489-494.
107. Hesketh A, Adams C, Nightingale C, Hall R. Phonological awareness therapy and articulatory training approaches for children with phonological disorders: A comparative outcome study. *Int J Lang Commun Disord* 2000; 35(3): 337-354.

108. Hesketh A, Dima E, Nelson V. Teaching phoneme awareness to pre-literate children with speech disorder: A randomized controlled trial. *Int J Lang Commun Disord* 2007; 42(3): 251-271.
109. Kirk C, Gillon GT. Longitudinal effects of phonological awareness intervention on morphological awareness in children with speech impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2007; 38(4): 342-352.
110. Kot A, Law J. Intervention with preschool children with specific language impairments: A comparison of two different approaches to treatment. *Child Lang Teach Ther* 1995; 11(2): 144-162.
111. Kouri TA, Selle CA, Riley SA. Comparison of meaning and graphophonemic feedback strategies for guided reading instruction of children with language delays. *Am J Speech Lang Pathol* 2006; 15(3): 236-246.
112. Law J, Kot A, Barnett G. A comparison of two methods for providing intervention to three year old children with expressive/receptive language impairment: Final report for the North Thames Regional Health Authority Responsive Funding Group. London: City University; 1999. URL: <http://eresearch.qmu.ac.uk/422/1/422.pdf>.
113. Leonard LB, Camarata SM, Pawlowska M, Brown B, Camarata MN. The acquisition of tense and agreement morphemes by children with specific language impairment during intervention: Phase 3. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51(1): 120-125.
114. Loeb DF, Armstrong N. Case studies on the efficacy of expansions and subject-verb-object models in early language intervention. *Child Lang Teach Ther* 2001; 17(1): 35-53.
115. Maggiolo M, Pavez MM, Coloma Tirapegui CJ. Narrative intervention for children with specific language impairment [Spanisch]. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiologia* 2003; 23(2): 98-108.
116. McGregor KK, Leonard LB. Facilitating word-finding skills of language-impaired children. *J Speech Hear Disord* 1989; 54(2): 141-147.
117. Möller D, Probst P, Hess M. Durchführung und Evaluation eines Elterstrainings bei Sprachentwicklungsverzögerung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2008; 57: 197-215.
118. Mota HB, Keske-Soares M, Bagetti T, Ceron MI, Filha MG. Comparative analyses of the effectiveness of three different phonological therapy models. *Pro Fono* 2007; 19(1): 67-74.
119. Nelson KE, Camarata SM, Welsh J, Butkovsky L, Camarata M. Effects of imitative and conversational recasting treatment on the acquisition of grammar in children with specific language impairment and younger language-normal children. *J Speech Hear Res* 1996; 39(4): 850-859.
120. Robertson SB, Weismer SE. The influence of peer models on the play scripts of children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(1): 49-61.

121. Rvachew S. Speech perception training can facilitate sound production learning. *J Speech Hear Res* 1994; 37(2): 347-357.
122. Schwartz RG, Chapman K, Terrell BY, Prelock P, Rowan L. Facilitating word combination in language-impaired children through discourse structure. *J Speech Hear Disord* 1985; 50(1): 31-39.
123. Segers E, Verhoeven L. Computer-supported phonological awareness intervention for kindergarten children with specific language impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2004; 35(3): 229-239.
124. Sommers RK. Factors in the effectiveness of mothers trained to aid in speech correction. *J Speech Hear Disord* 1962; 27(2): 178-186.
125. Sommers RK, Furlong AK, Rhodes FE, Fichter GR, Bowser DC, Copetas FG et al. Effects of maternal attitudes upon improvement in articulation when mothers are trained to assist in speech correction. *J Speech Hear Disord* 1964; 29(2): 126-132.
126. Sommers RK, Schaeffe MH, Leiss RH, Gerber AJ, Bray MA, Fundrell D et al. The effectiveness of group and individual therapy. *J Speech Hear Res* 1966; 9(2): 219-225.
127. Teutsch A, Fox AV. Vergleich der Effektivität von artikulatorischer vs phonologischer Therapie in der Behandlung kindlicher phonologischer Störungen: eine Pilotstudie. *Sprache Stimme Gehör* 2004; 28(4): 178-185.
128. Tschirner D, Hielscher-Fastabend M, Jungmann T. Relative Effektivität von Sprachfrühinterventionen bei zweijährigen Risikokindern: Zwei Programme im Vergleich. *Die Sprachheilarbeit* 2007; 52(5): 188-196.
129. Tufts LC, Holliday AR. Effectiveness of trained parents as speech therapists. *J Speech Hear Disord* 1959; 24(4): 395-401.
130. Tyler AA, Lewis KE, Haskill A, Tolbert LC. Outcomes of different speech and language goal attack strategies. *J Speech Hear Res* 2003; 46(5): 1077-1094.
131. Ward S. An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *Int J Lang Commun Disord* 1999; 34(3): 243-264.
132. Warrick N, Rubin H, Rowe-Walsh S. Phoneme awareness in language-delayed children: Comparative studies and intervention. *Ann Dyslexia* 1993; (43): 153-173.
133. Wilcox MJ, Leonard LB. Experimental acquisition of wh-questions in language-disordered children. *J Speech Hear Res* 1978; 21(2): 220-239.
134. Wilcox MJ, Kouri TA, Caswell SB. Early language intervention: A comparison of classroom and individual treatment. *Am J Speech Lang Pathol* 1991; 1(1): 49-61.

135. Wing CS. A preliminary investigation of generalization to untrained words following two treatments of children's word-finding problems. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1990; 21(3): 151-156.
136. Wright SH, Gorrie B, Haynes C, Shipman A. What's in a name: Comparative therapy for word-finding difficulties using semantic and phonological approaches. *Child Lang Teach Ther* 1993; 9(3): 214-229.
137. Yoder PJ, Camarata S, Gardner E. Treatment effects on speech intelligibility and length of utterance in children with specific language and intelligibility impairments. *J Early Interv* 2005; 28(1): 34-49.
138. Zwitman DH, Sonderman JC. A syntax program designed to present base linguistic structures to language-disordered children. *J Commun Disord* 1979; 12(4): 323-335.
139. Buschmann A. Effectiveness of early parent-based language intervention [Online]. 19.02.2008 [Zugriff am 15.08.2008]. URL: <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00625261?id=NCT00625261&rank=1>.
140. Higgins JPT, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Oxford: Wiley; 2008.
141. Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Mühlhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: A methodological review. *Diabetologia* 2007; 50(7): 1375-1383.
142. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007; 334(7591): 455-459.
143. Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res* 2004; 47(4): 924-943.
144. Enderby PM, John A. *Therapy outcome measures (TOM) in speech and language therapy*. San Diego: Singular Publishing; 1997.
145. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Allgemeine Methoden: Version 3.0* [Online]. 27.05.2008 [Zugriff am 15.05.2009]. URL: http://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_3_0.pdf.
146. Records NL, Tomblin B. Clinical decision making: Describing the decision rules of practicing speech-language pathologists. *J Speech Hear Res* 1994; 37: 144-156.
147. Grimm H. Jedes vierte Kind ist sprachentwicklungsauffällig? *LOGOS interdisziplinär* 1998; 6(1): 38-43.
148. Walter M. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung zur Häufigkeit sprachlicher Förderbedürftigkeit bei Vorschulkindern in Bayern. *Die Sprachheilarbeit* 2007; 52(4): 146-151.

149. Heinemann M. Zunahme von Sprachentwicklungsstörungen: Ein aktuelles Problem; Ursachen und Konsequenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Ed). Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision? Herausforderung und Chance in der Rehabilitation Sprachbehinderter; XXII. Arbeits- und Fortbildungstagung; 26.-28.09.1996; Münster, Deutschland; Kongressbericht. Hamm: dgs; 1996. S. 53-61.
150. Von Kries R, Von Suchodoletz W, Stränger J, Toschke AM. Fernseher im Kinderzimmer: Ein möglicher Risikofaktor für expressive Sprachstörungen bei 5 und 6-jährigen Kindern. Gesundheitswesen 2006; 68(10): 613-617.
151. Prathanee B, Thinkhamrop B, Dechongkit S. Specific language impairment: Effect on later language development; a literature review. J Med Assoc Thai 2006; 89(10): 1775-1787.
152. Beitchman JH, Nair R, Clegg M, Patel PG, Ferguson B, Pressman E et al. Prevalence of speech and language disorders in 5-year-old kindergarten children in the Ottawa-Carleton region. J Speech Hear Disord 1986; 51(2): 98-110.
153. Paul TJ, Desai P, Thorburn MJ. The prevalence of childhood disability and related medical diagnoses in Clarendon, Jamaica. West Indian Med J 1992; 41(1): 8-11.
154. Stevenson J, Richman N. The prevalence of language delay in a population of three-year-old children and its association with general retardation. 4129. Dev Med Child Neurol 1976; 18(4): 431-441.
155. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: Systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics 2006; 117: e298-e319.
156. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for speech and language delay: A systematic review of the literature. Health Technol Assess 1998; 2(9): 1-184.
157. Kiese-Himmel C. Entwicklung sprach- und kommunikationsgestörter Kinder, am Beispiel von "Late Talkers" sowie Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. In: Hasselhorn M, Silbereisen RK (Ed). Enzyklopädie der Psychologie; Band 4: Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kindesalters. Göttingen: Hogrefe; 2008. S. 695-730.
158. Kiese-Himmel C, Kruse E. A follow-up report of German kindergarden children and preschoolers with expressive developmental language disorders. Logoped Phoniatr Vocol 1998; 23(2): 69-77.
159. Ritterfeld U. Elternpartizipation. In: Schöler H, Welling A (Ed). Handbuch der Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen; Band 3: Förderschwerpunkt Sprache. Göttingen: Hogrefe; 2007. S. 922-949.
160. Ritterfeld U. Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung: Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. Frühförderung Interdisziplinär 2000; 19(2): 82-87.

161. Grimm H. Entwicklungskritische Dialogmerkmale in Mutter-Kind-Dyaden mit sprachgestörten und sprachunauffälligen Kindern. *Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol* 1994; 26(1): 35-52.
162. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Berichtsplan; Auftrag S06-01; Version 1.0 [Online]. 05.11.2007 [Zugriff am 15.05.2009]. URL: http://www.iqwig.de/download/S06-01_Berichtsplan_V_1_0_Frueherkennung_umschriebener_Stoerungen_des_Sprechens_und_der_Sprache.pdf.
163. Law J. The implications of different approaches to evaluating intervention: Evidence from the study of language delay/disorder. *Folia Phoniatr Logop* 2004; 56(4): 199-219.
164. Cleave PL. Design issues in treatment efficacy research for child language intervention: A review of the literature. *Can J Speech Lang Pathol Audiol* 2001; 25(1): 24-34.
165. Glogowska M, Campbell R, Peters TJ, Roulstone S, Enderby P. A multimethod approach to the evaluation of community preschool speech and language therapy provision. *Child Care Health Dev* 2002; 28(6): 513-521.
166. Buschmann A. Heidelberger Elterntraining: Ein Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung [Online]. 2008 [Zugriff am 16.09.2008]. URL: http://www.heidelberger-elterntraining.de/infos_fuer_eltern/.
167. Penner Z, Krügel C, Nonn K. Aufholen oder zurückbleiben: Neue Perspektiven bei der Frühintervention von Spracherwerbsstörungen. *Forum Logopädie* 2005; 19(6): 6-15.
168. Dannenbauer FM. Chancen der Frühintervention bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. *Die Sprachheilarbeit* 2001; 46(3): 103-111.
169. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children [Online]. 02.2006 [Zugriff am 11.05.2009]. (AHRQ Evidence Synthesis; Band 41). URL: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/speechsyn.pdf>.
170. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. The feasibility of universal screening for primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *Dev Med Child Neurol* 2000; 42(3): 190-200.
171. National Screening Committee. Child health sub-group report on speech and language delay [Online]. 05.2005 [Zugriff am 07.05.2009]. URL: <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=88201>.
172. Brauer J, Friederici AD. Functional neural networks of semantic and syntactic processes in the developing brain. *J Cogn Neurosci* 2007; 19(10): 1609-1623.
173. Friederici AD. Neurophysiological markers of early language acquisition: From syllables to sentences. *Trends Cogn Sci* 2005; 9(10): 481-488.

174. Friedrich M, Friederici AD. Phonotactic knowledge and lexical-semantic processing in one-year-olds: Brain responses to words and nonsense words in picture contexts. *J Cogn Neurosci* 2005; 17(11): 1785-1802.
175. Griffiths TD, Warren JD. The planum temporale as a computational hub. *Trends Neurosci* 2002; 25(7): 348-353.
176. Wartenburger I, Steinbrink J, Telkemeyer S, Friedrich M, Friederici AD, Obrig H. The processing of prosody: Evidence of interhemispheric specialization at the age of four. *Neuroimage* 2007; 34(1): 416-425.
177. Weber C, Hahne A, Friedrich M, Friederici AD. Discrimination of word stress in early infant perception: Electrophysiological evidence. *Brain Res Cogn Brain Res* 2004; 18(2): 149-161.
178. Mills DL, Coffey-Corina SA, Neville HJ. Language comprehension and cerebral specialization from 13 to 20 months. *Dev Neuropsychol* 1997; 13(3): 397-445.
179. Friederici A, Hahne A. Neurokognitive Aspekte der Sprachentwicklung. In: Grimm H (Ed). *Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe; 2000. S. 273-310.
180. Gauger L, Lombardino LJ, Leonard CM. Brain morphology in children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(6): 1272-1284.
181. Herbert MR, Ziegler DA, Makris N, Filipek PA, Kemper TL, Normandin JJ et al. Localization of white matter volume increase in autism and developmental language disorder. *Ann Neurol* 2004; 55(4): 530-540.
182. Whitehouse A, Bishop D. Cerebral dominance for language function in adults with specific language impairment or autism (Epub ahead of print) 35.; 2008.
183. Friedrich M, Weber C, Friederici AD. Electrophysiological evidence for delayed mismatch response in infants at-risk for specific language impairment. *Psychophysiology* 2004; 41(5): 772-782.
184. Friedrich M, Friederici A. Early N400 development and later language acquisition. *Psychophysiology* 2006; 43(1): 1-12.
185. Jentschke S, Koelsch S, Sallat S, Friederici AD. Children with specific language impairment also show impairment of music-syntactic processing. *J Cogn Neurosci* 2008; 20(11): 1940-1951.
186. Weber C, Hahne A, Friedrich M, Friederici AD. Reduced stress pattern discrimination in 5-month-olds as a marker of risk for later language impairment: Neurophysiological evidence. *Brain Res Cogn Brain Res* 2005; 25(1): 180-187.
187. Mills DL, Neville HJ. Electrophysiological studies of language and language impairment. *Semin Pediatr Neur* 1997; 4(2): 125-134.

188. Dick F, Richardson F. Using magnetic resonance imaging to investigate developmental language disorders. In: Norbury CF, Tomblin JB, Bishop DV (Ed). Understanding developmental language disorders. Hove: Psychology Press; 2008. S. 53-66.
189. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: A review of the process. Am J Prev Med 2001; 20(3 Suppl): 21-35.
190. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung); Auftrag S06-01 [Online]. 27.10.2008 [Zugriff am 15.05.2009]. URL: http://www.iqwig.de/download/S06-01_Vorbericht_Fruherkennun_umschriebener_Stoerungen_des_Sprechens_und_der_Sprache.pdf.
191. Rutjes AW, Reitsma JB, Coomarasamy A, Khan KS, Bossuyt PM. Evaluation of diagnostic tests when there is no gold standard: A review of methods. Health Technol Assess 2007; 11(50): iii-51.
192. Fletcher RH, Fletcher SW. Klinische Epidemiologie: Grundlagen und Anwendung. Bern: Huber; 2007.
193. National Screening Committee. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme [Online]. 03.2003 [Zugriff am 07.05.2009]. URL: <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=59772>.
194. Michaelis R. Das "Grenzsteinprinzip" als Orientierungshilfe für die pädiatrische Beurteilung. In: Schlack HG (Ed). Entwicklungspädiatrie. München: Marseille; 2009. S. 123-129.
195. Eisenbeiß S, Bartke S, Clahsen H. Structural and lexical case in child German: Evidence from language-impaired and typically developing children. Language Acquisition 2006; 13(1): 3-32.
196. Schulz P, Wymann K, Penner Z. The early acquisition of verb meaning in German by normally developing and language impaired children. Brain Lang 2001; 77(3): 407-418.
197. Wenzel R. Mögliche Frühindikatoren spezifischer Sprachentwicklungsstörungen: Eine retrospektive Analyse. In: Schnitzler C, Orlando A (Ed). 5. Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen; 03.-05.04.2008; Mainz, Deutschland. Idstein: Schulz-Kirchner; 2008. S. 65.
198. Bittner D. Early verb development in one German speaking child. ZAS Papers in Linguistics 2000; 18: 21-38.
199. Clahsen H. Der Erwerb von Kasusmarkierungen in der deutschen Kindersprache. Linguistische Berichte 1984; (89): 1-31.

200. Clahsen H. Einige Ergebnisse zum frühkindlichen Erwerb des Deutschen. In: Clahsen H (Ed). Die Profilanalyse: Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter. Berlin: Marhold; 1986. S. 10-31.
201. Clahsen H, Eisenbeiß S, Penke M. Lexical learning in early syntactic development. In: Clahsen H (Ed). Generative perspectives on language acquisition: Empirical findings, theoretical considerations and crosslinguistic comparison. Amsterdam: Benjamins; 1996. S. 129-160.
202. Köhler K, Bruyère S. Finiteness and verb placement in the L1 acquisition of German. Wiener Linguistische Gazette 1996; 53-54: 63-86.
203. Lleó C, El Moghhabel C, Prinz M. Babbling und Frühwort-Produktion im Deutschen und Spanischen. Linguistische Berichte 1994; (151): 191-217.
204. Szagun G. Learning different regularities: The acquisition of noun plurals by German-speaking children. First Language 2003; 21(62): 109-141.
205. Bittner D. Aspectual interpretation of early verb forms in German. ZAS Papers in Linguistics 2003; 29: 3-25.
206. Elsen H. Auswirkungen des Lautsystems auf den Erwerb des Lexikons: Eine funktionalistisch-kognitive Perspektive. In: Meibauer J, Rothweiler M (Ed). Das Lexikon im Spracherwerb. Tübingen: Francke; 1999. S. 88-105.
207. Hausendorf H, Quasthoff UM. Sprachentwicklung und Intervention: Eine linguistische Studie zum Erwerb von Diskursfähigkeiten bei Kindern. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag; 1996.
208. Laaha S, Ravid D, Korecky-Kröll K, Laaha G, Dressler WU. Early noun plurals in German: Regularity, productivity or default? J Child Lang 2006; 33(2): 271-302.
209. Kauschke C. Früher Wortschatzerwerb im Deutschen: Eine empirische Studie zum Entwicklungsverlauf und zur Komposition des kindlichen Lexikons. In: Meibauer J, Rothweiler M (Ed). Das Lexikon im Spracherwerb. Tübingen: Francke; 1999. S. 128-156.
210. Kauschke C. Der Erwerb des frühkindlichen Lexikons: Eine empirische Studie zur Entwicklung des Wortschatzes im Deutschen. Tübingen: Narr; 2000.
211. Kauschke C. Early lexical development in German: A study on vocabulary growth and vocabulary composition during the second and third year of life. J Child Lang 2002; 29(4): 735-757.
212. Fox AV, Dodd BJ. Der Erwerb des phonologischen Systems in der deutschen Sprache. Sprache Stimme Gehör 1999; 23: 183-191.
213. Fox AV. TROG-D: Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses. Idstein: Schulz-Kirchner; 2006.

214. Kauschke C. Entwicklung, Störungen und Diagnostik lexikalischer Prozesse: Wortverständnis und Wortproduktion. Sprache Stimme Gehör 2003; 27: 110-118.
215. Siegmüller J. Entwicklung, Störungen und Diagnostik semantischer Prozesse: Begriffsklassifikation. Sprache Stimme Gehör 2003; 27(3): 101-109.
216. Kauschke C, Siegmüller J. Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Elsevier; 2002.
217. Papousek M, Papousek H. Stimmliche Kommunikation im frühen Säuglingsalter als Wegbereiter der Sprachentwicklung. In: Keller H (Ed). Handbuch der Kleinkindforschung. Bern: Huber; 1989. S. 466-489.
218. Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K, Gorter JW. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: A critical review of the literature. Dev Med Child Neurol 2007; 49(7): 550-556.
219. Bockmann AK. ELAN: Mit Schwung bis ins Grundschulalter; die Vorhersagekraft des frühen Wortschatzes für spätere Sprachleistungen. Forum Logopädie 2008; 22(4): 20-23.
220. Glascoe FP. Can clinical judgement detect children with speech language problems? Pediatrics 1991; 87(3): 317-322.
221. Henze KH, Kiese C. Empirische Analysen zur Struktur des Psycholinguistischen Entwicklungstests und zur Apriori-Evaluation der Clusterbarkeit eines Datensatzes. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1991; 12: 193-201.
222. Jansen H, Mannhaupt G, Marx H, Skowronek H. "Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten" (BISC). Göttingen: Hogrefe; 1999.
223. Keilmann A, Schöler H. Zeitökonomische validierte Diagnostik des Dysgrammatismus. HNO 2007; 55(3): 217-224.
224. Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M. Diagnostische Genauigkeit des SETK 3-5 zur dichotomen Einschätzung von sprachlichen Leistungen [Online]. In: 25. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.; 12.09.-14.09.2008; Düsseldorf, Deutschland. 27.08.2008 [Zugriff am 05.05.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/dgpp2008/08dgpp45.shtml>.
225. Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M. Eine Methode zur Phänotypisierung der spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei 4- bis 5jährigen deutschsprachigen Kindern [Online]. In: 100 Jahre Phoniatrie in Deutschland: 22. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie; 24. Kongress der Union Europäischer Phoniater; 16.-18.09.2005; Berlin, Deutschland. 15.09.2005 [Zugriff am 05.05.2009]. URL: <http://www.egms.de/en/meetings/dgpp2005/05dgpp048.shtml>.

Anhang A – Anfrage zur derzeitigen Praxis der Sprachstandserhebungen in den Bundesländern

Am 24.04.2007 wurden alle Bundesländer angefragt, ob verpflichtende Tests zur Sprachstandsfeststellung im Vorschulalter durchgeführt werden und, falls ja, mit welchen Messinstrumenten. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des vorliegenden Berichts liegen Angaben zur Durchführung verpflichtender Sprachstandserhebungen für 14 der 16 Bundesländer vor. Dabei zeigt sich in der Praxis eine große Heterogenität zwischen den verschiedenen Ländern hinsichtlich der Tatsache, ob überhaupt eine verpflichtende Untersuchung zur Feststellung des Sprachstands durchgeführt wird, in welchem Alter die Kinder untersucht werden, welche Testverfahren eingesetzt werden, in welchem Setting die Untersuchung durchgeführt wird und wer die Untersuchung durchführt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass der Schwerpunkt bei den Sprachstandserhebungen auf der Feststellung des pädagogischen Förderbedarfs liegt.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 28: Anfragen bei Ministerien zur Sprachstandserhebung – Übersicht

Bundesland	Angaben der Bundesländer zur Durchführung verpflichtender Sprachstandserhebungen
Baden-Württemberg	<p>Neben anderen Entwicklungsdimensionen wird bei der Einschulungsuntersuchung auch der sprachliche Entwicklungsstand mit wissenschaftlichen Verfahren und unter Berücksichtigung örtlicher gesundheitspolitischer Schwerpunkte erhoben. Dabei ist aber sowohl der Umfang als auch das Verfahren für die Sprachstandsdiagnostik nicht verbindlich festgelegt.</p> <p>Derzeit wird die Einschulungsuntersuchung neu konzipiert; dies sieht neben der Vorverlagerung des Untersuchungszeitpunktes auch eine Verbesserung der Untersuchungsmethodik vor. Eine Entscheidung über die Einführung eines Verfahrens zur Sprachstandserhebung wird voraussichtlich zum Jahresende 2007 getroffen.</p>
Bayern	<p>Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird bei allen Kindern ein Sprachtest durchgeführt. Derzeit steht allerdings noch kein standardisierter, validierter Sprachtest zur Verfügung: Ein Teil der Gesundheitsämter verwendet das von der logopädischen Praxis Triolog entwickelte Sprachscreening, ein weiterer Teil arbeitet mit Arbeitsanweisungen des StMASFFG^a.</p> <p>Es wird derzeit an der Entwicklung eines praktikablen standardisierten und validierten Sprachtests zur Verwendung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen gearbeitet.</p>
Berlin	<p>Im Rahmen der für alle Kinder verpflichtenden Einschulungsuntersuchung wird ein Entwicklungsscreening mit dem S-ENS-Verfahren^b (seit 2005) durchgeführt und dokumentiert. Dieses Verfahren umfasst u. a. Tests zur sprachlichen Entwicklung der Kinder, die bei der Untersuchung i. d. R. 5–6 Jahre alt sind; im Bereich der Sprachkompetenz und der auditiven Informationsverarbeitung werden die Untertests „Pseudowörter nachsprechen“, „Wörter ergänzen“ und „Sätze nachsprechen“ durchgeführt, außerdem werden anhand von Bildvorlagen und der sprachlichen Äußerungen des Kindes während der Untersuchung Artikulationsstörungen in 10 Lautgruppen erfasst.</p> <p>Für Kinder nicht deutscher Herkunft werden die Deutschkenntnisse vom / von der untersuchenden Arzt / Ärztin in 1 von 5 Kategorien eingestuft (nicht – akzentfrei).</p> <p>Zusätzlich wird eine ebenfalls für alle Kinder verpflichtende Sprachstandserhebung „Deutsch plus“ durchgeführt.</p>
Brandenburg	<p>Das Konzept einer flächendeckenden und verbindlichen Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung, mit dem die Kinder 1 Jahr vor ihrer Einschulung untersucht und ggf. gefördert werden sollen, umfasst mehrere Stufen: 1. Regelmäßige Beobachtung und Dokumentation der Bildungsbiografie der Kinder durch die Erzieherinnen einschließlich der Feststellung von möglichen Bildungsbeeinträchtigungen anhand des Instruments „Grenzsteine der Entwicklung“ und ggf. zusätzlich WESPE^c; 2. Kinder mit auffälligem Befund in einem der beiden Instrumente werden mit KISTE^d genauer untersucht (das Ergebnis gibt Hinweise darauf, ob überhaupt ein Förderbedarf besteht, auf welche Bereiche der Sprachentwicklung besonders geachtet werden muss und ob ggf. die Prüfung eines medizinisch-therapeutischen Behandlungsbedarfes empfohlen werden sollte); 3. Förderung dieser Kinder in den Kindertagesstätten bzw. durch andere zuständige Träger. Das Konzept wird ab dem Schuljahr 2007 / 08 eingeführt und zum Schuljahr 2009 / 10 verbindlich und flächendeckend umgesetzt.</p>

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 28 (Fortsetzung): Anfragen bei Ministerien zur Sprachstandserhebung – Übersicht

Bundesland	Angaben der Bundesländer zur Durchführung verpflichtender Sprachstandserhebungen
Bremen	<p>Es werden bei allen Kindern verpflichtend 1 Jahr vor der Einschulung Sprachstandserhebungen durchgeführt. Die Sprachstandserhebung dient zur Feststellung der sprachlichen Entwicklung von Kindern, im Sinne von Wortschatz, Phonologie, präliterale / pränumerale Kompetenzen etc. Die Ergebnisse der Erhebung dienen dazu, Förderkinder zu filtern, die im Anschluss an das Screening, im Zeitrahmen eines Kindergartenjahres, eine Förderung in einer Kleingruppe erhalten.</p> <p>Das Instrument ist jedoch nicht geeignet, um Sprachentwicklungsstörungen im logopädischen Sinne festzustellen. Folgende Verfahren kommen bei den Sprachstandsüberprüfungen zum Einsatz:</p> <p>1. Wortschatztest, 2. Satzverständnistest, 3. Aufgaben ausführen (Teddy-Test), 4. Phonologische Kompetenzen (Pseudowörter nachsprechen, Silben segmentieren), 5. Präliterale Kenntnisse (ABC aufsagen sowie Buchstaben benennen und beschreiben), 6. Pränumerische Kenntnisse (Zählen, Aufzählen, Zahlen benennen), 7. Erzieherinnenbefragung zur Sprach- und Sozialentwicklung des Kindes.</p>
Hamburg	<p>Im Rahmen der ersten schulärztlichen Untersuchung ca. 1 ½ Jahre vor Beginn der Schule (verpflichtende Untersuchung beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Bezirksamter für alle Kinder, die nicht an der altersgemäßen Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben) wird das Untersuchungsprogramm „Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter“ (BUEVA), ein Screening-Verfahren zur Diagnostik schule relevanter Teilleistungsstörungen im Vorschulalter, ergänzend eingesetzt. Die Testbatterie erfasst bei den Vierjährigen die allgemeine Intelligenz, die Artikulation, die expressive und rezeptive Sprache sowie die Visuomotorik.</p>
Hessen	<p>Das Land Hessen (Auftrag an die Universität Frankfurt) befasst sich nunmehr auch von der medizinischen Seite aus mit der Erfassung der Entwicklungsverzögerungen in der Sprache im Alter von 4 Jahren. Auch wenn ein früherer Zeitpunkt als sinnvoll angesehen wird, steht derzeit kein Verfahren zur Verfügung (z. B. ELFRA^c), das im Alter von 2 oder 3 Jahren 1. flächendeckend eingesetzt werden kann, 2. gute Ergebnisse bietet – vor allem bezüglich der Sensitivität und Spezifität (!) – und 3. und Nachweise über eine effektive Therapie liefern kann, die natürlich infrastrukturell auch vorhanden sein sollte.</p> <p>Die Probleme liegen insbesondere im Bereich der Kinder mit Migrationshintergrund, die schwer zu diagnostizieren sind und einen hohen Anteil an sprachauffälligen Kindern insgesamt ausmachen.</p> <p>Vor allem aus pädagogischen Gründen wird mit einer Screeningversion gearbeitet, die Kindergärtnerinnen in die Lage versetzen soll, sprachauffällige Kinder zu erkennen und möglichst gezielt (aber systematisch) zu fördern. Kinder mit Verdacht auf SES^f (oder anderen Auffälligkeiten wie z. B. Redeflussstörungen) werden Sprachexperten zur Nachuntersuchung vorgestellt. Diese Experten sind in den Landkreisen angestellt und fungieren als „Supervisoren“ für die Kindergärtnerinnen. Die Feststellungen werden dokumentiert und können den Kinderärzten / HNO^g-Ärzten vorgelegt werden, die die Kinder dann weiter untersuchen bzw. einer bestimmten Therapie zuführen können. Außerdem werden anonymisierte Daten erhoben. Selbstverständlich werden alle Kinderärzte in das Programm einbezogen.</p> <p>Die beste Art der Förderung der Kinder mit SES^f wird als noch offen angesehen und vonseiten des Ministeriums wissenschaftlich aufbereitet werden. Ebenso wird beabsichtigt, das Screening in der Schuleingangsuntersuchung so anzupassen, dass eine Aussage über die zwischenzeitliche Entwicklung des Kindes ermöglicht wird. Theoretisch ist eine begrenzte Auswertung der Daten auch über die pädagogischen Förderprogramme möglich.</p>

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 28 (Fortsetzung): Anfragen bei Ministerien zur Sprachstandserhebung – Übersicht

Bundesland	Angaben der Bundesländer zur Durchführung verpflichtender Sprachstandserhebungen
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Verpflichtende Tests zur Sprachstandsfeststellung in Kindertageseinrichtungen gibt es derzeit nicht. Durch den Verband der Kinder- und Jugendärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde eine empfehlende Richtlinie für die Schuleingangsuntersuchung erarbeitet, die auch den Sprachstand der Einschüler ermittelt. Diese Richtlinie wird derzeit durch die Kinder- und Jugendärzte der Gesundheitsämter überprüft und ggf. aktualisiert.</p>
Niedersachsen	<p>Es gibt keine verpflichtenden Tests mit dem Ziel der Früherkennung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (entsprechend F80.- der ICD-10-GM). Eine verbindliche Prüfung zur Sprachstandsfeststellung findet 15 Monate vor Beginn der Schulpflicht statt, zur Prüfung des Wortschatzes und der kommunikativen Kompetenz. Die daraus ggf. resultierende schulvorbereitende Förderung „Fit in Deutsch“ schließt therapeutischen Bedarf aus.</p> <p>Der Schulärztliche Dienst der Gesundheitsämter prüft bei der Schuleingangsuntersuchung Sprechen und Sprache nach definierten Standards (SOPHIA^h oder Weser-Ems / Bielefelder Modell) mit Prüfbögen nach Metzker oder Kottmann, bei Bedarf auch Teilleistungen des PETⁱ. Die Kommunen können allerdings statt der schulärztlichen Untersuchung auch die Untersuchungsergebnisse anderer Ärzte akzeptieren, deren Sprachprüfstandards wohl nicht verbindlich festgelegt sind.</p>
Nordrhein-Westfalen	<p>2 Jahre vor der Einschulung stellt das Schulamt fest, ob die Sprachentwicklung der Kinder altersgemäß ist und ob sie die deutsche Sprache hinreichend beherrschen. Deshalb wird erstmals im Frühjahr 2007 bei allen Kindern, die zum Schuljahr 2009 / 10 schulpflichtig werden, von den GrundschullehrerInnen und von in der Grundschule tätigen sozialpädagogischen Fachkräften in einem zweistufigen Verfahren in Kooperation mit den MitarbeiterInnen der Kindertageseinrichtungen möglicher Förderbedarf überprüft. Landesweit ist für diese Sprachstandsfeststellung das von der Universität Dortmund entwickelte Verfahren „Delfin 4“ vorgeschrieben, das sich in 2 Sprachkompetenztests gliedert.</p> <p>Zusätzlich bestimmt das Schulgesetz, dass die Grundschule bei der Anmeldung feststellt, ob die Kinder die deutsche Sprache hinreichend beherrschen, um im Unterricht mitarbeiten zu können. Die Schule entscheidet selbst, welche Kinder zu einer Sprachstandsfeststellung eingeladen werden. Für diese Sprachstandsfeststellung, die ein ¾ Jahr vor der Einschulung stattfindet, muss die Schule eins der 4 folgenden Verfahren auswählen: 1. Kenntnisse in Deutsch als Zweitsprache erfassen, 2. Fit in Deutsch, 3. Sprachstandsüberprüfung und Förderdiagnostik für Ausländer- und Aussiedlerkinder (SFD), 4. Cito-Test für Zweisprachigkeit.</p> <p>Generell haben die in Nordrhein-Westfalen stattfindenden verpflichtenden Sprachtests nicht das Ziel (und sind genau genommen auch nicht dafür geeignet), Sprachstörungen und Sprachentwicklungsstörungen, die eine logopädische oder sprachtherapeutische Behandlung nach sich ziehen, zu erkennen. Ihr Ziel ist, die Notwendigkeit einer <u>pädagogischen</u> Sprachförderung zu ermitteln.</p>

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 28 (Fortsetzung): Anfragen bei Ministerien zur Sprachstandserhebung – Übersicht

Bundesland	Angaben der Bundesländer zur Durchführung verpflichtender Sprachstandserhebungen
Rheinland-Pfalz	<p>Es werden keine verpflichtenden punktuellen Sprachtests für Kinder im Vorschulalter durchgeführt. Stattdessen erfolgt eine kontinuierliche, systematische Begleitung, Beobachtung und Dokumentation der sprachlichen Entwicklung des Kindes mit dem Ziel einer individuellen Förderung. Dazu wurden allen Kindertagesstätten die Beobachtungsverfahren SISMIK^j und SELDAK^k zur Verfügung gestellt und mit Fortbildungen begleitet. Darüber hinaus ist erstmals zur Schulanmeldung in 2006 ein Verfahren zur Einschätzung des Sprachförderbedarfs von Kindern ohne Kindergartenbesuch zum Einsatz gekommen, die allerdings nur ca. 1,12 % ausmachen.</p> <p>Sofern Erzieherinnen in ihrer Arbeit Anhaltspunkte für einen sprachtherapeutischen Bedarf feststellen, ist dies im Elterngespräch zu kommunizieren, damit die Eltern im Rahmen ihres Sorgerechts entscheiden können, inwiefern eine Konsultation eines Arztes und evtl. eine weitergehende Behandlung angezeigt erscheinen.</p>
Saarland	bisher keine Antwort erhalten
Sachsen	<p>In Sachsen werden 2 Sprachtests durchgeführt: Im 4. Lebensjahr wird durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter in den Kindertagesstätten der SSV^l nach Frau Prof. Grimm (Kurzform des SEKT 3-5^m) durchgeführt. Die Teilnahme daran ist freiwillig und es werden nur diejenigen Kinder erfasst, die diese Betreuungseinrichtungen besuchen. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung im Jahr vor dem Schuleintritt wird der S-ENS^b durchgeführt. Die Teilnahme an der Einschulungsuntersuchung ist in Sachsen Pflicht.</p>
Sachsen-Anhalt	Es werden keine verpflichtenden Tests zur Sprachstandsfeststellung im Vorschulalter durchgeführt.
Schleswig-Holstein	bisher keine Antwort erhalten
Thüringen	<p>Von den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten der Gesundheitsämter werden Schuleingangsuntersuchungen für alle Schulanfänger (i. d. R. 5–7-jährige Kinder) und mit Einverständnis der Eltern Untersuchungen in den Kindertagesstätten (2–5-jährige Kinder) durchgeführt. In Kindertagesstätten wird aufgrund des mangelnden Zeitbudgets ca. ein Viertel aller 2- bis 5-jährigen Kinder erreicht. Vorrangig wird dabei auf den Jahrgang vor der Einschulung (4–5-jährige Kinder) sowie auf in der Entwicklung verzögerte oder anderweitig auffällige Problemkinder orientiert. Zur Schuleingangsuntersuchung gehören neben der körperlichen Untersuchung teilstandardisierte Entwicklungstests u. a. auch der Sprache. Diese beruhen auf dem Konzept einer Arbeitsgruppe aus dem Regierungsbezirk Köln „Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung“ und wurden durch eine Arbeitsgruppe Thüringer Jugendärztinnen für Thüringen modifiziert. Der Test zur Sprech- und Sprachentwicklung umfasst Artikulation, Respiration, Phonation, Grammatismus, kinästhetisch-artikulatorische Differenzierung und rhythmisch-strukturierende Differenzierung.</p>

(Fortsetzung)

Tabelle 28 (Fortsetzung): Anfragen bei Ministerien zur Sprachstandserhebung – Übersicht

- a: Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit
- b: S-ENS: Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
- c: WESPE: Wir Erzieherinnen schätzen den Sprachstand der Kinder ein
- d: KISTE: Kindersprachtest für das Vorschulalter
- e: ELFRA: Elternfragebogen zur Erfassung sprachentwicklungsverzögerter Kinder
- f: SES: Sprachentwicklungsstörungen
- g: HNO: Hals-Nasen-Ohren
- h: SOPHIA: Sozialpädiatrisches Programm Hannover - Jugendärztliche Aufgaben
- i: PET: Psycholinguistischer Entwicklungstest
- j: SISMIK: Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkinder in Kindertageseinrichtungen
- k: SELDAK: Sprachentwicklung und Literacy bei deutschsprachig aufwachsenden Kindern
- l: SETK 3-5 : Sprachentwicklungstest für 3- bis 5-jährige Kinder
- m: SSV: Sprachscreening für das Vorschulalter

Anhang B – Suchstrategien**B1: Screening****1 The Cochrane Library (Wiley)**

- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- Health Technology Assessment Database (HTA)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)

Datum der letzten Recherche: 08.05.2008

ID	Suchformulierung
#1	LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS, this term only
#2	SPEECH DISORDERS explode all trees
#3	#2 AND (child* OR infant* OR pediatri*)
#4	((language OR speech OR semantic OR linguistic) AND (development* OR delay* OR impair*)):ti
#5	language development* disorder* OR developmental language disorder* OR central auditory processing disorder* OR (language development* NEAR (impair* OR disorder*)) OR specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR (developmental disorder* NEAR (language OR speech))
#6	(language OR speech):ti
#7	#5 AND #6
#8	pre-school AND (speech OR language) AND screening
#9	#1 OR #3 OR #4 OR #7 OR #8

2 BIOSIS, CINAHL, EMBASE, Journals@Ovid, MEDLINE, PsycINFO (OVID)

- BIOSIS: 1987 – 2008
- CINAHL: 1982 – 2008
- EMBASE: 1988 – 2008
- Journals@Ovid Full Text
- MEDLINE: 1950 – 2008
- PsycINFO 1985 – 2008

Datum der letzten Recherche: 08.05.2008

ID	Suchformulierung
1	Language Development Disorders/
2	language development\$ disorder\$.hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
3	speech development\$ disorder\$.hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
4	(speech delay OR language delay OR delayed speech).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.

5	(specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR primary language impairment OR language development\$ disorder\$ OR developmental language disorder\$ OR central auditory processing disorder\$).ti,ab.
6	(sprechentwicklung\$ OR sprachentwicklung\$).ot.
7	((phonological OR speech OR language) AND (screen\$ OR survey\$ OR test\$ OR mapping OR identify\$ OR detect\$)).ti. AND (child\$ OR infant\$ OR pediatri\$ OR pre-school OR kindergarten).ti,ab.
8	Speech Development/ OR Language Development/
9	(language development\$ OR speech development\$).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
10	8 OR 9
11	10 AND (disorder\$ OR impairment OR delay OR disability\$).ti,ab.
12	11 AND (child\$ OR infant\$ OR pediatri\$ OR pre-school OR kindergarten).ti,ab.
13	Language Disability/ OR Speech Disorder/ OR Speech Disorders/
14	(language disorder OR language disability\$ OR speech disorder\$).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
15	13 OR 14
16	15 AND (development OR developmental OR primary language).ti,ab.
17	16 AND (child\$ OR infant\$ OR pediatri\$ OR pre-school OR kindergarten).ti,ab.
18	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 12 OR 17
19	18 AND (screen\$ OR survey\$ OR test\$ OR mapping OR identify\$ OR detect\$).ti,ab.
20	6 OR 7 OR 19
21	exp AREA UNDER THE CURVE/ OR exp ROC CURVE/ OR exp "SENSITIVITY AND SPECIFICITY"/
22	exp RECEIVER OPERATING CHARACTERISTIC/ OR exp DIAGNOSTIC ACCURACY/
23	exp DIAGNOSTIC ERRORS/ OR exp FALSE NEGATIVE REACTIONS/ OR exp false POSITIVE REACTIONS/ OR exp OBSERVER VARIATION/
24	exp DIAGNOSTIC ERROR/ OR exp FALSE NEGATIVE RESULT/ OR exp FALSE POSITIVE RESULT/
25	exp ANALYSIS OF VARIANCE/ OR exp KAPLAN MEIER METHOD/ OR exp LIKELIHOOD FUNCTIONS/ OR exp PROBABILITY/
26	exp FISHER EXACT TEST/ OR exp MANTEL HAENSZEL TEST/ OR exp MAXIMUM LIKELIHOOD METHOD/ OR BAYES THEOREM/
27	(sensitivity OR specificity OR accurac\$ OR predictiv\$ OR false-positiv\$ OR false negative\$ OR sroc OR roc OR receiver operating characteristic\$ OR smooth curve OR observer variation\$ OR ((pre-test OR pretest) adj probability) OR post-test probability).ab,ot,ti.
28	(analysis of variance OR fisher exact test\$ OR kaplan meier OR mantel haenszel OR likelihood ratio\$ OR likelihood quotient\$ OR (fitting adj3 curve) OR pretest odds OR post-test odds OR bayesian OR bayes theorem OR cutoff value).ti,ab.
29	((phonological OR speech OR language) AND (screen\$ OR survey\$ OR test\$ OR identify\$ OR detect\$) AND (child\$ OR infant\$ OR pediatri\$ OR pre-school OR kindergarten)).ti.
30	cluster random\$.ti,ab.
31	21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 30
32	20 AND 31

33	6 OR 32 OR 29
34	remove duplicates from 33

3 CCMed (DIMDI)

- Current Contents Medizin: 2000 – 2008

Datum der letzten Recherche: 08.05.2008

ID	Suchformulierung
1	sprechentwicklung? ; sprachentwicklung?
2	specific language impairment ; later language development ; developmental language impairment ; primary language impairment ; language development"" disorder? ; developmental language disorder? ; central auditory processing disorder?
3	(screen? ; survey? ; erhebung? ; erfassung ; test? ; mapping ; identif? ; detect? ; entdeck?) AND (child? ; infant? ; kind? ; kleinkind? ; pediater? ; paediat? ; padiat? ; pre-school ; vorschul? ; einschul? ; kindergarten) AND (phonologi? ; speech ; sprach? ; language ; sprech?)
4	child? ; infant? ; kind? ; kleinkind? ; pediater? ; paediat? ; padiat? ; pre-school ; vorschul? ; einschul? ; kindergarten
5	1 AND 4
6	screen? ; survey? ; erhebung? ; erfassung ; test? ; mapping ; identif? ; detect? ; entdeck?
7	1 AND 6
8	2 OR 3 OR 5 OR 7

4 AMED, EMBASE Alert, Heclinet, Psyndex, SciSearch, Social SciSearch, Verlagsdatenbanken von Hogrefe, Karger, Kluwer, Krause & Pachernegg, Springer, Thieme (DIMDI)

- AMED: 1985 – 2008
- EMBASE Alert: Mai 2008
- Heclinet: 1969 – 2001
- Hogrefe-Verlagsdatenbank: 1999 – 2008
- Karger-Verlagsdatenbank: 1998 – 2008
- Kluwer-Verlagsdatenbank: 1997 – 2008
- Krause & Pachernegg-Verlagsdatenbank: 1998 – 2008
- Psyndex: 1977 – 2008
- SciSearch: 1983 – 2008
- Social SciSearch: 1973 – 2008
- Springer Verlagsdatenbank: 1997 – 2008
- Springer-Verlagsdatenbank PrePrint: 2008
- Thieme-Verlagsdatenbank: 2002 – 2008
- Thieme-Verlagsdatenbank PrePrint: 2008

Datum der letzten Recherche: 08.05.2008

ID	Suchformulierung
1	CT=LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS
2	specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR primary language impairment OR language development? disorder? OR developmental language disorder? OR central auditory processing disorder?
3	sprechentwicklung? OR sprachentwicklung?
4	(phonological/TI OR speech/TI OR language/TI) AND (screen?/TI OR survey?/TI OR test?/T OR mapping/TI OR identify?/TI OR detect?/TI) AND (child? OR infant? OR pediater? OR pre-school OR kindergarten)
5	CT=Speech Development OR CT=Language Development
6	speech delay/TI OR language delay/TI OR delayed speech/TI
7	language development?/TI OR speech development?/TI
8	5 OR 7
9	8 AND (disorder? OR impairment OR delay OR disability?)
10	10 AND (child? OR infant? OR pediater? OR pre-school OR kindergarten)
11	CT=Language Disability OR CT=Speech Disorder OR CT=Speech Disorders
12	language disorder?/TI OR language disability?/TI OR speech disorder?/TI
13	11 OR 12
14	13 AND (development OR developmental OR primary language)
15	14 AND (child? OR infant? OR pediater? OR pre-school OR kindergarten)
16	1 OR 2 OR 6 OR 10 OR 15
17	16 AND (screen? OR survey? OR test? OR mapping OR identify? OR detect?)
18	3 OR 4 OR 17
19	CT D AREA UNDER THE CURVE OR CT D ROC CURVE OR CT D SENSITIVITY AND SPECIFICITY
20	CT D RECEIVER OPERATING CHARACTERISTIC OR CT D DIAGNOSTIC ACCURACY
21	CT D DIAGNOSTIC ERRORS OR CT D FALSE NEGATIVE REACTIONS OR CT D false POSITIVE REACTIONS OR CT D OBSERVER VARIATION
22	CT D DIAGNOSTIC ERROR OR CT D FALSE NEGATIVE RESULT OR CT D FALSE POSITIVE RESULT
23	CT D ANALYSIS OF VARIANCE OR CT D KAPLAN MEIER METHOD OR CT D LIKELIHOOD FUNCTIONS OR CT D PROBABILITY
24	CT D FISHER EXACT TEST OR CT D MANTEL HAENSZEL TEST OR CT D MAXIMUM LIKELIHOOD METHOD OR BAYES THEOREM
25	sensitivity OR specificity OR accurac? OR predictiv? OR false-positiv? OR false negative? OR sroc OR roc OR receiver operating characteristic? OR smooth curve OR observer variation? OR ((pre-test OR pretest) AND probability.) OR post-test probability
26	analysis of variance OR fisher exact test? OR kaplan meier OR mantel haenszel OR likelihood ratio? OR likelihood quotient? OR (fitting AND curve.) OR pretest odds OR post-test odds OR bayesian OR bayes theorem OR cutoff value
27	19 TO 26

28	27 AND 18
29	(phonological/TI OR speech/TI OR language/TI) AND (screen?/TI OR survey?/TI OR test?/TI OR identify?/TI OR detect?/TI) AND (child?/TI OR infant?/TI OR pediatr?/TI OR pre-school/TI OR kindergarten/TI)
30	cluster random?
31	(19 TO 26) OR 30
32	31 AND 18
33	29 OR 32 OR 3
34	3 AND (screen?/TI OR survey?/TI OR test?/TI OR identify?/TI OR detect?/TI) AND (child?/TI OR infant?/TI OR pediatr?/TI OR pre-school/TI OR kindergarten/TI)
35	3 AND (screen?/TI OR survey?/TI OR test?/TI OR identify?/TI OR detect?/TI)
36	29 OR 32 OR 35
37	check duplicates: unique in s=36

5 ERIC (Education Resources Information Center)

- ERIC: ab 1985

Datum der letzten Recherche: 08.05.2008

ID	Suchformulierung
1	((Keywords:"speech development disorder" OR Keywords:"language development disorder") AND (Keywords:screen* OR Keywords:survey* OR Keywords:test* OR Keywords:mapping OR Keywords:identify* OR Keywords:detect*)) OR ((Keywords:"specific language impairment" OR Keywords:"later language development" OR Keywords:"developmental language impairment" OR Keywords:"primary language impairment" OR Keywords:"Language Development* Disorder*" OR Keywords:"Developmental Language Disorder*" OR Keywords:"Central Auditory Processing Disorder*") AND (Keywords:screen* OR Keywords:survey* OR Keywords:test* OR Keywords:mapping OR Keywords:identify* OR Keywords:detect*)) OR (Title:sprechentwicklung* OR Title:sprachentwicklung* OR Title:"speech delay" OR Title:"language delay" OR Title:"delayed speech" OR ((Title:phonological OR Title:speech OR Title:language) AND (Title:screen* OR Title:survey* OR Title:test* OR Title:identify* OR Title:detect*)) AND (Title:child* OR Title:infant* OR Title:pediatr* OR Title:pre-school OR Title:kindergarten))

B 2: Diagnostik

1 The Cochrane Library (Wiley)

- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- Health Technology Assessment Database (HTA)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
#1	LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS, this term only
#2	SPEECH DISORDERS explode all trees
#3	#2 AND (child* OR infant* OR pediatri* OR toddler*)
#4	((language OR speech OR semantic OR linguistic) AND (development* OR delay* OR impair*)):ti
#5	language development* disorder* OR developmental language disorder* OR central auditory processing disorder* OR (language development* NEAR (impair* OR disorder*)) OR specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR (developmental disorder* NEAR (language OR speech))
#6	(language OR speech):ti
#7	#5 AND #6
#8	#1 OR #3 OR #4 OR #7
#9	#8 AND (test OR tests OR testing OR subtest OR scale OR instrument* OR checklist* OR index OR measur*)

2 BIOSIS, CINAHL, EMBASE, Journals@Ovid, MEDLINE, PsycINFO (OVID)

- BIOSIS: 1987 – 2008
- CINAHL: 1982 – 2008
- EMBASE: 1988 – 2008
- Journals@Ovid Full Text
- MEDLINE: 1950 – 2008
- PsycINFO 1985 – 2008

Datum der letzten Recherche: 21.05.2008

ID	Suchformulierung
1	Language Development Disorders/
2	language development\$ disorder\$.hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
3	speech development\$ disorder\$.hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
4	(speech delay OR language delay OR delayed speech).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh,ti.
5	(specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR primary language impairment OR language development\$ disorder\$ OR developmental language disorder\$ OR central auditory processing disorder\$).ti,ab.
6	(sprehentwicklung\$ OR sprachentwicklung\$ OR (entwicklung AND (sprache OR sprech\$))).ot.
7	(phonological OR speech OR language).ti. AND ((assess\$ OR screen\$ OR survey\$ OR test\$ OR mapping OR identify\$ OR detect\$) AND (child\$ OR infant\$ OR pediatri\$ OR pre-school OR kindergarten)).ti,ab.
8	Speech Development/ OR Language Development/
9	(language development\$ OR speech development\$).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.

10	8 OR 9
11	10 AND (disorder\$ OR impairment OR delay OR disabilit\$).ti,ab.
12	11 AND (child\$ OR infant\$ OR pediater\$ OR pre-school OR kindergarten).ti,ab.
13	Language Disability/ OR Speech Disorder/ OR Speech Disorders/
14	(language disorder OR language disabilit\$ OR speech disorder\$).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
15	13 OR 14
16	15 AND (development OR developmental OR primary language).ti,ab.
17	16 AND (child\$ OR infant\$ OR pediater\$ OR pre-school OR kindergarten).ti,ab.
18	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 12 OR 17
19	(validity OR validation\$ OR test batter\$ OR assessment batter\$ OR test instrument\$).ti,ab,kw,cc,ds,hw,id,kf,mc,mq,oh.
20	(test OR tests OR testing OR subtest OR scale OR scale OR instrument\$ OR checklist\$ OR index OR measur\$).ti.
21	*Language Disability/di
22	Language Development Disorders/di
23	*Speech Disorder/di
24	tests testing.cc.
25	diagnos\$.ti.
26	(assessment\$ OR survey\$ OR screen\$ OR identify\$ OR detect\$).ti. AND (test OR tests OR battery OR batteries OR scale OR scales OR instrument\$ OR checklist\$).ti,ab.
27	19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26
28	18 AND 27
29	german.cs. OR german.in. OR german.lg. OR german.in. OR germans.cs. OR germans.in. OR germany.cs. OR germany.cy. OR germany.ge. OR germany.ia. OR germany.in. OR germany.lo. OR germany europe.ge.
30	(german OR germany).ti,ab,kw,cc,ds,hw,id,kf,mc,mq,oh.
31	29 OR 30
32	28 AND 31
33	18 AND (esgraf OR idis OR sev OR atb OR dpm OR cdi OR elfra\$ OR g-ksvt OR ksvt OR hlpv OR h-s-e-t OR h-set OR hset OR "h. s. e. t." OR teddy OR hldt OR tks\$ OR lsv OR kiste OR mss OR msvk OR awst OR avak OR reynell OR rdls OR plakks OR trog-d OR frakis OR elan).ti,ot.
34	18 AND (fruherkennung\$ OR sprachdiagnos\$ OR kindersprachtest\$ OR sprachentwicklungstest\$ OR elternfragebogen\$ OR erfassung OR sprachentwicklungsdiagnos\$).ti,ot.
35	18 AND (dysgrammati\$ adj3 test\$).ti,ab.
36	18 AND (elfra\$ OR ((cdi adj4 german version) AND (speech OR language)) OR (communicative development inventories adj4 german version)).ti,ot,ab.
37	18 AND auditory test battery.ti,ot,ab.
38	18 AND ((göttingen adj3 speech test) OR (göttinger adj3 speech test) OR (goettinger adj3 speech test) OR (goettingen adj3 speech test) OR audiometric speech test OR kindersprachverständnistest OR kindersprachverstaendnistest OR (göttingen adj3 program) OR (göttinger adj3 program) OR (goettingen adj3 program) OR (goettinger adj3 program) OR g-ksvt OR gksvt OR ksvt).ti,ab,ot.

39	18 AND (hlpv OR lautprufverfahren OR lautpruefverfahren).ti,ot,ab.
40	18 AND ((heidelberg\$ adj3 language development test) OR hldt OR (heidelberg adj3 preschool screening) OR (heidelberg\$ adj5 auditory perception) OR hset OR h-set OR "h. s. e. t." OR h-s-e-t OR (heidelberg\$ adj5 language processing)).ti,ot,ab.
41	18 AND ((illinois test of psycholinguistic abilities adj5 german version) OR (itpa adj5 german version)).ti,ot,ab.
42	18 AND ("forderdiagnostik" OR forderdiagnostik OR supportive diagnostics OR tks-i OR tks-iv).ti,ot,ab.
43	18 AND (speech development test OR kindersprechtest OR kiste OR (landauer adj5 speech development) OR child speech test OR children\$ language test OR children\$ language performance test).ti,ot,ab.
44	18 AND (marburg\$ satztest OR (marburg\$ adj3 speech\$) OR (marburg\$ adj5 test) OR satztest OR (marburg\$ adj3 screening) OR msvk OR sprachverstandnistest OR sprachverstaendnistest OR speech understanding test).ti,ot,ab.
45	18 AND (language development index OR sprachentwicklungsindex).ti,ot,ab.
46	18 AND (setk-2 OR setk 3-5 OR setk 2 OR setk-ii OR setk-3 OR setk-iii\$ OR setk OR sprachentwicklungstest).ti,ot,ab.
47	18 AND teddy\$.ti,ot,ab.
48	18 AND ((sociolinguistic adj5 instrument) OR (socio-linguistic adj5 instrument)).ti,ot,ab.
49	18 AND (kramer-test OR kramer test).ti,ot,ab.
50	18 AND ((speech sound discrimination adj5 test) OR (speech sound production adj5 test)).ti,ot,ab.
51	18 AND mottier\$.ti,ot,ab.
52	18 AND ((psycholinguistisch\$ adj3 sprachverstandnistest) OR speech comprehension test OR speech intelligibility test OR lsvt OR psst).ti,ot,ab.
53	18 AND (psycholinguistic development test OR psycholinguistic speech development test OR (pet adj5 psycholinguistic) OR angermaier OR psycholinguistisch\$ entwicklungstest\$ OR psycholinguistisch\$ sprachentwicklungstest\$).ti,ot,ab.
54	18 AND ((vocabulary test OR wortschatztest).ti,ot. OR (active\$ vocabulary test OR aktiver wortschatztest OR awst OR kozielski).ti,ot,ab.)
55	18 AND ((aussprachestorungen adj5 (test OR analysis OR instrument OR survey)) OR (pronunciation disorders adj5 (test OR analysis OR instrument OR survey)) OR avak OR hacker OR wilgermein).ti,ot,ab.
56	18 AND ((reynell OR developmental language scales).ti. OR ((reynell AND german\$) OR entwicklungsskala OR entwicklungsskalen OR sarimski OR rdls).ti,ot,ab.)
57	18 AND (plakks OR (analysis adj5 speech disorder\$)).ti,ot,ab.
58	18 AND ((patholinguistic diagnos\$ adj5 developmental disorder\$) OR kauschke).ti,ot,ab.
59	trog-D.ot.
60	grammatikverständnis.ot.
61	18 AND ((grammar understanding adj5 test) OR trog-d OR trogd OR fox).ti,ot,ab.
62	18 AND (frakis OR (((measur\$ OR evaluat\$ OR assess\$) adj3 (speech development OR language development)) AND german\$) OR szagun).ti,ot,ab.
63	18 AND (elan OR elternfragebogen OR parent report OR kiese-himmel).ti,ot,ab.
64	18 AND (esgraf OR evozierte sprachdiagnose OR evoked speech diagnos\$ OR evoked language

	diagnos\$ OR motsch).ti,ot,ab.
65	18 AND (idis OR (inventory adj2 diagnos\$ adj2 information\$) OR scholer).ti,ot,ab.
66	18 AND (sev OR (screening\$ adj2 erfassung adj2 sprachentwicklungsverzogerungen) OR (screening adj2 assess\$ adj2 development\$) OR heinemann).ti,ot,ab.
67	33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60 OR 61 OR 62 OR 63 OR 64 OR 65 OR 66
68	32 OR 67
69	remove duplicates from 68

3 CCMed (DIMDI)

- Current Contents Medizin 2000 – 2008

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
1	sprachentwick? ; sprechentwick?
2	(speech ; language) AND delay?
3	entwicklung? AND (sprach? ; sprech?)
4	(phonological ; speech ; language ; sprach? ; sprech?) AND (child? ; infant? ; pediatr? ; pre-school ; kindergarten ; vorschul? ; frueherkenn? ; kind? ; kleinkind? ; paediatric?)
5	1 OR 2 OR 3 OR 4
6	test ; tests ; subtest ; scale ; skala ; skalen ; instrument? ; checklist? ; index ; measur?
7	frueherkennung? ; sprachdiagnos? ; kindersprachtest? ; sprachentwicklungstest? ; elternfragebogen? ; erfassung ; sprachentwicklungsdiagnos?
8	6 OR 7
9	5 AND 8
10	esgraf ; idis ; sev ; atb ; dpm ; cdi ; elfra? ; g#ksvt ; ksvt ; hlpv ; h#set ; hset ; teddy ; hldt ; tks? ; lsv ; mss ; msvk ; awst ; avak ; reynell ; rdls ; plakks ; trog#d ; frakis ; elan
11	sprachentwicklungstest? ; sprachentwicklungsdiagnos?
12	(göttingen ; göttinger ; goettinger ; goettingen ; g#ksvt ; gksvt) AND (test? ; program?)
13	(hlpv ; heidelberg ; hldt) AND (language development ; sprachentwicklung? ; preschool ; vorschul? ; auditory ; language processing ; sprach?)
14	marburg AND (satztest ; screening)
15	setk#2 ; setk 3#5 ; setk 2 ; setk#ii ; setk#3 ; setk#iii? ; setk ; sprachentwicklungstest
16	kramer#test ; kramer test ; vocabulary test ; wortschatztest ; awst ; kozielski ; avak ; hacker ; wilgermein ; sprachdiagnose
17	9 TO 16

4 AMED, EMBASE Alert, Heclinet, Psyndex, SciSearch, Social SciSearch, Verlagsdatenbanken von Hogrefe, Karger, Kluwer, Krause & Pachernegg, Springer, Thieme (DIMDI)

- AMED: 1985 – 2008
- EMBASE Alert: Mai 2008
- Heclinet: 1969 – 2001
- Hogrefe-Verlagsdatenbank: 1999 – 2008
- Karger-Verlagsdatenbank: 1998 – 2008
- Kluwer-Verlagsdatenbank: 1997 – 2008
- Krause & Pachernegg-Verlagsdatenbank: 1998 – 2008
- Psyndex: 1977 – 2008
- SciSearch: 1983 – 2008
- Social SciSearch: 1973 – 2008
- Springer Verlagsdatenbank: 1997 – 2008
- Springer-Verlagsdatenbank PrePrint: 2008
- Thieme-Verlagsdatenbank: 2002 – 2008
- Thieme-Verlagsdatenbank PrePrint: 2008

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
1	CT=LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS
2	specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR primary language impairment OR language development? disorder? OR developmental language disorder? OR central auditory processing disorder?
3	sprechentwicklung? OR sprachentwicklung?
4	CT=SPEECH DEVELOPMENT OR CT=LANGUAGE DEVELOPMENT
5	speech delay/ti OR language delay/ti OR delayed speech/ti
6	language development?/ti OR speech development?/ti
7	4 OR 6
8	7 AND (disorder? OR impairment OR delay OR disabilit?)
9	8 AND (child? OR infant? OR pediatri? OR pre-school OR kindergarten)
10	CT=LANGUAGE DISABILITY OR CT=SPEECH DISORDER OR CT=SPEECH DISORDERS
11	language disorder?/ti OR language disabilit?/ti OR speech disorder?/ti
12	10 OR 11
13	12 AND (development OR developmental OR primary language)
14	13 AND (child? OR infant? OR pediatri? OR pre-school OR kindergarten)
15	(phonological/ti OR speech/ti OR language/ti) AND (screen? OR survey? OR test? OR mapping OR identify? OR detect?) AND (child? OR infant? OR pediatri? OR pre-school OR kindergarten)
16	1 OR 2 OR 3 OR 5 OR 9 OR 14 OR 15
17	validity OR validation? OR validated OR test batter? OR assessment batter? OR test instrument?
18	test/ti or tests/ti or testing/ti or subtest/ti or scales/ti or scale/ti or instrument?/ti or checklist?/ti or

	index/ti or measur?/ti
19	CT=Language Disability/qf=di OR CT=Language Development Disorders/qf=di OR CT=Speech Disorder/qf=di
20	diagnos?/ti
21	(assessment/ti or survey?/ti or screen?/ti or identify?/ti or detect?/ti) and (test or tests or battery or batteries or scale or scales or instrument? or checklist?)
22	17 TO 21
23	22 AND 16
24	23 AND (german OR germany)
25	16 AND (hlpv/ti ; h_s_e_t/ti ; h_set/ti ; hset/ti ; teddy/ti ; hldt/ti ; tks?/ti ; lsv/ti ; kiste/ti ; mss/ti ; msvk/ti ; awst/ti ; avak/ti ; reynell/ti ; rdls/ti ; plakks/ti ; trog_d/ti ; frakis/ti ; elan/ti)
26	16 AND (esgraf/ti ; idis/ti ; sev/ti ; atb/ti ; dpm/ti ; cdi/ti ; elfra?/ti ; g_ksvt/ti ; ksvt/ti)
27	16 AND (fruherkennung?/ti OR sprachdiagnos?/ti OR kindersprachtest?/ti OR sprachentwicklungstest?/ti OR elternfragebogen?/ti OR erfassung/ti OR sprachentwicklungsdiagnos/ti)
28	16 AND (dysgrammati? AND test?.)
29	16 AND (elfra? OR ((cdi AND german version.) AND (speech OR language)) OR (communicative development inventories AND german version.))
30	16 AND auditory test battery
31	16 AND (audiometric speech test OR kindersprachverstandnistest OR kindersprachverstaendnistest OR (göttingen AND program.) OR (göttinger AND program.) OR (goettingen AND program.) OR (göttinger AND program.) OR g_ksvt OR gksvt OR ksvt)
32	16 AND ((göttingen AND speech test.) OR (göttinger AND speech test.) OR (goettinger AND speech test.) OR (goettingen AND speech test.))
33	16 AND (hlpv OR lautprufverfahren OR lautpruefverfahren)
34	16 AND ((heidelberg? AND language development test.) OR hldt OR (heidelberg AND preschool screening.) OR (heidelberg? AND auditory perception.) OR hset OR (heidelberg? AND language processing.))
35	16 AND ((illinois test of psycholinguistic abilities AND german version.) OR (itpa AND german version.))
36	16 AND ("forderdiagnostik" OR forderdiagnostik OR supportive diagnostics OR tks)
37	16 AND (speech development test OR kindersprechttest OR kiste OR (landauer AND speech development.) OR child speech test OR children? language test OR children? language performance test)
38	16 AND (marburg? satztest OR (marburg? AND speech?.) OR (marburg? AND test.) OR satztest OR (marburg? AND screening.) OR msvk OR sprachverstandnistest OR sprachverstaendnistest OR speech understanding test)
39	16 AND (language development index OR sprachentwicklungsindex)
40	16 AND (setk? OR setk 3? OR setk 2 OR setk ii OR setk 3 OR setk iii? OR setk OR sprachentwicklungstest)
41	16 AND teddy?
42	16 AND ((sociolinguistic AND instrument.) OR (socio_linguistic AND instrument.))
43	16 AND ((sociolinguistic AND instrument.) OR (socio_linguistic AND instrument.) OR (soziolinguistisch? AND instrument.))

44	16 AND (kramer_test or kramer test)
45	16 AND ((speech sound discrimination AND test.) OR (speech sound production AND test.))
46	16 AND mottier?
47	16 AND ((psycholinguistisch? AND sprachverstandnistest.) OR speech comprehension test OR speech intelligibility test OR lsvt OR psst)
48	16 AND (psycholinguistic development test OR psycholinguistic speech development test OR (pet AND psycholinguistic.) OR angermaier OR psycholinguistisch? entwicklungstest? OR psycholinguistisch? sprachentwicklungstest?)
49	16 AND (vocabulary test/ti OR wortschatztest/ti OR active? vocabulary test OR aktiver wortschatztest OR awst OR kozielski)
50	16 AND ((aussprachestorungen AND (test;analysis;instrument;survey).) OR (pronunciation disorders AND (test;analysis;instrument;survey).) OR avak OR hacker OR wilgermein)
51	16 AND (reynell/ti OR developmental language scales/ti OR (reynell AND german?) OR entwicklungsskala OR entwicklungsskalen OR sarimski OR rdls)
52	16 AND (plakks OR (psycholinguisti? analysis AND speech disorder?.))
53	16 AND ((patholinguistic diagnos? AND develompental disorder?.) OR kauschke)
54	16 AND ((grammar understanding AND test.) OR trog OR trogd OR grammatikverstandnis?)
55	16 AND (frakis OR szagun)
56	16 AND ((speech development;language development) AND measur? AND german.) OR ((speech development;language development) AND evaluat? AND german.) OR ((speech development;language development) AND assess? AND german.)
57	16 AND (elan OR elternfragebogen OR parent report OR kiese-himmel)
58	16 AND (esgraf OR evozierte sprachdiagnose OR evoked speech diagnos? OR evoked language diagnos? OR motsch)
59	16 AND (idis OR (inventory AND diagnos? AND information?.) OR scholer)
60	16 AND (sev OR (screening? AND erfassung AND sprachentwicklungsverzogerungen.) OR (screening AND assess? AND developmental disorder?.) OR heinemann)
61	24 TO 60
62	check duplicates: unique in s=61

5 ERIC (Education Resources Information Center)

- ERIC: ab 1985

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
1	((Keywords:"speech development disorder*" OR Keywords:"language development disorder*") OR ((Title:speech* OR Title:language*) AND (Title:test OR Title:tests OR Title:testing OR Title:subtest OR Title:scale OR Title:instrument* OR Title:checklist* OR Title:index OR Title:measur*) AND (Title:child* OR Title:infant* OR Title:pediatr* OR Title:toddler*)) OR (Title:elfra* OR Title:setk* OR Title:reynell OR Title:esgraf* OR Title:sprachverstandnistest*))

B3: Therapie**1 The Cochrane Library (Wiley)**

- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- Health Technology Assessment Database (HTA)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
#1	LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS explode all trees
#2	(language OR speech OR semantic OR linguistic) AND (development* OR delay* OR impair*):ti
#3	language development* disorder* OR developmental language disorder* OR central auditory processing disorder* OR (language development* NEAR (impair* OR disorder*)) OR specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR (developmental disorder* NEAR (language OR speech))
#4	(language OR speech):ti
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4
#6	#5 AND (child* OR infant* OR pediater* OR toddler*)
#7	(speech OR language OR phonolog* OR articulat*):ti
#8	therapy OR therapies OR treating OR treatment OR treated OR intervention*
#9	#6 AND #7 AND #8

2 BIOSIS, CINAHL, EMBASE, Journals@Ovid, MEDLINE, PsycINFO (OVID)

- BIOSIS: 1987 – 2008
- CINAHL: 1982 – 2008
- EMBASE: 1988 – 2008
- Journals@Ovid Full Text
- MEDLINE: 1950 – 2008
- PsycINFO 1985 – 2008

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
1	Language Development Disorders/
2	language development\$ disorder\$.hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
3	speech development\$ disorder\$.hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
4	(speech delay OR language delay OR delayed speech).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh,ti.
5	(specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR primary language impairment OR language development\$ disorder\$ OR developmental language

	disorder\$ OR central auditory processing disorder\$).ti,ab.
6	(sprechentwicklung\$ OR sprachentwicklung\$ OR (entwicklung AND (sprache OR sprech\$))).ot.
7	(phonological OR speech OR language).ti. AND (child\$ OR infant\$ OR pediater\$ OR pre-school OR kindergarten OR adolescent\$ OR youth OR girl\$ OR boy\$).ti,ab.
8	Speech Development/ OR Language Development/
9	(language development\$ OR speech development\$).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
10	8 OR 9
11	10 AND (disorder\$ OR impairment OR delay OR disability\$).ti,ab.
12	11 AND (child\$ OR infant\$ OR pediater\$ OR pre-school OR kindergarten OR adolescent\$ OR youth OR girl\$ OR boy\$).ti,ab.
13	Language Disability/ OR Speech Disorder/ OR Speech Disorders/
14	(language disorder OR language disability\$ OR speech disorder\$).hw,kf,kw,ds,mc,mq,oh.
15	13 OR 14
16	15 AND (development OR developmental OR primary language).ti,ab.
17	16 AND (child\$ OR infant\$ OR pediater\$ OR pre-school OR kindergarten OR adolescent\$ OR youth OR girl\$ OR boy\$).ti,ab.
18	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 12 OR 17
19	exp Language Disability/rh, th
20	exp Language Development Disorders/pc, rh, th
21	*Language Disability/rh, th
22	*Speech Disorders/pc, rh, th, nu
23	*Speech Disorder/rh, th
24	speech rehabilitation/ OR exp facilitated communication/ OR exp speech therapy/
25	exp "rehabilitation of speech AND language disorders"/ OR exp language therapy/ OR exp speech therapy/
26	(sprachtherapie\$ OR sprachförderung\$ OR frühtherapie\$ OR frühförderung\$ OR logopädie\$).ti,ot.
27	(sprachförderung\$ OR frühtherapie\$ OR frühförderung\$ OR logopädie\$).ti,ot.
28	((erweiterung adj3 kommunikation) OR (verbess\$ adj3 (sprachverständnis\$ OR sprachverständnis\$ OR verständlich\$ OR verständlich\$ OR gesprochene\$ sprache OR ausdrucksfähig\$ OR ausdrucksfähig\$ OR artikulation\$ OR grammatik\$ OR wortschatz\$ OR sprach-sve OR sprachheil-kindergarten))).ti,ot.
29	kommunikationsfordernd\$ sprachmodell\$.ot,ti. OR (förderung\$ adj3 kommunikation\$).ti,ot.
30	(parent\$ training OR parent\$ program\$ OR parent\$ education OR (parents AND educator\$)).ti,ot.
31	((speech adj3 therapie\$) OR (language adj3 therapie\$)).ti,ot.
32	(therapy OR therapies OR intervention OR interventions OR treatment\$).ti,ot.
33	(general stimulation OR (improv\$ adj3 communication skill\$) OR (child\$ adj3 communication skill\$) OR communication method\$ OR pre-intentional communication skill\$ OR (pragmatic adj3 communicative function\$) OR individual communicative function\$ OR operant teaching method\$).ti,ot.
34	(micro teaching techniken\$ OR (facilitat\$ adj3 communication development\$) OR (enhanc\$ adj3 early communication) OR (maternal adj3 input) OR literacy promotion OR (session\$ adj3 parents) OR

	elternberatung\$ OR (forderung adj3 motorik) OR (forderung adj5 wahrnehmung\$) OR early speech promotion OR special language school\$ OR language promotion).ti,ot.
35	19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34
36	18 AND 35
37	(random group cross validation OR random effect model OR random effects OR random effects meta regression analysis OR random effects method OR random effects model OR random sample OR random sampling OR randomization).sh. OR randomized controlled trial.pt. OR randomized controlled trial.sh. OR randomized controlled trial publication type.sh. OR randomized controlled trials.sh.
38	exp randomized controlled trial/
39	exp controlled clinical trials/ OR exp randomized controlled trials/
40	(controlled trial\$ OR controlled clinical trial\$ OR (controlled\$ AND trial\$)).ec,fs,hw,kf,lt,mc,pt.
41	exp randomization/
42	exp double-blind method/ OR random allocation/ OR exp "sensitivity AND specificity"/ OR exp single-blind method/
43	(double blind\$ OR single blind\$).ec,fs,hw,kf,lt,mc,pt.
44	exp double blind procedure/ OR exp single blind procedure/ OR exp triple blind procedure/
45	*clinical trial/ OR exp phase 3 clinical trial/ OR exp phase 4 clinical trial/
46	*"clinical trial [publication type]"/ OR *"clinical trial, phase iii [publication type]"/ OR *"clinical trial, phase iv [publication type]"/ OR *"multicenter study [publication type]"/ OR *comparative study/
47	exp comparative study/ OR exp multicenter study/
48	(comparative stud\$ OR comparative trial\$ OR multicenter stud\$ OR multicenter trial\$).ec,fs,hw,kf,lt,mc,pt.
49	*clinical trials/ OR exp clinical trials, phase iii/ OR exp clinical trials, phase iv/ OR exp controlled clinical trials/ OR exp multicenter studies/
50	placebo-controlled\$.ec,fs,hw,kf,lt,mc,pt.
51	*follow up/
52	exp follow-up studies/ OR *prospective studies/
53	(random\$ OR prospectiv\$ OR clinical trial\$ OR clinical stud\$ OR single blind\$ OR single mask\$ OR double blind\$ OR double blind\$ OR triple blind\$ OR masked).m_titl.
54	(randomized controlled trial\$ OR randomized controlled stud\$ OR randomised controlled trial\$ OR randomised controlled stud\$ OR (random\$ AND trial\$) OR (random\$ AND stud\$)).ec,fs,hw,kf,lt,mc,pt.
55	(randomized controlled trial\$ OR controlled trial\$ OR controlled clinical trial\$ OR (controlled\$ AND trial\$)).ab,bt,bo,ot,tw,ti.
56	(randomization OR randomisation OR double blind\$ OR single blind\$).ab,bt,bo,ot,tw,ti.
57	(comparative stud\$ OR comparative trial\$ OR multicenter stud\$ OR multicenter trial\$ OR follow up).ab,bt,bo,ot,tw,ti.
58	(randomized controlled trial\$ OR randomized controlled stud\$ OR randomised controlled trial\$ OR randomised controlled stud\$ OR (random\$ AND trial\$) OR (random\$ AND stud\$)).ab,bt,bo,ot,tw,ti.
59	(random allocat\$ OR "sensitivity AND specificity").ab,bt,bo,ot,tw,ti.
60	(random\$ OR prospectiv\$ OR clinical trial\$ OR clinical stud\$ OR single blind\$ OR single mask\$ OR double blind\$ OR triple blind\$ OR masked).ab,bt,bo,ot,tw,ti.

61	exp correlational studies/ OR exp cross sectional studies/ OR exp double-blind studies/ OR exp prospective studies/ OR exp single-blind studies/ OR exp triple-blind studies/ OR exp retrospective design/
62	exp cohort analysis/ OR exp correlation analysis/
63	exp cohort studies/ OR exp cross-sectional studies/ OR exp intervention studies/
64	(cohort stud\$ OR cohort analy\$ OR cross sectional stud\$ OR correlation\$ stud\$ OR correlation analy\$).ec,fs,hw,kf,lt,mc,pt,ti,ab.
65	37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60 OR 61 OR 62 OR 63 OR 64
66	36 AND 65
67	remove duplicates from 66

3 CCMed (DIMDI)

- Current Contents Medizin: 2000 – 2008

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
1	sprachentwick? ; sprechentwick?
2	(speech ; language) AND delay?
3	entwicklung? AND (sprach? ; sprech?)
4	(phonological ; speech ; language ; sprach? ; sprech?) AND (child? ; infant? ; pediatr? ; pre-school ; kindergarten ; vorschul? ; frueherkenn? ; kind? ; kleinkind? ; paediatric?)
5	1 OR 2 OR 3 OR 4
6	therap? ; treat? ; intervention? ; behand? ; program?
7	5 AND 6

4 AMED, EMBASE Alert, Heclinet, Psyndex, SciSearch, Social SciSearch, Verlagsdatenbanken von Hogrefe, Karger, Kluwer, Krause & Pachernegg, Springer, Thieme (DIMDI)

- AMED: 1985 - 2008
- EMBASE Alert: Mai 2008
- Heclinet: 1969 - 2001
- Hogrefe-Verlagsdatenbank: 1999 – 2008
- Karger-Verlagsdatenbank: 1998 - 2008
- Kluwer-Verlagsdatenbank: 1997 – 2008
- Krause & Pachernegg-Verlagsdatenbank: 1998 - 2008
- Psyndex: 1977 - 2008
- SciSearch: 1983 - 2008
- Social SciSearch: 1973 – 2008
- Springer Verlagsdatenbank: 1997 - 2008

- Springer-Verlagsdatenbank PrePrint: 2008
- Thieme-Verlagsdatenbank: 2002 – 2008
- Thieme-Verlagsdatenbank PrePrint: 2008

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
1	CT=LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS
2	specific language impairment OR later language development OR developmental language impairment OR primary language impairment OR language development? disorder? OR developmental language disorder? OR central auditory processing disorder?
3	sprechentwicklung? OR sprachentwicklung?
4	(phonological/ti OR speech/ti OR language/ti) AND (child? OR infant? OR pediater? OR pre-school OR kindergarten OR adolescent? OR youth)
5	CT=SPEECH DEVELOPMENT OR CT=LANGUAGE DEVELOPMENT
6	speech delay/ti OR language delay/ti OR delayed speech/ti
7	language development?/ti OR speech development?/ti
8	5 OR 7
9	8 AND (disorder? OR impairment OR delay OR disability?)
10	9 AND (child? OR infant? OR pediater? OR pre-school OR kindergarten OR adolescent? OR youth OR girl? OR boy?)
11	CT=LANGUAGE DISABILITY OR CT=SPEECH DISORDER OR CT=SPEECH DISORDERS
12	language disorder?/ti OR language disability?/ti OR speech disorder?/ti
13	11 OR 12
14	13 AND (development OR developmental OR primary language)
15	14 AND (child? OR infant? OR pediater? OR pre-school OR kindergarten OR adolescent? OR youth OR girl? OR boy?)
16	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 6 OR 10 OR 15
17	CT D LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS/QF=PC OR CT D LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS/QF=RH OR CT D LANGUAGE DEVELOPMENT DISORDERS/QF=TH
18	CT=LANGUAGE DISABILITY/QF=RH OR CT=LANGUAGE DISABILITY/QF=TH
19	CT=SPEECH DISORDERS/QF=PC OR CT=SPEECH DISORDERS/QF=RH OR CT=SPEECH DISORDERS/QF=TH OR CT=SPEECH DISORDERS/QF=NU
20	CT=SPEECH DISORDER/QF=RH OR CT=SPEECH DISORDER/QF=TH
21	CT=SPEECH REHABILITATION OR CT D FACILITATED COMMUNICATION OR CT D SPEECH THERAPY
22	CT D "REHABILITATION OF SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS" OR CT D LANGUAGE THERAPY OR CT D SPEECH THERAPY
23	sprachtherap?/TI OR sprachfoerder?/TI OR fruehtherap?/TI OR fruehfoerderung?/TI OR logopaedi?/TI
24	sprachfoerder?/TI OR fruehtherap?/TI OR fruehfoerderung?/TI OR logopaedi?/TI
25	(erweiterung AND kommunikation.)

26	sprach-sve/TI OR sprachheil-kindergarten/TI
27	sprachverstandnis?/TI OR sprachverstaendnis?/TI OR verstandlich?/TI OR verstaendlich?/TI OR gesprochene? sprache/TI OR ausdrucksfaehig?/TI OR ausdrucksfaehig?/TI OR artikulation?/TI OR grammati?/TI OR wortschatz?/TI
28	27 AND verbess?/TI
29	erweiterung/TI AND kommunikation/TI
30	kommunikationsfordernd? sprachmodell?/TI OR (forder?/TI AND kommunikati?/TI)
31	parent? training?/TI OR parent? program?/TI OR parent? education?/TI OR (parents?/TI AND educat?/TI)
32	(speech?/TI AND therap?/TI) OR (language?/TI AND therap?/TI)
33	therapy?/TI OR therapies?/TI OR intervention?/TI OR interventions?/TI OR treatment?/TI
34	individual communicative function?/TI OR operant teaching method?/TI
35	general stimulation?/TI OR (improv?/TI AND communication skill?/TI) OR (child?/TI AND communication skill?/TI) OR communication method?/TI OR pre-intentional communication skill?/TI OR (pragmatic?/TI AND communicative function?/TI)
36	(enhanc?/TI AND early communication?/TI) OR (maternal?/TI AND input?/TI) OR literacy promotion?/TI OR (session?/TI AND parents?/TI) OR elternberatung?/TI OR (forderung?/TI AND motorik?/TI) OR (forderung?/TI AND wahrnehmung?/TI)
37	micro teaching techni?/TI OR (facilitat?/TI AND communication development?/TI)
38	early speech promotion?/TI OR special language school?/TI OR language promotion?/TI
39	(17 TO 26) OR (28 TO 38)
40	16 AND 39
41	CT=random group cross validation OR CT=random effect model OR CT=random effects OR CT=RANDOM ALLOCATION
42	CT=random effects meta regression analysis OR CT=random effects method OR CT=random effects model OR CT=random sample OR CT=random sampling OR CT=randomization OR DT=randomized controlled trial OR CT=randomized controlled trial
43	CT D RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS AS TOPIC OR CT=RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS OR CT D RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL
44	CT D CONTROLLED CLINICAL TRIALS OR CT D CONTROLLED CLINICAL TRIALS AS TOPIC OR DT=CONTROLLED CLINICAL TRIAL
45	CT D DOUBLE-BLIND METHOD OR CT D "SENSITIVITY AND SPECIFICITY" OR CT D SINGLE-BLIND METHOD OR CT D DOUBLE-BLIND STUDIES OR CT D SINGLE-BLIND STUDIES OR CT=TRIPLE-BLIND STUDIES
46	CT D DOUBLE BLIND PROCEDURE OR CT D SINGLE BLIND PROCEDURE OR CT D TRIPLE BLIND PROCEDURE
47	(CONTROLLED AND TRIAL?.) OR (CONTROLLED AND STUDY.) OR (RANDOM? AND TRIAL?) OR (RANDOM? AND STUDY.) OR PLACEBO-CONTROLLED? OR RANDOM?/TI
48	PROSPECTIV?/TI OR CLINICAL TRIAL?/TI OR CLINICAL STUDY?/TI OR SINGLE BLIND? OR SINGLE MASK?/TI OR DOUBLE BLIND? OR TRIPLE BLIND?/TI OR MASKED?/TI OR RANDOMIZATION OR RANDOMISATION OR RANDOM ALLOCAT? OR (SENSITIVITY AND SPECIFICITY)
49	CT=CLINICAL TRIAL OR CT=PHASE 3 CLINICAL TRIAL OR CT=PHASE 4 CLINICAL TRIAL OR CT=CLINICAL TRIALS AS TOPIC OR CT=CLINICAL TRIALS, PHASE III AS TOPIC OR CT=CLINICAL TRIALS, PHASE IV AS TOPIC

50	CT=CLINICAL TRIALS OR CT=CLINICAL TRIALS, PHASE III OR CT=CLINICAL TRIALS, PHASE IV
51	DT=CLINICAL TRIAL OR DT=CLINICAL TRIAL, PHASE III OR DT=CLINICAL TRIAL, PHASE IV OR DT=MULTICENTER STUDY
52	CT D COMPARATIVE STUDY OR CT D MULTICENTER STUDY OR CT=MULTICENTER STUDIES AS TOPIC
53	CT=FOLLOW#UP OR CT D FOLLOW#UP STUDIES OR CT=PROSPECTIVE STUDIES
54	COMPARATIVE STUD? OR COMPARATIVE TRIAL? OR MULTICENTER STUD? OR MULTICENTER TRIAL? OR FOLLOW#UP
55	CT D CORRELATIONAL STUDIES OR CT D CROSS SECTIONAL STUDIES OR CT D PROSPECTIVE STUDIES OR CT D RETROSPECTIVE DESIGN OR CT D CORRELATION ANALYSIS
56	CT D COHORT ANALYSIS OR CT D COHORT STUDIES OR CT D CROSS-SECTIONAL STUDIES OR CT D INTERVENTION STUDIES
57	COHORT STUD? OR COHORT ANALY? OR CROSS SECTIONAL STUD? OR CORRELATION? STUD? OR CORRELATION ANALY?
58	41 TO 57
59	40 AND 58
60	check duplicates: unique in s=59

5 ERIC (Education Resources Information Center)

- ERIC: ab 1985

Datum der letzten Recherche: 15.05.2008

ID	Suchformulierung
1	((Keywords:"speech development disorder*" OR Keywords:"language development disorder*" OR Keywords:"Developmental Delays" OR Keywords:"delayed speech" OR Keywords:"Child Development" OR Keywords:"Language Impairments" OR Keywords:"Speech Impairments") AND ((Title:speech* OR Title:language*) AND (Title:child* OR Title:infant* OR Title:pediatr* OR Title:toddler*) AND (Title:therap* OR Title:treat* OR Title:intervention* OR Title:behand* OR Title:program*)))

Anhang C – Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Studien mit Ausschlussgründen

Im Folgenden werden die im Volltext ausgeschlossenen Publikationen nach Autoren sortiert aufgeführt. Da die bibliografischen Recherchen für die 3 Teilfragestellungen jeweils separat durchgeführt und dokumentiert wurden, sind solche Publikationen mehrfach aufgeführt, die für mehr als eine Teilfragestellung durch die bibliografische Recherche identifiziert und erst im Volltext ausgeschlossen wurden. Bei Referenzen, die aus den G-BA-Stellungnahmen sowie aus den Stellungnahmen zum Berichtsplan Version 0.1 resultierten, sind einer einzelnen Publikation mehrere Ausschlussgründe zugeordnet, falls diese für mehr als eine Teilfragestellung potenziell relevant waren. Gründe für den Ausschluss von Studien waren entweder die Nicht-Erfüllung eines Einschlusskriteriums oder das Vorliegen eines Ausschlusskriteriums.

1. Checkliste zur Sprachentwicklung und Risikoerkennung. Kinder- und Jugendarzt 2005; 36(Beil.): 12.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
2. Freiburger Sprachverständlichkeitstest 1978.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
3. Heidelberger Screening zur auditiv-kinästhetischen Wahrnehmung und Sprachverarbeitung im Vorschulalter (H-SAKS). Aktuelle phoniatisch-pädaudiologische Aspekte 2002; 9(2001/2002): 84.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
4. Wie viele Vorschulkinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung. Bedarfsanalyse am Beispiel der Stadt Bielefeld. Pressemitteilung 30.09.2003. Bielefeld: Universität Bielefeld.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
5. Health Care Insurance Board. Multidisciplinary diagnosis of children with speech disorders - primary research. Health Care Insurance Board / College voor zorgverzekeringen (CVZ); 2005.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
6. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Pre-school hearing, speech, language and vision screening. 1998.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
7. Adams C, Nightingale C, Hesketh A, Hall R. Targeting metaphonological ability in intervention for children with developmental phonological disorders. Child Lang Teach Ther 2000; 16(3): 285-299.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
8. Adams C, Lloyd J. The effects of speech and language therapy intervention on children with pragmatic language impairments in mainstream school. British Journal of Special Education 2007; 34(4): 226-233.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
9. Aleksandrovskaia MA, Botsova OS, Vlasova NA. Early detection of hearing and speech disorders in children [Russian]. Peditria 1980;(2): 53-55.
Ausschlussgrund (S6): Durchführung in einer dem Deutschen ähnlichen Sprache
10. Alla F, Guillemin F, Colombo MC, Roy B, Maeder C. Diagnostic value of ERTL4: A screening test of language disorders in 4-year-old children [French]. Arch Pediatr 1998; 5(10): 1082-1088.
Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
11. Alla F, Guillemin F, Colombo MC, Roy B, Maeder C. Diagnostic value of ERTL4: A screening test of language disorders in 4-year-old children [French]. Arch Pediatr 1998; 5(10): 1082-1088.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
12. Almost D. Low level preschool speech and language therapy is no more beneficial than watchful waiting. Evid Based Healthc 2001; 5(3): 63-64.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR®. Text revision. Arlington: APA; 2000.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

14. Amorosa H. Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache: F80.1, F80.2. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Ed). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2000. S. 187-195.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen

15. Amos NE, Humes LE. SCAN test-retest reliability for first- and third-grade children. J Speech Hear Res 1998; 41(4): 834-845.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

16. Angerstein WL. Indikationen und Limitierung der logopädischen Behandlung bei kindlicher Sprachentwicklungsretardierung. HNO-Mitteilungen 2008; 58(1): 14.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

17. Aram DM, Morris R, Hall NE. The validity of discrepancy criteria for identifying children with developmental language disorders. J Learn Disabil 1992; 25(9): 549-554.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

18. Arold R. Der aktive Wortschatztest für 3-6-jährige Kinder: AWST 3-6. Sprache Stimme Gehör 1981; 5(3): 130-131.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

19. Bahr R. Wer besucht die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Analyse eines Einschuljahrganges. In: De Langen-Müller U, Maihack V (Ed). Früh genug – aber wie? Sprachförderung per Erlass oder Sprachtherapie auf Rezept. Köln: ProLog; 2007. S. 34-46.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

20. Balton S. Changing the present to change the future: The parent-child language programme. Perspectives in Education 2004; 22(2): 143-146.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

21. Barnett WS, Escobar CM, Ravsten MT. Parent and Clinic Early Intervention for Children with Language Handicaps: a cost-effectiveness analysis. Journal of the Division for Early Childhood 1988; 12(4): 290-298.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

22. Barratt J, Littlejohns P, Thompson J. Trial of intensive compared with weekly speech therapy in preschool children. Arch Dis Child 1992; 67(1): 106-108.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

23. Bartmann U, Kiese-Himmel C. Die Vergleichbarkeit zweier Meßmethoden anhand einer Studie zur Untersuchung des Wortschatzes bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Z Differ Diagnos Psychol 1996; 17(1): 56-61.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

24. Battin RR. 10-year follow up-study of language-learning disabled-children seen for treatment of specific deficits. Folia Phoniater Logop 1983; 35(N3-4): 104.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

25. Beagley HA, Wrenn M. Clinical follow-up of 192 normally hearing children with delayed speech. J Laryngol Otol 1970; 84(10): 1001-1011.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

26. Beitchman JH, Wilson B, Brownlie EB, Walters H, Inglis A, Lancee W. Long-term consistency in speech/language profiles: II. Behavioral, emotional, and social outcomes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35(6): 815-825.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

27. Beitchman JH, Wilson B, Brownlie EB, Walters H, Lancee W. Long-term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35(6): 804-814.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

28. Beitchman JH, Brownlie EB, Inglis A, Wild J, Mathews R, Schachter D et al. Seven-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Speech/language stability and outcome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33(9): 1322-1330.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

29. Berger R, Holler-Zittlau I, Dux W. Untersuchungen zum Sprachstand vierjähriger Vorschulkinder. In: 21. Wissenschaftliche Jahrestagung der DGPP, Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, 10.-12.09.2004, Freiburg/Breisgau, Deutschland. Düsseldorf: German Medical Science; 2004.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
30. Berger R, Demirakca T. Vergleich zwischen dem alten und neuen Auswertemodus im dichotischen Diskriminationstest. HNO 2000; 48(5): 390-393.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
31. Berger R, Friedrich G. Zur Früherkennung sprachentwicklungsgestörter Kinder: Ein methodischer Ansatz. Sprache Stimme Gehör 1994; 18(2): 68-72.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
32. Berkoff MC, Leslie LK, Stahmer AC. Accuracy of caregiver identification of developmental delays among young children involved with child welfare. J Dev Behav Pediatr 2006; 27(4): 310-318.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
33. Berwanger D, Wittmann M, Von Steinbüchel N, Von Suchodoletz W. Measurement of temporal-order judgment in children. Acta Neurobiol Exp 2004; 64(3): 387-394.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
34. Bhogal SK, Teasell R, Speechley M. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. Stroke 2003; 34(4): 987-993.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
35. Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung. Projektbeschreibung. Bielefeld: Bielefelder Institut; 2004.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
36. Biering-Sørensen M, Biering-Sørensen K, Kaufmann B. Follow-up of children screened at 4 years of age through school age with particular attention the evaluation of speech function. Ugeskr Laeger 1989; 151(20): 1240-1244.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
37. Biro P, Thompson M. Screening young children for communication disorders. MCN Am J Matern Child Nurs 1984; 9(6): 410-413.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
38. Bishop DV, Snowling MJ. Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different. Psychol Bull 2004; 130(6): 858-886.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
39. Bishop DV, Adams CV, Rosen S. Resistance of grammatical impairment to computerized comprehension training in children with specific and non-specific language impairments. Int J Lang Commun Disord 2006; 41(1): 19-40.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
40. Bleul V. Evaluation einer Kurzfassung des Elternfragebogens für zweijährige Kinder: ELFRA-2. Überprüfung der Validität einer Kurzfassung des ELFRA-2 an Hand der Langfassung [Magisterarbeit]. München: Ludwig-Maximilians-Universität; 2006.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
41. Bleul V, Sachse S, Von Suchodoletz W. Überprüfung der Validität einer Kurzversion des Elternfragebogens ELFRA-2 zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen [Vortrag]. In: 103. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 13.-16.09.2007, Nürnberg, Deutschland. Berlin: DGKJ; 2006.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
42. Bockmann AK, Kiese-Himmel C. ELAN: Eltern Antworten. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter. Göttingen: Beltz; 2006.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

43. Bockmann A. ELAN – mit Schwung bis ins Grundschulalter: Die Vorhersagekraft des frühen Wortschatzes für spätere Sprachleistungen. Forum Logopädie 2008; 22: 20-23.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
44. Bode H, Storck M. Evaluation von Therapieverfahren. Kinderarztl Prax 1997; 4: 215-219.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
45. Bode H. Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter. Kinderarztl Prax 2001; 5: 298-303.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
46. Borstel M. Erste Forschungsergebnisse mit dem Heidelberger Sprachentwicklungstest für sprachbehinderte Kinder. Sprache Stimme Gehör 1981; 5(N3): 137.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
47. Borstel M. Linguistische Fähigkeiten von Kindern mit Sprachstörungen: Studie mittels Heidelberger Sprachentwicklungstest. Folia Phoniater Logop 1980; 32(N3): 169.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
48. Botting N, Crutchley A, Conti-Ramsden G. Educational transitions of 7-year-old children with SLI in language units: A longitudinal study. Int J Lang Commun Disord 1999; 33(2): 177-197.
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
49. Bowling JA, Green L. Kindergarten screening for identification of speech, language and or learning-problems. Folia Phoniater Logop 1983; 35(N3-4): 110.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
50. Böhme G. Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 1: Klinik. Stuttgart: Fischer; 2003.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
51. Böhme G. Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 2: Therapie. Stuttgart: Fischer; 2006.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
52. Braun O. Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Diagnostik, Therapie, Förderung. Stuttgart: Kohlhammer; 2002.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
53. Broen PA, Westman MJ. Project parent: A preschool speech program implemented through parents. J Speech Hear Disord 1990; 55(3): 495-502.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
54. Brosch S, de Maddalena H, Michels L. Der Marburger Sprachverständnistest für Kinder (MSVK) in der Diagnostik von sprachauffälligen Kindern. Aktuel Phoniater Padaudiol Aspekte 2004; 12(2004): 232.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
55. Bruce B, Kornfalt R, Radeborg K, Hansson K, Nettelbladt U. Identifying children at risk for language impairment: Screening of communication at 18 months. Acta Paediatr 2003; 92(9): 1090-1095.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
56. Brunner M, Pfeiffer B, Heinrich C, Proschel U. Entwicklung und Erprobung des Heidelberger Vorschulscreenings zur auditiven Wahrnehmung und Sprachverarbeitung (HVS). Folia Phoniater Logop 2005; 57(1): 48-58.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
57. Brunner M, Pfeiffer B, Heinrich C, Proschel U. Entwicklung und Erprobung des Heidelberger Vorschulscreenings zur auditiven Wahrnehmung und Sprachverarbeitung (HVS). Folia Phoniater Logop 2005; 57(1): 48-58.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

58. Brunner M. The Heidelberg Preschool Screening for auditory perception and speech and language processing. Forum Logop 2007; 21(5): 12-21.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

59. Budarham S. An infants speech and language screening-test (ISLST) for use by members of the medical and paramedical professions. Folia Phoniatr Logop 1983; 35(N3-4): 100-101.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

60. Burden V, Stott CM, Forge J, Goodyer I. The Cambridge Language and Speech Project (CLASP): Detection of language difficulties at 36 to 39 months. Dev Med Child Neurol 1996; 38(7): 613-631.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

61. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Dockter S, Blaschtkowitz H, Heggen I et al. Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. Dev Med Child Neurol 2008; 50(3): 223-229.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

62. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Dockter S, Blaschtkowitz H, Heggen I et al. Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. Dev Med Child Neurol 2008; 50(3): 223-229.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

63. Buschmann A, Jooss B. Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: "Heidelberger Elterntaining zur frühen Sprachförderung". Forum Logop 2007; 21(5): 6-11.

Ausschlussgrund (A1): Mehrfachpublikation ohne relevante Zusatzinformation

64. Bürki D, Mathieu S, Sassenroth-Aebischer S, Zollinger B. Erfassung und Therapie früher Spracherwerbsstörungen - eine Dokumentationsstudie. Logos Interdisziplinär 2007; 15(2): 97-102.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

65. Bürki D, Mathieu S, Sassenroth-Aebischer S, Zollinger B. Erfassung und Therapie früher Spracherwerbsstörungen - eine Dokumentationsstudie. Logos Interdisziplinär 2007; 15(2): 97-102.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

66. Callu D, Jacquier-Roux M, Cusin F, Giannopulu I, Dellatolas G. Pertinence of parental screening for delays of language in children aged four to six years. Arch Pediatr 2003; 10(12): 1061-1067.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

67. Camarata S. The application of naturalistic conversation training to speech production in children with speech disabilities. J Appl Behav Anal 1993; 26(2): 173-182.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

68. Camilleri B, Law J. Screening for speech and language impairment: A follow-up of true negatives and false positives. Int J Lang Commun Disord 2001; 36(Suppl): 493-498.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

69. Campbell NG, Wilson WJ. The performance of South African English first language child speakers on a "low linguistically loaded" central auditory processing test protocol. S Afr J Commun Disord 2003; 50: 15-18.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

70. Carson CP, Klee T, Carson DK, Hime LK. Phonological profiles of 2-year-olds with delayed language development: Predicting clinical outcomes at age 3. Am J Speech Lang Pathol 2003; 12(1): 28-39.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

71. Chaffee CA, Cunningham CE, Secord-Gilbert M, Elbard H. Screening effectiveness of the Minnesota Child Development Inventory expressive and receptive language scales: Sensitivity, specificity and predictive value. Psychol Assess 1990; 2(1): 80-85.

Ausschlussgrund (S1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

72. Chao P, Bryan T, Burstein K, Ergul C. Family-centered intervention for young children at-risk for language and behavior problems. Early Child Educ J 2006; 34(2): 147-153.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

73. Chilla R, Gabriel P, Kozielski P. Die Göttinger Kindersprachverständnistests. Sprachheilarbeit 1977; 22(1): 1-10.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

74. Chilla R, Kozielski P. Die Zunge als Spiegelbild zerebraler und artikulatorischer Dysfunktionen. Zungenmotilitätstest für Drei- bis Fünfjährige. Munch Med Wochenschr 1977; 119(12): 403-408.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

75. Chilla R, Gabriel P, Kozielski P, Bänsch D, Kabas M, Kiese C. Göttinger Kindersprachverständnistest: GK 1 und GK 2. Hamburg: Auritec; 1976.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

76. Chung MC, Jenner L, Chamberlain L. Communication skill and behaviour disorder. Percept Mot Skills 1996; 83(3): 1-6.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

77. Cleave PL. Design issues in treatment efficacy research for child language intervention: A review of the literature. J Speech Lang Pathol Audiol 2001; 25(1): 24-34.

Ausschlussgrund (T3): Studententypen

78. Cohen NJ, Bradley S, Kolers N. Outcome evaluation of a therapeutic day treatment program for delayed and disturbed preschoolers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26(5): 687-693.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

79. Cole KN, Coggins TE, Vanderstoep C. The influence of language/cognitive profile on discourse intervention outcome. Lang Speech Hear Serv Sch 1999; 30(1): 61-67.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

80. Cook J, Urwin S, Kelly K. Preschool language intervention: A follow-up of some within-group differences. Child Care Health Dev 1989; 15(6): 381-400.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

81. Cooper ME, Rosen WG. Utility of the Boston Naming Test as a screen for language disorders in children. Arch Clin Neuropsychol 1997; 12(N4): 303.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

82. Corinth B, Graumann-Brunt S. Bericht Erstellung, Überprüfung und Praktikabilität des HSVS-5. Hamburger Screeningverfahren zur Erfassung sprachauffälliger fünfjähriger Kinder; Weiterentwicklung HSVS; Sprachheilmalbuch. o J.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

83. Corinth B. Erstellung und Erprobung eines Screening-Verfahrens zur Erfassung sprachauffälliger fünfjähriger Kinder [Hausarbeit]. Hamburg: Universität Hamburg, Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik; 1991.

Ausschlussgrund (S4): Studententypen

84. Corinth B, Graumann-Brunt S. Teddi Tests (Ed). Sprachheilmalbuch zur Erfassung von Sprach- und Sprechstörungen. Buchholz: 1992.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

85. Corrado S. The development and validation of a preschool screening instrument for the identification of language-impaired and educable mentally handicapped head start children. Diss Abstr Int 1993; 54(1 A): 141-142.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

86. Coulter L, Gallagher C. Piloting new ways of working: Evaluation of the Wilstaar programme. Int J Lang Commun Disord 2001; 36(Suppl): 270-275.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

87. Cowley J. Language screening in the young school-aged children. Aust Psychol 1982; 17(N3): 306-306.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

88. Craig HK, Washington JA. Access behaviors of children with specific language impairment. *J Speech Hear Res* 1993; 36(2): 322-337.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

89. Craig SA. The effects of an adapted interactive writing intervention on kindergarten children's phonological awareness, spelling and early reading development: A contextualized approach to instruction. *J Educ Psychol* 2006; 98(4): 714-731.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

90. Cronan TA, Cruz SG, Arriaga RI, Sarkin AJ. The effects of a community-based literacy program on young children's language and conceptual development. *Am J Community Psychol* 1996; 24(2): 251-272.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

91. Crowe LK. Comparison of two reading feedback strategies in improving the oral and written language performance of children with language-learning disabilities. *Am J Speech Lang Pathol* 2003; 12(1): 16-27.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

92. Dalal RH, Loeb DF. Imitative production of regular past tense -ed by English-speaking children with specific language impairment. *Int J Lang Commun Disord* 2005; 40(1): 67-82.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

93. Dale PS, Crain-Thoreson C, Notari-Syverson A, Cole K. Parent-child book reading as an intervention technique for young children with language delays. *Top Early Child Spec Educ* 1996; 16(2): 213-235.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

94. Danger S, Landreth G. Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *Int J Play Therapy* 2005; 14(1): 81-102.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

95. Dannenbauer FM. Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Sprachheilarbeit* 2001; 46(3): 103-111.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

96. Dannenbauer FM. Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Sprachheilarbeit* 2001; 46(3): 103-111.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

97. Dannenbauer FM. Grammatik. In: Baumgartner S, Füssenich I (Ed). *Sprachtherapie mit Kindern*. München: Reinhard; 1994. S. 123-203.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

98. Dannenbauer FM. Probleme der ätiologischen Forschung bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Logos Interdisziplinär* 2004; 12(3): 164-176.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

99. Dannenbauer FM. Spezifische Sprachentwicklungsstörung im Jugendalter. *Sprachheilarbeit* 2001; 47(1): 10-17.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

100. De Langen-Müller U, Iven C, Maihack V. Früh genug, zu früh, zu spät. Modelle und Methoden zur Diagnostik und Therapie sprachlicher Entwicklungsstörungen von 0 bis 4 Jahren. In: *Tagungsbericht zum 4. Wissenschaftlichen Symposium des dbs e.V. am 17. und 18. Januar 2003 in Fulda*. Köln: ProLog; 2003.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

101. De Langen-Müller U, Maihack V. Früh genug: Aber wie. Sprachförderung per Erlass oder Sprachtherapie auf Rezept. Köln: ProLog; 2007.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

102. De Langen-Müller U, Hielscher-Fastabend M. Retro-quant: Retrospektive Erfassung quantitativer Daten der Sprachtherapie mit Kindern in Deutschland. Sprachheilarbeit 2007; 52(2): 48-62.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

103. De Langen E, Iven C, Maihack V. Legasthenie beim Namen nennen: Prävention, Diagnostik und Therapie von Störungen des Schriftspracherwerb. Köln: ProLog; 2005.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

104. De Montford Supple M. Dyslexia: Oral and written language disorder. Folia Phoniatr Logop 2000;(52): 7-13.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

105. Delb W, Strauss DJ, Hohenberg G, Plinkert PK. The binaural interaction component (BIC) in children with central auditory processing disorders (CAPD). Int J Audiol 2003; 42(7): 401-412.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

106. Demirakca TBR. Lassen sich aus dem Ergebnis des Teddy-Testes bei 3 bis 4-Jährigen mit einer Sprachentwicklungsverzögerung Prognosen ableiten. Aktuel Phoniatr Padaudiol Aspekte 2000;(7): 282.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

107. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Indikationen zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und Zweisprachigkeit: ICD-10-Nummern F 80.0, F 80.1, F 80.3. AWMF online; 2004. Gelesen unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/071-010.htm>.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

108. Dockrell J, Lindsay G, Letchford B, Mackie C. Educational provision for children with specific speech and language difficulties: Perspectives of speech and language therapy service managers. Int J Lang Commun Disord 2006; 41(4): 423-440.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

109. Dodd B, Bradford A. A comparison of three therapy methods for children with different types of developmental phonological disorder. Int J Lang Commun Disord 2000; 35(2): 189-209.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

110. Doil H. Die Sprache ist der Schlüssel: Frühe Identifikation von Risikokindern im Rahmen kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchung [Dissertation]. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fachbereich Psychologie; 2002.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

111. Doyle PM, Wolery M, Gast DL, Ault MJ, Wiley K. Comparison of constant time delay and the system of least prompts in teaching preschoolers with developmental delays. Res Dev Disabil 1990; 11(1): 1-22.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

112. Eberle G, Holtz KL, Kowalewski A, Staiger M. Zur Faktorenstruktur des Psycholinguistischen Entwicklungstests (PET). Psychol Erzieh Unterr 1978; 25(2): 124-128.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

113. Eisenwort B, Willinger U, Volk-Kernstock S, Hurch B. Zur ICD-10-Diagnostik von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. HNO 1997; 45(8): 638-642.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

114. Eisenwort B, Marschik P, Fladerer A, Motl S, Wedl J, Eisenwort G et al. Zur kindlichen Sprachentwicklungsstörung: Verständlichkeit bei der expressiven Sprachstörung. Klin Padiatr 2004; 216(4): 225-229.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

115. Eiserman WD, Weber C, McCoun M. Two alternative program models for serving speech-disordered preschoolers: A second year follow-up. J Commun Dis 1992; 25(2-3): 77-106.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

116. El Dib RP, Atallah AN. Evidence-based speech, language and hearing therapy and the Cochrane Library's systematic reviews. Sao Paulo Med J 2006; 124(2): 51-54.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

117. Elben CE, Lohaus A. Marburger Sprachverständnistest für Kinder: MSVK. Göttingen: Hogrefe; 2000.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

118. Elbro C, Rasmussen I, Spelling B. Teaching reading to disabled readers with language disorders: A controlled evaluation of synthetic speech feedback. *Scand J Psychol* 1996; 37(2): 140-155.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

119. Emanuel R, Chiat S, Roy P. Evaluation of the clinical decisions made for 2-year-olds referred for speech and language therapy: A follow-up study. *Int J Lang Commun Disord* 2007; 42(Suppl 1): 1-15.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

120. Eno L, Woehlke P. Predicting preschool speech/language referral-status with the Lollipop Test and the Cognitive-Language Profile of the Early Screening Profiles. *Percept Mot Skills* 1995; 80(3 Pt 1): 1-6.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

121. Esser G. Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). Göttingen: Beltz; 2002.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

122. Esser G, Ihle W, Schmidt M, Blanz B. Die Kurpfalzerhebung: Ziele, Methoden und bisherige Ergebnisse. *Z Klin Psychol Psychother* 2000; 29(4): 233-245.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

123. Esser G, Schmidt MH. Die langfristige Entwicklung von Kindern mit Lese-/Rechtschreibschwäche. *Z Klin Psychol Psychother* 1993;(22): 100-116.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

124. Esser G. Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Esser G (Ed). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme; 2002. S. 134-151.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

125. Euler HA, Holler-Zittlau I, von Minnen S, Sick U, Dux W, Neumann K. Kindersprachscreening (KiSS). Das hessische Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes vierjähriger Kinder. Manuskript 2008.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

126. Evans C. The Kenilworth project: A randomised controlled trial of WILSTAAR [unveröffentlicht] 2007.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

127. Feeney J, Bernthal J. The efficiency of the Revised Denver Developmental Screening Test as a language screening tool. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1996; 27(4): 330-332.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

128. Feldman HM, Dale PS, Campbell TF, Colborn DK, Kurs-Lasky M, Rockette HE et al. Concurrent and predictive validity of parent reports of child language at ages 2 and 3 years. *Child Dev* 2005; 76(4): 856-868.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

129. Fey ME, Cleave PL, Long SH, Hughes DL. 2 approaches to the facilitation of grammar in children with language impairment: An experimental evaluation. *J Speech Hear Res* 1993; 36(1): 141-157.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

130. Fey ME, Loeb DF. An evaluation of the facilitative effects of inverted yes-no questions on the acquisition of auxiliary verbs. *J Speech Hear Res* 2002; 45(1): 160-174.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

131. Fey ME, Cleave PL, Ravida AI, Long SH, Dejmaj AE, Easton DL. Effect of grammar facilitation on the phonological performance of children with speech and language impairments. *J Speech Hear Res* 1994; 37(3): 594-607.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

132. Fey ME, Cleave PL, Long SH. Two models of grammar facilitation in children with language impairments: Phase 2. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(1): 5-19.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

133. Fiedler MF, Lenneberg EH, Rolfe UT, Drorbaugh JE. A speech screening procedure with three-year-old children. *Pediatrics* 1971; 48(2): 268-276.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

134. Fitch RH, Tallal P. Neural mechanisms of language-based learning impairments: Insights from human populations and animal models. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2003; 2(3): 155-178.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

135. Forrest K, Elbert M, Dinnsen DA. The effect of substitution patterns on phonological treatment outcomes. *Clin Linguist Phon* 2000; 14(7): 519-531.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

136. Fox AV. *PLAKSS: Psycholinguistische Analyse kindlicher Sprechstörungen*. Frankfurt: Harcourt Test Services; 2002.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

137. Fricke S, Stackhouse J, Wells B. Phonologische Bewusstheitsfähigkeiten deutschsprachiger Vorschulkinder: Eine Pilotstudie. *Forum Logop* 2007; 21(3): 14-19.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

138. Friedrich G. Teddy-Test im Vergleich zur verbalen Verfügbarkeit zwischenbegrifflicher semantischer Relationen bei lernbehinderten Erstklässlern. In: Ettrich KU, Fries M (Ed). *Lebenslange Entwicklung in sich wandelnden Zeiten*. Landau: Empirische Pädagogik; 1996. S. 120-130.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

139. Friedrich G. *Teddy-Test: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe; 1998.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

140. Funk J, Montanus S, Kröger BJ. Therapie von neurogenen und kindlichen Sprechstörungen mit dem PC-Programm: *Speech Trainer*. *Forum Logop* 2006; 20(2): 6.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

141. Gaines BR, Gaboury I. Toddler talk: Outcomes from a parent-focused intervention for children with speech/language problems. *J Speech Lang Pathol Audiol* 2004; 28(4): 173-183.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

142. Georgiewa P, Grünling C, Ligges M, Filz C, Möller U, Blanz B. Lebensalterspezifische Veränderungen phonologischer Defizite bei Lese-Rechtschreibstörung. *Z Klin Psychol Psychother* 2004; 33(4): 281-289.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

143. Gibbard D, Coglean L, MacDonald J. Cost-effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *Int J Lang Commun Disord* 2004; 39(2): 229-244.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

144. Gierut JA. Treatment efficacy: Functional phonological disorders in children. *J Speech Hear Res* 1998; 41(N1): S85-S100.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

145. Gilbertson M, Bramlett RK. Clinical exchange: Phonological awareness screening to identify at-risk readers. Implications for practitioners. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1998; 29(2): 109-116.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

146. Gillam RB, Crofford JA, Gale MA, Hoffman LM. Language change following computer-assisted language instruction with *Fast ForWord* or *Laureate Learning Systems* software. *Am J Speech Lang Pathol* 2001; 10(3):

231-247.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

147. Girolametto L, Wiigs M, Smyth R, Weitzman E, Pearce PS. Children with a history of expressive vocabulary delay: Outcomes at 5 years of age. *Am J Speech Lang Pathol* 2001; 10(4): 358-369.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

148. Glascoe FP. Can clinical judgement detect children with speech language problems? *Pediatrics* 1991; 87(3): 317-322.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

149. Glogowska M, Campbell R, Peters TJ, Roulstone S, Enderby P. A multimethod approach to the evaluation of community preschool speech and language therapy provision. *Child Care Health Dev* 2002; 28(6): 513-521.

Ausschlussgrund (T4): Zielgrößen

150. Gluck CW. Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Therapieformen und ihre Wirksamkeit. *Sprache Stimme Gehör* 2003; 27(3): 125-134.

Ausschlussgrund (T3): Studententypen

151. Goffman L, Leonard J. Growth of language skills in preschool children with specific language impairment: Implications for assessment and intervention. *Am J Speech Lang Pathol* 2000; 9(2): 151-161.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

152. Goorhuis-Brouwer SM, Knijff WA. Efficacy of speech therapy in children with language disorders: Specific language impairment compared with language impairment in comorbidity with cognitive delay. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 63(2): 129-136.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

153. Gorenflo CW, Gorenflo DW, George P. An intervention for educating child care personnel on speech and language milestones. *Early Child Dev Care* 1995; 105(1): 13-19.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

154. Gorrell RW. The validity and predictive efficiency of the North Carolina Psychoeducational Screening Test. *J Pediatr Psychol* 1981; 6(4): 435-439.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

155. Gotze B, Hasselhorn M, Kiese-Himmel C. Phonologisches Arbeitsgedächtnis, Wortschatz und morpho-syntaktische Sprachleistungen im Vorschulalter. *Sprache Kognition* 2000; 19(1-2): 15-21.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

156. Götte R. Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder: LSV. Ein Individualtest zur Erfassung von Artikulation, Wortschatz, Formen- und Satzbildungsfähigkeit sowie Kommunikationsfähigkeit vier- bis sechseinhalbjähriger Kinder. Weinheim: Beltz; 1976.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

157. Grabmaier H. Osteopathische Behandlung bei kindlich expressiver Sprachstörung. *Osteopathische Medizin* 2001; 2(2): 22.

Ausschlussgrund (T3): Studententypen

158. Graumann-Brunt S. Ausgewählte Probleme bei der Konstruktion eines Prüfverfahrens der Diagnostik sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter vier- bis sechsjähriger Kinder zur Erfassung deren Lautbestandes am Beispiel des Hamburger Lautprüfverfahrens: HLPV [Dissertation]. Hamburg: Universität Hamburg; 1999.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

159. Graumann-Brunt S. Ausgewählte Probleme bei der Konstruktion eines Prüfverfahrens der Diagnostik sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter vier- bis sechsjähriger Kinder zur Erfassung deren Lautbestandes am Beispiel des Hamburger Lautprüfverfahrens: HLPV [Dissertation]. Hamburg: Universität Hamburg; 1999.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

160. Grawburg M, Rvachew S. Phonological awareness intervention for preschoolers with speech and sound disorders. *Can J Speech Lang Pathol Audio* 2007; 31(1): 19-26.

Ausschlussgrund (T3): Studententypen

161. Griffiths CP. A follow-up study of children with disorders of speech. Who had received education at the John Horniman school, Worthing. Br J Disord Commun 1969; 4(1): 46-56.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

162. Grimm H. Beitrag sprachpsychologischer Forschung zur prozessorientierten Diagnose abweichender Sprachentwicklung. Sprachheilarbeit 1981; 26(1): 22-32.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

163. Grimm H. Developmental dysphasia: New theoretical perspectives and empirical results. Ger J Psychol 1987; 11(1): 8-22.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

164. Grimm H. Early diagnosis of speech development disorders. Kinderkrankenschwester 2005; 24(9): 367-369.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

165. Grimm H, Doil H, Müller C, Wilde S. Elternfragebogen für die differentielle Erfassung früher sprachlicher Fähigkeiten. Sprache Kognition 1996; 15(1-2): 32-45.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

166. Grimm H, Doil H, Müller C, Wilde S. Elternfragebogen für die differentielle Erfassung früher sprachlicher Fähigkeiten. Sprache Kognition 1996;(15): 32-45.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

167. Grimm H, Doil H. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern: ELFRA. Göttingen: Hogrefe; 2000.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

168. Grimm H, Doil H. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern: ELFRA-1 und ELFRA-2. Göttingen: Hogrefe; 2000.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

169. Grimm H, Doil H. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern: ELFRA. Handanweisung 2006.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

170. Grimm H, Doil H. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern: ELFRA-1 und ELFRA-2. Göttingen: Hogrefe; 2006.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

171. Grimm H, Schöler H. Heidelberger Sprachentwicklungstest: Handanweisung für die Auswertung und Interpretation. Göttingen: Hogrefe; 1991.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

172. Grimm H. Sprachentwicklung: Allgemeintheoretisch und differentiell betrachtet. In: Oerter R, Montada L (Ed). Entwicklungspsychologie. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion; 1995. S. 705-757.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

173. Grimm H, Schöler H. Sprachentwicklungsdiagnostik. Göttingen: Hogrefe; 1985.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

174. Grimm H, Aktas M, Frevert S. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder: SETK-2. Göttingen: Hogrefe; 2000.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

175. Grimm H. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder: SETK 3-5. Göttingen: Hogrefe; 2001.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

176. Grimm H. Sprachscreening für das Vorschulalter: SSV. Göttingen: Hogrefe; 2003.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

177. Grimm H, Aktas M. Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV): Kurzform des SETK 3-5. Logos Interdisziplinär 2003; 11(1): 35.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

178. Grimm H, Aktas M, Jungmann T, Peglow S, Stahn D, Wolter E. Sprachscreening im Vorschulalter: Wie viele Kinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? Frühförderung Interdisziplinär 2004; 23(3): 108-117.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

179. Grimm H, Aktas M, Jungmann T, Peglow S, Stahn D, Wolter E. Sprachscreening im Vorschulalter: Wie viele Kinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? Frühförderung Interdisziplinär 2004; 23(3): 108-117.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

180. Grimm H. Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen, Ursachen, Diagnose, Intervention, Prävention. Göttingen: Hogrefe; 2003.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

181. Günther H, Günther W. Auditive Dysfunktion und Sprachentwicklungsstörung: Theoretische Überlegungen und empirische Daten zu einem verborgenen Problemzusammenhang. Sprache Stimme Gehör 1991; 15(1): 12-18.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

182. Günther KB. Probleme der Diagnostik lexikalisch-semantischer Entwicklungsstörungen am Beispiel des Aktiven Wortschatztests für drei- bis sechsjährige Kinder (AWST 3-6). In: Günther KB (Ed). Sprachstörungen. Probleme ihrer Diagnostik bei mentalen Retardierungen, Entwicklungsdysphasien und Aphasien. Heidelberg: Schindele; 1988. S. 117-166.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

183. Hacker D, Wilgermein H. AVAK: Analyseverfahren zu Aussprachestörungen bei Kindern. München: Reinhardt; 1999.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

184. Haley KL, Camarata SM, Nelson KE. Social valence in children with specific language impairment during imitation-based and conversation-based language intervention. J Speech Hear Res 1994; 37(2): 378-388.

Ausschlussgrund (T4): Zielgrößen

185. Hall PK, Tomblin JB. A follow-up study of children with articulation and language disorders. J Speech Hear Disord 1978; 43(2): 227-241.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

186. Hansson K, Nettelbladt U. Assessment of specific language impairment in Swedish. Logoped Phoniatr Vocol 2002; 27(4): 146-154.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

187. Hayward D, Schneider P. Effectiveness of teaching story grammar knowledge to pre-school children with language impairment: An exploratory study. Child Lang Teach Ther 2000; 16(3): 255-284.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

188. Häuser D, Kasielke E, Scheidereiter U. KISTE: Kindersprachtest für das Vorschulalter. Weinheim: Beltz; 1994.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

189. Head DG, Smith D. Speech remediation of children involved in two different physical education programs. Percept Mot Skills 1975; 40(1): 261-262.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

190. Heilmann J, Weismer SE, Evans J, Hollar C. Utility of the MacArthur-Bates communicative development inventory in identifying language abilities of late-talking and typically developing toddlers. Am J Speech Lang Pathol 2005; 14(1): 40-51.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

191. Heinemann M. Replik zum Gespräch zwischen Frau Dr. U. Ritterfeld und Frau Prof. H. Grimm zum Thema "Nachgefragt: Jedes vierte Kind ist sprachauffällig?". Logos Interdisziplinär 1998; 6(1): 41-43.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

192. Heinemann M, Höpfner C. Screening-Verfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV) im Alter von 3 1/2 bis 4 Jahren bei der U8. *Kinderarzt* 1992; 23(10): 1635-1639.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

193. Heinemann M, Höpfner C. SEV - Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen. Beltz; 1993.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

194. Hemmeter ML, Kaiser AP. Enhanced milieu teaching: Effects of parent-implemented language intervention. *J Early Interv* 1994; 18(3): 269-289.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

195. Henze K, Kiese C. Empirische Analysen zur Struktur des Psycholinguistischen Entwicklungstests und zur A Priori-Evaluation der Clusterbarkeit eines Datensatzes. *Z Diff Diagn Psychol* 1991; 12(3): 193-201.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

196. Herbert MR, Kenet T. Brain abnormalities in language disorders and in autism. *Pediatr Clin North Am* 2007; 54(3): 563-583.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

197. Heubner C. Promoting toddlers' language development through community-based intervention. *J Appl Dev Psychol* 2000; 21(5): 513-535.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

198. Hildebrandt G, Pascher W. Untersuchungen über die pragmatische Anwendbarkeit der Kurzform des Psycholinguistischen Entwicklungstestes (PET). *Sprache Stimme Gehör* 1982; 6(2): 48-51.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

199. Hilton LM, Mumma K. Screening rural and suburban children with the Preschool Language Scale. *J Commun Disord* 1991; 24(2): 111-122.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

200. Hoffman PR. Comparison of Process Targeting and Whole Language Treatments for Phonologically Delayed Preschool Children. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1990; 21(2): 102-109.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

201. Hoffmann N. Die prognostische Validität einer Kurzfassung des Elternfragebogens für Zweijährige (ELFRA-2) im Vergleich zur Langfassung [Magisterarbeit]. 2007. München: Ludwig Maximilians Universität München

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

202. Hoffmann N, Sachse S, Von Suchodoletz W. Die prognostische Validität einer Kurzversion des Elternfragebogens für zweijährige Kinder (ELFRA-2) im Vergleich zur Langversion [Präsentation]. 103. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 13.-16.09.2007 in Nürnberg.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

203. Hohm E, Jennen-Steinmetz C, Schmidt MH, Laucht M. Language development at ten months: Predictive of language outcome and school achievement ten years later. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16(3): 149-156.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

204. Hopp T. Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens zur Diagnose von expressiven morphologischen Fähigkeiten 4- 6jähriger Kinder [Erste Staatsprüfung; Schriftliche Hausarbeit]. 1990.

Hamburg: Universität Hamburg

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

205. Hortmann K. Zur Diagnostik des sprachlichen Entwicklungsstandes dreijähriger Kinder. *Padiatr Grenzgeb* 1987; 26(3): 149-157.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

206. Howell J, Skinner C, Gray M, Broomfield S. A study of the comparative effectiveness of different language tests with two groups of children. *Br J Disord Commun* 1981; 16(1): 31-42.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

207. Höhle B, Van De V, Weissenborn J. Word processing at 19 months and its relation to language performance at 30 months: A retrospective analysis of data from German learning children. *Adv Speech Lang Pathol* 2006; 8(4): 356-363.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

208. Hulterstam I, Nettelbladt U. Clinician elicitation strategies and child participation. Comparing two methods of phonological intervention. *Logoped Phoniatr Vocol* 2002; 27(4): 155-168.

Ausschlussgrund (T4): Zielgrößen

209. Illerbrun D, Haines L, Greenough P. Language Identification Screening Test for Kindergarten: A comparison with four screening and three diagnostic language tests. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1985; 16(4): 280-292.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

210. Jacoby GP, Lee L, Kummer AW, Levin L, Creaghead NA. The number of individual treatment units necessary to facilitate functional communication improvements in the speech and language of young children. *Am J Speech Lang Pathol* 2002; 11(4): 370-380.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

211. Jahn T. Phonologische Störungen bei Kindern: Diagnostik und Therapie. In: Springer L, Schrey-Dern D (Ed). Stuttgart: Georg Thieme; 2007. (Forum Logopädie, Vol 2., vollst.überarb.Aufl.).

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

212. Jansen H, Mannhaupt G, Marx H, Skowronek H. "Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten" (BISC). Göttingen: Hogrefe; 1999.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

213. Jäcklein M. Screeningverfahren zur Erfassung phonologischer und phonetischer Aussprachestörungen. *Sprachheilarbeit* 1996; 41(5): 312-321.

Ausschlussgrund (D5): Studententypen

214. Johnson CJ, Beitchman JH, Young A, Escobar M, Atkinson L, Wilson B et al. Fourteen-year follow-up of children with and without speech/language impairments: speech/language stability and outcomes. *J Speech Hear Res* 1999; 42(3): 744-760.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

215. Kasielke E, Frank K, Scheidereiter U. Untersuchungen zur Validierung des Kindersprachtests (KISTE) mit Hilfe des Heidelberger Sprachentwicklungstests (HSET) an sechsjährigen Vorschulkindern. *Z Psychol Z Angew Psychol* 1992; 200(3): 237-253.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

216. Kasielke E, Reißmann A, Scheidereiter U. Validierung des Kindersprachtests (KISTE) mit Hilfe des Landauer Sprachentwicklungstests für Vorschulkinder (LSV). *Report Psychologie* 1993; 18(1): 24-32.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

217. Kasielke E. Zur Diagnostik des sprachlichen Entwicklungsstandes von Vorschulkindern. *Z Psychol* 1967;(3-4): 245-284.

Ausschlussgrund (D5): Studententypen

218. Kasielke E, Häuser D, Scheidereiter U. Zur Differentialdiagnostik sprachlicher Leistungen im Vorschulalter mit Hilfe eines neuen Kindersprachtests (KISTE). *Z Diff Diagn Psychol* 1991; 12(1): 43-52.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

219. Kauschke C, Siegmüller J. Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (überarbeitete Auflage). München: Elsevier; 2009.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

220. Kauschke C. Entwicklung Störungen und Diagnostik lexikalischer Prozesse: Wortverständnis und Wortproduktion. *Sprache Stimme Gehör* 2003; 27(3): 110-118.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

221. Kauschke C. Hilfe für Spätzünder. Gehirn und Geist 2006;(6): 48-53.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
222. Keilmann A, Schöler H. Zeitökonomische validierte Diagnostik des Dysgrammatismus. HNO 2007; 55(3): 217-224.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
223. Keilmann A, Schöler H. Erstdiagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen in der klinischen Ambulanz. Heidelberg: Pädag. Hochsch., Fakultät I, Inst. für Sonderpädagogik, Abt. Psychologie in Sonderpädagogischen Handlungsfeldern; 2004. (Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt "Differentialdiagnostik"; Vol 19).
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
224. Keilmann A, Braun L, Scholer H. What role does intelligence play in the diagnosis and differentiation of children with disturbed language development. HNO 2005; 53(3): 268-284.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
225. Kiese-Himmel C, Kruse E. A follow-up report of German kindergarten children and preschoolers with expressive developmental language disorders. Log Phon Vocol 1998;(23): 69-77.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
226. Kiese-Himmel C. Aktive Wortschatztestung im frühen Kindesalter: ein Methodenvergleich bei sprachentwicklungsrückständigen Kindern. Diagnostica 1995; 41(3): 189-202.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
227. Kiese-Himmel C. Aktiver Wortschatztest für 3 bis 5-jährige Kinder (AWST-R). Göttingen: Beltz; 2005.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
228. Kiese-Himmel C, Kruse E. Kritische Analyse einer Kinderklientel mit Verdacht auf auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung. Laryngorhinootologie 2006; 85(10): 738-745.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
229. Kiese-Himmel C, Reeh M. Phonologische Verarbeitung von Nicht-Wörtern - Ein Beitrag zur Retest-Reliabilität des Mottier-Tests. Heilpädagogische Forschung 2007; 33(4): 192-200.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
230. Kiese-Himmel C. Sprachentwicklungsgestörte Kinder im Vorschulalter: Knapp vier Jahre später. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1997; 25(2): 73-81.
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
231. Kiese-Himmel C. Sprachentwicklungsgestörte Kinder im Vorschulalter: Knapp vier Jahre später. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1997; 25(2): 73-81.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
232. Kiese-Himmel C, Bockmann AK. Wie gut sagt der frühe expressive Wortschatz verschiedene Sprachleistungen bis zum 8. Lebensjahr voraus. In: Kruse E, Gross M (Ed). Heidelberg: Books on Demand; 2007. (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie & Pädaudiologie; Vol 15).
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
233. Kiese C, Kozielski PM, Arold R. Das Göttinger Programm: Die Bedeutung phoniatischer Vorsorgeaktionen im Kleinkind- und Kindesalter. Sprachheilarbeit 1978; 23(4): 113-120.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
234. Kiese C, Arold R. Die Bedeutung des Psycholinguistischen Entwicklungstestes (PET) von Angermaier in der phoniatischen Diagnostik. Sprache Stimme Gehör 1984; 8(3): 55-61.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
235. Kiese C. Validitätsuntersuchungen am aktiven Wortschatztest für drei- bis sechsjährige Kinder von Kozielski 1977 (AWST 3-6) [Dissertation]. Göttingen: Georg-August-Universität Göttingen; 1978.
Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan
236. King TM, Rosenberg LA, Fuddy L, McFarlane E, Sia C, Duggan AK. Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. J Dev Behav Pediatr 2005; 26(4): 293-303.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

237. Klaiber SA. Erprobung des ELFRA (Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern): Probleme bei der Anwendung des ELFRA-1 und des ELFRA-2 [Dissertation]. München: Ludwig-Maximilians-Universität, Medizinische Fakultät; 2007.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

238. Klee T, Carson DK, Gavin WJ, Hall L, Kent A, Reece S. Concurrent and predictive validity of an early language screening program. J Speech Hear Res 1998; 41(3): 627-641.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

239. Klee T, Pearce K, Carson DK. Improving the positive predictive value of screening for developmental language disorder. J Speech Hear Res 2000; 43(4): 821-833.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

240. Klein ES. Phonological/traditional approaches to articulation therapy: A retrospective group comparison. Lang Speech Hear Serv Sch 1996; 27(4): 314-323.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

241. Klicpera C, Gasteiger Klicpera B. Sind Rechtschreibschwierigkeiten Ausdruck einer phonologischen Störung. Die Entwicklung des orthographischen Wissens und der phonologischen Rekodierungsfähigkeit bei Schülern der 2. bis 4. Klasse Grundschule. Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol 2000; 32(3): 134-142.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

242. Koletzko B. Meilensteine der kindlichen Entwicklung. In: Koletzko B (Ed). Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Berlin: Springer; 2004.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

243. Kothe C, Moller D, Fleischer S. Early diagnosis of language disorders in children. HNO 2005; 53(3): 263-267.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

244. Kouri TA. Lexical training through modeling and elicitation procedures with late talkers who have specific language impairment and developmental delays. J Speech Hear Res 2005; 48(1): 157-171.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

245. Kozielski PM. Entwicklung eines aktiven Wortschatztests für drei- bis Sechsjährige Kinder (AWST 3-6) [Dissertation]. Göttingen: Georg-August-Universität Göttingen; 1977.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

246. Krause MP. Zur Frage der Wirksamkeit von Frühförderung. Kindheit und Entwicklung 2003; 12(1): 35-43.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

247. Kruse E. Die Normalität der Sprachentwicklung als Maßstab für therapeutische Indikationen. In: Fachtagung zur Sprachentwicklungsstörungen und ihre Therapie: Eine kritische Bestandsaufnahme. Hannover 2007.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

248. Kruse E. Entwicklung von Sprache und Sprechen: Normale Entwicklung. In: Wendler J, Seidner W, Eysholdt U (Ed). Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie. Stuttgart: Thieme; 2005. S. 243-250.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

249. Kruse E. Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der GKV. Befragung von Fachgesellschaften. Göttingen: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie; 2001.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

250. Kruse E. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie: Sprachentwicklungsstörungen. Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie; 2005. Gelesen unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/049-006.htm>.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
251. Küspert P, Schneider W. Hören, lauschen, lernen: Sprachspiele für Vorschulkinder. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2006.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
252. Küspert P. Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb. Frankfurt: Peter Lang; 1998.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
253. Lacerda F. Identifying children at risk for language impairment: Screening of communication at 18 months. Acta Paediatr 2003; 92(9): 999-1000.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
254. Lacerda F. Using a large-scale screening method to detect language disability in three-year-olds. Acta Paediatr 2000; 89(1): 7-8.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
255. Laing GJ, Law J, Levin A, Logan S. Evaluation of a structured test and a parent led method for screening for speech and language problems: prospective population based study. BMJ 2002; 325(7373): 1152.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
256. Lancaster G. The effectiveness of parent administered input training for children with phonological disorders [unveröffentlichte Magisterarbeit]. 1991.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
257. Larney R. The relationship between early language delay and later difficulties in literacy. Early Child Dev Care 2002; 172(2): 183-193.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
258. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Längsschnittforschung zur Entwicklung psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Z Klin Psychol Psychother 2000; 29(4): 246-262.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
259. Law J, Durkin C, Sargent J, Hanrahan D. Beyond early language unit provision: linguistic, developmental and behavioural outcomes. Child Lang Teach Ther 1999; 15(2): 93-111.
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
260. Law J, Dockrell J, Williams K, Seeff B. Comparing specialist early years provision for speech and language impaired children with mainstream nursery provision in the UK: An application of the Early Childhood Environment Rating Scale (ECERS). Child Care Health Dev 2004; 30(2): 177-184.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
261. Law J. Early language screening in city and Hackney: The concurrent validity of a measure designed for use with 2 1/2 year olds. Child Care Health Dev 1994; 20(5): 295-308.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
262. Law J, Dockrell JE, Castelnovo E, Williams K, Seeff B, Normand C. Early years centres for pre-school children with primary language difficulties: What do they cost and are they cost-effective. Int J Lang Commun Disord 2006; 41(1): 67-81.
Ausschlussgrund (T4): Zielgrößen
263. Law J. Evaluating intervention for language impaired children: A review of the literature. Eur J Disord Commun 1997; 32(2): 1-14.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen

264. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for primary speech and language delay: A systematic review of the literature. Communicating the evidence: The case for speech and language therapy. Int J Lang Commun Disord 1998; 33(Suppl: 21-3).

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

265. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for speech and language delay: A systematic review of the literature. Health Technol Assess 1998; 2(9): 1-184.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

266. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for speech and language delay: A systematic review of the literature. Health Technol Assess 1998; 2(9): 1-184.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

267. Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database Syst Rev 2003; (3): CD004110.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

268. Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. J Speech Lang Hear Res 2004; 47(4): 924-943.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

269. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. The feasibility of universal screening for primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. Dev Med Child Neurol 2000; 42(3): 190-200.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

270. Law J. The implications of different approaches to evaluating intervention: Evidence from the study of language delay/disorder. Folia Phoniatr Logop 2004; 56(4): 199-219.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

271. Law J. The implications of different approaches to evaluating intervention: Evidence from the study of language delay/disorder. Folia Phoniatr Logop 2004; 56(4): 199-219.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

272. Law J, Durkin C. The literacy skills of language-impaired children: Time for 'joined up' thinking. Educ Psychol Pract 2000; 16(1): 75-87.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

273. Law J, Harris F. The parameters of early language screening. Child Care Health Dev 2000; 26(2): 83-89.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

274. Law J, Conti-Ramsden G. Treating children with speech and language impairments: Six hours of therapy is not enough. BMJ 2000; 321(7266): 923.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

275. Lederer SH. Efficacy of parent-child language group intervention for late-talking toddlers. Infant-Toddler Intervention 2001; 11(3-4): 223-235.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

276. Leonard LB, Camarata SM, Pawlowska M, Brown B, Camarata MN. Tense and agreement morphemes in the speech of children with specific language impairment during intervention: Phase 2. J Speech Lang Hear Res 2006; 49(4): 749-770.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

277. Levelt WJM. Speaking: From intention to articulation. Cambridge: MIT Press; 1989.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

278. Ligges C, Blanz B. Übersicht über Bildgebungsbefunde zum phonologischen Defizit der Lese-Rechtschreibstörung bei Kindern und Erwachsenen: Grundlegende Defizite oder Anzeichen von Kompensation. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2007; 35(2): 107-117.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

279. Lindholm H. The incomprehensible child. Speech screening [Swedish]. Lakartidningen 1978; 75(23): 2317.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

280. Lissmann I, Domsch H, Lohaus A. Zur Stabilität und Validität von Entwicklungstestergebnissen im Alter von sechs Monaten bis zwei Jahren. Eine Analyse am Beispiel des ET 6-6. Kindheit und Entwicklung 2006; 15(1): 35-44.

Ausschlussgrund (A3): Sprachmodule aus Gesamtentwicklungstests

281. Lissmann I, Domsch H, Lohaus A. Zur Stabilität und Validität von Entwicklungstestergebnissen im Alter von sechs Monaten bis zwei Jahren. Eine Analyse am Beispiel des ET 6-6. Kindheit und Entwicklung 2006; 15(1): 35-44.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

282. Locke A. Screening and intervention with children with speech and language difficulties in mainstream schools. In: Mogford K, Sadler J (Ed). Child language disability: Implications in an educational setting. Clevedon: Multilingual Matters; 1989. S. 40-51.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

283. Long SH, Olswang LB. Readiness and patterns of growth in children with SELI: Specific Expressive Language Impairment. Am J Speech Lang Pathol 1996; 5(1): 79-85.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

284. Loos-Ayav C, Roy B, Blanc JP, Aptel E, Maeder C, Kipffer-Piquard A et al. Validation of a screening test of language and learning disorders for 6-year old children (ERTLA6): A prospective study [French]. Sante Publique 2005; 17(2): 179-189.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

285. Love EB, Nowicki SJ, Duke MP. The Emory Dyssemia Index: A brief screening instrument for the identification of nonverbal language deficits in elementary school children. J Psychol 1994; 128(6): 703-705.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

286. Lundberg L, Frost J, Petersen OP. Effects of an extensive program for stimulating phonological awareness in preschool children. Read Res Q 1988; 23(3): 263-284.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

287. Lutz G. Evaluation einer Kurzfassung des "Elternfragebogens für zweijährige Kinder" (ELFRA-2). Überprüfung der Validität mit dem "Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder"(SETK-2)[Magister Artium]. 2007. München: Ludwig-Maximilians-Universität

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

288. Lüdtko UM, Kallmeyer K. Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus Sicht der Linguistik, Diagnostik und Mehrsprachigkeitsforschung. Sprachheilarbeit 2007; 52(6): 261-278.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

289. Lüdtko UM, Kallmeyer K. Vorschulische Maßnahmen zur Sprachstandserhebung und Sprachförderung in den deutschen Bundesländern: Wissenschaftliche Vorschläge zur Optimierung bildungspolitischer Initiativen. Sprachheilarbeit 2007; 52(6): 244-260.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

290. Mabry IR. Putting prevention into practice. Screening for speech and language delay in preschool children. Am Fam Physician 2006; 74(8): 1373-7, 1434.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

291. Macha. Besprechung von: Grimm, H. unter Mitarbeit von Aktas, M. & Kießig, U. (2003). Sprachscreening für das Vorschulalter SSV (Kurzform des SETK 3-5). Göttingen: Hogrefe. Z Psychiatr Psychol Psychother 2004; 52(2): 183.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

292. Macintyre PG, Umansky DL. Speech-language screenings as predictors of communication problems in children. Folia Phoniatr Logop 1983; 35(3-4): 153.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

293. Mackie K, Dermody P. Use of a Monosyllabic Adaptive Speech Test (MAST) with Young Children. Research Note. J Speech Hear Res 1986; 29(2): 275-281.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
294. MacLean LK, Cripe JW. The effectiveness of early intervention for children with communication disorders. In: Guralnick MJ (Ed). The effectiveness of early intervention. Baltimore: Brookes; 1997. S. 349-428.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
295. MacLennan SC. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Child Care Health Dev 2004; 30(3): 298.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
296. Maeder C, Roy B. Detecting language disorders in 4-year-old French children. An application of the ERTL-4. Child Care Health Dev 2000; 26(2): 129-136.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
297. Maier R, Sahler N. Untersuchungen zur Zeitstruktur pathologischer Sprachproduktion. Vorstellung eines Screening-Verfahrens zur Bewertung der expressiven Sprachleistung. Folia Phoniatr Logop 1996; 48(2): 51-56.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
298. Maihack V. Eine Entdeckungsreise durch die Sprachheilpädagogik oder vom Unsinn des Theorie-Praxis-Gegensatzes für die Therapie. Sprachheilarbeit 1998;(43): 326-332.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
299. Maisonneuve C. Screening of oral language disorders in children in child care [French]. Soins Pедиат Pueric 2001;(200): 10-11.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
300. Maitre A, bel-Comte MJ, Bonnefond E, Demolis A. Detection of speech disorders in kindergarten [French]. Folia Phoniatr Logop 1972; 24(5): 446-455.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
301. Mandler J, Zimmer R. Sprach- und Bewegungsentwicklung bei Kindern im Vorschulalter. Motorik 2006; 29(1): 33-40.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
302. Marx H. Über die differentialdiagnostische Aussagefähigkeit des Psycholinguistischen Entwicklungstest (PET). Z Differ Diagnos Psychol 1992; 13(1): 35-52.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
303. Matheny N, Panagos JM. Comparing the effects of articulation and syntax programmes on syntax and articulation improvement. Lang Speech Hear Serv Sch 1978; 50-56.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
304. Mathieu S. Sprachverständnis im Kindergarten. VHN 1995; 64(1): 36-52.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
305. Mattsson CM, Marild S, Pehrsson NG. Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden. Acta Paediatr 2001; 90(3): 339-344.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
306. Maughan B. Annotation: Long-term outcomes of developmental reading problems. J Child Psychol Psychiatry 1995; 36(3): 357-371.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
307. Mayr T. Zur Epidemiologie von Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen bei Vorschulkindern. Heilpädagogische Forschung 1990; 16(1): 14-20.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
308. McArthur G, M., Ellis D, Atkinson C, M., Coltheart M. Auditory Processing Deficits in Children with Reading and Language Impairments: Can They (and Should They) Be Treated? Cognition 2008; 107(3): 946-

977.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

309. McGinty C. An investigation into aspects of the Mayo early language screening test. *Child Care Health Dev* 2000; 26(2): 111-128.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

310. Meade LS, Nelson RO, Clark RP. Concurrent and construct validity of the Slingerland screening tests for children with specific language disability. *J Learn Disabil* 1981; 14(5): 264-266.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

311. Meiertoberens S. Der Wortschatz als Prädiktor für die spätere Sprachentwicklung: Follow-up-Studie mit zwei- bis dreijährigen Vorschulkindern [unveröffentl. Diplomarbeit]. 1998. Bielefeld: Universität Bielefeld

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

312. Melchers P, Floß S, Brandt I, Eßer KJ, Lehmkuhl G, Rauh H et al. EVU: Erweiterte Vorsorgeuntersuchung. Screeningtest. Hogrefe; 2003.

Ausschlussgrund (A3): Sprachmodule aus Gesamtentwicklungstests

313. Mendelsohn AL, Dreyer BP, Flynn V, PeBenito CP, Tomopoulos S, Bovira I et al. An RCT of a clinic-based intervention to promote language development: Effects at 18 months on cognitive home environment and parenting stress. *Pediatr Res* 2002; 51(4): 190A.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

314. Merzenich MM, Jenkins WM, Johnston P, Schreiner C, Miller SL, Tallal P. Temporal processing deficits of language-learning impaired children ameliorated by training. *Science* 1996; 271(5245): 77-81.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

315. Miniscalco C, Westerlund M, Lohmander A. Language skills at age 6 years in Swedish children screened for language delay at 2 1/2 years of age. *Acta Paediatr* 2005; 94(12): 1798-1806.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

316. Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjo B, Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48(5): 361-366.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

317. Miniscalco MC, Marild S, Pehrsson NG. Evaluation of a language-screening programme for 2.5-year-olds at Child Health Centres in Sweden. *Acta Paediatr* 2001; 90(3): 339-344.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

318. Motsch HJ. ESGRAF - Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten. München: Reinhardt; 2000.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

319. Motsch HJ. Kontextoptimierung. Förderung grammatischer Fähigkeiten in Therapie und Unterricht. München: Ernst Reinhardt; 2004.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

320. Möller D. Schritte in den Dialog: Ein Eltern-Kind-Programm für Familien mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern. *Forum Logop* 2006; 1(20): 20-25.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

321. Mulac A, Tomlinson CN. Generalization of an operant remediation program for syntax with language delayed children. *J Commun Disord* 1977; 10(3): 231-243.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

322. Munro J. Efficacy of speech and language therapy for particular speech sounds in children. *Int J Lang Commun Disord* 1998;(33): 451-456.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

323. Nathan L, Stackhouse J, Goulandris N. Speech processing abilities in children with speech vs speech and language difficulties. *Int J Lang Commun Disord* 1998;(33): 457-462.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

324. Natke U. Idiopathisches Stottern: Definitionen. In: Natke U (Ed). Stottern. Erkenntnisse, Theorien und Behandlungsmethoden (Psychologie Klinische Praxis). Bern: Huber; 2000. S. 7-9.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

325. Natke U. Therapie bei Kindern. In: Natke U (Ed). Stottern. Erkenntnisse, Theorien und Behandlungsmethoden (Psychologie Klinische Praxis). Bern: Huber; 2000. S. 103-109.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

326. Natke U. Therapie des Stotterns. In: Natke U (Ed). Stottern. Erkenntnisse, Theorien und Behandlungsmethoden (Psychologie Klinische Praxis). Bern: Huber; 2000. S. 87-88.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

327. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: Systematic evidence review for the US preventive services task force. Pediatrics 2006; 117(6): 2336-2337.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

328. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children. Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville; 2006.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

329. Neumann K, Euler HA. Bericht an das IQWiG. Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreening (KiSS) [Manuskript]. 2008.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

330. Neuschaefer-Rube C, Matern G, Meixner R, Klajman S, Neumann H. Zur Problematik auditiver Verarbeitungsstörungen: Erhebungen und Bewertungen aus interdisziplinärer Sicht. Sprache Stimme Gehör 2000; 24(3): 113-118.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

331. Nicholas A, Millard SK. The case for early intervention with pre-school dysfluent children. Int J Lang Commun Disord 1998; 33(Suppl): 374-377.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

332. Nickisch A, Kiese-Himmel C, Schonweiler R, Gross M, Radu HJ. Zusammenhänge zwischen Anamnesebogen für Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen und Heidelberger Lautdifferenzierungstest. Laryngorhinootologie 2005; 84(7): 487-492.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

333. Nickisch A, Kiese-Himmel C, Schonweiler R, Gross M, Radu HJ. Zusammenhänge zwischen Anamnesebogen für Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen und Heidelberger Lautdifferenzierungstest. Laryngorhinootologie 2005; 84(7): 487-492.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

334. Nussbaumer E, Terrier G. Early screening of language disorders in children [French]. Rev Med Suisse Romande 1976; 96(10): 781-789.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

335. O'Hare A, Boyle JA, McCartney E, Forbes J. Innovative speech and language therapy for school-aged children with language impairment: findings from a randomized controlled trial. Dev Med Child Neurol 2008; 50 Supplement 112: 34.

Ausschlussgrund (A1): Mehrfachpublikation ohne relevante Zusatzinformation

336. Olofsson A, Niederoe J. Early language development and kindergarten phonological awareness as predictors of reading problems: From 3 to 11 years of age. J Learn Disabil 1999; 32(5): 464-472.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

337. Opie M, Steele H, Ward S. Cognitive outcomes of Sally Ward's early language-based intervention with mothers and babies in longitudinal perspective: Lessons of Head Start revisited. Educational and Child

Psychology 2004; 21(2): 51-66.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

338. Osherovich AM. A play-speech audiometric method and results of hearing test in children of preschool age with normal hearing [Russian]. Vestn Otorinolaringol 1965;(27): 19-25.

Ausschlussgrund (S6): Durchführung in einer dem Deutschen ähnlichen Sprache

339. Ottem E, Sletmo A. Speech and language impairment in preschool years and reading difficulties in school age: Predictions on the basis of WPPSI test profiles [Norwegian]. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1993; 30(4): 335-341.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

340. Papousek M. Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber; 1994.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

341. Paul R, Looney SS, Dahm PS. Communication and socialization skills at ages 2 and 3 in "late-talking" young children. J Speech Hear Res 1991; 34(4): 858-865.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

342. Paul R. Profiles of toddlers with slow expressive language development. Top Lang Disord 1991; 11: 1-13.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

343. Penner Z. Forschung für die Praxis: Neue Wege der Intervention bei Kindern mit Spracherwerbsstörungen. Forum Logop 2004; 6(18): 6-13.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

344. Penner Z, Weissenborn J, Wermke K, Wymann K. Prävention: Früherkennung und Frühintervention bei Spracherwerbsstörungen. Paediatrica 1999;(10): 19-26.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

345. Penner Z. Ursachen, Prävalenz, Dauerhaftigkeit und Therapiechancen bei Spracherwerbsstörungen. Ergebnisse einer Langzeitstudie. In: "Sprachentwicklungsstörungen und ihre Therapie: eine kritische Bestandsaufnahme". Fachtagung des IKK-Landesverband Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Hannover; 12.07.2007; Hamburg.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

346. Petit-Carrie S, Verret C, Cossard A, Maurice-Tison S. Access to early speech therapy in Gironde: evaluation of a language-screening campaign for 4-year-old children (1999-2001) [French]. Arch Pediatr 2003; 10(10): 869-875.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

347. Petit-Carrie S, Verret C, Cossard A, Maurice-Tison S. Access to early speech therapy in Gironde: Evaluation of a language-screening campaign for 4-year-old children (1999-2001) [French]. Arch Pediatr 2003; 10(10): 869-875.

Ausschlussgrund (S5): Zielgrößen

348. Pickstone C. A pilot study of paraprofessional screening of child language in community settings. Child Lang Teach Ther 2003; 19(1): 49-65.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

349. Plante E. Criteria for SLI: The Stark and Tallal legacy and beyond. J Speech Hear Res 1998; 41(4): 951-957.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

350. Poeck K, Huber W, Willmes K. Outcome of intensive language treatment in aphasia. J Speech Hear Disord 1989;(54): 471-479.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

351. Pokorni JL, Worthington CK, Jamison PJ. Phonological awareness intervention: Comparison of Fast ForWord, Earobics, and LiPS. *J Educ Res* 2004; 97(N3): 147-157.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

352. Proger BB. Test review no. 7: Screening tests for identifying children with specific language disability by Beth H. Slingerland. *J Spec Educ* 1971; 5(3): 293-299.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

353. Quaiser-Pohl C. Der Teddy-Test. In: Fay E (Ed). *Tests unter der Lupe*. Lengerich: Pabst; 2001. S. 125-137.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

354. Ram D. Validity of Discrepancy criteria for identifying children with developmental languages disorders. *J Clin Exp Neuropsychol* 1991; 13(1): 29-29.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

355. Randall D, Reynell J, Curwen M. Study of language development in a sample of 3 year old children. *Br J Disord Commun* 1974; 9(1): 3-16.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

356. Reid J, Donaldson ML, Howell J, Dean E.C., Greive R. The effectiveness of therapy for child phonological disorder: The metaphon approach. In: Aldridge M (Ed). *Child Language*. Clevedon: Multilingual Matters; 1996.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

357. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DXM-IV. Bern: Huber; 2006.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

358. Renfrew C. Screening for language disorders in preschool children. *Dev Med Child Neurol* 1976; 18(1): 97-98.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

359. Renner G, Rothermel C, Krampen G. Reliability and Validity of the Mottier-test in a Clinical Social Pediatric Sample. *Sprache Stimme Gehör* 2008; 32(1): 30-35.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

360. Rescorla L, Schwartz E. Outcome of toddlers with specific expressive language delay. *Appl Psycholinguist* 1990; 11(4): 393-407.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

361. Rescorla L. Age 13 language and reading outcomes in late-talking toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 2005; 48(2): 459-472.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

362. Rescorla L, Hadicke-Wiley M, Escarce E. Epidemiological investigation of expressive language delay at age two. *First Language* 1993; 13(37 Pt 1): 5-22.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

363. Rescorla L. Identifying expressive language delay at age two. *Top Lang Disord* 1991; 11(4): 14-20.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

364. Rescorla L, Roberts J, Dahlsgaard K. Late talkers at 2: Outcome at age 3. *J Speech Hear Res* 1997; 40(3): 556-566.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

365. Rescorla L, Schwartz E. Outcome of toddlers with specific expressive language delay. *Appl Psycholinguist* 1990;(11): 393-407.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

366. Rescorla L. The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers. *J Speech Hear Disord* 1989; 54(4): 587-599.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
367. Rescorla L. The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers. *J Speech Hear Disord* 1989; 54(4): 587-599.
Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
368. Rescorla L, Achenbach TM. Use of the Language Development Survey (LDS) in a national probability sample of children 18 to 35 months old. *J Speech Hear Res* 2002; 45(4): 733-743.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
369. Rescorla L, Alley A. Validation of the Language Development Survey (LDS): A parent report tool for identifying language delay in toddlers. *J Speech Hear Res* 2001; 44(2): 434-445.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
370. Rescorla L, Alley A, Christine JB. Word frequencies in toddlers' lexicons. *J Speech Lang Hear Res* 2001; 44(3): 598-609.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
371. Rice ML, Oetting JB, Marquis J, Bode J, Pae S. Frequency of input effects on word comprehension of children with specific language impairment. *J Speech Hear Res* 1994; 37(1): 106-122.
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
372. Riches NG, Faragher B, Conti-Ramsden G. Verb schema use and input dependence in 5-year-old children with Specific Language Impairment (SLI). *Int J Lang Commun Disord* 2006; 41(2): 117-135.
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
373. Rigby MJ, Chesham I. A trial speech screening test for school entrants. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282(6262): 449-451.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
374. Rinker T, Kohls G, Richter C, Maas V, Schulz E, Schecker M. Abnormal frequency discrimination in children with SLI as indexed by mismatch negativity (MMN). *Neurosci Lett* 2007; 413(2): 99-104.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
375. Robertson SB. The effects of treatment on the linguistic and social skills of late talkers [Dissertation unveröffentlicht]. Pennsylvania: University of Pennsylvania
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
376. Robey RR, Schultz MC. A model for conducting clinical-outcome research: An adaption of the standard protocol for use in aphasiology. *Aphasiology* 1998; 12(9): 787-810.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
377. Rome-Flanders T, Cronk C. Stability and usefulness of language test results under two years of age. *J Speech Lang Pathol Audiol* 1998; 22(2): 74-80.
Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
378. Roos J, Schöler H, Treutlein A. Zur prognostischen Validität des Heidelberger Auditiven Screenings in der Einschulungsdiagnostik HASE - Abschlussbericht des Projektes EVER (Evaluation eines Vorschulscreenings zur Erfassung von Risikokindern für Sprach- und Schriftspracherwerbsprobleme). Pädagogische Hochschule Heidelberg; 2007.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
379. Rosanowski F, Eysholdt U, Lohscheller J, Kummer P. BUEVA-Test als Screening-Verfahren zur Untersuchung der Sprachentwicklung. *Aktuel Phoniater Padaudiol Aspekte* 2005; 2005(13): 31.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
380. Rosanowski F, Eysholdt U, Lohscheller J, Kummer P. BUEVA-Test als Screening-Verfahren zur Untersuchung der Sprachentwicklung. *Aktuel Phoniater Padaudiol Aspekte* 2005; 13(2005): 31.
Ausschlussgrund (S1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

381. Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M. Diagnostische Genauigkeit des SETK 3-5 zur dichotomen Einschätzung von sprachlichen Leistungen. In: 2008. In: 25. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie; 12.-14.09.2008; Düsseldorf.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
382. Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M. Eine Methode zur Phänotypisierung der spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei 4- bis 5jährigen deutschsprachigen Kindern. In: 22. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie; 16.-18.09.2005; Berlin.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
383. Rothweiler M. Wortschatz und Störungen des lexikalischen Erwerbs bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder. Heidelberg: Edition S; 2001.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
384. Roulstone S, John A, Hughes A, Enderby P. Assessing the construct validity of the therapy outcome measure for pre-school children with delayed speech and language. *Adv Speech Lang Pathol* 2004; 6(4): 230-236.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
385. Roulstone S, Glogowska M, Peters TJ, Enderby P. Building good practice: Lessons from a multimethod study of speech and language therapy. *Int J Ther Rehabil* 2004; 11(5): 199-204.
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
386. Roussel M-H. Screening for language disorders in kindergarten: Val-d'Oise local government protocol. Implementation and results for 2003-2004 [French]. *Approch Neuropsychol Apprentiss Enfant* 2006; 18(2): 75-78.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
387. Roy B, Alla F. Two French-language tests for identifying language problems in children aged 4 years and aged 6 years. *Approch Neuropsychol Apprentiss Enfant* 2002; 14(1): 58-62.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
388. Ruben RJ. Language screening as a factor in the management of the pediatric otolaryngic patient. Effectiveness and efficiency. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 117(9): 1021-1025.
Ausschlussgrund (S1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
389. Ruhrberg W. Zur quantitativen Erfassung von Sprachstörungen im Kindesalter. *HNO* 1974; 22(1): 28-31.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
390. Ruhrberg W. Zur quantitativen Erfassung von Sprachstörungen im Kindesalter. *HNO* 1974; 22(1): 28-31.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
391. Ruscello DM, Cartwright LR, Haines KB, Shuster LI. The use of different service delivery models for children with phonological disorders. *J Commun Dis* 1993; 26(3): 193-203.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
392. Rvachew S, Nowak M, Cloutier G. Effect of phonemic perception training on the speech production and phonological awareness skills of children with expressive phonological delay. *Am J Speech Lang Pathol* 2004; 13(3): 250-263.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
393. Rvachew S, Rafaat S, Martin M. Stimulability, speech perception skills and the treatment of phonological disorders. *Am J Speech Lang Pathol* 1999; 8(1): 33-43.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
394. Rvachew S, Nowak M. The effect of target-selection strategy on phonological learning. *J Speech Lang Hear Res* 2001; 44(3): 610-623.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
395. Sachse S., Von Suchodoletz W. SBE-2-KT: Sprachbeurteilung durch Eltern - Kurztest für die U7. Handbuch.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

396. Sachse S, Von Suchodoletz W. Diagnostische Zuverlässigkeit einer Kurzversion des Elternfragebogens ELFRA-2 zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. *Klin Padiatr* 2007; 219(2): 76-81.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

397. Sachse S, Von Suchodoletz W. Diagnostische Zuverlässigkeit einer Kurzversion des Elternfragebogens ELFRA-2 zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. *Klin Padiatr* 2007; 219(2): 76-81.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

398. Sachse S, Pecha A, Von Suchodoletz W. Early identification of developmental language disorders: Is ELFRA-2 (the German version of CDI) appropriate for general language screening at the age of 24 months. *Monatsschr Kinderheilkd* 2007; 155(2): 140-145.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

399. Sachse S, Saracino M, Von Suchodoletz W. Early identification of developmental language disorders: Predictive value of the German version of the CDI; Infant form (ELFRA-1). *Klin Padiatr* 2007; 219(1): 17-22.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

400. Sachse S, Von SW. Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29(1): 34-41.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

401. Sachse S. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In: Von Suchodoletz W (Ed). Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 2005. S. 155-189.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

402. Sachse S, Pecha A, Von Suchodoletz W. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen: Ist der ELFRA-2 für einen generellen Einsatz bei der U7 zu empfehlen. *Monatsschr Kinderheilkd* 2007; 155(2): 140-145.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

403. Sachse S, Anke B, Von Suchodoletz W. Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen: Ein Methodenvergleich. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2007; 35(5): 323-331.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

404. Sachse S, Von Suchodoletz W. Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen mit Elternfragebögen? *Kinderarztl Prax* 2007; 78(4): 194-199.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

405. Sachse S, Saracino M, Von Suchodoletz W. Prognostische Validität des ELFRA-1 bei der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. *Klin Padiatr* 2007; 219(1): 17-22.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

406. Sachse S, Von Suchodoletz W. Variabilität expressiver Sprachleistungen bei zweijährigen Kindern erfasst mit dem ELFRA-2. *Sprache Stimme Gehör* 2007; 31(3): 118-125.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

407. Sandrieser P, Schneider P. Stottern im Kindesalter. Stuttgart: Thieme; 2003.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

408. Sarimski K. Developmental language scales (Reynell). 1977.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

409. Sarimski K. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) von H. Grimm & H. Doil (2000). *Diagnostica* 2002; 48(1): 50.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

410. Sarimski K. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2) von H. Grimm (2000) (Testinformationen). *Diagnostica* 2002; 47(3): 163-165.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

411. Sarimski K. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5). *Diagnostica* 2002; 48(4): 200-202.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

412. Savage R, Carless S. Predicting curriculum and test performance at age 7 years from pupil background, baseline skills and phonological awareness at age 5. *Br J Educ Psychol* 2004; 74(Pt 2): 2-71.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
413. Schafer B, Fox AV. Der Erwerb der Wortproduktionskonsequenz bei zweijährigen: Ein Mittel zur Früherkennung von Aussprachestörungen? *Sprache Stimme Gehör* 2006; 30(4): 186-192.
Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan
414. Schafer P, Scholer H, Roos J, Grün-Nolz P, Engler-Thummel H. Einschulungsuntersuchung 2002 in Mannheim: Sprachentwicklungsstand bei Schulbeginn. *Gesundheitswesen* 2003; 65(12): 676-682.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
415. Schaunig I. Studie zur Entwicklung neuer Standards in der psychologischen Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen [Dissertation]. Wien: Universität Wien; 2004.
Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
416. Schäfer P, Schöler H, Roos J, Grün-Nolz P, Engler-Thümmel H. Einschulungsuntersuchung 2002 in Mannheim - Sprachentwicklungsstand bei Schulbeginn. *Gesundheitswesen* 2003; 65(12): 676-682.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
417. Schelten-Cornish S. Die polarisierte Aufmerksamkeit in der Sprachtherapie: Zielimmanente Wiederholung bei nicht oder kaum sprechenden Kindern. *Logos Interdisziplinär* 2006; 14(4): 256-263.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
418. Scherr R. The development of local norms for the Slingerland screening tests for identifying children with specific language disability. *Diss Abstr Int* 1985; 45(7-A).
Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar
419. Schneider W, Roth E, Küspert P, Ennemoser M. Kurz- und langfristige Effekte eines Trainings der sprachlichen (phonologischen) Bewußtheit bei unterschiedlichen Leistungsgruppen (Befunde einer Sekundäranalyse). *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 1998; 30(1): 26-39.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
420. Schneider W, Küspert PÜ, Roth E, Vise M, Marx H. Short- and long-term effects of training phonological awareness in kindergarten: Evidence from two Germany studies. *J Exp Child Psychol* 1997; 66(3): 311-340.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
421. Scholer H, Guggenmos J, Iseke A. Werden die Sprachleistungen unserer Kinder immer schwächer. Beobachtungen an sechs Einschulungsjahrgängen in Münster. *Gesundheitswesen* 2006; 68(6): 337-346.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
422. Schonweiler R. Diagnostik kindlicher Spracherwerbsstörungen. Eingangsuntersuchungen und weiterführende Diagnostik unter Berücksichtigung der Heilmittelrichtlinien. *HNO* 2003; 51(6): 499-504.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
423. Schöler H. IDIS. Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter; 1999.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
424. Schöler H, Moerschel D. Differentialdiagnostik bei Sprachbehinderten mit dem Heidelberger Sprachentwicklungstest H-S-E-T. *Spracheilarbeit* 1983; 28(5): 173-179.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
425. Schöler H, Hoppe-Graff S. Eine Untersuchung zur Geschichtenreproduktion bei 5-8jährigen (Arbeiten der Forschungsgruppe Sprache und Kognition Nr. 11). 1979. Mannheim: Universität Mannheim, Lehrstuhl Psychologie III
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
426. Schöler H, Schäfer P. HASE Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung. Itemanalysen und Normen. Heidelberg: Pädagogische Hochschule, Institut für Sonderpädagogik, Abt. Psychologie in sonderpädagogischen Handlungsfeldern. (Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt

„Differenzialdiagnostik“ Nr. 17). 2004.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

427. Schöler H, Braun L, Keilmann A. Intelligenz: Ein relevantes differenzialdiagnostisches Merkmal bei Sprachentwicklungsstörungen. Heidelberg: Pädagogische Hochschule, Institut für Sonderpädagogik; 2003. (Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt "Differenzialdiagnostik" Nr. 14). 2003.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

428. Schöler H, Schakib-Ekbatan K, Spohn B, Spohn S. Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Heidelberg: Pädagogische Hochschule, Erziehungs- und Sozialwissenschaftliche Fakultät; 1999.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

429. Schöler H, Häring M, Schakib-Ekbatan K. Zur Diagnostik bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. Heidelberg: Pädagogische Hochschule, Sonderpädagogische Fakultät; 1996. (Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt „Differenzialdiagnostik" Nr. 1).

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

430. Schöler H. Zur Früherkennung von Schriftspracherwerbsproblemen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen. Heidelberg: Pädagogische Hochschule, Erziehungs- und Sozialwissenschaftliche Fakultät; 2001. (Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt „Differenzialdiagnostik" Nr. 10).

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

431. Senechal M, Ouellette G, Young L. Testing the concurrent and predictive relations among articulation accuracy, speech perception, and phoneme awareness. J Exp Child Psychol 2004; 89(3): 242-269.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

432. Shaughnessy A, Sanger D, Matteucci C, Ritzman M. Early childhood language and literacy: Survey explores kindergarten teachers' perceptions. Asha Leader 2004; 9(2): 2-18.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

433. Shelton RL, Johnson AF, Ruscello DM, Arndt WB. Assessment of parent-administered listening training for preschool children with articulation deficits. J Speech Hear Disord 1978; 43(2): 242-254.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

434. Sheridan MD. The STYCAR Language Test. Dev Med Child Neurol 1975; 17(2): 164-174.

Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens

435. Sherman D, Geith A. Speech sound discrimination and articulation skill. J Speech Hear Res 1967; 10(2): 277-280.

Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens

436. Shriner TH. A review of mean length of response as a measure of expressive language development in children. J Speech Hear Disord 1969; 34(1): 61-68.

Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens

437. Siegmüller J, Fröhling A. Therapie der semantischen Kategorisierung als Entwicklungsauslöser für den Erwerb des produktiven Wortschatzes bei Kindern mit Late-Talker-Vergangenheit. Sprache Stimme Gehör 2003; 27(3): 135-141.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

438. Silva PA. A comparison of the predictive validity of the Reynell Developmental Language Scales. The Peabody Picture Vocabulary Test and the Stanford-Binet Intelligence Scale. Br J Educ Psychol 1986; 56(2): 201-204.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

439. Simkin Z, Conti-Ramsden G. Notes and discussion. Non-word repetition and grammatical morphology: Normative data for children in their final year of primary school. Int J Lang Commun Disord 2001; 36(3): 395-404.

Ausschlussgrund (S1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

440. Simms MD. Language disorders in children: classification and clinical syndromes. *Pediatr Clin North Am* 2007; 54(3): 437-467.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

441. Smith T, Smith BL, Eichler JB, Pollard AG. Validity of the comprehensive receptive and expressive vocabulary test in assessment of children with speech and learning problems. *Psychol Sch* 2002; 39(6): 613-619.

Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens

442. Snowling M, Bishop DVM, Stothard SE. Is preschool language impairment a risk factor for dyslexia in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(5): 587-600.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

443. Sommers RK, Logsdon BS, Wright JM. A review and critical analysis of treatment research related to articulation and phonological disorders. *J Commun Disord* 1992; 25(1): 3-22.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

444. Sommers RK, Erdige S, Peterson MK. How valid are childrens language tests. *J Spec Educ* 1978; 12(4): 393-407.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

445. Spinrad ME. Using a short form of the Token Test to identify learning-disabled or speech-impaired school children. *Diss Abstr Int* 1991; 52(4-B).

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

446. Stanton-Chapman TL, Chapman DA, Bainbridge NL, Scott KG. Identification of early risk factors for language impairment. *Res Dev Disabil* 2002; 23(6): 390-405.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

447. Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1994 - 2003. 2005.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

448. Steckol KF. Speech and language screening of children from birth to 6 years of age. *J Ky Med Assoc* 1988; 86(9): 503-506.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

449. Stevenson J. Predictive value of speech and language screening. *Dev Med Child Neurol* 1984; 26(4): 528-538.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

450. Stevenson J, Richman N. The prevalence of language delay in a population of three-year-old children and its association with general retardation. *Dev Med Child Neurol* 1976; 18(4): 431-441.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

451. Stiegler LN, Hoffman PR. Discourse-based intervention for word finding in children. *J Commun Disord* 2001; 34(4): 277-303, 367-370.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

452. Stokes SF, Wong AM, Fletcher P, Leonard LB. Nonword repetition and sentence repetition as clinical markers of specific language impairment: The case of Cantonese. *J Speech Hear Res* 2006; 49(2): 219-236.

Ausschlussgrund (S6): Durchführung in einer dem Deutschen ähnlichen Sprache

453. Stokes SF. Secondary prevention of paediatric language disability: A comparison of parents and nurses as screening agents. *Eur J Disord Commun* 1997; 32(2): 139-158.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

454. Stott CM, Merricks MJ, Bolton PF, Goodyer IM. Screening for speech and language disorders: The reliability, validity and accuracy of the General Language Screen. *Int J Lang Commun Disord* 2002; 37(2): 133-

151.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

455. Strauss DJ, Delb W, Plinkert PK. Objective detection of the central auditory processing disorder: A new machine learning approach. *IEEE Trans Biomed Eng* 2004; 51(7): 1147-1155.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

456. Sturner RA, Kunze L, Funk SG, Green JA. Elicited imitation: Its effectiveness for speech and language screening. *Dev Med Child Neurol* 1993; 35(8): 715-726.

Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens

457. Sturner RA, Kunze L, Funk SG, Green JA. Elicited imitation: Its effectiveness for speech and language screening. *Dev Med Child Neurol* 1993; 35(8): 715-726.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

458. Sturner RA, Funk SG, Green JA. Preschool speech and language screening: Further validation of the sentence repetition screening test. *J Dev Behav Pediatr* 1996; 17(6): 405-413.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

459. Sturner RA, Kunze LH, Funk SG, Green JA. Speech and language screening: Validation of a sentence repetition screening-test an comparison with typical preschool screening. *Am J Dis Child* 1986; 140(4): 314.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

460. Sturner RA, Heller JH, Funk SG, Layton TL. The Fluharty Preschool Speech and Language Screening Test: A population-based validation study using sample-independent decision rules. *J Speech Hear Res* 1993; 36(4): 738-745.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

461. Suchodoletz W, Hofler C. Stellenwert des Heidelberger Sprachentwicklungstests (HSET) in der Diagnostik von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1996; 24(1): 4-11.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

462. Sutton L, Tapper L. Investigating WILSTAAR. 1999.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

463. Süß-Burghart H. Die Validität des Sprachtests SETK 3-5 im Vergleich mit K-ABC-Subtests und dem AWST 3-6. *Frühförderung Interdisziplinär* 2003; 22(3): 128-134.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

464. Swift EW, Swift WJ, Camp BW, Silvern LW. Predictive value of early testing of auditory localization for language development. *Dev Med Child Neurol* 1981; 23(3): 306-312.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

465. Swisher L, Plante E. Nonverbal IQ tests reflect different relations among skills for specifically language-impaired and normal children: Brief report. *J Commun Disord* 1993; 26(1): 65-71.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

466. Szagun G, Stumper B, Schramm SA. Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung (FRAKIS) und FRAKIS-K (Kurzform). Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information; 2009.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

467. Szagun G, Steinbrink C. Typikalität und Variabilität in der frühkindlichen Sprachentwicklung: Eine Studie mit einem Elternfragebogen. *Sprache Stimme Gehör* 2004; 28(3): 137-145.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

468. Szagun G, Steinbrink C. Typikalität und Variabilität in der frühkindlichen Sprachentwicklung: Eine Studie mit einem Elternfragebogen. *Sprache Stimme Gehör* 2004; 28(3): 137-145.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

469. Szagun G, Steinbrink C, Franik M, Stumper B. Development of vocabulary and grammar in young German-speaking children assessed with a German language development inventory. *First Language* 2006; 26(3): 259-280.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

470. Tannock R, Girolametto L, Siegel LS. Language intervention with children who have developmental delays: Effects of an interactive approach. *Am J Ment Retard* 1992; 97(2): 145-160.
Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung
471. Terracol J. Organization of screening for hearing and speech disorders in school children. *Bull Acad Natl Med* 1952; 136(5-6): 78-80.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
472. Thal D, Tobias S, Morrison D. Language and gesture in late talkers: A 1-year follow-up. *J Speech Hear Res* 1991; 34(3): 604-612.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
473. Theeranate K, Chuengchitraks S. Parent's Evaluation of Developmental Status (PEDS) detects developmental problems compared to Denver II. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(Suppl 3): 188-192.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
474. Tigges-Zuzok C, Kohns U, Plath P, Schuster S. Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschr Kinderheilkd* 2003;(34): 365-369.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
475. Tigges-Zuzok C, Kohns U. Qualitätssicherung in der pädiatrischen Sprachdiagnostik: SET der Sprachentwicklungs-Test mit Befundung des stomatognathen Systems. *Monatsschr Kinderheilkd* 1991; 22(12): 2052-2056.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
476. Tigges-Zuzok C, Michaelis R, Szagun G. Sprachentwicklungsstörungen. Differenzialdiagnostik und indikationsgerechter Therapiebeginn. *Padiatr Prax* 2007; 69(4): 595-606.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
477. Tigges-Zuzok C, Michaelis R, Szagun G. Sprachentwicklungsstörungen. Differenzialdiagnostik und indikationsgerechter Therapiebeginn. *Padiatr Prax* 2007; 69(4): 595-606.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
478. Tomblin JB. A system for the diagnosis of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Hear Res* 1996; 39(6): 1284-1294.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
479. Troia GA, Roth FP, Graham S. An educator's guide to phonological awareness: Assessment measures and intervention activities for children. *Focus Excep Child* 1998;(31): 1-12.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
480. Troia GA. Phonological awareness intervention research: A critical review of the experimental methodology. *Read Res Q* 1999; 34(1): 28-52.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
481. Troost J, Brunner M, Pröschel U. Validität des Heidelberger Vorschulscreenings zur auditiv-kinästhetischen Wahrnehmung und Sprachverarbeitung. *Diagnostica* 2004; 50(4): 193-201.
Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
482. Turner-Boutle M. Pre-school hearing, speech, language and vision screening. *Health Serv J* 1998; 108(5602): 36-37.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
483. Tyler AA, Lewis KE, Welch CM. Predictors of phonological change following intervention. *Am J Speech Lang Pathol* 2003; 12(3): 289-298.
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen
484. Tyler AA, Figurski GR, Langsdale T. Relationships between acoustically determined knowledge of stop place and voicing contrasts and phonological treatment progress. *J Speech Hear Res* 1993; 36(4): 746-759.
Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

485. Tyler AA. Profiles of the relationship between phonology and language in late talkers. Child Lang Teach Ther 1992; 8(3): 246-264.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

486. Tyler AAP. Language-based intervention for phonological disorders. Semin Speech Lang 2002; 23(1): 69-81.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

487. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for speech and language delay in preschool children: Recommendation statement. Am Fam Physician 2006; 73(9): 1605-1610.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

488. Ukrainetz TA, Harpell S, Walsh C, Coyle C. A preliminary investigation of dynamic assessment with native American kindergartners. Lang Speech Hear Serv Sch 2000; 31(2): 142-154.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

489. Ulich M, Mayr T. seldak - Sprachentwicklung und Literacy bei deutschsprachig aufwachsenden Kindern. 2006.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

490. Urwin S, Cook J, Kelly K. Preschool language intervention: A follow-up study. Child Care Health Dev 1988; 14(2): 127-146.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

491. Uttenweiler V. Diagnostik zentraler Hörstörungen, auditiver Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen. Sprache Stimme Gehör 1996; 20(2): 80-90.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

492. Uzan D, Vaneekloot M. Screening for pupils with language disorders in final year kindergarten. Report on a scheme launched in Gonesse between December 2003 and May 2004 [French]. Approach Neuropsychol Apprentiss Enfant 2006; 18(2): 83-87.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

493. Van Agt HM, Van der Stege HA, De Ridder-Sluiters JG, De Koning HJ. Detecting language problems: Accuracy of five language screening instruments in preschool children. Dev Med Child Neurol 2007; 49(2): 117-122.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

494. Van Alphen P, De Bree E, Gerrits E, De Jong J, Wilsenach C, Wijnen F. Early language development in children with a genetic risk of dyslexia. Dyslexia 2004; 10(4): 265-288.

Ausschlussgrund (D1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

495. Van Kleeck A, Vander WJ, Hammett L. Fostering literal and inferential language skills in Head Start preschoolers with language impairment using scripted book-sharing discussions. Am J Speech Lang Pathol 2006; 15(1): 85-95.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

496. Van Kleeck A, Gillam RB, McFadden TU. Research. A study of classroom-based phonological awareness training for preschoolers with speech and/or language disorders. Am J Speech Lang Pathol 1998; 7(3): 65-76.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

497. Van Weerdenburg M, Verhoeven L, Van Balkom H. Towards a typology of specific language impairment. J Child Psychol Psychiatry 2006; 47(2): 176-189.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

498. Vasilyeva M, Huttenlocher J, Waterfall H. Effects of language intervention on syntactic skill levels in preschoolers. Dev Psychol 2006; 42(1): 164-174.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

499. Veit SE, Castell R. Sprachproduktion und Sprachverständnis bei dysgrammatisch sprechenden Vorschulkindern. Z Kinder Jugendpsychiatr 1992; 20(1): 12-21.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

500. Verhoeven L, Segers E. Benefits of speech manipulation for children with language disorders. In: Verhoeven L, Van Balkom H (Ed). Classification of developmental language disorders: Theoretical issues and clinical implications. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2004. S. 383-400.
Ausschlussgrund (T3): Studientypen
501. Verkerk-Mouas M. Besprechung von: Grimm, H. (2001). Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3 - 5). Kindheit und Entwicklung 2003; 12(1): 57-60.
Ausschlussgrund (D5): Studientypen
502. Voigt RG, Llorente AM, Jensen CL, Fraley JK, Barbaresi WJ, Heird WC. Comparison of the validity of direct pediatric developmental evaluation versus developmental screening by parent report. Clin Pediatr 2007; 46(6): 523-529.
Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
503. Von Kries R, Von Suchodoletz W, Stranger J, Toschke AM. Fernseher im Kinderzimmer: Ein möglicher Risikofaktor für expressive Sprachstörungen bei 5- und 6-jährigen Kindern. Gesundheitswesen 2006; 68(10): 613-617.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
504. Von Suchodoletz W, Wolfram I. Frühe akustisch evozierte Potentiale (FAEP) bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. Klin Padiatr 1996; 208(5): 290-293.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
505. Von Suchodoletz W, Alberti A, Berwanger D. Sind umschriebene Sprachentwicklungsstörungen Folge von Defiziten in der auditiven Wahrnehmung. Klin Padiatr 2004; 216(2): 49-56.
Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
506. Wagner I. LOGO Ausspracheprüfung [Lautprüfbogen LOGO]. 2002.
Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan
507. Wake M, Gerner B, Gallagher S. Does parents' evaluation of developmental status at school entry predict language, achievement and quality of life 2 years later. Ambulatory Pediatr 2005; 5(3): 143-149.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
508. Walker D, Gugenheim S, Downs MP, Northern JL. Early language milestone scale and language screening of young children. Pediatrics 1989; 83(2): 284-288.
Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie
509. Walter M. Der Einsatz von ELFRA-2 und SETK-2 in einer Kinderarztpraxis - Früherfassung von Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Sprachheilarbeit 2005;(5): 234.
Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen
510. Walter M. Der Einsatz von ELFRA-2 und SETK-2 in einer Kinderarztpraxis - Früherfassung von Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Sprachheilarbeit 2005;(5): 234.
Ausschlussgrund (S4): Studientypen
511. Walter M. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung zur Häufigkeit sprachlicher Förderbedürftigkeit bei Vorschulkindern in Bayern. Sprachheilarbeit 2007; 52(4): 146-151.
Ausschlussgrund (S1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
512. Ward S. The predictive validity and accuracy of a screening test for language delay and auditory perceptual disorder. Eur J Disord Commun 1992; 27(1): 55-72.
Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung
513. Ward S. The predictive validity and accuracy of a screening test for language delay and auditory perceptual disorder. Eur J Disord Commun 1992; 27(1): 55-72.
Ausschlussgrund (D4): deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
514. Washington JA, Craig HK. A language screening protocol for use with young African American children in urban settings. Am J Speech Lang Pathol 2004; 13(4): 329-340.
Ausschlussgrund (S1): Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

515. Weindrich D, Jennen-Steinmetz C, Rellum T, Laucht M, Schmidt MH. Sprachentwicklungsstand mit 10 Monaten. Prognostische Validität für spätere Sprachentwicklungsdefizite. *Monatsschr Kinderheilkd* 2005; 153(2): 150-156.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

516. Weismer SE, Murray-Branch J, Miller JF. A prospective longitudinal study of language development in late talkers. *J Speech Hear Res* 1994; 37(4): 852-867.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

517. Weismer SE, Murray-Branch J, Miller JF. Comparison of two methods for promoting productive vocabulary in late talkers. *J Speech Hear Res* 1993; 36(5): 1037-1050.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

518. Weismer SE, Murray-Branch J. Modeling versus modeling plus evoked production training: A comparison of two language intervention methods. *J Speech Hear Disord* 1989; 54(2): 269-281.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

519. Welte V. Der Mottier-Test: Ein Prüfmittel für die Lautdifferenzierungsfähigkeit und die auditive Merkfähigkeit. *Sprache Stimme Gehör* 1981; 5(3): 121-125.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

520. Westerlund M, Sundelin C. Can severe language disability be identified in three-year-olds. Evaluation of a routine screening procedure. *Acta Paediatr* 2000; 89(1): 94-100.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

521. Westerlund M, Berglund E, Eriksson M. Can severely language delayed 3-year-olds be identified at 18 months. Evaluation of a screening version of the MacArthur-Bates Communicative Development Inventories. *J Speech Hear Res* 2006; 49(2): 237-247.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

522. Westerlund M. Identifying children at risk for language impairment: Screening of communication at 18 months. *Acta Paediatr* 2004; 93(4): 573-574.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

523. Westerlund M. Language screening of 2,5-3-year-old children identifies also other deviations. Well-documented methods are necessary. *Lakartidningen* 2008; 105(3): 132-134.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

524. Westerlund M. Relationship between a global rating of speech ability at the age of 3 yrs and a phonological screening 1 yr later: A prospective field study. *Scand J Caring Sci* 2001; 15(3): 222-227.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

525. Westerlund M, Sundelin C. Screening for developmental language disability in 3-year-old children. Experiences from a field study in a Swedish municipality. *Child Care Health Dev* 2000; 26(2): 91-110.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

526. Wetherby A, Goldstein H, Cleary J, Allen L, Kublin K. Early identification of children with communication disorders: Concurrent and predictive validity of the CSBS developmental profile. *Infants Young Child* 2003; 16(2): 161-174.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

527. Wetherby A, Allen L, Cleary J, Kublin K, Goldstein H. Validity and reliability of the communication and symbolic behavior scales developmental profile with very young children. *J Speech Hear Res* 2002; 45(6): 1202-1218.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

528. Whitworth A, Daves C, Stokes S, Blain T. Identification of communication impairments in preschoolers: A comparison of parent and teacher success. *Austral J Human Commun Disord* 1993; 21(1): 112-133.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

529. Whurr R, Evans S. Children's Acquired Aphasia Screening Test. Communicating the evidence: The case for speech and language therapy. *Int J Lang Commun Disord* 1998;(33): 343-344.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

530. Widerstrom AH, Miller LJ, Marzano RJ. Sex and race differences in the identification of communicative disorders in preschool children as measured by the Miller Assessment for preschoolers. *J Commun Disord* 1986; 19(3): 219-226.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

531. Williams AL. Generalization patterns associated with training least phonological knowledge. *J Speech Hear Res* 1991; 34(4): 722-733.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

532. Willinger U. SETK-2: Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten (Testbesprechung). *Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol* 2001; 33(2): 124-127.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

533. Willinger U. SETK-2: Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten (Testbesprechung). *Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol* 2001; 33(2): 124-127.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

534. Willinger U. SETK 3-5: Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (Testbesprechung). *Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol* 2001; 35(1): 59-63.

Ausschlussgrund (D5): Studientypen

535. Willinger U. SETK 3-5: Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (Testbesprechung). *Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol* 2003; 35(1): 59-63.

Ausschlussgrund (S4): Studientypen

536. Wolf B. Die Vorhersage kommunikativer Sprachleistungen von Kindergartenkindern aus Informationen zur häuslichen Lernumwelt. *Psychol Erzieh Unterr* 1991; 38(1): 11-21.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

537. Wolf B, Fried L. Faktorenanalysen zu Sprachentwicklungstests bei Kindergartenkindern. *Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol* 1989; 21(2): 167-181.

Ausschlussgrund (D6): Zielgrößen

538. Wolfe V, Presley C, Mesaris J. The importance of sound identification training in phonological intervention. *Am J Speech Lang Pathol* 2003; 12(3): 282-288.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

539. Wood M, Valdez-Menchaca M. The effect of a diagnostic label of language delay on adults' perceptions of preschool children. *J Learn Disabil* 1996; 29(6): 582-588.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

540. Woodburn SS, Boschini C. Predictive validity of a Spanish-language adapted version of the Anton Brenner developmental gestalt test of school readiness. *Percept Mot Skills* 1993; 76(1): 315-318.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

541. Wren Y, Roulstone S, Parkhouse J, Hall B. A model for a mainstream school-based speech and language therapy service. *Child Lang Teach Ther* 2001; 17(2): 107-126.

Ausschlussgrund (T3): Studientypen

542. Wright SH. Teaching word-finding strategies to severely language-impaired children. *Eur J Disord Commun* 1993; 28(2): 165-175.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

543. Yairi E, Ambrose NG. Early childhood stuttering: Persistency and recovery rates. *J Speech Hear Res* 1999;(42): 1097-1112.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

544. Yoder PJ, Hooshyar N, Klee T, Schaffer M. Comparison of the types of child utterances mothers expand in children with language delays and with down's syndrome. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40(6): 557-567.

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

545. Yoder PJ, Warren SF. Intentional communication elicits language-facilitating maternal responses in dyads with children who have developmental disabilities. *Am J Ment Retard* 2001; 106(4): 327-335.

Ausschlussgrund (T1): Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

546. Zardini G, Alessi AD, Freo P, Molteni B, D'Angelo A. Development of language comprehension in preschool children: A picture identification test in the assessment of the comprehension of grammatical structures. *Ital J Neurol Sci* 1986;(7): 143-147.

Ausschlussgrund (S3): Vergleichsgruppe ohne Screening oder mit anderer Screeningstrategie

547. Ziller D, Wohlleben B. Lautinventar und phonologische Prozesse bei 4-jährigen Kindern. *Sprachheilarbeit* 2006; 51(2): 61-67.

Ausschlussgrund (S2): Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

Ausschlussgrund (T2): Intervention zur Behandlung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen

548. Zimmerman DR, Rhoads FA, Rothbaum PA. Language development in two year old children: A study of the utility of a new screening tool. *Pediatr Res* 1992; 31(4 Pt 2): 130A.

Ausschlussgrund (A2): keine Vollpublikation bzw. keine Vollpublikation verfügbar

549. Zollner I, Thewalt B, Pfaff G. Anwendung der Differenzierungsprobe nach Breuer und Weuffen als Screeningverfahren bei Einschulungsuntersuchungen in Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 2003; 65(12): 688-692.

Ausschlussgrund (D2): Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung

550. Zürl J. PSÜP: Puzzle zur Sprachüberprüfung. 1999.

Ausschlussgrund (D3): Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan

Anhang D – Liste des G-BA zu Entwicklungstests Sprache und deren Beurteilung

Tabelle 29: Beurteilungsgrundlage für Sprachentwicklungstests, die vom G-BA eingereicht wurden

Test	Referenz	Ausschlussgrund	
		Titel- / Abstract- screening	Volltext- screening
Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder (AWST-R)	Kiese-Himmel C. Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder (AWST-R). Göttingen: Beltz; 2005.		D6
Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachauffälligkeiten (IDIS)	Schöler H, Spohn B. Entwicklung des Inventars diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten IDIS. 1997.	D5	
	Schöler H. IDIS. Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter; 1999.		D6
Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)	Grimm H, Aktas M, Frevert S. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder: SETK-2. Göttingen: Hogrefe; 2000.		D6
Sprachentwicklungstest für drei bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5)	Grimm H. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder: SETK 3-5. Göttingen: Hogrefe; 2001.		D6
Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)	Grimm H. Sprachscreening für das Vorschulalter: SSV. Göttingen: Hogrefe; 2003.		D6
Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV)	Heinemann M, Höpfner C. SEV - Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsstörungen. 1998.		D6
Teddy-Test	Quaiser-Pohl C. Der Teddy-Test. In: Fay E (Ed). Tests unter der Lupe. Lengerich: Pabst; 2001. S. 125-137.		D6
Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)	Grimm H, Schöler H. Heidelberger Sprachentwicklungstest: Handanweisung für die Auswertung und Interpretation. Göttingen: Hogrefe; 1991.		S2 ^a
Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten (ESGRAF)	Motsch HJ. ESGRAF - Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten. München: Reinhardt; 2000.		D3
Kindersprachtest für das Vorschulalter (KISTE)	Kasielke E, Reißmann A, Scheidereiter U. Validierung des Kindersprechttests (KISTE) mit Hilfe des Landauer Sprachentwicklungstests für Vorschulkinder (LSV). Report Psychologie 1993; 18(1): 24-32.		D6

(Fortsetzung)

Tabelle 29 (Fortsetzung): Beurteilungsgrundlage für Sprachentwicklungstests, die vom G-BA eingereicht wurden

Test	Referenz	Ausschlussgrund	
		Titel- / Abstract-screening	Volltext-screening
	Häuser D, Kasielke E, Scheidereiter U. KISTE: Kindersprachtest für das Vorschulalter. Weinheim: Beltz; 1994.		D6
Lautbildungstest für Vorschulkinder (LBT)	Fried L. Beeinflussen Kindergartenerzieher die Sprachentwicklungsfortschritte von Kindergartenkindern? Längsschnittliche Evaluationsstudie eines Förderprogramms. Psychol Erzieh Unterr 1988; 35(1): 18-26.	D2	
Lautunterscheidungstest für Vorschulkinder (LUT)	Fried L. Entwicklung eines Lautbildungs- und Lautunterscheidungstests für Kinder im Vorschulalter. Zeitschrift für empirische Pädagogik 1979; 3(4): 309-326.	S2 ^a	
Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET)	Marx H. Über die differentialdiagnostische Aussagefähigkeit des Psycholinguistischen Entwicklungstest (PET). Z Differ Diagnos Psychol 1992; 13(1): 35-52.		D1
	Eberle G, Holtz KL, Kowalewski A, Staiger M. Ein Beitrag zur Abklärung der Faktorenstruktur des Psycholinguistischen Entwicklungstests (PET) bei sogenannten lernbehinderten Sonderschülern. Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol 1978; 10(2): 134-143.	D1	
	Eberle G, Holtz KL, Kowalewski A, Staiger M. Zur Faktorenstruktur des Psycholinguistischen Entwicklungstests (PET). Psychol Erzieh Unterr 1978; 25(2): 124-128.		D6
	Hildebrandt G, Pascher W. Untersuchungen über die pragmatische Anwendbarkeit der Kurzform des Psycholinguistischen Entwicklungstestes (PET). Sprache Stimme Gehör 1982; 6(2): 48-51.		D1
	Kiese C, Arold R. Die Bedeutung des Psycholinguistischen Entwicklungstestes (PET) von Angermaier in der phoniatischen Diagnostik. Sprache Stimme Gehör 1984; 8(3): 55-61.		D1
Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter (ELAN)	Bockmann AK, Kiese-Himmel C. ELAN: Eltern Antworten. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter. Göttingen: Beltz; 2006.		D6
a: Diese Arbeiten wurden im Rahmen der Screening-Recherche identifiziert und bei der Sichtung des Volltextes bzw. Abstracts mit dem Ausschlussgrund „S2“ kodiert. Darüber hinaus gilt für die Diagnostikfragestellung der Ausschlussgrund D6.			

Anhang E – Liste der im Volltext geprüften Arbeiten zur Identifikation einarmiger Therapiestudien mit Altersvergleich

1. Bernhardt B, Major E. Speech, language and literacy skills 3 years later: A follow-up study of early phonological and metaphonological intervention. *Int J Lang Commun Disord* 2005; 40(1): 1-27.
2. Bradshaw ML, Hoffman PR, Norris JA. Efficacy of expansions and cloze procedures in the development of interpretations by preschool children exhibiting delayed language development. *Lang Speech Hear Serv Sch* 1998; 29(2): 85-95.
3. Bruno J, Trembath D. Use of aided language stimulation to improve syntactic performance during a weeklong intervention program. *Augment Altern Commun* 2006; 22(4): 300-313.
4. Carter P, Edwards S. EPG therapy for children with longstanding speech disorders: Predictions and outcomes. *Clin Linguist Phon* 2004; 18(6/8): 359-372.
5. Cleave PL. Design issues in treatment efficacy research for child language intervention: A review of the literature. *J Speech Lang Pathol Audiol* 2001; 25(1): 24-34.
6. Gaines BR, Gaboury I. Toddler talk: Outcomes from a parent-focused intervention for children with speech/language problems. *J Speech Lang Pathol Audiol* 2004; 28(4): 173-183.
7. Gaines R, Leaper C, Monahan C, Weickgenant A. Language learning and retention in young language-disordered children. *J Autism Dev Disord* 1988; 18(2): 281-296.
8. Goorhuis-Brouwer SM, Knijff WA. Language disorders in young children: When is speech therapy recommended? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67(5): 525-529.
9. Hall DM. Re: „Ward S. An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children.“ (*Int J Lang Commun Disord* 1999; 34(3): 243-264). *Int J Lang Commun Disord* 1999; 34(4): 445-447.
10. Hayward D, Schneider P. Effectiveness of teaching story grammar knowledge to preschool children with language impairment: An exploratory study. *Child Lang Teach Ther* 2000; 16(3): 255-284.
11. Jacoby GP, Lee L, Kummer AW, Levin L, Creaghead NA. The number of individual treatment units necessary to facilitate functional communication improvements in the speech and language of young children. *Am J Speech Lang Pathol* 2002; 11(4): 370-380.

12. Johnston JR. Re: „Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis.“ (J Speech Lang Hear Res 2004; 47(4): 924-943.) J Speech Lang Hear Res 2005; 48(5): 1114-1117.
13. Roth FP, Troia GA, Worthington CK, Dow KA. Promoting awareness of sounds in speech: An initial report of an early intervention program for children with speech and language impairments. Appl Psycholinguist 2002; 23(N4): 535-565.
14. Rowland C, Schweigert P. Tangible symbols, tangible outcomes. Augment Altern Commun 2000; 16(2): 61-78.
15. Schrey-Dern D. Sprachfördermaßnahmen in Deutschland: Chancen und Risiken für die Berufsgruppe der Logopäden. Forum Logop 2006; 20(5): 12-16.
16. Shriberg LD, Kwiatkowski J. Developmental phonological disorders; I: A clinical profile. J Speech Hear Res 1994; 37(5): 1100-1126.
17. Shriberg LD, Gruber FA, Kwiatkowski J. Developmental phonological disorders; III: Long-term speech-sound normalization. J Speech Hear Res 1994; 37(5): 1151-1177.
18. Sonuga-Barke E. Longitudinal analyses of risk-disorder pathways: The key to early identification and targeted intervention. J Child Psychol Psychiatry 2006; 47(8): 757-758.
29. Urwin S, Cook J, Kelly K. Preschool language intervention: A follow-up study. Child Care Health Dev 1988; 14(2): 127-146.
20. Yoder PJ, Kaiser AP, Alpert CL. An exploratory study of the interaction between language teaching methods and child characteristics. J Speech Hear Res 1991; 34(1): 155-167.

Anhang F – Liste der gescreenten systematischen Übersichten

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'orthophonie dans les troubles spécifique du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Paris: ANAES; 2001.

Cirrin FM, Gillam RB. Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: A systematic review. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2008; 39(1): S110-S137.

Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for speech and language delay: A systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 1998; 2(9): 1-184.

Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. The feasibility of universal screening for primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *Develop Med Child Neurol* 2000; 42(3): 190–200

Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD004110.

Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res* 2004; 47(4): 924-943.

Law J. The implications of different approaches to evaluating intervention: Evidence from the study of language delay/disorder. *Folia Phoniatr Logop* 2004; 56(4): 199-219.

National Health and Medical Research Council. Child health screening and surveillance: A critical review of the evidence. Canberra: NHMRC; 2002.

Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: Systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2006; 117(6): 298-319.

Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: Systematic Evidence Review number 41. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006.

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Anhang G – Dokumentation der Autorenanfragen

Die nachfolgende Tabelle zeigt das Datum sowie den Inhalt der jeweiligen Anfragen und die Antworten der Autoren.

Tabelle 30: Dokumentation der Autorenanfragen

Studie	Adressat / Datum	Inhalt der Anfrage	Antwort (Antwort durch / Datum / Inhalt)
Almost 1998	Peter Rosenbaum / 20.03.2008	Frage nach Diskrepanz der Ergebnisse zum „Assessment of Phonological Processes – Revised“ und „Goldman-Fristoe Test of Articulation“ zwischen Text und Grafiken	Deborah Almost / 27.03.2008 / Erklärung der Diskrepanz durch vertauschte Beschriftungen der Grafiken; Angebot, die genauen Ergebnisdaten zu liefern (um nicht die Zahlen aus der Grafik abschätzen zu müssen)
	Deborah Almost / 27.03.2008	Bitte, die genauen Ergebnisdaten zu schicken	Deborah Almost / 03.04.2008 / Zusendung der Ergebnisdaten
Buschmann unveröffentlicht	Anke Buschmann / 30.01.2008	Frage nach erwartetem Veröffentlichungstermin der randomisierten Studie zum Heidelberger Elternttraining sowie der Möglichkeit der Vorabpublikation im vorliegenden Bericht	Anke Buschmann / 28.02.2008 / Manuskript bereits zur Veröffentlichung eingereicht, eine Anfrage bei den Herausgebern der Zeitschrift zum Einverständnis zur Vorabpublikation im Bericht blieb unbeantwortet; deshalb die Bitte, die Studie im Vorbericht lediglich zu erwähnen; voraussichtlich besteht zum IQWiG-Abschlussbericht die Möglichkeit, dann (nach der Publikation durch die Zeitschrift) die Ergebnisse aufzunehmen
			Anke Buschmann / 15.08.2008 / Zusendung der Online-First-Publikation der Studie in Archives of Diseases in Childhood
	Anke Buschmann / 21.08.2008	Ausführliche Anfrage zur Klärung unklarer Aspekte der Publikation sowie zu Diskrepanzen zwischen der ADC-Publikation und der Vorabpublikation 2007 sowie dem Registereintrag	Anke Buschmann / 10.09.2008 Ausführliche Beantwortung der Fragen; Zusendung zusätzlicher Auswertungen sowie eines DFG-Projektantrags

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 30 (Fortsetzung): Dokumentation der Autorenanfragen

Studie	Adressat / Datum	Inhalt der Anfrage	Antwort (Antwort durch / Datum / Inhalt)
Euler 2008	Katrin Neumann / 18.01.2008	Frage nach Möglichkeit der Vorabpublikation der Studie KiSS im vorliegenden Bericht	Katrin Neumann / 07.06.2008 / Zusendung der Präsentationsfolien; Verweis darauf, dass die Ergebnisse der Studie noch zur Publikation eingereicht werden sollen und deshalb eine Vorabveröffentlichung im IQWiG-Bericht nicht möglich ist Telefonat am 25.07.2008 / Hinweis darauf, dass die Publikationen noch in Vorbereitung sind und sie ggf. im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Vorbericht eingereicht werden Katrin Neumann / 16.08.2008 / Zusendung des Manuskripts zur Entwicklung des Kindersprachscreenings mit Erlaubnis zur Veröffentlichung der relevanten Inhalte
	Katrin Neumann / 06.06.2008	Anfrage nach Foliensatz der Präsentation zur KiSS-Studie auf dem dbl-Kongress in Aachen (23.05.2008)	
Evans unveröffentlicht	Charmian Evans / 13.11.2007	Anfrage zu unveröffentlichtem Manuskript „Kenilworth Project“	Charmian Evans / 14.11.2008 / Zusendung des unveröffentlichten Manuskripts
	Charmian Evans / 28.02.2008	Anfrage zur Einwilligung in Publikation der Ergebnisse im vorliegenden Bericht	Charmian Evans / 04.03.2008 / Einwilligung in die Publikation der Ergebnisse im vorliegenden Bericht
	Charmian Evans / 05.03.2008	Frage nach dem Anteil der eingeschlossenen Kinder mit Hörschädigungen	Charmian Evans / 29.04.2008 / Verweis darauf, dass 37 % der eingeschlossenen Kinder durch den Hörtest fielen (vgl. Annex 3); möglicherweise könne dies durch vorübergehende Höreinschränkungen verursacht worden sein und diese könnten auch der Grund dafür gewesen sein, dass die Kinder im WILSTAAR-Screeningtest auffällig wurden; dementsprechend Einschätzung, dass unter den eingeschlossenen Kindern keine signifikanten Hörschädigungen auftraten
Glogowska 2000	Margaret Glogowska / 07.03.2008	Frage nach genaueren Informationen zu den eingesetzten Instrumenten bzgl. der sekundären Zielkriterien	Margaret Glogowska / 12.03.2008 / Angabe der jeweiligen Referenzen für die verwendeten Erhebungsinstrumente
Hesketh 2000	Anne Hesketh / 18.06.2008	Frage nach der Prozedur der Aufteilung der Kinder auf die Gruppen (in der Publikation beschrieben als „semi-random“)	Anne Hesketh / 16.07.2008 / Es erfolgte eine Blockrandomisierung mit 2 Kindern pro Block, um ähnliche Gruppengrößen zu gewährleisten.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 30 (Fortsetzung): Dokumentation der Autorenanfragen

Studie	Adressat / Datum	Inhalt der Anfrage	Antwort (Antwort durch / Datum / Inhalt)
Lancaster unveröffentlicht	G. Lancaster über James Law / 13.11.2007	Anfrage zu unveröffentlichter Master Thesis	bis zum Redaktionsschluss keine Antwort erhalten
Law 1999	James Law / 13.11.2007	Bitte um Zusendung der Publikation Law 1999, da andersweitig nicht beschaffbar	James Law / 27.02.2008 / Zusendung der Publikation
Ritterfeld 1999	Ute Ritterfeld / 08.05.2008	Anfrage nach Veröffentlichung zum „Täuschungsexperiment“, beschrieben in Ritterfeld 2000	Ute Ritterfeld / 08.05.2008 / Zusendung eines Buchkapitelmanuskripts (Ritterfeld 2007), das eine ausführlichere Beschreibung des Experiments enthält
Rotterdamstudie	Treffen am 05.02.2008; siehe Übersicht unten		
Sachse 2007	Stefanie Sachse, Waldemar von Suchodoletz / 21.11.2007	spezifische Fragen zur Studienpopulation und -durchführung sowie Patientenfluss nach STARD	Waldemar von Suchodoletz / 21.11.2007 / Zusendung von 5 Publikationen mit zusätzlichen Daten zur Studie Sachse 2007; Angabe zur Studienpopulation: Die nur mit dem ELFRA untersuchten Kinder stammten aus ganz Bayern, die mit Sprachtests untersuchten Kinder aus München und Umgebung.
	Steffi Sachse, Waldemar von Suchodoletz / 19.06.2008	Fragen zu den in der Publikation Sachse 2008 angegebenen Werten für Sensitivität und Spezifität und zum Problem der Beschränkung der untersuchten ELFRA-negativen Kinder auf eine Stichprobe	Steffi Sachse & Waldemar von Suchodoletz / 27.06.2008 Bestätigung, dass die Werte für Sensitivität und Spezifität versehentlich vertauscht wurden (korrekt sei für ELFRA-2: Sensitivität 0,94 und Spezifität 0,61 bzw. für SETK-2: Sensitivität 0,94 und Spezifität 0,64); Bestätigung, dass die Problematik der sich verändernden Werte für Sensitivität und Spezifität in der Auswertung nicht berücksichtigt worden sei, aufgrund von Selektionseffekten sei allerdings eine Hochrechnung auf die Gesamtstichprobe problematisch. Fazit, dass die absoluten Werte für Sensitivität und Spezifität deshalb den Daten nicht entnommen werden könnten.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 30 (Fortsetzung): Dokumentation der Autorenanfragen

Studie	Adressat / Datum	Inhalt der Anfrage	Antwort (Antwort durch / Datum / Inhalt)
Schlesiger unveröffentlicht	Claudia Schlesiger / 08.05.2008	Anfrage nach Stand der Auswertungen und Möglichkeit der Vorabpublikation	Claudia Schlesiger / 14.05.2008 / Auskunft, dass die Auswertungen derzeit noch nicht abgeschlossen sind
	Claudia Schlesiger / 08.05.2008	Erläuterung des Vorgehens im Falle einer Vorabpublikation	Claudia Schlesiger / 08.05.2008 / Vorabpublikation aufgrund der noch laufenden Auswertungen nicht möglich; Hinweis auf Publikation zum Forschungsdesign (Schlesiger 2007)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

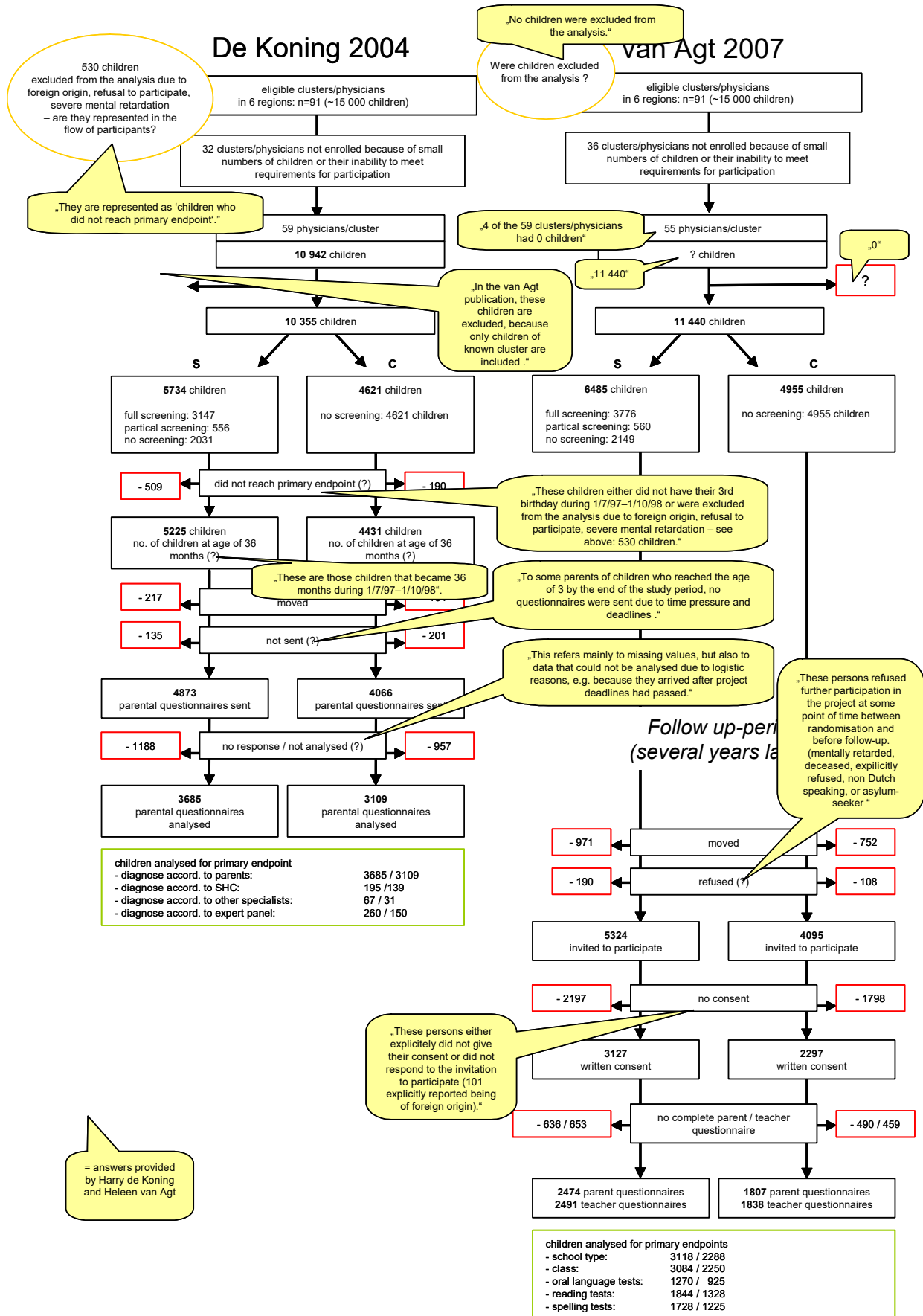
Zur Klärung der Fragen bezüglich der Rotterdamstudie wurde ein Treffen mit den Autoren abgehalten. Die folgende Übersicht sowie das angefertigte Flowchart geben die Fragen des IQWiG sowie die Auskünfte der Autoren wieder.

Meeting at Erasmus University, Rotterdam (05.02.2008)	
Participants: Harry de Koning, Heleen van Agt, Jürgen Kasper, Delia Möller, Fülöp Scheibler, Julia Kreis	
Questions by IQWiG	Answers by Harry de Koning and Heleen van Agt
<p>1. Flow of participants</p> <p>Our main aim is to get a better understanding of the flow of participants in the study from randomisation to final analysis, including all losses of participants and reasons for these losses. For this purpose, we have prepared a flow chart that combines the data from both publications in order to help clarify our queries.</p> <p>We would be grateful if you could provide us with additional information for our better understanding of the publications, i.e. regarding the number of clusters and the number of children randomised.</p> <p>Further questions regarding the participant flow are marked with a (?) in the flow chart.</p>	<p>The differences between the two flowcharts can primarily be explained by the fact that the “de Koning (dK) 2004 chart” was based on the individuals, whilst the “van Agt (vA) 2007 chart” was based on the randomised clusters. Moreover, in the dK 2004 publication, only those children were included in the analyses of whom each individual child reached the age of 15 as well as 24 months old during the period of 8 May 1995 to 3 July 1997. In the vA 2007 analysis, additionally, also children were included who reached the age of 15 just before the end of the study period and who reached the age of 24 months just after the start of the inclusion period, and therefore more children were included in the analysis. A group of more than 500 children of foreign origin, of children whose parents refused to participate, and of severely mentally retarded children were excluded from the analysis in 2004 as well as in 2007.</p> <p><i>[See flowchart for detailed answers]</i></p>
<p>2. Planned analysis / (primary) endpoints / sample size calculations</p> <p>Are we correct in interpreting the analysis described in de Koning 2004 as an interim analysis and the analysis described in van Agt 2007 as the predefined analysis? This question arose as two different sample size calculations are described in de Koning 2004 and van Agt 2007.</p>	<p>The analysis described in vA 2007 was the predefined analysis of the RCT. The analysis described in dK 2004 should be viewed as an interim analysis.</p> <p>Background: The two publications were financed with two different grants. The dK 2004 publication describes the first part of the study financed with the first grant for children up to the age of 36 months; the vA 2007 publication describes the second part of the study financed with a second grant.</p>
<p>Based on these two sample size calculations, we were not sure about the predefined primary endpoint (prevalence of language delay [de Koning] or attending special school [van Agt]?).</p>	<p>The endpoint “language delay”: the sample size calculation in dK 2004 refers to a language delay (not further defined) at timepoint X (also not further defined). This was specified in the second grant proposal to realize the follow-up part of the study.</p> <p>As vA 2007 was the predefined analysis, “attendance of special school” should be viewed as the primary endpoint of the study.</p>

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Questions by IQWiG	Answers by Harry de Koning and Heleen van Agt
<p>Are we right in understanding that the primary endpoints in van Agt 2007 were</p> <p>a) school performance at age 8: school career (type of school) and functioning at school (whether the child had repeated a grade – regardless of whether this was because of language problems)</p> <p>b) linguistic ability at age 8: oral skills, spelling skills, reading skills (assessed by tests)</p> <p>c) general development (rating by teacher)</p> <p>and the secondary endpoint was</p> <p>d) frequency of children already been treated to spur the child’s language development, as reported by the parent</p> <p>Concerning a): To what extent do you think these two parameters can be seen as estimators for language delay? Regarding our report, we wonder whether this outcome is merely a general cognitive development estimator or a language measure.</p>	<p>Yes, the primary endpoints in vA 2007 were defined as described. In the hierarchy of endpoints, “attendance of special school” was the most important one.</p> <p>Concerning a): It was refrained from only analysing special language schools as these schools are not very evenly distributed in the Netherlands. Therefore, children with language problems might still go to a more general special school if there is no special language school near their home. Generally speaking, children who suffer from severe language problems will not be able to attend normal school but require education at a special school</p> <p>Concerning c): The teachers were asked: “Do you think that in the future the child would develop in a normal way?” This question did not explicitly refer to language development. However, the context in which this question was posed referred to language development.</p>
<p>3. 1- versus 2-sided testing</p> <p>What also seems quite important to us is the fact that in de Koning, it is noted that 2-sided testing was planned whereas in van Agt, 1-sided testing was performed.</p>	<p>The original sample size calculation described in the dK 2004 publication was revised for the second part of the study, based on new knowledge on prevalence rates, on treatment effect size, and on data analysis techniques in cluster randomised studies. In the second grant proposal, the one-sided hypotheses were formulated a priori in accordance with the theoretical assumptions. 1-sided testing is justified, because the screening under study will only be considered for implementation if a significant result in one direction is found, namely an a priori quantified reduction of language problems.</p>
<p>4. Interpretation of results</p> <p>As we have pointed out before, we regard your study to be outstanding in the field of language screening. However, we are worried about the high percentage of losses of participants during the study (for some endpoints in the van Agt publication, less than 30% of the randomised children were analysed). Therefore, we would like to ask for your opinion about the interpretability of the study results in view of this situation.</p>	<p>Considering the fact that this was a sample of more than 10 000 children from the overall population and considering the long follow up-time, the response rate is very acceptable. The question is whether the losses to follow up may have led to bias in the study results. However, the response rates were not substantially different between the intervention and control group and there were no indications for differential attrition between the two groups. One reason for the high number of losses was the large proportion of house moves, which was to be expected from a population of families with young children.</p> <p>The informed consent provided by the parents at the very beginning of the study was only valid until the third birthday of the child. Therefore, for the follow-up period, it was necessary to obtain renewed written consent of the parents, which could also be a reason of limited response.</p>

Questions by IQWiG	Answers by Harry de Koning and Heleen van Agt
<p>5. Analyses concerning children with <u>specific</u> language disorders</p> <p>A particular focus of our review is on the potential benefit of language screening for children with specific language disorders. This group of children can be identified in the de Koning publication as those children who did not have any additional problems (i.e. hearing or development problems). In the van Agt publication there is no such differentiation between different types of language disorders. Would it be possible for you to calculate results for primary outcomes for this subgroup?</p>	<p>In the Speech and Hearing Center, specific language impairment was diagnosed by elimination of other causes only in a proportion of the study group. Moreover, it has to be considered that, regarding the long period covered, the diagnosis might have changed in many cases. Theoretically, another data source to identify children with specific language impairment is the questionnaire: Parents were asked to attribute their child's language diagnosis to a list of causes. However, these data cannot be seen as a valid indicator as to whether the language impairment was specific or not.</p>
<p>6. Inclusion/exclusion criteria</p> <p>Which requirements for participation did the physicians have to meet (in addition to a minimal number of children in their care)?</p>	<p>The requirements the physicians had to meet were an adequate number of children (i.e. ≥ 50 children per year) and logistic aspects (e.g. no maternal leave planned in the near future).</p>
<p>7. Language treatment</p> <p>We are surprised by the high percentage of children who received language treatment before age 9 (about 25%, with higher rates in the screening group). Did you expect such high rates and do you assume this rate is caused by the screening itself?</p>	<p>The high percentage of children with language treatment can be explained by the fact that the question on language treatment was very broad and even included treatments such as physiotherapy.</p>



= answers provided by Harry de Koning and Heleen van Agt

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Anhang H – Testregister

In der folgenden Tabelle werden alle diagnostischen Messinstrumente, die im Bericht erwähnt wurden, mit Verweis auf die jeweilige Literaturstelle aufgeführt.

Tabelle 31: Testregister

Abkürzung	Bezeichnung des Tests	Referenz
AAPS	Arizona Articulation Proficiency Scale	Fudala J, Reynolds W. Arizona Articulation Proficiency Scale. Los Angeles: Western Psychological Services; 1986.
APP-R	Assessment of Phonological Processes-Revised	Hodson BW. The Assessment of Phonological Processes-Revised. Danville: Interstate Printers and Publishers; 1986.
AWST	Aktiver Wortschatztest	Kiese-Himmel, C. Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder (AWST-R). Göttingen: Beltz; 2005.
BAS II	British Ability Scales-II	Elliot CD, Smith P, McCulloch K. British Ability Scales-II. Windsor: NFER-Nelson; 1996.
BLDS	Bristol Language Development Scales	Gutfreund M, Harrison M, Wells G. Bristol Language Development Scales. Windsor: NFER-Nelson; 1989.
BSID II	Bayley Scales of Infant Development II	Bayley N. Bayley Scales of Infant Development (BSID II). San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
BPVS II	British Picture Vocabulary Scales	Dunn LM, Whetton C, Burley J. British Vocabulary Scales. Windsor: NFER-Nelson; 1997.
BUEVA	Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter	Esser G. Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). Göttingen: Beltz; 2002.
CASL	Comprehensive Assessment of Spoken Language	Carrow-Woolfolk E. Comprehensive Assessment of Spoken Language. Circle Pines: AGS; 1999.
CBCL	Child Behaviour Checklist	Achenbach T. Child Behavior Checklist for ages 2-3. Burlington: University Associates in Psychiatry; 1992.
CDI	Communicative Development Inventory	Fenson L, Dale P, Reznick S, Thal D, Bates E, Hartung et al. The MacArthur Communicative Development Inventory. San Diego: Singular Publishing Group; 1993.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 31 (Fortsetzung): Testregister

Abkürzung	Bezeichnung des Tests	Referenz
CELF-3	Clinical Evaluation of Language Fundamentals	Semel E, Wiig EH, Secord WA. Clinical Evaluation of Language Fundamentals. Orlando: Harcourt Brace; 1995.
CELI	Carrow Elicited Language Inventory	Carrow E. Carrow Elicited Language Inventory. Austin: Learning Concepts; 1974.
CTOPP	Comprehensive Test of Phonological Processing	Wagner RK, Torgesen JK, Rashotte CA. Comprehensive Test of Phonological Processing. Austin: Pro-Ed; 1999.
DDST	Denver Developmental Screening Test	Frankenburg WK, Dodds JB, Fandal AW. Denver Developmental Screening Test. Denver: University of Colorado Press; 1973.
ELAN	Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter	Bockmann AK, Kiese-Himmel C. ELAN: Eltern Antworten. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter. Göttingen: Beltz; 2006.
ELFRA	Elternfragebogen zur Erfassung sprachentwicklungsverzögerter Kinder	Grimm H, Doil H. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern: ELFRA-1 und ELFRA-2. Göttingen: Hogrefe; 2006.
FRPVT	Full-Range Picture Vocabulary Test	Ammons RB, Ammons HS. Full-Range Picture Vocabulary Test. Louisville: Psychological Test Specialists; 1955.
FTF-W	Frankfurter Test für Fünfjährige - Wortschatz	Raatz U, Möhling R, Ruchti K. Frankfurter Tests für Fünfjährige: Wortschatz (FTF-W). Weinheim: Beltz; 1971.
GFTA	Goldman-Fristoe Test of Articulation	Goldman R, Fristoe M. Goldman-Fristoe Test of Articulation. Circle Pines: American Guidance Service; 1969
HAWIVA	Hamburg-Wechsler Intelligenztest für das Vorschulalter	Schuck KD, Eggert D. Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter (HAWIVA). Bern: Hans Huber; 1976.
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest	Grimm H, Schöler H. Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET). Göttingen: Hogrefe; 1991.
KISTE	Kindersprachtest	Kasielke E, Reißmann A, Scheidereiter U. Validierung des Kindersprachtests (KISTE) mit Hilfe des Landauer Sprachentwicklungstests für Vorschulkinder (LSV). Report Psychologie 1993; 18(1): 24-32.
Leiter-R	Leiter International Performance Scale-Revised	Roid GH, Miller LJ. Leiter International Performance Scale-Revised. Wood Dale: Stoelting; 1997.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 31 (Fortsetzung): Testregister

Abkürzung	Bezeichnung des Tests	Referenz
LSI	Language Screening Instrument	De Ridder-Sluiser JG. Early detection of developmental delays in communication abilities [Dutch]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden; 1990.
LSV	Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder	Götte R. Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder: LSV. Ein Individualtest zur Erfassung von Artikulation, Wortschatz, Formen- und Satzbildungsfähigkeit sowie Kommunikationsfähigkeit vier- bis sechseinhalbjähriger Kinder. Weinheim: Beltz; 1976.
MFED 2-3	Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, 2. und 3. LJ	Hellbrügge T, Coulin S, Heiß-Begemann E, Lajosi F, Menara D, Schamberger R et al. Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik: Zweites und Drittes Lebensjahr. Göttingen: Hogrefe; 1994.
MLU	Mean Length of Utterance	Brown R. A First Language. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
MSCA	McCarthy Scales of Children's Abilities	McCarthy D. McCarthy Scales of Children's Abilities. New York: The Psychological Corporation; 1972.
MSVK	Marburger Sprachverständnistest für Kinder	Elben CE, Lohaus A. Marburger Sprachverständnistest für Kinder: MSVK. Göttingen: Hogrefe; 2000.
NSST	Northwestern Syntax Screening Test	Lee L. The Northwestern Syntax Screening Test. Evanston: Northwestern University Press; 1969.
OSME	Oral Speech Mechanism Screening Examination	St Louis K, Ruscello D. Oral Speech Mechanism Screening Examination-Revised. Austin: Pro-Ed; 1987.
PAT	Phonological Abilities Test	Muter V, Hulme C, Snowling M. The Phonological Abilities Test. London: Psychological Corporation; 1997.
PCC	Percentage Consonants Correct	Shriberg LD, Kwiatkowski J. Phonological Disorders III: A procedure for assessing severity of involvement. J Speech Hear Disord 1982; 47(3): 256-270.
PD	Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen	Kauschke C, Siegmüller J. Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Urban und Fischer; 2002.
PET	Psycholinguistischer Entwicklungstest	Angermaier M. Psycholinguistischer Entwicklungs Test (PET). Weinheim: Beltz; 1977.
PLAKSS	Psycholinguistische Analyse kindlicher Sprechstörungen	Fox A. PLAKSS - Psycholinguistische Analyse kindlicher Sprechstörungen. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services; 2005.
PLS-3	Preschool Language Scale	Zimmerman IL, Steiner VG, Pond RE. Preschool language scale-3. San Antonio: Psychological Corporation; 1992.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 31 (Fortsetzung): Testregister

Abkürzung	Bezeichnung des Tests	Referenz
RDLs	Reynell Developmental Language Scales	Reynell J. Reynell Developmental Language Scales (Revised). Windsor: NFER-Nelson; 1977.
SALT	Systematic Analysis of language transcripts	Miller JF, Chapman RS. Systematic analysis of language transcripts. Madison: University of Wisconsin; 1992.
SETK-2	Sprachentwicklungstest für Kinder	Grimm H. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder SETK 2. Göttingen: Hogrefe; 2000.
SETK 3-5	Sprachentwicklungstest für Kinder	Grimm H. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder SETK 3-5. Göttingen: Hogrefe; 2001.
SEV	Screening-Verfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen	Heinemann M, Hoepfner C. Screening-Verfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV) im Alter von 3 1/2 bis 4 Jahren bei der U8. Weinheim: Beltz; 1999.
SICD	Sequenced Inventory of Communication Development	Hedrick D, Prather E, Tobin A. The Sequenced Inventory of Communication Development. Seattle: University of Washington Press; 1984.
SSL	Syllable Structure Levels	Stoel-Gammon C. Phonological skills of 2-year-olds. Lang Speech Hear Serv 1987; (18): 323-329.
SSV	Sprachscreening für das Vorschulalter	Grimm H. Sprachscreening für das Vorschulalter: SSV. Göttingen: Hogrefe; 2003.
STAP	South Tyneside Assessment of Phonology	Armstrong S, Ainley M. South Tyneside Assessment of Phonology (STAP). Northumberland: STASS Publications; 1988.
SDTA	McDonald deep test of articulation	McDonald E. A Rationale for a "deep test" of articulation. J Speech Hear Res 1959; (2): 103.
TEPROSIF	Test para evaluar los Procesos Fonológicos de Simplificación	Maggiolo M, Pavez M. Test para evaluar los Procesos Fonológicos de Simplificación [Spain]. Santiago de Chile: Ediciones Escuela de Fonoaudiología; 2000.
TOLD-P:3	Test of Language Development – Primary	Newcomer PL & Hammill DD. Test of Language Development – Primary, Third Edition. Austin: Pro-Ed; 1997.
TOM	Therapy Outcome Measures	Enderby PM, John A. Therapy Outcome Measures Speech-Language Pathology Technical Manual. San Diego: Singular Publishing; 1997.
VABS	Vineland Adaptive Behavior Scales	Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV. Vineland Adaptive Behavior Scales. Circle Pines: American Guidance Service; 1984.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 31 (Fortsetzung): Testregister

Abkürzung	Bezeichnung des Tests	Referenz
VTO	VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen	Landelijke Commissie VroegTijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen. Den Haag: Staatsuitgeverij; 1981.
WET	Wiener Entwicklungstest	Kastner-Koller U, Deimann, P. Der Wiener Entwicklungstest. Göttingen: Hogrefe; 1998.
WORD	Wechsler Objective Reading Dimension	Wechsler D. Wechsler Objective Reading Dimension (WORD). London: Psychological Corporation; 1993.
WST	Wortschatztest für Schulanfänger	Kamratowski I, Kamratowski J. Wortschatztest für Schulanfänger. Weinheim: Beltz; 1969.
Messinstrumente, für die im Bericht keine Abkürzung verwendet worden ist		
	Bezeichnung des Tests	Referenz
	Attention Level	Cooper J, Moodley M, Reynell J. Helping language development. London: Edward Arnold; 1978.
	Bühler-Hetzer-Kleinkindertest	Bühler C, Hetzer H. Kleinkindertests. München: Johann Ambrosius Barth; 1966.
	Derbyshire Language Scheme Picture Test	Knowles W, Masidlover M. Derbyshire Language Scheme. Derbyshire Education Authority; 1979.
	Graded Nonword Reading Test	Snowling M, Stothard S, McLean J. Graded Nonword Reading Test. Bury St. Edmunds: Thames Valley Publ.; 1996
	Konsonanteninventar	Thal D, Oroz M, McCaw V. Phonological and lexical development in normal and late-talking toddlers. Applied Psycholinguistics 1995; (16): 407-424.
	Mottier-Test	Mottier G. Mottier-Test. Über Untersuchungen zur Sprache lesegestörter Kinder. Folia Phoniatr 1951; 3: 170-177
	Raven Matrices	Raven JC, Court JH, Raven J. Raven's Progressive Matrices and Raven's Coloured Matrices. London: Lewis; 1986.
	Renfrew Action Picture Test	Renfrew CE. Action Picture Test. Oxford: Oxford University Press; 1986.
	Symbolic Play	McConkey R, Jeffree D. First steps in learning to pretend. Br J Spec Educ 1979; (6): 13-7.
	Teddy-Test	Quaiser-Pohl C1. Der Teddy-Test. In: Fay E (Ed). Tests unter der Lupe. Lengerich: Pabst; 2001. S.125-137.

(Fortsetzung)

Anlage 1a der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tabelle 31 (Fortsetzung): Testregister

Messinstrumente, für die im Bericht keine Abkürzung verwendet worden ist	
Bezeichnung des Tests	Referenz
Test der Erzählfähigkeit	Pavez MM, Coloma C, González P, Palma S, Reinoso C. El discurso narrativo en niños con Trastornos Específicos del Lenguaje. Revista Chilena de Fonoaudiología 1999; (2): 17-32.
Test zur spanischen Grammatik	Pavez MM. Test Exploratorio de Gramática Española de A. Toronto. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2003.
Token Test for Children	DiSimoni F. The Token Test for Children. Rolling Meadows: Riverside; 1978.
Triota	Irwin JV. The Triota: A computerized screening battery. Acta Symbolica 1972; (3): 26-38.
Warnock-Medlin cards	Warnock-Medlin. Salt Lake City: Word Making Productions; 1955.

Anhang I – Darlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen und der externen Reviewerin

Im Folgenden sind potenzielle Interessenkonflikte der externen Sachverständigen und der externen Reviewerin dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Darlegung potenzieller Interessenkonflikte“. Das Formblatt ist unter <http://www.iqwig.de> abrufbar. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7	Frage 8
Bönte, Markus, Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Hess, Markus, Prof. Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kasper, Jürgen, Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Möller, Delia	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Nickel, Stefan, Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
von dem Knesebeck, Olaf, Prof. Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Externe Reviewerin

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7	Frage 8
Schnell-Inderst, Petra, Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Im „Formblatt zur Darlegung potenzieller Interessenkonflikte“ wurden folgende 8 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre bei einer Person, Institution oder Firma^k abhängig (angestellt) beschäftigt, die von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut^l finanziell profitieren könnte?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre eine Person, Institution oder Firma direkt oder indirekt^m beraten, die von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

Frage 3: Haben Sie abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb der letzten 3 Jahre im Auftrag einer Person, Institution oder Firma, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte, Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung und oder Teilnahme an Kongressen und Seminaren - auch im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen, oder für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?ⁿ

Frage 4: Haben Sie und/oder die Einrichtung, für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb der letzten 3 Jahre von einer Person, Institution oder Firma, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte, finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Haben Sie und/oder die Einrichtung, bei der Sie angestellt bzw. beschäftigt sind innerhalb der letzten 3 Jahre sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einer Person, Institution oder Firma erhalten, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

^k Mit solchen „Personen, Institutionen, oder Firmen“ sind im Folgenden alle Einrichtungen gemeint, die direkt oder indirekt einen finanziellen oder geldwerten Vorteil aus dem Ergebnis Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut ziehen könnten. Hierzu gehören z. B. auch medizinische Einrichtungen, die eine zu bewertende medizinische Intervention durchführen und hierdurch Einkünfte erhalten.

^l Mit „wissenschaftlicher Arbeit für das Institut“ sind im Folgenden alle von Ihnen für das Institut erbrachten oder zu erbringenden Leistungen und/oder an das Institut gerichteten mündlichen und schriftlichen Recherchen, Bewertungen, Berichte und Stellungnahmen gemeint.

^m „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang z. B. im Auftrag eines Institutes, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.

ⁿ Sofern Sie von einer Person, Institution oder Firma im Verlauf der letzten 3 Jahre mehrfach Honorare erhalten haben reicht es aus, diese für die jeweilige Art der Tätigkeit summiert anzugeben.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) von einer Firma oder Institution, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

Frage 7: Haben Sie persönliche Beziehungen zu einer Person, Firma oder Institution bzw. Mitarbeitern einer Firma oder Institution, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

Frage 8: Gibt es andere bislang nicht dargestellte potenzielle Interessenkonflikte, die in Beziehung zu Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut stehen könnten?



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Abteilung Fachberatung Medizin

**Bewertung von Studien zu umschriebenen
Entwicklungsstörungen des Sprechens und
der Sprache**

Auftrag / Anfrage von: Dr. Lutz
bearbeitet von: Perleth
Datum: 21. Juni 2010
Dateiname: stn_sprachstörungen ag kirili 2010-06-21.doc

Bewertung von Studien zu umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Sachverhalt

In der AG Kinder-RL wurden Publikationen vorgelegt, die im IQWiG-Abschlussbericht Nr. 57, 2009 (Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache) teilweise nicht berücksichtigt wurden.

Es soll geprüft werden, ob a) diese Publikationen die Einschlusskriterien des IQWiG-Berichts erfüllen würden und b) falls ja, sollen diese ausgewertet werden.

Folgende Dokumente wurden vorgelegt:

1. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Dockter S, Blaschikowitz H, Heggen I, Pietz J. Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2008;50:223-9.
2. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J, Philippi H. Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2009;94:110-6.
3. Konvolut von Dokumenten von Frau Prof. Neumann zum Projekt der hessischen Landesregierung zur Sprachstandserfassung bei Kindern:
 - Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Studienlage zum Sprachstandserfassungsverfahren für vier- bis viereinhalbjährige Kinder *Kindersprachscreening*, Version 2 (KiSS.2). Stand: 1.5.2010, 21 Seiten.
 - Anlage 1: Manuskript: Euler HA, Holler-Zittlau I, von Minnen S, Sick U, Dux W, Zaretsky Y, Neumann K (in Druck). Psychometrische Gütekriterien eines Kurztests zur Erfassung des Sprachstandes vierjähriger Kinder. HNO. Ohne Jahr, 31 Seiten.
 - Anlage 2: Manuskript: Neumann K, Holler-Zittlau I, von Minnen S, Sick U, Zaretsky Y, Euler HA (Manuskript eingereicht). Katzengoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreenings (KiSS). eHNO. Ohne Jahr, 49 Seiten.

- Anlage 3: Tagesordnung der Wissenschaftlichen Erörterung der Stellungnahmen zum Vorbericht S06-01 beim IQWiG. Stand: 14.1.2009, 1 Seite.
- Anlage 4: Forschungsbericht: Neumann K, Euler HA (2010a). Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2009. Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Stand: 30.4.2010, 95 Seiten.
- Anlage 5: Forschungsbericht: Neumann K, Euler HA (2009). Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2008. Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Stand: 30.4.2009, 358 Seiten.
- Anlage 6: Forschungsbericht: Neumann K, Euler HA. Wirksamkeitsbewertung eines Beobachtungsverfahrens zur Sprachstandserfassung für Vier- bis Viereinhalbjährige in Kindergärten. Forschungsbericht. Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Ohne Jahr, 33 Seiten.

Ergebnis

zu 1: Die Studie von Buschmann et al. 2008 wurde im IQWiG-Abschlussbericht (Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache) mit der Begründung S4 bzw. D5 (jeweils Studientyp lt. 4.1.4, S. 12) ausgeschlossen. Diese nicht erfüllten Einschlusskriterien beziehen sich auf die Teilziele 1 (Bewertung von Screeningprogrammen) und 2 (Bewertung diagnostischer Verfahren). Hierfür wurden RCTs bzw. adäquat kontrollierte Studien (Teilziel 1) gefordert oder Studien, die eine Aussage zur diagnostischen Güte oder zur Vorhersagegenauigkeit erlauben (Teilziel 2). Die erwähnte Studie berichtet über eine Kohorte von Kindern, die in einem Alter von 21-24 Monaten mittels eines Screeningfragebogens für Eltern (ELF-RA-2) in Kinderarztpraxen der Region Heidelberg mit Verdacht auf Sprachentwicklungsverzögerung identifiziert wurden. Zusätzlich wurden für eine Kontrollgruppe Kinder mit normaler Sprachentwicklung rekrutiert. Insgesamt wurden 153 Kinder, davon 100 in der Gruppe mit verzögerter Sprachentwicklung in die Studie eingeschlossen.

sen. Ziel der Studie war eine ausführliche Diagnostik von Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerung als Vorbereitung für die Entwicklung einer Intervention. Damit handelt es sich nicht um eine Studie zur Evaluation eines Screeningprogramms noch zur Evaluation einer Intervention.

zu 2: Die Studie von Buschmann et al. 2009 ist im IQWiG-Bericht bereits berücksichtigt und es ergibt sich keine Notwendigkeit einer erneuten Auswertung. Die Studie wurde für das Teilziel 3 (Wirksamkeit von Therapiemethoden) eingeschlossen und im Kapitel 5.3.2.1 ausgewertet.

zu 3: In dem „Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Studienlage zum Sprachstandserfassungsverfahren für vier- bis viereinhalbjährige Kinder Kindersprachscreening, Version 2 (KiSS.2)“ [Bericht] wird auf zwei überarbeitete Manuskripte hingewiesen, die bei der Zeitschrift „eHNO“ in der Begutachtung befindlich (Anlage 1) bzw. zum Druck angenommen (Anlage 2) sind. Diese Manuskripte ersetzen die zum IQWiG-Abschlussbericht vorliegenden Texte der Arbeitsgruppe. Die Anlagen 3 bis 5 enthalten demgegenüber keine neuen Daten. Im IQWiG-Abschlussbericht sowie in der Anhörung zum Vorbericht wurden die Arbeiten zum KiSS ausführlich diskutiert, aber nicht in die Nutzenbewertung aufgenommen (Einschlusskriterium D6 nicht erfüllt), vor allem wegen Problemen mit dem Referenzstandard (vgl. Anmerkung e und f zu Tabelle 8 S. 51 im IQWiG-Abschlussbericht). Dabei wurde das Manuskript „Neumann K, Holler-Zittlau I, von Minnen S, Sick U, Zaretsky Y, Euler HA. Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreenings (KiSS)“ [Katzensgoldstandards] vom IQWiG als das relevantere eingestuft (vgl. Anmerkung b zu Tabelle 7, S. 43 im IQWiG-Abschlussbericht). In der Tat handelt es sich bei der Anlage 1 um die Überprüfung der Konstruktvalidität, auf die sich das Teilziel 2 aber nicht bezieht (Einschlusskriterium D6 nicht erfüllt).

In der Diskussion im IQWiG-Abschlussbericht (S. 153) heißt es zum KiSS: „Das Instrument wird derzeit weiterentwickelt (Ergänzung um 2 Untertests [52]) und die konkurrente Validität an einer neuen Stichprobe von 50 Kindern untersucht (vgl. Protokoll der Erörterung [21]). Belastbare Daten zur diagnostischen Güte hinsichtlich umschriebener Sprachentwicklungsstörungen können nur unter der Voraussetzung erwartet werden, dass im Rahmen der Evaluierung ein geeigneter Referenzstandard eingesetzt werden kann.“

Das Manuskript in der Anlage 2 spiegelt jedoch den Stand des Manuskripts zur Zeit der Erstellung des IQWiG-Berichts wider. Im Bericht an den G-BA (S. 11) wird weiterhin erwähnt, dass der Forschungsbericht in Anlage 6 eine neue Version des KiSS enthält, die auch die Kritik seitens des IQWiG aufgreift. Die in diesem Bericht beschriebene Studie ähnelt der im Manuskript in Anlage 2 beschriebenen Studie in der Anlage und in der Fragestellung. Intendiert ist die psychometrische Validierung einer Testbatterie. Damit würde diese Studie vermutlich das Einschlusskriterium D6 im IQWiG-Bericht ebenfalls nicht erfüllen.

Fazit

entfällt

Literatur

entfällt



**Früherkennungsuntersuchung
auf umschriebene
Entwicklungsstörungen des
Sprechens und der Sprache bei
Kindern: Bewertung der
KiSS.2-Studie**

Arbeitspapier

Auftrag: S10-02
Version: 1.0
Stand: 10.01.2011

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei Kindern: Bewertung der KiSS.2-Studie

Auftraggeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27

51105 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

Berichte@iqwig.de

www.iqwig.de

Schlagwörter: spezifische Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache, Sprachscreening, systematische Übersicht

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	iv
Abkürzungsverzeichnis	v
1 Hintergrund	1
2 Ziel der Untersuchung	2
3 Projektbearbeitung	3
4 Methoden	4
4.1 Datenquellen	4
4.2 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung	4
4.2.1 Population	4
4.2.2 Intervention und Vergleichsbehandlung.....	4
4.2.3 Zielgrößen.....	4
4.2.4 Studientypen	5
4.2.5 Sonstige Studiencharakteristika.....	5
4.2.6 Ein- / Ausschlusskriterien.....	5
4.3 Beschaffung zusätzlicher Informationen	6
4.4 Informationsbewertung	6
5 Ergebnisse und weiterführende Diskussion	7
6 Zusammenfassung und Diskussion	13
7 Fazit	14
8 Literatur	15
Anhang A: Dokumentation der Autorenanfragen	17

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse: interne Validität und Übertragbarkeit	9
Tabelle 2: Assoziation zwischen „exklusiver klinischer Auffälligkeit“ im KiSS.2 und dem Experten-Konsensurteil in Anlehnung an [4].....	11
Tabelle 3: Dokumentation der Autorenanfragen zur KiSS.2-Studie.....	17

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	International Classification of Diseases
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KiSS	Kindersprachscreening
ROC	Receiver-Operating-Characteristic
SES	Sprachentwicklungsstörung
STARD	Standards for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy
TREND	Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomised Designs
UESS	umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

1 Hintergrund

Im Juni 2009 hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen Abschlussbericht zum Thema „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ erstellt (Auftrag S06-01 [1]). Bei der damaligen Bewertung der diagnostischen Studien (Teilziel 2) wurde die Studie zur Evaluation des Kindersprachscreenings (KiSS) in Hessen [2] beschrieben. Die Studie konnte nicht in die Nutzenbewertung eingeschlossen werden, da sie nicht den definierten Einschlusskriterien entsprach (siehe Abschnitt 4.2). So wurde die Referenzmethode mehrfach angepasst, um unplausibel hohe Auffälligkeitsraten zu vermeiden. Deshalb wurden die Studienergebnisse zu Sensitivität und Spezifität durch die stark eingeschränkte Eignung des Referenzstandards als kaum aussagekräftig eingestuft.

Das Teilziel 2 (Bewertung diagnostischer Verfahren), dem die KiSS-Studie im Abschlussbericht S06-01 zugeordnet war, beinhaltete als ersten Schritt die Identifizierung validierter deutschsprachiger Tests zur Feststellung einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (UESS) im Altersbereich bis 6 Jahre [1]. Die KiSS-Studie zielte u. a. auf die Entdeckung von „exklusiv klinisch auffälligen“ Kindern. Dies umfasste auch Kinder, deren Sprachentwicklungsstörung mit einer Komorbidität assoziiert war. Um Aussagen über die diagnostische Güte des Instruments für Kinder mit UESS zu treffen, hätte es einer neuen Berechnung der Vierfeldertafel unter Berücksichtigung dieses Umstandes bedurft. Da die Studie allerdings keine Kinder mit isolierten auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen einschloss, hätte nur eine Aussage über eine Gruppe getroffen werden können, die den Kindern mit UESS nach ICD-10 ähnelt. Dies wäre aber im Rahmen des Abschlussberichts als akzeptabel gewertet worden.

Im Rahmen der Beratungen zur Umsetzung der Ergebnisse des Abschlussberichts wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von einer Sachverständigen auf die Ergebnisse der im Studiendesign modifizierten KiSS.2-Studie hingewiesen. Der G-BA hat daraufhin das IQWiG um eine Bewertung der KiSS.2-Studie gebeten. Diese Bewertung ist Gegenstand des vorliegenden Arbeitspapiers.

2 Ziel der Untersuchung

Ziel des vorliegenden Arbeitspapiers ist die Beantwortung folgender Fragestellungen:

1. Erfüllt die KiSS.2-Studie die im Abschlussbericht S06-01 definierten Einschlusskriterien?
2. Welchen Einfluss hat die KiSS.2-Studie auf das Fazit des Abschlussberichts S06-01, vorausgesetzt, sie erfüllt die dort definierten Einschlusskriterien?

3 Projektbearbeitung

Der Verlauf des Projekts S06-01 ist im Abschlussbericht [1] beschrieben. Der G-BA hat die Unterlagen zur KiSS.2-Studie im September 2010 an das IQWiG übermittelt.

Das vorliegende Arbeitspapier wurde im IQWiG erstellt. Vorab wurde eine interne Projektskizze erarbeitet, in der das methodische Vorgehen beschrieben wurde. Nach Fertigstellung wird das Arbeitspapier an den G-BA übermittelt und 4 Wochen später im Internet veröffentlicht.

4 Methoden

4.1 Datenquellen

Für das vorliegende Arbeitspapier wurden die vom G-BA übermittelten Dokumente herangezogen. Dabei handelte es sich um den Bericht der Studienautoren an den G-BA [3] sowie die dazugehörigen Forschungsberichte [4,5]. Die Studienautorin stellte ergänzend die ebenfalls dazugehörigen Manuskripte zur Verfügung [6-8]. Zum anderen wurden die bereits für den Abschlussbericht S06-01 vorliegenden Informationen herangezogen [1]. Eine darüber hinausgehende Informationsbeschaffung in Form einer Literaturrecherche wurde für das vorliegende Arbeitspapier nicht durchgeführt.

4.2 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung

Nachfolgend sind die Kriterien genannt, die Voraussetzung für den Einschluss einer Studie in die Nutzenbewertung waren (Einschlusskriterien) oder zu einem Ausschluss aus der weiteren Bewertung führten (Ausschlusskriterien). Die Kriterien für den Einschluss von Studien des vorliegenden Arbeitspapiers entsprechen denen des Abschlussberichts S06-01 [1]. Da die KiSS.2-Studie ebenso wie die vorhergehend bewertete KiSS-Studie dem Teilziel 2 (Bewertung diagnostischer Verfahren) des Abschlussberichts S06-01 zuzuordnen ist, werden ausschließlich die hierfür relevanten Kriterien aufgeführt (Abschnitt 4.2.1 bis 4.2.6.).

4.2.1 Population

Eingeschlossen wurden Studien, bei denen die Durchführung des Screenings bzw. der diagnostischen Tests bei Kindern aus der Allgemeinbevölkerung bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (Vorschulkinder) erfolgte bzw. mit entsprechend definierten Kindern aus Kontrollgruppen.

4.2.2 Intervention und Vergleichsbehandlung

Die zu prüfenden Interventionen waren diagnostische Prozeduren zur Feststellung von (u. a. umschriebenen) Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. Die Vergleichsintervention stellte die in der jeweiligen Studie verwendete Referenzmethode dar, die auch in der Beobachtung des natürlichen Verlaufs bestehen konnte. Betrachtet wurden ausschließlich deutschsprachige Testverfahren einschließlich deutschsprachiger Versionen internationaler Testverfahren, für die eine Validierung in deutscher Sprache vorlag und die in einem einschlägigen Publikationsorgan publiziert wurden. Es wurden keine Sprachmodule aus Gesamtentwicklungstests berücksichtigt.

4.2.3 Zielgrößen

Als Zielgrößen für die Untersuchung von Teilziel 2 galten Maße zur diagnostischen Güte und Vorhersagegenauigkeit (z. B. Sensitivität / Spezifität, Likelihood Ratios, prädiktive Werte, ggf. auch Kappa-Koeffizient oder Intraklassenkorrelationskoeffizient) bzw. zur prognostischen Güte (relative Risiken, Odds Ratios oder andere geeignete Zusammenhangsmaße).

Darüber hinaus sollten Aspekte betrachtet werden, die Aufschluss über die Eignung der Testverfahren für einen Einsatz im Rahmen von Screeningprogrammen geben (z. B. Dauer der Durchführung und Auswertung, Anforderungen an die Untersucher).

4.2.4 Studientypen

Bei Studien zur diagnostischen Güte bzw. Vorhersagegenauigkeit mussten sowohl Daten für Kinder mit als auffällig als auch für Kinder mit als nicht auffällig klassifizierten Testergebnissen und entsprechenden Ergebnissen der Referenzmethode vorliegen bzw. aus den vorliegenden Daten ableitbar sein (z. B. Vierfeldertafel oder Receiver-Operating-Characteristic[ROC]-Analyse). Bei Studien zur prognostischen Güte bzw. Vorhersagegenauigkeit mussten Daten im Verlauf für Kinder sowohl mit als auffällig als auch mit als nicht auffällig klassifizierten Testergebnissen im Sinne einer (kontrollierten) Kohortenstudie vorliegen.

4.2.5 Sonstige Studiencharakteristika

Eine weitere Eingrenzung der in die Nutzenbewertung eingehenden Studien war nicht vorgesehen.

4.2.6 Ein- / Ausschlusskriterien

Voraussetzung für die Einbeziehung der KiSS.2-Studie in die Nutzenbewertung war, dass sie alle nachfolgenden Einschlusskriterien und keines der nachfolgenden Ausschlusskriterien erfüllte.

Einschlusskriterien Teilziel 2	
D1	Kinder aus der Gesamtbevölkerung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Vorschulkinder)
D2	Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung
D3	Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan
D4	deutschsprachiges Testverfahren bzw. deutschsprachige Version eines anderssprachigen Testverfahrens
D5	Studientypen wie in 4.2.4 definiert
D6	Zielgrößen wie in 4.2.3 definiert

Ausschlusskriterien	
A1	Mehrfachpublikationen ohne relevante Zusatzinformation
A2	Keine Vollpublikation verfügbar ^a
A3	Sprachmodule aus Gesamtentwicklungstests

a: Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch die nicht vertrauliche Weitergabe eines Studienberichts an das Institut oder die nicht vertrauliche Bereitstellung eines Berichts über die Studien, der den Kriterien des CONSORT-Statements [9,10] oder, im Falle nicht randomisierter Studien, vergleichbaren Standards (z. B. TREND [11], STARD [12]) genügt und eine Bewertung der Studie ermöglichte.

4.3 Beschaffung zusätzlicher Informationen

Die Autoren der KiSS.2-Studie wurden schriftlich kontaktiert, um Fragen zur Bewertung zu klären, die anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden konnten. Die Dokumentation der Ergebnisse dieser Autorenanfragen befindet sich in Anhang A.

4.4 Informationsbewertung

Bei der Bewertung der Informationen fand ebenfalls die im Abschlussbericht S06-01 beschriebene Methodik Anwendung [1]. Im Hinblick auf die Zielsetzungen dieses Arbeitspapiers (vgl. Kapitel 2) wurde allerdings auf eine vergleichende Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den anderen, nicht in die Nutzenbewertung einbezogenen Einzelstudien des Teilziels 2 aus dem Abschlussbericht S06-01 verzichtet.

5 Ergebnisse und weiterführende Diskussion

KiSS.2 im Kontext der vorliegenden Nutzenbewertung

Aufbauend auf der im Abschlussbericht S06-01 [1] diskutierten Studie zur Evaluation des Kindersprachscreenings in Hessen (KiSS-Studie) wurde im Jahr 2009 die KiSS.2-Studie aufgelegt. Wie sein Vorgänger ist das KiSS.2 ein Verfahren zur Sprachstandserfassung bei vier- bis viereinhalbjährigen Kindergartenkindern. Eine zentrale Aufgabe des Verfahrens ist die Entdeckung von Sprachentwicklungsstörungen (SES) – u. a. von „exklusiver klinischer Auffälligkeit“, die der Diagnose der UESS nach ICD-10 ähnelt. Wie bereits im Abschlussbericht S06-01 dargestellt, beinhaltet diese „zusätzlich die mit Komorbiditäten assoziierte Sprachentwicklungsstörung und schließt Kinder mit isolierten auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen nicht mit ein“ [1, S. 45]. Eine explizite Detektion von UESS war nicht Ziel der KiSS.2-Studie. Den Autoren zufolge kann ein Sprachscreening diese Detektion nicht leisten [3]. Auch im Abschlussbericht S06-01 wurde darauf hingewiesen, dass „von keinem einzelnen Screeningtest erwartet werden [kann], dass er sehr spezifisch Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen identifiziert. Die Diagnostik der UESS bedarf eines mehrstufigen Verfahrens“ [1, S. 41].

Wenngleich KiSS.2 nicht auf die Detektion von UESS ausgelegt war, wurden nach Angaben der Autoren (vgl. Anhang A) mittels der an die Eltern und Erzieherinnen gerichteten Fragebögen sprachrelevante Komorbiditäten erfasst. Aufseiten des KiSS.2 – also des (im vorliegenden Bericht zu bewertenden) Indextests – besteht somit die Möglichkeit, die Gruppe der UESS etwas genauer einzugrenzen. Allerdings entspricht diese Art der Erfassung der Komorbiditäten nicht der von Fachgesellschaften empfohlenen klinischen Diagnosestellung, wie sie im Abschlussbericht dargestellt wurde [1, Kap. 1]. Zudem fehlten die Angaben zu Komorbiditäten für 36,3 % der Kinder.

Die Referenzmethode der KiSS.2-Studie war für die Fragestellung dieses Arbeitspapiers nicht hinreichend, da in ihr die notwendige Ausschlussdiagnostik zur Feststellung einer UESS fehlte, wie sie im Abschlussbericht S06-01 gefordert wurde [1, S. 41 + S. 144]. Demzufolge war das Einschlusskriterium D6 (Maße zur diagnostischen Güte und Vorhersagegenauigkeit; nämlich bezüglich der Entdeckung von UESS) nicht erfüllt. Die Studie konnte somit nicht in die Nutzenbewertung zum Thema „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ eingeschlossen werden, zumal auch die Einschlusskriterien D2 (Testverfahren zur Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung) und D3 (Publikation des Testverfahrens sowie seiner Validierung in einschlägigem Publikationsorgan) nicht erfüllt waren. Einen Einfluss auf das Fazit des Abschlussberichts S06-01 kann die Studie demnach nicht haben.

Weiterführende methodische Aspekte der KiSS.2-Studie

Trotz des Ausschlusses aus der Nutzenbewertung zum Thema „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ wird die Studie an dieser Stelle einer weiteren – zunächst methodischen – Betrachtung unterzogen.

Der Referenztest

Die in der KiSS.2-Studie vorgestellte Referenzmethode stellt eine Weiterentwicklung des in der ursprünglichen KiSS-Studie mehrfach modifizierten Referenztests dar. Es wurde ein Experten-Konsensurteil herangezogen, das auf Basis von klar definierten Kennwerten aus drei – z. T. validierten – Testverfahren gefällt wurde. Die durch diese klaren Vorgaben gegebene Möglichkeit einer Replikation des Referenztests deutete auf eine gewisse Standardisierung hin. Allerdings ist der Referenztest in der aktuellen Form zum ersten Mal eingesetzt worden, weshalb eine allgemeine Akzeptanz bislang nicht angenommen und er somit nicht als Referenzstandard bezeichnet werden kann. Für einen derartigen Test wäre zu fordern, dass er seinerseits einer gründlichen Validierung unterzogen wurde, im Rahmen derer adäquate Werte für Sensitivität und Spezifität hätten nachgewiesen werden müssen.

Insbesondere die Erfassung der Validität stellt in Ermangelung eines etablierten Referenz- bzw. Goldstandards eine große Herausforderung dar. Vorstellbar wäre in diesem Zusammenhang eine ausreichend lange Nachbeobachtungszeit aller teilnehmenden Kinder. Spätestens in einem Alter von 6 bis 8 Jahren sollte sich herauskristallisiert haben, welche Kinder tatsächlich von einer UESS betroffen sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit langfristig Entwicklungsprobleme haben werden. Auch diese Methode ist nicht frei von Verzerrungsquellen. Es ist zum Beispiel vorstellbar, dass ein sogenanntes Behandlungsparadox (treatment paradox) auftritt, wenn auf Basis der Ergebnisse des zu evaluierenden Tests eine effektive Behandlung durchgeführt wird, der Referenztest aber erst später – nachdem die Behandlung begonnen oder durchgeführt wurde – erfolgt [13]. Dennoch scheint diese Methode derzeit die verlässlichste zu sein, um das Vorliegen einer UESS zu verifizieren.

Andere methodische Aspekte

Während nicht auszuschließen ist, dass der Referenztest zu systematischen Verzerrungen innerhalb der Untersuchung führte, sind andere Kriterien, die Einfluss auf die interne Validität nehmen, Autorenangaben zufolge adäquat berücksichtigt worden (vgl. Tabelle 1). Auf Nachfrage haben die Autoren die Studiendurchführung näher beschrieben (vgl. Anhang A).

Die KiSS.2-Studie war als diagnostische Querschnittstudie angelegt. In solchen Studien führt eine möglichst kurze Zeitspanne zwischen Index- und Referenztest zu einer Minimierung systematischer Verzerrungen (z. B. oben erwähntes Behandlungsparadox). Da beide Tests Autorenangaben zufolge direkt nacheinander durchgeführt wurden, wurde die Zeitspanne für das gewählte Studiendesign somit als adäquat bewertet. Das oben beschriebene Problem des Referenztests – kein Goldstandard, keine Validierung – impliziert jedoch, dass eigentlich ein anderes nämlich longitudinales Studiendesign mit einer längeren Nachbeobachtungszeit – und somit einer längeren Zeitspanne zwischen beiden Tests – hätte gewählt werden müssen (prognostic accuracy study). In einem solchen Design wäre die Zeitspanne zwischen den dann zwei Indextests (z. B. KiSS.2 und Expertenbeurteilung) weiterhin minimal, während der Referenztest notwendigerweise zeitversetzt erhoben würde.

Tabelle 1: Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse: interne Validität und Übertragbarkeit

	Ja	Nein	Unklar
Interne Validität			
Referenztest akzeptabel?		x	
Adäquate Zeitspanne zwischen Index- und Referenztest?	x		
Interdependenz der Tests adäquat berücksichtigt?			x
Partielle Verifikation vermieden?	x		
Differenzielle Verifikation vermieden?	x		
Inkorporationsbias vermieden?	x		
Verblindung bei Interpretation der Testergebnisse?	x		
Intention-To-Diagnose-Analyse adäquat?	x		
Ergebnisunabhängige Berichterstattung?	x		
Keine sonstigen Aspekte, die das Verzerrungspotenzial beeinflussen?		x ^a	
Übertragbarkeit			
Patientenspektrum repräsentativ?		x	
Index- und Referenztest übertragbar?			x
Entscheidungsprozess bei der Testinterpretation übertragbar?	x		
Hintergrundinformationen übertragbar?	x		
Vergleichbarer Indextest in Studie und Versorgungskontext?	x		
Untersucherqualifikation vergleichbar?			x
^a Index- und Referenztest wurden von derselben Person erhoben			

Die Frage nach einer adäquaten Berücksichtigung möglicher Interdependenzen der Tests (z. B. Ermüdungserscheinungen oder Lerneffekte) war nicht zu beantworten. Die Testreihenfolge wurde zwar randomisiert. Dennoch war nicht auszuschließen, dass eine gegenseitige Beeinflussung der Tests vorhanden war, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse führte.

Ein weiteres Kriterium, das adäquat berücksichtigt wurde, ist die partielle Verifikation. Sie wurde vermieden, indem sowohl Index- als auch Referenztest bei allen Kindern durchgeführt wurden. Auch eine differenzielle Verifikation war nicht anzunehmen, da unabhängig vom Resultat des zuerst durchgeführten Tests bei allen Kindern der jeweils andere Test durchgeführt wurde. Ein Inkorporationsbias konnte ausgeschlossen werden, da der Indextest nicht Teil des Referenztests war. Des Weiteren wurde von den Autoren schriftlich mitgeteilt, dass die Interpretation von Referenz- und Indextest ohne Kenntnis des Ergebnisses des jeweils anderen Tests erfolgte.

Die Intention-To-Diagnose-Analyse wurde als adäquat bewertet, da die im Forschungsbericht auftauchenden fehlenden Werte gering waren und von den Autoren auf Nachfrage plausibel erklärt wurden (vgl. Anhang A). Sie sind offensichtlich zufällig aufgetreten, weswegen anzunehmen war, dass sie keinen Einfluss auf die Validität der Ergebnisse hatten. Der hohe Anteil fehlender Werte zu Komorbiditäten (36,3 %; vgl. Seite 7) floss in die Bewertung des Intention-To-Diagnose-Prinzips nicht mit ein. Sämtliche Informationen zu Komorbiditäten (z. B. Erhebungsmethode, Art der Komorbidität) wurden dem Institut von den Autoren auf Nachfrage zur Verfügung gestellt. Die Erhebung der Komorbiditäten diente nicht Studienzwecken, so dass keine Auswertungsabsicht seitens der Autoren angenommen werden konnte. Die Erfassung der Komorbiditäten verfolgte den Zweck, den Sprachexpertinnen in den Gesundheitsämtern Hinweise zu liefern, ob weiterführende Untersuchungen bzw. Interventionen notwendig waren (vgl. Anhang A). Trotz dieser positiven Bewertung der Intention-To-Diagnose-Analyse innerhalb des auf SES ausgerichteten Forschungsberichts stellte der hohe Anteil fehlender Werte zu Komorbiditäten für das Ziel dieses Arbeitspapiers – das Erkennen von UESS – einen groben Mangel dar.

Anhaltspunkte für eine ergebnisgesteuerte Berichterstattung wurden keine bemerkt. Ein letzter Aspekt, der das Verzerrungspotenzial hätte beeinflussen können, war die Erhebung von Index- und Referenztest. Die Testreihenfolge wurde zwar randomisiert, und es wurden immer derselbe Index- und Referenztest durchgeführt. Allerdings wurden beide von demselben Studenten erhoben. Es bleibt somit unklar, ob der jeweils zweite Test in seiner Durchführung unabhängig vom Resultat des zuerst durchgeführten Tests war. Insbesondere im Zusammenhang mit der gewählten Referenzmethode war das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse der KiSS.2-Studie als hoch einzustufen.

Übertragbarkeit der Ergebnisse

Auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse der KiSS.2-Studie auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands ist fraglich (vgl. Tabelle 1). Zum einen war das untersuchte Kollektiv der KiSS.2-Studie nicht repräsentativ. Neben einem unausgewogenen Geschlechterverhältnis wurden ausschließlich Kinder aus Frankfurt und Offenbach untersucht. Durch die Auswahl dieser Städte lag der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund bei 58,5 %¹ – dem Dreifachen des bundesdeutschen Durchschnitts [14]. Zum anderen haben innerhalb der KiSS.2-Studie Studenten der Linguistik und der Logopädie sowohl den Referenz- als auch den Indextest durchgeführt. Letzterer soll in der Anwendungssituation von Erzieherinnen ausgeführt werden. Ob der in der Studie von Studenten durchgeführte Indextest dem Indextest in zukünftigen Anwendungssituationen entspricht und ob die Untersucherqualifikation innerhalb der Studie mit derjenigen im Versorgungskontext vergleichbar ist, musste aus diesem Grund infrage gestellt werden. Eine weitere Frage zur Übertragbarkeit fokussierte auf

¹ In der Autorenantwort vom 02.11.2010 (vgl. Anhang A) wurde darauf aufmerksam gemacht, dass sich im Forschungsbericht [4] auf Seite 5 ein Fehler in der Angabe zu den Probanden befindet. Demnach teilen sich die Kinder in 129 muttersprachlich deutsche und 182 muttersprachlich anderssprachige Kinder mit Migrationshintergrund auf (anstelle von 140 und 161 Kindern). Der hier angegebene Prozentwert bezieht sich auf die korrigierten Angaben.

die Vergleichbarkeit des in der Studie eingesetzten mit dem im späteren Versorgungskontext einzusetzenden Indextests – d. h. wurde die Testbatterie des Indextests seit Studiedurchführung verändert. Im Forschungsbericht wurde erwähnt, dass das dort beschriebene KiSS.2 eine Studienversion war, die in der Nachfolgezeit noch einmal leicht modifiziert wurde. Auf Nachfrage wurde von den Autoren mitgeteilt, dass die Veränderungen nicht den Test selbst – also den Screeningbogen – betrafen, sondern lediglich die an Eltern und Erzieherinnen gerichteten Fragebögen. Demnach enthielt die Studienversion zusätzliche Fragen für Studienzwecke, die im Routineeinsatz nicht von Relevanz sind (vgl. Anhang A). Die Veränderungen konnten somit als unwesentlich betrachtet werden. Eine Übertragbarkeit der Entscheidungsprozesse bei der Interpretation der Testergebnisse sowie der in der Studie vorliegenden Hintergrundinformationen konnte angenommen werden.

Eine auf den dargestellten Fakten basierende generelle Einschätzung der Übertragbarkeit der Studienergebnisse kommt zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass im Versorgungskontext der Bundesrepublik Deutschland keine vergleichbaren Ergebnisse erzielt würden.

Bestimmung von UESS

Trotz dieser generellen methodischen Einschränkungen der KiSS.2-Studie und deren Ausschluss aus der Nutzenbewertung zum Thema „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ werden die Studienergebnisse im Hinblick auf eine Ermittlung von UESS an dieser Stelle einer näheren Betrachtung unterzogen.

Zur Quantifizierung der Übereinstimmung von Referenz- und Indextest wurden in der aktuellen Untersuchung ebenso wie in der Vorgängerstudie Vierfeldertafeln mit Angaben zur Sensitivität und Spezifität des KiSS.2-Tests geliefert – u. a. in Bezug auf die Entdeckung „exklusiv klinischer Auffälligkeit“ als Teilkategorie einer SES (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Assoziation zwischen „exklusiver klinischer Auffälligkeit“ im KiSS.2 und dem Experten-Konsensurteil in Anlehnung an [4]

„Exklusive klinische Auffälligkeit“		Experten-Konsensurteil		
		Auffällig	Unauffällig	Gesamt
KiSS.2	Auffällig	20 (6,6 %)	29 (9,5 %)	49 (16,1 %)
	Unauffällig	10 (3,3 %)	245 (80,6 %)	255 (83,9 %)
	Gesamt	30 (9,9 %)	274 (90,1 %)	304 (100 %)
Sensitivität: 66,7 %; Spezifität: 89,4 %				

Unter Kenntnis und Ausschluss derjenigen Kinder, die eine sprachrelevante Komorbidität aufweisen, hätte die in Tabelle 2 dargestellte Vierfeldertafel zur „exklusiven klinischen Auffälligkeit“ neu berechnet werden können, um die diagnostische Güte für UESS zu ermitteln. Den Autoren zufolge wurden sprachrelevante Komorbiditäten mit dem Index- also dem KiSS.2-Test erfasst (vgl. Anhang A). Es sprachen jedoch mehrere Gründe gegen eine Verwendung dieser Daten und damit gegen eine neue Berechnung der dargestellten Vierfeldertafel zur Ermittlung der diagnostischen Güte für UESS:

- Wie bereits oben dargestellt, fehlten im KiSS.2-Test bei mehr als einem Drittel der Kinder Angaben zu möglichen sprachrelevanten Komorbiditäten.
- Darüber hinaus entsprach die Erfassung der Komorbiditäten mittels Eltern- und Erzieherinnenfragebögen im KiSS.2-Test nicht der von Fachgesellschaften geforderten klinischen Diagnosestellung².
- Zuletzt fehlte aufseiten des Referenztests gänzlich die Ausschlussdiagnose bezüglich sprachrelevanter Komorbiditäten, weswegen sich das Experten-Konsensurteil weiterhin auf „exklusive klinische Auffälligkeit“ bezieht und somit weder 100 % sensitiv noch spezifisch für UESS sein kann.

² In der ursprünglichen KiSS-Studie wurden die im Indextest ermittelten „exklusiv klinisch auffälligen“ Kinder einer anschließenden Konfirmationsdiagnostik unterzogen. Diese führte zu dem Resultat, dass unter den „exklusiv klinisch auffälligen“ Kindern 2 mit einer sprachrelevanten Komorbidität waren [2]. Im Gegensatz zu dieser Diagnosestellung in der KiSS-Studie führte die Erfassung von Komorbiditäten mittels Fragebögen in der KiSS.2-Studie dazu, dass sich die 6 Kinder mit sprachrelevanten Komorbiditäten auf alle Zellen der Vierfeldertafel verteilten. Per definitionem setzt eine „Ko“-Morbidität jedoch eine Grund- beziehungsweise Primärerkrankung – hier die Sprachentwicklungsstörung – voraus. Deshalb hätten Kinder mit Komorbiditäten – so wie in der ursprünglichen KiSS-Studie – eigentlich nur in den KiSS.2- Gruppen auftreten dürfen, in denen der Verdacht auf eine SES und damit eine Primärerkrankung vorlag.

6 Zusammenfassung und Diskussion

Die KiSS.2-Studie konnte ebenso wie ihre Vorgängerstudie nicht in die Nutzenbewertung zum Thema „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ eingeschlossen werden. Einen Einfluss auf das Fazit des Abschlussberichts S06-01 hat sie folglich nicht. Wie die KiSS-Studie erfüllte auch die KiSS.2-Studie nicht das Einschlusskriterium D6 (Maße zur diagnostischen Güte und Vorhersagegenauigkeit; nämlich bezüglich der Entdeckung von UESS). Sie war auf die Identifikation von SES und nicht auf die Entdeckung von UESS angelegt. Aus diesem Grund fehlte innerhalb der Studie die für die Identifikation von UESS notwendige Ausschlussdiagnostik für Komorbiditäten im Referenztest. Im Indextest wurden Komorbiditäten erhoben, allerdings lediglich mittels Befragung der Eltern und Erzieherinnen. Der für die Entdeckung von UESS notwendige Ausschluss von Komorbiditäten kann den Autoren zufolge „nicht Ergebnis eines Screenings sein, sondern bedarf einer dezidierten fachärztlichen Diagnostik“ [3, S. 6]. Aus diesem Grund schreiben sie in ihrer Antwort an das IQWiG, „es wäre ratsam, wenn das IQWiG dem Rechnung tragen würde und das KiSS.2 nicht deshalb als Screening ausschließt, da es auf SES screent und nicht auf UESS“ (vgl. Anhang A). Diesem Rat konnte innerhalb dieses Arbeitspapiers nicht gefolgt werden, da der G-BA um eine Prüfung der KiSS.2-Studie im Rahmen der Beratungen zur Umsetzung der Ergebnisse des Abschlussberichts S06-01 gebeten hatte. Im Abschlussbericht wurde bereits adressiert, dass der Fragestellung diese Schwierigkeit inhärent war [1, S. 153].

Darüber hinaus bleibt zur KiSS.2-Studie festzuhalten, dass das weiterentwickelte Referenzverfahren seine Validität und Akzeptanz innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft erst noch unter Beweis stellen muss. Es wäre wünschenswert, wenn alle Kinder der KiSS.2-Studie bis zum Alter von 6 bis 8 Jahren nachbeobachtet würden. Auf diese Weise könnte im deutschsprachigen Raum erstmals ein detailliert entwickelter Referenztest zu Sprachentwicklungsstörungen validiert werden. Auch die diagnostische Güte des KiSS.2 könnte dadurch evaluiert werden. Würden Referenz- und Indextest ferner um eine – den Empfehlungen der Fachgesellschaften entsprechende – Ausschlussdiagnostik ergänzt werden, wäre zukünftig ein Einsatz zur Ermittlung von UESS denkbar. Einzig die Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Versorgungskontext der Bundesrepublik Deutschland bliebe noch offen.

7 Fazit

Da in der KiSS.2-Studie die Ausschlussdiagnostik zur Feststellung einer UESS nicht ausreichend war, ließ sich die diagnostischen Güte und Vorhersagegenauigkeit des dort eingesetzten (Index-)Tests bezüglich der Entdeckung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache nicht sicher ermitteln. Die KiSS.2-Studie erfüllte daneben weitere Einschlusskriterien für die Nutzenbewertung zum Thema „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (IQWiG-Abschlussbericht S06-01) nicht. Sie konnte somit nicht in die Nutzenbewertung eingeschlossen werden und hat demnach auch keinen Einfluss auf das Fazit des Abschlussberichts S06-01.

8 Literatur

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Abschlussbericht; Auftrag S06-01 [online]. 17.06.2009 [Zugriff: 18.08.2009]. (IQWiG-Berichte; Band 57). URL: http://www.iqwig.de/download/S06-01_Abschlussbericht_Fruherkennung_umschriebener_Stoerungen_des_Sprechens_und_der_Sprache.pdf.
2. Neumann K, Euler HA. Bericht an das IQWiG: Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreenings (KiSS) [unveröffentlicht]. 2008.
3. Neumann K, Euler HA. Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Studienlage zum Sprachstandserfassungsverfahren für vier- bis viereinhalbjährige Kinder Kindersprachscreening, Version 2 (KiSS.2) [unveröffentlicht]. 2010.
4. Neumann K, Euler HA. Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen: Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2009 [unveröffentlicht]. 2010.
5. Neumann K, Euler HA. Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen: Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2008 [unveröffentlicht]. 2009.
6. Euler HA, Holler-Zittlau I, von Minnen S, Sick U, Dux W, Zaretsky Y et al. Psychometrische Gütekriterien eines Kurztests zur Erfassung des Sprachstands vierjähriger Kinder. HNO 2010; 58(11): 1116-1123.
7. Neumann K, Euler HA. Wirksamkeitsbewertung eines Beobachtungsverfahrens zur Sprachstandserfassung für Vier- bis Viereinhalbjährige in Kindergärten [unveröffentlicht]. 2010.
8. Neumann K, Holler-Zittlau I, Van Minnen S, Sick U, Zaretsky Y, Euler HA. Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreenings (KiSS) [eingereichtes Manuskript]. 2010.
9. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaut P. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. Ann Intern Med 2008; 148(4): 295-309.
10. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gotzsche PC, Devereaux PJ et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869.

11. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004; 94(3): 361-366.

12. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CT, Glasziou PP, Irwig LM et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *Clin Chem* 2003; 49(1): 1-6.

13. Whiting P, Rutjes AWS, Reitsma JB, Glas AS, Bossuyt PMM, Kleijnen J. Sources of variation and bias in studies of diagnostic accuracy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2004; 140(3): 189-202.

14. Statistisches Bundesamt Deutschland. Migration und Integration [online]. [Zugriff: 25.11.2010]. URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevolkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.psm1>.

Anhang A: Dokumentation der Autorenanfragen

Tabelle 3: Dokumentation der Autorenanfragen zur KiSS.2-Studie

Adressat / Datum	Inhalt der Anfrage	Antwort (Antwort durch / Datum / Inhalt)
Neumann, K. / 15.09.2010	Bitte der Rechtseinräumung für die Nutzung vertraulicher Dokumente	Neumann, K. / 15.09.2010: Zusendung der Rechtseinräumung
Neumann, K. / 15.10.2010	Ausführliche Anfrage nach genaueren Informationen zur Nachbeurteilung von Kindern durch eine Sprachexpertin mittels itemspezifischem Algorithmus	Neumann, K. / 02.11.2010 bzw. 05.11.2010: Ausführliche Beantwortung der Fragen inkl. detaillierter Beschreibung des itemspezifischen Algorithmus, dessen Einsatz und der resultierenden Ergebnisse
	Detaillierte Anfrage zu sprachrelevanten Komorbiditäten: Wurden diese erfasst? Wenn ja, wie und durch wen? In welchen Feldern der Vierfeldertafel zu SES befinden sich ggf. Kinder mit Komorbiditäten?	Detaillierte Beantwortung der Anfrage: Die Komorbiditäten wurden in Eltern- und Erzieherinnenfragebögen nachgefragt; es erfolgte eine Beschreibung der erfassten Komorbiditäten sowie generelle Anmerkungen zu Sprachscreenings; darüber hinaus wurde die Vierfeldertafel zu SES mit Kennzeichnung der jeweils in den Zellen befindlichen Kinder mit Komorbiditäten geliefert
	Frage nach näheren Angaben zur Tabelle 5 der aktuellen Studie [4]	Die absoluten Häufigkeiten und Stichprobenumfänge wurden ergänzt – dabei wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Personenzahlen der Probanden in der aktuellen Studie [4] fehlerhaft waren und es heißen muss: 129 muttersprachlich deutsche, 182 muttersprachlich anderssprachige Kinder mit Migrationshintergrund; zudem wurde die Variable „Mitarbeit des Kindes“ näher beschrieben
	Fragen zu Abweichungen im Stichprobenumfang zwischen verschiedenen Tabellen sowie zur Teilnehmerrate	Die Abweichungen im Stichprobenumfang wurden durch gelegentlich fehlende Daten begründet, die unsystematisch zustande kamen; die Teilnehmerrate lag bei nahezu exakt 80 % – die Eltern aller vier- bis viereinhalbjährigen Kinder einer Kindertagesstätte wurden kontaktiert, nur die Kinder mit unterschriebener Einverständniserklärung wurden in die Studie aufgenommen

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Dokumentation der Autorenanfragen zur KiSS.2-Studie (Fortsetzung)

Adressat / Datum	Inhalt der Anfrage	Antwort (Antwort durch / Datum / Inhalt)
	Fragen zu den Sprachexperten bzgl. möglicher Überschneidungen mit Sprachexperten aus der KiSS-Studie, bzgl. ihrer Qualifizierung und bzgl. einer eventuellen Vorgabe zum Prozentsatz der als auffällig zu beurteilenden Kinder (z. B. 10 %)	Eine Sprachexpertin war auch Bewerterin in der KiSS-XL-Studie, der Vorläuferstudie zu KiSS.2; die Qualifizierungen wurden genannt; zur Frage nach einer Vorgabe eines Prozentsatzes heißt es: „Die Sprachexperten hatten diesmal keine Vorgabe erhalten, einen bestimmten Prozentsatz der Kinder als auffällig zu beurteilen, kennen allerdings (mindestens durch die Zusammenarbeit mit uns) die zu erwartenden Prävalenzen für Sprachentwicklungsstörungen.“
	Fragen nach näheren Angaben zur Testdurchführung durch Studenten	Von den Studenten wurde sowohl der Referenz- als auch der Indextest erhoben; theoretisch konnten die Studenten die Ergebnisse des jeweiligen KiSS.2- oder Referenztests durch ihre Testdurchführung oder Bewertung beeinflussen, nicht aber die endgültigen Untersuchungsergebnisse, d. h. den Vergleich von Index- und Referenztest; um die korrekte Testdurchführung zu prüfen, wurden die Studenten ausführlich angeleitet und kontrolliert
	Nachfrage zur y-Achsen-Beschriftung in Abbildung 1 in der aktuellen Studie [4]	Beschreibung der Bedeutung dieser Beschriftung: Die Achsenbeschriftung „% der Unterstichprobe“ bezieht sich auf den prozentualen Teil aller deutschsprachigen bzw. aller nicht deutschsprachigen Kinder.
Neumann, K. / 18.11.2010	In der E-Mail vom 02.11.2010 wurde von den Autoren erwähnt, dass für die Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse seitens des Instituts ggf. eine Genehmigung durch das hessische Sozialministerium benötigt wird; aus diesem Grund wurden die Autoren gebeten, dies mit dem Ministerium zu klären und dem Institut schriftlich mitzuteilen	Neumann, K. / 23.11.2010 bzw. 24.11.2010: Das hessische Sozialministerium wurde um eine schriftliche Genehmigung gebeten.

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Dokumentation der Autorenanfragen zur KiSS.2-Studie (Fortsetzung)

Adressat / Datum	Inhalt der Anfrage	Antwort (Antwort durch / Datum / Inhalt)
	<p>Erneute Nachfrage zur Durchführung von Index- und Referenztest durch Studenten: In welcher Reihenfolge wurden Index- und Referenztest durchgeführt? Wurden beim einzelnen Kind Index- und Referenztest von demselben Studenten erhoben?</p>	<p>Die Tests erfolgten nacheinander und in randomisierter Reihenfolge; Index- und Referenztest wurden jeweils von demselben Studenten erhoben</p>
	<p>Nähere Anfrage zur Erfassung der Komorbiditäten</p>	<p>Die Angaben zu Komorbiditäten stammten überwiegend von den Eltern, aber auch von den Erzieherinnen</p>
	<p>Nachfrage nach Zugriffsmöglichkeit der Sprachexpertinnen auf die Ergebnisse des Indextests; Erfragung, ob der Indextest mit oder ohne Kenntnis der Ergebnisse des Referenztests ausgewertet wurde</p>	<p>Die Expertinnen hatten nur Zugriff auf die Ergebnisse des Referenztests; der Indextest wurde von einem Studienmitarbeiter ohne Kenntnis der Ergebnisse des Referenztests ausgewertet</p>
	<p>Detaillierte Anfrage zu der Aussage, dass das im aktuellen Forschungsbericht beschriebene KiSS.2 eine Studienversion war, die in der Nachfolgezeit noch einmal leicht verändert wurde</p>	<p>Begründung und Beschreibung der Veränderung am KiSS.2 in der Nachfolgezeit; die Veränderungen betrafen nicht den Test selbst – also den Screeningbogen, sondern lediglich die an Eltern und Erzieherinnen gerichteten Fragebögen. Demnach enthielt die Studienversion zusätzliche Fragen für Studienzwecke, die im Routineeinsatz nicht von Relevanz sind.</p>
		<p>Neumann, K. / 21.12.2010: Zusendung der Genehmigung des hessischen Sozialministeriums</p>



Beratungsverfahren gemäß § 135 i.V.m § 25 und § 26 SGB V

Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern von 2 Jahren bis 5 Jahren (Vollendung des 6. Lebensjahres)

Teilthema des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“

Stand: 26.02.2015



Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

I. Sektorübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit.....	3
1. Einleitung und Aufgabenstellung.....	3
2. Medizinische Grundlagen	3
3. Sektorübergreifende einheitliche Bewertung des Nutzens.....	5
3.1 Informationsgewinnung.....	5
3.2 Stellungnahmen aus der Veröffentlichung des Beratungsthemas	5
3.3 Literaturrecherche	6
3.4 Relevante Studien und Informationssynthesen	9
3.5 Bewertung der relevanten Studien und Informationssynthesen	9
4. Sektorübergreifend einheitliche Bewertung der medizinischen Notwendigkeit	12
5. Wirtschaftlichkeit	13
6. Stellungnahmen nach Abschluss des Beratungsverfahrens	13
7. Zusammenfassung	13
8. Anhang	14
8.1 Wesentliche Inhalte der Stellungnahmen zum Thema Screening auf erworbene Hörstörungen bei Vorschulkindern.....	14
8.1.1 Suchstrategie	22
8.1.2 Literatur, die für den Entscheidungsprozess berücksichtigt wurde (Ergebnisliste Teil A).....	24
8.1.3 Literatur, die für den Entscheidungsprozess nicht berücksichtigt wurde (Ergebnisliste Teil B)	25
8.1.4 Studienauswertungen (Datenextraktionen).....	30
8.1.4.1 Bamford J et al.	30
8.1.4.2 Butler CC, MacMillan H	36
8.1.4.3 Rosenfeld RM et al.	42
8.1.4.4 Weichbold V et al.....	46
II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.....	50
1 Einleitung	50
2 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	50
3 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung	50

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 1

AG	Arbeitsgruppe
IKK	Innungskrankenkasse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SES	Schuleingangsscreening
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
U1	Neugeborenen-Erstuntersuchung
U2	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 3. u. 10. Lebensstag
U9	Vorsorgeuntersuchung für Kinder zwischen dem 60. u. 64. Lebensmonat
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
z. B.	zum Beispiel

1 **I. Sektorübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer**
2 **Notwendigkeit**

3 **1. Einleitung und Aufgabenstellung**
4

5 Der IKK-Bundesverband hatte mit Datum vom 28.01.2005 einen Antrag zur inhaltlichen
6 Überarbeitung der Kinder-Richtlinien dem damaligen Unterausschuss "Prävention" am
7 01.02.2005 vorgelegt. Es soll gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V i.V.m
8 § 25 Abs. 3 und § 26 SGB V geprüft werden, ob das bestehende Früherkennungsprogramm
9 für Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dem Stand der wissen-
10 schaftlichen Erkenntnis entspricht, ob es Mängel aufweist und ob und inwieweit die Effektivität
11 und Effizienz des Programms verbessert werden kann. Die Bearbeitung des Beratungsthemas
12 gliederte sich in zwei Hauptbereiche. Zunächst erfolgten Nutzenbewertungen für
13 neue Früherkennungsuntersuchungen. Auf dieser Grundlage erfolgte in einem zweiten
14 Schritt die Überarbeitung der U1 – U9.

15 Der vorliegende Teilabschlussbericht des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der
16 Kinder-Richtlinien“ einer vom Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) eingerichteten
17 Arbeitsgruppe (AG) bezieht sich auf die Früherkennung von erworbenen Hörstörungen. Zur
18 Früherkennung angeborener bzw. neonataler Hörstörungen wurde 2009 das Neugeborenen-
19 Hörscreening in die Kinder-Richtlinien aufgenommen. Da auch nach dem Neugeborenenalter
20 entwicklungsrelevante Hörstörungen auftreten können, erfolgte eine Nutzenbewertung eines
21 Screenings auf erworbene Hörstörungen, d. h. Hörstörungen, die erst nach der Geburt auf-
22 getreten sind. Dies schließt auch progressive sowie late onset-Hörstörungen mit ein. Die
23 Ergebnisse der Bewertung sind in diesem Teilabschlussbericht niedergelegt. Die AG hat die
24 Bewertung gemäß 2. Kap. § 8 VerfO aufgrund eigener Recherchen von Unterlagen gemäß
25 2. Kapitel § 10 Abs. 1 VerfO vorgenommen.

26 Der UA MB hat sich am TT.MM.JJJJ mit den Bewertungsergebnissen der Arbeitsgruppe ab-
27 schließend auseinandergesetzt und dem Plenum seine Beschlussempfehlung vorgelegt.

28 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am TT.MM.JJJJ den in Abschnitt [wird noch
29 ergänzt] abgebildeten Beschluss gefasst.

30 **2. Medizinische Grundlagen**
31

32 Die Mehrzahl der permanenten Hörstörungen im Kindesalter besteht bereits zum Zeitpunkt
33 der Geburt. Nach Datenlage der Hessischen Neugeborenen-Hörscreening-Datenbank mit
34 184.682 vom 01.01.2005 bis zum 31.12.2009 gescreenten Kindern liegt die Prävalenz von
35 neonatalen Hörstörungen in Deutschland bei 2,45 pro 1.000 Neugeborene, also bei ca. 2-3
36 pro Tausend. Es muss berücksichtigt werden, dass die Klassifikation in „angeborene“ und
37 „erworbene“ Hörstörungen nicht den Zeitpunkt des Auftretens einer kindlichen Hörstörung
38 festlegt. Das Neugeborenenhörscreening zielt auf neonatale Hörstörungen, die entweder
39 angeboren sein können als nonsyndromale oder syndromale genetisch verursachte Hörstö-
40 rungen oder die prä-, peri- und postnatal erworben wurden, z. B. durch eine Rötelninfektion
41 oder eine Hypoxie unter der Geburt. Zu einem späteren Zeitpunkt im Säuglings- oder Kin-
42 desalter können permanente Hörstörungen ebenfalls angeboren sein, z. B. als ge-
43 netisch verursachte *late-onset*- oder progrediente Hörstörungen, oder sie können erworben
44 sein, beispielsweise durch eine neonatale Cytomegalovirusinfektion mit ebenfalls spät ein-
45 setzender Hörstörung und/oder progredientem Verlauf.

46 Es gibt derzeit keine genauen Daten, wie hoch die Inzidenz von Hörstörungen im Alter von 2
47 bis 5 Lebensjahren in Deutschland ist. Die Prävalenzen bi- oder unilateraler permanenter

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

48 Hörstörungen > 20 dB für diesen Altersbereich dürfte aber der in Großbritannien in einer
49 großen Kohortenstudie erhobenen ähneln, die zur Einschulungsuntersuchung mit 3,47 pro
50 Tausend (Bamford et al. 2007) Kinder angegeben wurde. Neben permanenten Hörstörungen
51 treten infolge einer Mittelohrentzündung mit Sekretbildung im frühen Kindesalter häufig pas-
52 sagere Hörstörungen auf. Ein Screening auf kindliche Hörstörungen nach der Neugebo-
53 renenperiode würde sowohl auf die *late-onset* und progredienten permanenten Schallemp-
54 findungsstörungen als auch auf die durch Mittelohrbelüftungsstörungen verursachten persis-
55 tierenden Schallleitungsstörungen sowie auf kombinierte Hörstörungen abzielen und damit
56 erworbene und angeborene Hörstörungen einschließen.

57
58 Bei angeborenen Hörstörungen kann eine adäquate akustische Stimulierung und somit eine
59 weitere Reifung und Ausbildung des Hörsinnes (Hörbahnreifung) nicht oder nur unzu-
60 reichend erfolgen. Ein ausreichendes Hörvermögen gilt als Voraussetzung für den natürli-
61 chen Lautspracherwerb. Als sekundäre Folgen der Hörstörung sind kognitive, emotionale
62 und psychosoziale Entwicklungsstörungen bekannt. Es ist davon auszugehen, dass eine
63 nach der Geburt auftretende Hörstörung entsprechend Erstmanifestationszeitpunkt, Dauer
64 und Umfang des Hörverlustes die Entwicklung des Kindes in ähnlicher Weise beeinträchtigt.
65 Ziel eines Screenings auf erworbene Hörstörung wäre daher die möglichst frühe Entdeckung
66 und Behandlung der Hörstörungen, die nach der Neugeborenenperiode aufgetreten sind.

67
68 Zur Früherkennung angeborener Hörstörungen wurde 2009 das Neugeborenen-Hörscreening
69 in die Kinder-Richtlinien aufgenommen. Für dieses werden objektive Testverfahren (transito-
70 risch evozierte otoakustische Emissionen, TEOAE) und automatisierte Hirnstammaudiometrie
71 (AABR)) in einem ein- oder zweistufigem Vorgehen verwendet. Mit diesen Verfahren kön-
72 nen angeborene Hörstörungen mit hoher Sensitivität und Spezifität entdeckt werden. Außer-
73 dem ist derzeit in den Kinder-Richtlinien festgelegt, dass von der U2 bis zur U9 jeweils eine
74 eingehende Untersuchung der Sinnesorgane mit Überprüfung der Hörreaktion bzw. des Hör-
75 vermögens mittels eines Hörtests erfolgen soll, dessen Methode aber nicht spezifiziert ist.
76 Ein spezifischer Hörtest wird in den Kinder-Richtlinien nicht vorgeschrieben. Im Rahmen der
77 Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen muss berücksichtigt wer-
78 den, dass sich durch die Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings die bisherige Testgü-
79 te und Effektivität der Hörtests in den Früherkennungsuntersuchungen verändert, da die Zahl
80 der neu zu entdeckenden Hörstörungen nach einem Neugeborenen-Hörscreening geringer
81 ist.

82 Zur Diagnose erworbener Hörstörungen werden altersabhängig unterschiedliche Testverfah-
83 ren angewendet. Grundsätzlich werden objektive Hörprüfverfahren zur Bestimmung der fre-
84 quenzspezifischen Hörschwelle und der Art der Hörstörung (z. B. Impedanzaudiometrie mit
85 Tympanometrie und Stapediusreflexschwellenmessung, Registrierung otoakustischer Emis-
86 sionen (OAE) und akustisch evozierter Potentiale (AEP), insbesondere früher AEP (auditory
87 evoked response audiometry, BERA) und auditory steady state responses (ASSR)) sowie
88 subjektive Verfahren (z. B. Reflexaudiometrie, Verhaltens- und Beobachtungsaudiometrie,
89 visuelle Verstärkungsaudiometrie, Tonschwellenaudiometrie, Stimmgabelversuche) kombi-
90 niert.

91
92 Erworbene persistierende Hörstörungen werden i. d. R. wie angeborene Hörstörungen be-
93 handelt. Die Behandlung erfolgt durch hörverbessernde Operationen, besonders bei Mittel-
94 ohrbelüftungsstörungen mit Sekretbildung und chronischen Otitiden, bzw. durch eine Versor-
95 gung mit Hörgeräten und Hörimplantaten (aktive Mittelohrimplantate, knochenverankerte
96 Hörgeräte, Knochenleitungsimplantate, Cochlea-Implantate, elektrisch-akustische Stimulati-
97 on). Als begleitende Maßnahmen werden Hör-Sprach-Frühförderung, (sonder-)pädagogische
98 Förderung, Sprachtherapie (Laut- und/oder Gebärdensprache) sowie Beratung und Unter-
99 stützung der betroffenen Familien eingesetzt.

100 **3. Sektorübergreifende einheitliche Bewertung des Nutzens**

101 **3.1 Informationsgewinnung**

102

103 Die Informationsgewinnung des G-BA nach § 91 SGB V zielt bei der Vorbereitung dieses
104 Beratungsthemas auf eine Feststellung des derzeit verfügbaren medizinisch-
105 wissenschaftlichen Wissensstandes zum Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern
106 bis Vollendung des 6. Lebensjahres ab.

107 Die Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit ei-
108 nes Screenings auf erworbene Hörstörungen berücksichtigt die Auswertung der beim G-BA
109 anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-
110 Richtlinien“ eingegangenen Stellungnahmen einschließlich der dort benannten Literatur und
111 der Stellungnahmen, die vor der abschließenden Entscheidung des G-BA eingeholt wurden.

112 Über die hiermit gewonnenen Hinweise auf aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen
113 hinaus führt der G-BA nach § 91 SGB V eine umfassende aktuelle systematische Literatur-
114 recherche durch.

115

116 **3.2 Stellungnahmen aus der Veröffentlichung des Beratungsthemas**

117

118 Die Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen ist Teil des umfassen-
119 den Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“. Am 23.05.2005
120 wurde dieses Beratungsthema im Bundesanzeiger veröffentlicht. Insgesamt gingen zum ge-
121 samten Beratungsthema 16 Stellungnahmen (Mitteilungen wurden ebenfalls als Stellung-
122 nahmen aufgenommen) ein. Von den 16 Stellungnahmen thematisieren zwei das Thema
123 Screening auf erworbene Hörstörungen: die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendme-
124 dizin e. V. (DAKJ) und der Deutsche Schwerhörigenbund e. V. (siehe Synopse im Anhang)
125 Die in den Stellungnahmen zitierte Literatur ist in Anhang 8.1.2.3 aufgeführt.

126

127 Von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. wurde zur Früherken-
128 nung von erworbenen Hörstörungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen eine
129 Stellungnahme eingereicht. Hier wird ausgeführt, dass erworbene Formen von Hörstörungen
130 überwiegend aufgrund von Mittelohrentzündungen mit Sekretbildung entstehen. Bei ca. 10 %
131 aller Kinder zwischen eins und sechs Jahren besteht ein Hörverlust besonders im Bereich
132 der unteren Frequenzen aufgrund einer chronischen Otitis mit Sero- oder Mukotympanon. In
133 den vergangenen 20 Jahren konnte in mehreren Ländern eine deutliche Zunahme der Prä-
134 valenz festgestellt werden, was u.a. mit häufigeren Allergien und der Betreuung der Kinder in
135 Krippen, Horten und anderen Ganztageseinrichtungen zusammenhängt. Weiterhin besteht
136 ein signifikanter Zusammenhang zwischen Hörstörungen und Sprachentwicklungsstörungen,
137 Einengung der oberen Luftwege insbesondere während des Schlafes mit sekundären
138 Schlafstörungen, vermehrter Unruhe während des Tages und Aufmerksamkeitsstörungen.
139 Akute Mittelohrentzündungen sind die zweithäufigste Diagnose aller pädiatrischen Konsulta-
140 tionen und verursachen vor allem durch die Verordnung von Antibiotika und die Indikations-
141 stellung zu Operationen (Adenotomie, Tonsillektomie, Parazentese, Einlegen eines Tuben-
142 röhrenchens) erhebliche Kosten, die in der Literatur zum Teil sehr kritisch bewertet werden. Bis
143 zum 16. Lebensjahr werden bei ca. 4 % aller Kinder und Jugendlichen sensori-neurale Hör-
144 störungen diagnostiziert. Ursächlich werden hierfür vor allem Lärmtraumen verantwortlich
145 gemacht, aber auch eine Vielzahl anderer Ursachen muss berücksichtigt werden.

146 Die Früherkennung soll sich auf einen Hörverlust durch Schalleitungsstörung, z. B. bei chro-
147 nischer Otitis media mit Sekretbildung (ICD H 65.3) oder Schallempfindungsstörung (H 90.0
148 – H 90.8) beziehen. Vor- oder Frühstadien für eine bleibende Schalleitungsstörung sind re-

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

149 zidivierende, u. U. klinisch inapparent verlaufende Otitiden mit Sekretbildung, die durch Oto-
150 skopie und Tympanometrie erfassbar sind. Darüber hinaus ist jede Form einer Schallempfin-
151 dungsstörung im Kindesalter möglichst frühzeitig zu erfassen, um bleibende Auswirkungen
152 auf Sprachentwicklung und Lernvermögen zu verhindern.

153 Wenn vorübergehend Hörstörungen im Rahmen akuter Infektionen nicht berücksichtigt wer-
154 den, kann in Deutschland von einer Prävalenz von ca. 10 % leichterer Hörstörungen ausge-
155 gangen werden. Höhergradige Hörstörungen bzw. Taubheit, die nicht in der Neugeborenen-
156 zeit diagnostiziert wurde, werden bei 0,1 bis 0,5 % vermutet.

157 Es wird empfohlen, dass vom Ende des ersten Lebensjahres an im Rahmen jeder Früher-
158 kennungsuntersuchung eine Otoskopie stattfinden soll, ab dem Ende des zweiten Lebens-
159 jahres kann in der Regel eine Tympanometrie durchgeführt werden, ab dem vierten Lebens-
160 jahr eine subjektive Audiometrie. Zusammen mit einer adäquaten Anamneseerhebung und
161 einer klinischen Untersuchung (Racheninspektion) können mit einer Sensitivität von über
162 80 % die genannten Veränderungen festgestellt werden. Bei auffälligem Befund ist eine Be-
163 stätigung durch einen Facharzt für HNO-Erkrankungen notwendig.

164 Auch der Deutsche Schwerhörigenbund e. V. empfiehlt, dass neben einem Neugeborenen-
165 Hörscreeing bei allen pflichtmäßigen Grunduntersuchungen bei Kleinkindern Untersuchun-
166 gen auf Hörschäden durchgeführt werden. Bei der Einschulung soll ebenfalls auf Hörstörun-
167 gen untersucht werden.

168

169 **3.3 Literaturrecherche**

170

171 Im Folgenden wird die Literaturrecherche zum Screening auf erworbene Hörstörungen bei
172 Vorschulkindern (2. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres) dargestellt:

173 Die Suche nach thematisch relevanten wissenschaftlichen Veröffentlichungen begann mit
174 der Erstellung einer Recherchestrategie nach Primärstudien zum Thema Screening auf er-
175 worbene Hörstörung sowie Otitis media mit Erguss und wurde im April 2008 mit der zeitlichen
176 Einschränkung auf das Veröffentlichungsjahr ab 1990 und der Einschränkung auf Vorschul-
177 kinder (2. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres) durchgeführt in den Daten-
178 banken MEDLINE, EMBASE, BIOSIS, SciSearch und Current Contents Medizin (CCMed). Die
179 TG Kinder hat am 12.03.2008 die Ätiologie erworbener Hörstörungen (antibiotische Thera-
180 pie, Otitis media mit Erguss) beraten, sowie eine genaue Fragestellung und entsprechende
181 Recherchestrategie zum Thema erarbeitet.

182

183 Fragestellungen der Recherche:

184 1. Wie hoch ist die Prävalenz/ Inzidenz von Hörstörungen bei Vorschulkindern, wenn
185 vorher ein Neugeborenen-Hörscreeing flächendeckend durchgeführt wurde?

186 2. Welche Empfehlungen (Leitlinien) geben andere Länder bei etabliertem Neugebore-
187 nen-Hörscreeing?

188 3. Welche Effekte hat ein Screening auf Otitis media mit Erguss?

189 4. Welche Effekte hat eine routinemäßige Durchführung einer Tympanometrie bzw. Au-
190 diometrie / Spielaudiometrie / Elternanamnese?

191 5. Welches ist der optimale Untersuchungszeitpunkt/-zeitraum (2-4 Jahre vs. >4 Jahre)?
192 Sind Wiederholungsuntersuchungen notwendig, und, wenn ja, wann?
193

194 Die Abteilung Fachberatung Medizin hat eine Recherchestrategie zu den Fragen Nr.
195 1+2+4+5 erstellt. Für die Frage Nr. 3 hat die Fachabteilung eine evidenzoffene Recherche
196 durchführt. Es wurde zunächst nicht nach Studien zur Diagnosegüte gesucht; patientenrele-

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

197 vante Endpunkte wie z. B. die Sprachentwicklung wurden einbezogen. Als Recherchezeit-
198 raum wird 1990-2008 festgelegt. Mittels dieser systematischen Recherche wurden 218 Do-
199 kumente identifiziert. Das Ergebnis der Literaturrecherche wurde um die 12 in den Stellung-
200 nahmen zitierten Publikationen erweitert. Eine Publikation aus den Stellungnahmen war be-
201 reits über die systematische Recherche identifiziert und eingeschlossen worden. Basierend
202 auf den Verfahrensabläufen des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde die Liste der
203 identifizierten Publikationen in einem zweistufigen Screeningprozess anhand der Abstracts
204 und Volltexte jeweils von 2 Mitgliedern der AG gesichtet. Die eingeschlossenen Publikatio-
205 nen wurden einer Langauswertung zugeführt, die ausgeschlossenen Publikationen wurden
206 unter Angabe des Ausschlussgrundes unter Anhang 8.1.3 dargestellt. Insgesamt wurden
207 daher 53 Dokumente als Volltexte gesichtet. Davon wurden 4 Studien eingeschlossen und
208 ausgewertet.

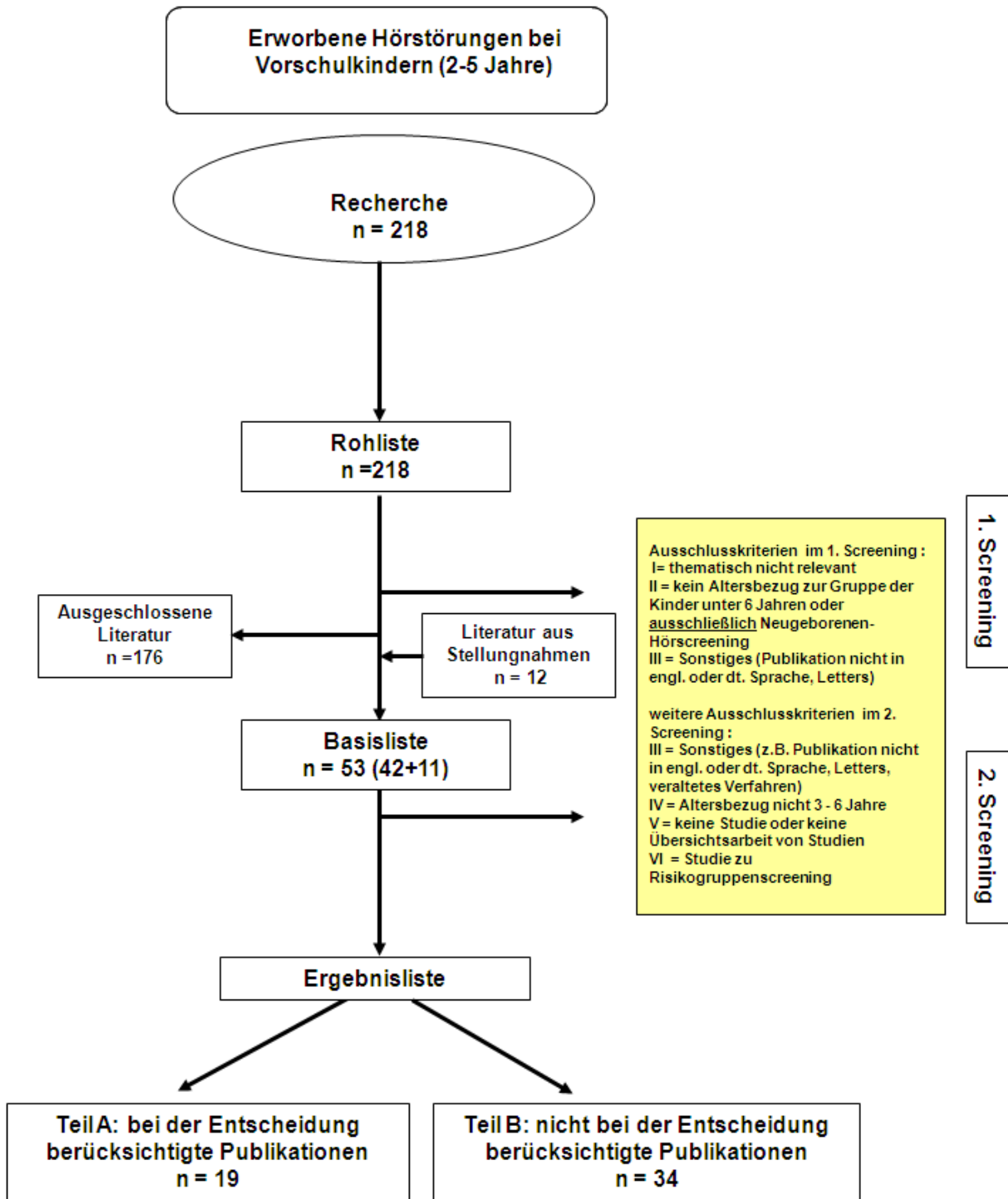
209 Die genaue Recherchestrategie ist in Anhang 8.1.1 beigefügt.

210

211 Eine Übersicht zum Bewertungsverlauf findet sich in nachfolgender Abbildung.

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT



212

213 Abbildung 1 Gesamtübersicht der Literaturrecherche.

214 Anmerkung zur Basisliste: Die Studie Weichbold et. al wurde durch eigene Recherche sowie
 215 durch die Literatur der Stellungnehmer identifiziert, daher werden 42 + 11 Publikationen in
 216 die Basisliste eingeschlossen, statt der 12 Publikationen der dem Stellungnahmeverfahren.

217

218 **3.4 Relevante Studien und Informationssynthesen**

219 Nach Abschluss der Literaturrecherche konnten für die Fragestellung zum Screening auf
220 erworbene Hörstörungen bei Vorschulkindern 4 Publikationen als relevant eingeschlossen
221 werden.

222

223 **3.5 Bewertung der relevanten Studien und Informationssynthesen**

224 **Bamford J, Fortnum H, Bristow K, Smith J, Vamvakas G, Davies L, Taylor R, Watkin P,**
225 **Fonseca S, Davis A, Hind S.** Current practice, accuracy, effectiveness and cost-
226 effectiveness of the school entry hearing screen. Health Technol Assess 2007; 11 (32):1-iv.

227 Der HTA aus Großbritannien befasst sich mit dem Hörscreening bei Kindern zu Schulbeginn
228 (School entry hearing screen = SES). Neben einer Analyse der aktuellen Praxis des
229 Hörscreenings in Großbritannien umfasst der HTA einen systematischen Review und eine
230 Kosten-Effektivitätsanalyse. Außerdem wird der potentielle Einfluss des Neugeborenen-
231 hörscreening auf das SES diskutiert. Es wurde ein Vergleich von Kohorten mit unterschiedli-
232 chen Screeningstrategien (ohne Neugeborenenhörscreening, Risikogruppenscreening, uni-
233 verselles Neugeborenenhörscreening) durchgeführt. In diesem Zusammenhang werden Anga-
234 ben zur Prävalenz von beidseitigen permanenten Hörstörungen > 40dB gemacht: 1,27/1.000
235 (95 %-KI: 1,03; 1,49) sind angeborene Hörstörungen (davon 18 % mit progredienten Ver-
236 lauf), 0,22/1.000 (95 %-KI: 0,13; 0,32) sind erworben bzw. haben sich erst später entwickelt.
237 Der Vergleich der unterschiedlichen Screeningstrategien zeigt, dass in der Kohorte mit univer-
238 sellem Neugeborenenhörscreening insbesondere schwerwiegende Hörstörungen deutlich
239 früher diagnostiziert werden. Der systematische Review konnte keine Studien identifizieren,
240 die zuverlässige Aussagen über die Effektivität eines Screenings bei Kindern im Vorschulalter
241 zulassen. Die meisten Studien befassten sich mit der Testgüte und Durchführung unter-
242 schiedlicher Hörtests bzw. Testkombinationen. Die Studien verwenden unterschiedliche Fall-
243 definitionen/ Schwellenwerte. Als Referenztest wurde häufig „pure tone audiometric testing“
244 eingesetzt. Unter der Annahme, dass das aktuelle Verfahren des universellen SES £ 10 pro
245 Kind kostest (kein Screening unter 1£) und mit höheren QALYs verbunden ist (0,983 versus
246 0,979), müssten gemäß der durchgeführten Kosten-Effektivitätsanalyse 2.445 £ aufgewandt
247 werden, um 1 QALY mehr zu erhalten. Allerdings räumen die Autoren auch ein, dass diese
248 Analysen aufgrund der schlechten Datenlage nur explorativen Charakter haben.

249

250 **Weichbold V., Rohrer, M. et al.:** Hörscreening an Kindergärten: Ergebnisse einer Evaluie-
251 rungsstudie. Wiener Klinische Wochenschrift 2004; 116/14: 478-483

252 Die Autoren sehen trotz eines etablierten Neugeborenen-Hörscreenings die Notwendigkeit,
253 Kinder vor Schuleintritt nochmals auf Hörstörungen zu screenen. 4 % der 3- bis 5jährigen in
254 einer Kinderkrippe weisen einen therapiebedürftigen Befund auf. Das Screening wurde mit-
255 tels eines Audiometers (verschiedene Frequenzen) mit einer Hörschwelle von 20dB beidseits
256 durchgeführt. Wenn das Kind auf mindestens eine Frequenz keine Antwort gab, galt das
257 Testergebnis als auffällig. Nur 56 % der auffälligen Kinder wurden HNO-ärztlich abgeklärt.
258 Bei 64 % bestätigte sich der Screeningbefund.

259

260 **Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, Lieber-**
261 **thal AS, Mahoney M, Wahl RA, Woods CR, Jr., Yawn B.** Clinical practice guideline: Otitis
262 media with effusion. Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 130 (5 Suppl): S95-118.

263 Die evidenzbasierte Leitlinie zur Diagnostik, Überwachung und zum Management von Er-
264 krankungen an Otitis media mit Erguss (OME) bei Kindern empfiehlt kein populationsbasier-
265 tes Screening auf OME bei Kindern ohne Symptome wegen des Überwiegens von Nachtei-
266 len und fehlenden Studien, die einen Nutzen des Screenings nachweisen (RCT, Kohorten-
267 studien).

268

269 **Butler CC, MacMillan H.** Does early detection of otitis media with effusion prevent delayed
270 language development? Arch Dis Child 2001; 85 (2): 96-103.

271 Es wird der Frage nachgegangen, ob eine frühe Erkennung von nicht symptomatischen Kin-
272 dern, die eine Otitis media mit Erguss haben, eine verspätete Sprachentwicklung vermeidet.
273 Es konnte für den Gesamtpfad (Früherkennung von OME bis zur Prävention von Sprachent-
274 wicklungsverzögerung) kein valider RCT eingeschlossen werden (s. Figur 1), in denen eine
275 Gruppe gescreent wurde und bei Auffälligkeit behandelt und eine Vergleichsgruppe keinem
276 Screening unterzogen wurde. Ein RCT untersuchte den Einfluss einer Screeninguntersuchung
277 bei 2-jährigen Kindern und lud Kinder mit persistierenden Mittelohrergüssen zur Teil-
278 nahme ein. Wegen zu kleiner Fallzahl fehlte es der Studie an statistischer Stärke (Power) für
279 einen klinisch bedeutsamen Effekt. Der Review wertet im zweiten Schritt die Frage aus, ob
280 es ein geeignetes Instrument zur frühen Entdeckung von Mittelohrentzündungen mit Erguss
281 gibt:

- 282 • Hörtest: Testung von Hördefiziten: Audiogramme seien nicht für unter 4-jährige Kin-
283 der geeignet und zu teuer, während Distractionstests nicht genügend sensitiv seien.
- 284 • Tympanometrie: Abhängig von der Wahl des „Goldstandards“ werden Sensitivitäten
285 und Spezifitäten berichtet. Da nicht alle Kinder mit Ergüssen einen Hörverlust hätten,
286 sei dies Instrument nur ein Surrogatinstrument. Der positiv prädiktive Wert würde für
287 einen Hörverlust ab 25 dB von 49 % bis 66 % rangieren.
- 288 • akustische Reflektometrie: Sensitivitäten und Spezifitäten würden breit variieren.
289 Neuere Instrumente erreichten nahezu die Werte von Tympanometern.
- 290 • pneumatische Otoskopie: Ein Review von fünf Studien hätte bei Personen, die zum
291 Operationszeitpunkt einen Erguss gehabt hätten, mittlere Sensitivitäten und Spezifitäten
292 von 89 % und 80 % ergeben. Im Vergleich mit der Tympanometrie wäre die Sen-
293 sitivität und Spezifität 76 % bzw. 87 % bei einer OME-Prävalenzrate von 31 %.

294
295 Es wird festgestellt, dass eine Kombination der drei Instrumente hohe Sensitivitäten und
296 Spezifitäten vorweisen würden, aber dass dieser Ansatz kostenintensiv und für den Ge-
297 brauch in der Praxis noch nicht getestet worden sei. Wegen der rekurrierenden und fluktuie-
298 renden Natur der Mittelohrentzündungen berechnete nur die Langzeit-Mittelohrentzündung
299 (long term OME) eine Behandlung, deshalb würde jedes Messinstrument, nur singular an-
300 gewendet, bei einer relevanten chronisch behandlungsbedürftigen OME durchfallen. Es wür-
301 de nötig sein, bei Kindern mit positiven Testergebnissen einen ganzen Beobachtungszeit-
302 raum mit wiederholten Tests anzuschließen. In dem Review werden verschiedene Therapie-
303 optionen dargestellt. Hinsichtlich sprachrelevanter Outcomes gibt es keine zuverlässigen
304 Aussagen. Ein RCT mit cross-over Design der Gruppen weist bei Kindern mit bilateraler
305 OME von mindestens 3 Monaten Dauer neun Monate nach Randomisierung nach einer
306 Röhrenimplantation (ventilation tubes) einen signifikanten Vorteil von 3,24 Monaten beim
307 Sprachverständnis und der expressiven Sprachkenntnisse gegenüber der bis dahin nicht
308 operierten Vergleichsgruppe auf. 18 Monate nach Randomisierung waren 85 % der Ver-
309 gleichsgruppe ebenfalls operiert, es wurden keine signifikanten Unterschiede mehr gefun-
310 den. 5 weitere kontrollierte Kohortenstudien mit kleineren Gruppengrößen wiesen wider-
311 sprüchliche Effekte aus. 13 Studien wurden für die Frage zugelassen, ob OME Einfluss auf
312 eine verzögerte Entwicklung (developmental delay) hat. 8 Studien weisen signifikante Unter-
313 schiede oder in Teilanalysen signifikante Unterschiede in der Entwicklung nach, während 5
314 Studien keine statistische Signifikanz nachwiesen. Methodologische Schwächen in diesen
315 Studien werden erwähnt, z.B. dass davon ausgegangen wird, dass ein Erguss im Mittelohr
316 zwingend einen signifikanten Hörverlust nach sich zieht, (welches nicht immer zutrifft).

317 Die Autoren des Reviews kommen zu dem Fazit, die Evidenzlage reiche nicht aus, um Emp-
318 fehlungen für oder gegen den Gebrauch von Tympanometrie, akustischer Reflektometrie und
319 pneumatischer Otoskopie in der Bevölkerung zur früheren Identifikation von bis zu 4-jährigen
320 Kindern mit OME geben zu können. Die Evidenzlage reiche nicht aus, die Früherkennung
321 von OME bei unter 4-jährigen Kindern zu empfehlen, um verzögerte Sprachentwicklungen zu

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

322 verhindern. Dieses Fazit stimme mit dem „Canadian Task Force on Preventive Health Care“
323 und dem “New Zealand Health Technology Assessment Clearing House” überein. Das “US
324 Agency for Health Care and Policy Research Expert Panel” hätte keine Empfehlung zum
325 frühen Aufspüren von OME bei Kindern gemacht. Der Report für das „United Kingdom De-
326 partment of Health“ sprach sich gegen eine Ausweitung des bestehenden Vorschulscree-
327 nings aus. Zur zukünftigen Forschung wurde angemerkt, dass der Nachweis, dass OME kli-
328 nisch bedeutsame Sprach- und Entwicklungsmängel nach sich zieht, notwendig ist. Erst
329 dann sei die Planung eines teuren RCTs, in dem eine Kinderpopulation einem Screening
330 unterzogen werden würde, sinnvoll.

331

332 Nach Auswertung der eingeschlossenen Studien ergeben sich folgende Ergebnisse:

333 1. Wie hoch ist die Prävalenz/Inzidenz von Hörstörungen bei Vorschulkindern, wenn
334 vorher ein Neugeborenen-Hörscreening flächendeckend durchgeführt wurde?

335

336 Der potentielle Nutzen eines post-neonatalen Hörscreenings kann anhand des soge-
337 nannten *incremental yield* geschätzt werden. Dieser würde hier den Anteil kindlicher
338 Hörstörungen beziffern, die durch ein zweites Hörscreening zu identifizieren übrig
339 blieben nach der schrittweisen Identifikation von Fällen durch ein Neugeborenen-
340 Hörscreening, zwischenzeitliche Routinekontrollen oder durch Untersuchungen, aus-
341 gelöst durch einen Verdacht von Eltern, Bezugspersonen oder Medizinern. In der bri-
342 tischen Kohortenstudie (Bamford et al. 2007) wurde dieser *yield* für ein post-
343 neonatales Hörscreening auf 0,34 Fälle mit permanenten bi- oder unilaterale Hörstö-
344 rungen (> 20 dB) pro 1000 untersuchte Kinder beziffert. Ohne Neugeborenen-
345 Hörscreening war der *yield* 1,11/1000.

346 In der Studie von Weichbold et. al. 2004 weisen nach Einführung eines allgemeinen
347 Neugeborenen-Hörscreening 4 % der untersuchten Kindergartenkinder im Alter von 3
348 – 5 einen therapiebedürftigen Befund auf.

349

350 2. Welche Empfehlungen (Leitlinien) geben andere Länder bei etabliertem Neugebore-
351 nen-Hörscreening?

352 Es wurde eine evidenzbasierte Leitlinie zur Diagnostik, Überwachung und zum Ma-
353 nagement von Erkrankungen an Otitis media mit Erguss (OME) bei Kindern identifi-
354 ziert. Diese empfiehlt kein populationsbasiertes Screening auf OME bei Kindern ohne
355 Symptome wegen des Überwiegens von Nachteilen und fehlenden Studien, die einen
356 Nutzen des Screenings nachweisen (RCT, Kohortenstudien). Der Review von Butler
357 und MacMillen kommen zu einer ähnlichen Empfehlung.

358

359 In Großbritannien wird die Fortführung des Schuleingangsscreenings (SES) mittels
360 Audiometrie empfohlen.

361

362 3. Welche Effekte hat ein Screening auf Otitis media mit Erguss?

363 Siehe Frage 2

364

365 4. Welche Effekte hat eine routinemäßige Durchführung einer Tympanometrie bzw. Au-
366 diometrie / Spielaudiometrie / Elternanamnese?

367 Siehe Frage 1.

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

368 5. Welches ist der optimale Untersuchungszeitpunkt/-zeitraum (2-4 Jahre vs. >4 Jahre)?
369 Sind Wiederholungsuntersuchungen notwendig, und, wenn ja, wann?
370

371 Aussagen zum optimalen Untersuchungszeitpunkt sind nicht möglich. In den Studien wurden
372 Vorschulkinder (5 – 6 Jahre) bzw. Kinder im Alter von 3 – 5 Jahre mittels Audiometrie unter-
373 sucht.
374

375 Ein Screening auf erworbene Hörstörungen wäre potentiell sinnvoll, wenn Kindern mit erwor-
376 benen oder angeborenen progressiven oder *late-onset*-Hörstörungen frühzeitig entdeckt und
377 Entwicklungsbeeinträchtigungen durch eine frühe Behandlung verhindert werden könnten.
378 Anhand der ausgewerteten Studien sind keine Aussagen zum Nutzen eines Screenings auf
379 erworbenen Hörstörungen möglich. Allerdings zeigt die Kohortenstudie von Bamford et al.,
380 dass auch nach Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings eine Audiometrie bei Kin-
381 dern im Alter von 5 – 6 Jahren einen sogenannten yield von 0,34/1000 ergibt, d. h. bei einer
382 Untersuchung von 10.000 Kinder werden 3 – 4 Kinder mit bi- oder unilateralen permanenten
383 Hörstörungen (> 20 dB) identifiziert.
384

385 **4. Sektorübergreifend einheitliche Bewertung der medizinischen Not-** 386 **wendigkeit**

387 Der potentielle Nutzen eines post-neonatalen Hörscreenings kann anhand des sogenannten
388 incremental yield geschätzt werden. Dieser würde den Anteil kindlicher Hörstörungen bezif-
389 fern, der nach der schrittweisen Identifikation von Fällen durch ein Neugeborenen-
390 Hörscreening, zwischenzeitliche Routinekontrollen oder durch Untersuchungen, ausgelöst
391 durch einen Verdacht von Eltern, Bezugspersonen oder Medizinern durch ein zweites
392 Hörscreening identifiziert würden. In der britischen Kohortenstudie (Bamford et al. 2007)
393 wurde dieser yield für ein post-neonatales Hörscreening auf 0,34 Fälle mit permanenten bi-
394 oder unilaterale Hörstörungen (> 20 dB) pro 1000 untersuchte Kinder beziffert. Es ist daher
395 davon auszugehen, dass es auch in Deutschland eine relevante Anzahl von Hörstörungen
396 gibt, die erst nach der Geburt auftreten und mit einem späteren Hörscreening noch erfasst
397 werden könnten. Bei einer Geburtskohorte von 700.000 Kindern wären das in Deutschland
398 bei einem yield von 0,34/ 1000 ca. 238 Fälle, die durch ein späteres Hörscreening noch ent-
399 deckt werden. Ebenso kann angenommen werden, dass sich insbesondere beidseitige per-
400 manente Hörstörungen von mindestens 40 dB Hörverlust auf die Entwicklung des Kindes
401 auswirken können. Ob ein geringgradiger Hörverlust die Entwicklung des Kindes beeinträch-
402 tigt ist unklar. Erworbene Hörstörungen können u. a. mit hörverbessernden Operationen,
403 Hörgeräten, Cochlea-Implantaten und weiteren Hörimplantaten, und begleitenden Förder-
404 maßnahmen und/ oder einer gebärdensprachlichen Förderung behandelt bzw. rehabilitiert
405 werden, so dass Entwicklungsbeeinträchtigungen verhindert werden können.
406

407 Anhand der ausgewerteten Studien sind keine Aussagen zum Nutzen eines Screenings auf
408 erworbenen Hörstörungen möglich. Allerdings zeigt die Kohortenstudie von Bamford et al.,
409 dass auch nach Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings eine Audiometrie bei Kin-
410 dern im Alter von 5 – 6 Jahren einen sogenannten yield von 0,34/1000 ergibt, d. h. bei einer
411 Untersuchung von 10.000 Kinder werden 3 – 4 Kinder mit bi- oder unilateralen permanenten
412 Hörstörungen (> 20 dB) identifiziert.

413 Zusammenfassend kann daraus die Empfehlung abgeleitet werden , dass auch nach Einfüh-
414 rung des Neugeborenen-Hörscreenings weiterhin die Notwendigkeit für einen Hörtest bei
415 älteren Kinder besteht.

416

417 **5. Wirtschaftlichkeit**

418
419 Zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 10 der VerfO des G-BA müssen die Kosten
420 der Versorgungsstrategien mit und ohne Screening auf erworbene Hörstörungen mit den
421 jeweiligen Auswirkungen verglichen werden. Der Nutzen einer Versorgungsstrategie mit
422 Screening auf erworbene Hörstörungen kann derzeit nicht zuverlässig bewertet werden. Vor
423 diesem Hintergrund ist eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht
424 möglich.
425

426 **6. Stellungnahmen nach Abschluss des Beratungsverfahrens**

427

428 **7. Zusammenfassung**

429

430 Es ist Ziel eines Screenings auf erworbene Hörstörungen, die nach der Geburt auftretenden
431 Hörstörungen früh zu diagnostizieren und zu behandeln, damit Entwicklungsbeeinträchtigun-
432 gen vermieden werden. Es gibt derzeit keine Studien, die den Nutzen eines Screenings auf
433 erworbene Hörstörungen belegen. Dieses Ergebnis wird durch die identifizierten Übersichts-
434 arbeiten und evidenzbasierte Leitlinie bestätigt. Daraus kann nicht geschlossen werden,
435 dass es keinen Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen im Vorschulalter gibt.
436 Es wurden auch keine Studien gefunden die Aussagen zum Schadenspotential eines Scree-
437 nings machen. In den zwei Publikationen zum populationsbasierten Screening auf Otitis me-
438 dia mit Erguss wird aufgrund der Datenlage die Einführung eines Screening explizit nicht
439 empfohlen. Bamford et al. haben sich primär mit der Frage beschäftigt, ob ein bereits beste-
440 hendes Screening auf Hörstörungen vor Schulbeginn auch nach Einführung des Neugebo-
441 renen-Hörscreenings fortgeführt werden soll. Da auch nach der Einführung des Neugeborenen-
442 Hörscreenings noch eine relevante Anzahl von Hörstörungen entdeckt wurde, wird die Fort-
443 setzung des Screenings mittels Audiometrie empfohlen. Die Autoren des HTA weisen auch
444 darauf hin, dass im Zeitverlauf die Prävalenz von erworbenen Hörstörungen rückläufig war.
445 Dies kann nicht durch die Einführung eines universellen Neugeborenen-Hörscreenings er-
446 klärt werden. Möglicherweise ist dies die Folge von Impfungen, da so permanente Hörstö-
447 rungen nach Infektionskrankheiten (Masern, Mumps) vermieden werden, oder auch verbes-
448 sserter und konsequenterer frühzeitiger medikamentöser und chirurgischer Behandlungen von
449 Otitiden.

450 Zusammenfassend kann daraus die Empfehlung abgeleitet werden, dass auch nach Einfüh-
451 rung des Neugeborenen-Hörscreenings weiterhin die Notwendigkeit für einen Hörtest bei
452 älteren Kinder besteht. Es wird empfohlen im Rahmen der Überarbeitung der einzelnen U's
453 zu prüfen inwieweit eine Anpassung der bereits bei U2 bis zur U9 vorgesehenen Untersu-
454 chung der Sinnesorgane erforderlich ist.

455

456

457 **8. Anhang**

458

459 **8.1 Wesentliche Inhalte der Stellungnahmen zum Thema Screening auf erworbene** 460 **Hörstörungen bei Vorschulkindern.**

461

462 Zwei Stellungnahmen zu der Überarbeitung der Kinder-Richtlinien thematisieren (Nr. 1 Deut-
463 scher Schwerhörigenbund e. V. und Nr. 7 Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedi-
464 zin e. V.) das Thema Screening auf erworbene Hörstörungen. Die Stellungnahme des Deut-
465 schen Schwerhörigenbundes e. V. bezieht sich sowohl auf das Neugeborenen-Hörscreening
466 als auch auf erworbene Hörstörungen.

467 Nach der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens wurde eine Recherche und Aufarbei-
468 tung der wissenschaftlichen Literatur vorgenommen und das Screening auf erworbene Hör-
469 störungen bei Vorschulkindern in den zuständigen Gremien des G-BA nach § 91 SGB V be-
470 raten. Alle erforderlichen Unterlagen wie Stellungnahmen und Literatur standen den Mitglie-
471 dern zur Verfügung. So hatten alle Mitglieder jederzeit Zugriff auf die Beratungsunterlagen.

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Tabelle 2

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise
1. Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)	DSB	<ul style="list-style-type: none"> Ergänzend zum Neugeborenen-Hörscreening sollen sich die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auch auf die verschiedenen Formen von Schwerhörigkeit, die erst im Kleinkindalter auftreten, beziehen. 19 % der deutschen Bevölkerung <u>über 14 Jahre</u> hat eine Hörbeeinträchtigung 	W. Sohn, 2001
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> Die Früherkennung sollte sich auf chron. Otitis media mit Sekretbildung (ICD H 65.3); und Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörungen (H 90.0 – H 90.8) beziehen. 10 % der Kinder zwischen 1 und 6 Jahren haben aufgrund einer chronischen Otitis mit Sero- oder Mukotympanon einen Hörverlust Es wird vermutet, dass es ca. 0,1 bis 0,5 % höhergradige Hörstörungen gibt, die nicht in der Neugeborenenzeit diagnostiziert wurden. In den vergangenen 20 Jahren konnte in mehreren Ländern eine deutliche Zunahme der Prävalenz der chronischen Otitis media festgestellt werden, was u.a. mit häufigeren Allergien und der Betreuung der Kinder in Krippen, Horten und anderen Ganztageseinrichtungen zusammenhängen könnte. 	
2. Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?	DSB	<ul style="list-style-type: none"> Wesentlich ist eine möglichst frühe Erkennung einer Hörschädigung. Etwa im 2. Lebensjahr sind die Hörbahnen ausgereift, bis dahin sollte eine med. oder technische Versorgung bzw. Frühförderung beginnen. 	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Kontrolluntersuchungen Sanierung der Umgebung (Rauchen) ausreichende Flüssigkeitszufuhr ggf. anti-inflammatorische Maßnahmen Antibiotika Operation 	

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise
3. Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?	DSB	Eine Hochgradig Hörschädigung wird in Deutschland im Alter von 1½ bis 2 Jahren erkannt, mittelgradige Hörstörung im Alter von 4 Jahren und geringgradige Hörstörung bei der Einschulung.	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • In 90 % der Fälle bildet sich bei einer chron. Otitis media mit Erguß die Sekretbildung innerhalb mehrerer Wochen zurück. • Bei einer chronischen Otitis media kann Mukotympanon, Trommelfellperforationen und chron. Mastoiditis entstehen. • Erkennung einer relevanten Schalleitungsstörung bzw. Schallempfindungsstörung im Kindesalter ist in Deutschland unbefriedigend. 	
4. Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?	DSB	Eine verspätet erkannte Hörschädigung hat schwerwiegende Folgen für die geistige, psychosomatische, emotionale und sprachliche Entwicklung.	
	DAKJ	Frühzeitige Therapie erforderlich um bleibende Auswirkungen auf Sprachentwicklung und Lernvermögen zu verhindern. (siehe Antwort auf Frage 5)	
5. Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?	DSB	Optimale sprachliche und geistige Entwicklung der hörgeschädigten Kinder, damit eine gesellschaftliche Integration gewährleistet werden kann.	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • frühe Entdeckung von Veränderungen im Bereich des Mittelohrs und Schallempfindungsstörungen 	
Vor- oder Frühstadien sollen durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sein.			
6. Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?	DSB	Neugeborenenhörscreening und weitere Regeluntersuchung im Kleinkindalter	
	DAKJ	Vor- und Frühstadien sind rezidivierende u.U. klinisch inapparent verlaufende Otitiden mit Sekretbildung, die durch Otoskopie und Tympanometrie erfassbar	

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise
		sind.	
7. Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/ Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.	DSB	Verweis auf die Stellungnahme von Prof. Kruse, 30.03.2005 zum Thema "Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen"	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • Ab Ende 1. LJ. bei jeder Früherkennungsuntersuchung: Otoskopie • Ab 2. Lj. Tympanometrie • Ab 4. Lj. subjektive Audiometrie • Durch eine adäquate Anamneseerhebung und einer klinischen Untersuchung (Racheninspektion) können mit einer Sensitivität von über 80 % entsprechende Veränderung diagnostiziert werden. • bei auffälligem Befund Abklärung durch einen HNO-Arzt 	
8. Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität).	DSB	<ul style="list-style-type: none"> • bestmögliche sprachliche Entwicklung • optimale Identitätsentwicklung • mehr Lebensqualität (Selbstständigkeit) • berufliche Chancen und wirtschaftliche Unabhängigkeit 	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung bleibender Hörschäden • höhere Lebensqualität 	
9. Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?	DSB	"Keine" (Zitat)	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Hörfunktion bei Kindern ist von höherem Wert als die unkritische Verordnung von Antibiotika und die zu häufige Indikationsstellung zu Operationen (Adenoide, Trommelfell) 	

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise
Die Krankheitszeichen sollen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.			
10. Vorgehen bei auffälligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchung möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.	DSB	Verweis auf die Stellungnahme von Prof. Kruse, 30.03.2005 zum Thema "Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen"	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • auffälliges Untersuchungsergebnis bei der Tympanometrie bzw. Otoskopie ohne erkennbare klinische Auffälligkeiten → Kontrolluntersuchung innerhalb mehreren Wochen • Persistenz der Befunde bzw. entsprechende Symptomatik → HNO-Arzt (pädaudiologische Praxis) 	
11. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?	DSB	Verweis auf die Stellungnahme von Prof. Kruse, 30.03.2005 zum Thema "Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen"	
	DAKJ	Leitlinien und SN verschiedener Fachgesellschaften	
Genügend Ärzte und Einrichtungen sollen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.			
12. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?	DSB	Verweis auf die Stellungnahme von Prof. Kruse, 30.03.2005 zum Thema "Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen"	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • Primäruntersuchungen können in den Praxen der Kinder- und Jugendärzte vorgenommen werden. • Weitere Abklärungen in Spezialabteilungen und -ambulanzen 	

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise
13. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?	DSB	Verweis auf die Stellungnahme von Prof. Kruse, 30.03.2005 zum Thema "Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen"	
	DAKJ	Verweis auf Frage 12	
14. Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)?	DSB	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung auf Hörschäden bei allen pflichtmäßigen Grunduntersuchungen bei Kleinkindern • Untersuchung auf Hörschäden bei der Einschulung • Überweisung zum HNO-Arzt bei Hörverlust 	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennungsuntersuchung mit 6, 12, 24, 36, 48 und 60 Monaten. 	
Einschätzung der Wirtschaftlichkeit:			
15. Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nichtärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?	DSB	<ul style="list-style-type: none"> • Hörscreening bei Neugeborenen ist auch durch nichtärztliche Mitarbeiter durchzuführen und dauert nur wenige Minuten • Hörtest ab dem 3. oder 4. Lebensjahr sollte durch Päaudiologen durchgeführt werden und dauert ca. 15 Min. 	
	DAKJ	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung sollte durch den Arzt erfolgen und dauert wenige Minuten 	
16. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungsuntersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?	DSB	<p>Hörscreening bei Neugeborenen kostet ca. 11. Euro pro Kind</p> <p>Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anpassung von Hörgeräten • Cochlear Implantat • Sprachförderung • Hörtraining 	

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Institution	Antwort	Literaturhinweise
		<ul style="list-style-type: none"> begleitende Hilfen für Eltern 	
	DAKJ	"eine Aussage ist nicht möglich"	
17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?	DSB	"keine Bewertung möglich" (Zitat)	
	DAKJ	"eine Aussage ist nicht möglich"	
18. Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?	DSB	"Eine genaue Angabe ist nicht möglich, weil uns hierzu keine Studien bekannt sind" (Zitat)	
	DAKJ	"eine Aussage ist nicht möglich"	
Offenlegung von Interessen: Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie Angaben zu Interessen Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.	DSB	Der Deutsche Schwerhörigenbund e. V. ist die Interessenvertretung schwerhöriger und ertaubter Menschen in Deutschland. Die Vizepräsidentin Renate Welter ist selbst an Taubheit grenzend schwerhörig. Als themenbezogene Patiententreterin für Hörschädigung vertritt sie die Interessen der Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss.	
	DAKJ	Prof. Dr. med. Hans Michael Straßburg Vorstandsmitglied der DAKJ, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. sowie Mitglied der Ad-hoc Kommission Vorsorge und Früherkennungsprogramm der DAKJ	
Schlussbemerkung Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden und die Sie darstellen möchten? Bitte ergänzen Sie Ihre Stellungnahme obligat durch eine Liste der zitierten	DSB		
	DAKJ		

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fragenkatalog	Instituti- on	Antwort	Literaturhinweise
Literatur und eine Liste der Anlagen.			

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

8.1.1 Suchstrategie

In folgenden Datenbanken wurde systematisch recherchiert. Sofern Datenbanken eine tabellarische Übersicht der Recherchestrategie erlauben, ist diese unten aufgeführt.

MEDLINE (Wichtig: die Einschränkung auf Vorschulkinder sind hier 2-5 Jahre)

Expertia Medica Database (EMBASE)

BIOSIS

SciSearch

Current Contents Medizin (CCMed)

Indikationsspezifische Recherche

Datenbank: MEDLINE

Wichtig: die Einschränkung auf Vorschulkinder sind hier 2-5 Jahre

Recherchezeitraum: 1990-2008

Datum der Recherche: 07.04.2008

Tabelle 3

Suchschritt	Suchtext	Anzahl gefundener Dokumente
#1	"mass screening"[MeSH Terms]	85731
#2	"screening"[Title/Abstract]	201077
#3	#1 OR #2	239899
#4	"hearing loss"[MeSH Terms]	41016
#5	(hearing loss)	48220
#6	#4 OR #5	48220
#7	"otitis media with effusion"[MeSH Terms]	4087
#8	(otitis media) AND effusion	4903
#9	#7 OR #8	4903
#10	"antibiosis"[MeSH Terms]	1697
#11	Antibiosis	2002
#12	#10 OR #11	2002
#13	#6 OR #9 OR #12	54384
#14	#3 AND #13	2574
#15	"audiometry"[MeSH Terms]	19911
#16	Audiometry	21451
#17	acoustic impedance tests[MeSH Terms]	2516
#19	Tympanometry	3007
#20	#15 OR #16 OR #17 OR #19	23227
#21	#14 AND #20	878

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

#22	#21 Limits: Publication Date from 1990 to 2008, Humans, Preschool Child: 2-5 years	205
-----	--	-----

Datenbanken: EMBASE, BIOSIS, SciSearch, CCMed

Recherchezeitraum: 1990-2008

Datum der Recherche: 07.04.2008

Tabelle 4

Suchschritt	Suchtext	Anzahl gefundener Dokumente
#1	"mass screenings" ;"mass screening"/ (CT)	69710
#2	TI=screening OR FT=screening	922201
#3	#1 OR #2	922201
#4	"hearing loss" / (CT)	19404
#5	(hearing loss)	85938
#6	"hörstörungen"/ (CTG)	12461
#7	Hörstörung*	12699
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7	95776
#9	"otitis media with effusion"/ (CT)	5527
#10	(otitis media) AND (effusion)	11952
#11	(otitis media) AND (Erguss)	4094
#12	„otitis media mit Erguß" OR "otitis media mit Erguss"/ (CTG)	4087
#13	#9 OR #10 OR #11 OR #12	12331
#14	"antibiosis" / (CT)	1752
#15	(antibiosis) OR (Antibiose)	4693
#16	"Antibiose"/ (CTG)	1697
#17	#14 OR #15 OR #16	4693
#18	#8 OR #13 OR #17	110976
#19	#3 AND #18	7017
#20	"Audiometrie" OR "audiometry"/ (CTG; CTG D; UTG; ITG; SHG)	19911
#21	(Audiometrie) OR (audiometry)	38189
#22	(Tympanometrie) OR (tympanometry)	4985
#23	"acoustic impedance tests" / (CTG) OR "Tympanometrie" / (CTG D; UTG; ITG; SHG)	2516
#24	#20 OR #21 OR #22 OR #23	44278
#25	#19 AND #24	2004
#26	("acoustic impedance tests" / CT D; UT; IT; SH) OR ("Tympanometrie" / CTG D; UTG; ITG; SHG) AND PY=1990 to 2008 AND	1618

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	pps=Mensch	
#27	"child, preschool" / (CT) AND PY=1990 to 2008 AND pps=Mensch	356776
#28	(preschool child)	113991
#29	#27 OR #28	420811
#30	#26 AND #29	457
#31	(S=30) NOT BASE=ME60	13
#32	check duplicates: unique in s=31	13
#33	(S=32) AND PY=1990 to 2008 AND pps=Mensch	13

8.1.2 Literatur, die für den Entscheidungsprozess berücksichtigt wurde (Ergebnisliste Teil A)

Bamford J, Fortnum H, Bristow K, Smith J, Vamvakas G, Davies L, Taylor R, Watkin P, Fonseca S, Davis A, Hind S. Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen. *Health Technol Assess* 2007; 11 (32): 1-iv.

Kommentar: eingeschlossen: Auswertung

Butler CC, MacMillan H. Does early detection of otitis media with effusion prevent delayed language development? *Arch Dis Child* 2001; 85 (2): 96-103.

Kommentar: eingeschlossen: Auswertung

Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, Lieberthal AS, Mahoney M, Wahl RA, Woods CR, Jr., Yawn B. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130 (5 Suppl): S95-118.

Kommentar: eingeschlossen: Auswertung

Weichbold V, Rohrer M, Winkler C, Welzl-Müller K. Hörscreening an Kindergärten: Ergebnisse einer Evaluierungsstudie. [Hearing screening at nursery schools: results of an evaluation study]. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 116 (14): 478-83.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: eingeschlossen: Auswertung

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

8.1.3 Literatur, die für den Entscheidungsprozess nicht berücksichtigt wurde (Ergebnisliste Teil B)

Allen RL, Stuart A, Everett D, Elangovan S. Preschool hearing screening: pass/refer rates for children enrolled in a head start program in eastern North Carolina. *Am J Audiol* 2004; 13 (1): 29-38.

Kommentar: ausgeschlossen: Studie zu Risikogruppenscreening

American Academy of Family Physicians, et al. Otitis media with effusion. *Pediatrics* 2004; 113 (5): 1412-29.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien; thematisch nicht relevant

Applebaum EL. Detection of hearing loss in children. *Pediatr Ann* 1999; 28 (6): 351-6.

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Augustsson I, Engstrand I. Hearing loss as a sequel of secretory and acute otitis media as reflected by audiometric screening of Swedish conscripts. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70 (4): 703-10.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Augustsson I, Nilson C, Engstrand I. The preventive value of audiometric screening of preschool and young school-children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1990; 20 (1): 51-62.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel und schlechte Publikationsqualität)

Auinger P, Lanphear BP, Kalkwarf HJ, Mansour ME. Trends in otitis media among children in the United States. *Pediatrics* 2003; 112 (3 Pt 1): 514-20.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Beppu R, Hattori T, Yanagita N. Comparison of TEOAE with Play audiometry for screening hearing problems in children. *Auris Nasus Larynx* 1997; 24 (4): 367-71.

Kommentar: ausgeschlossen: Studie zu Risikogruppenscreening

Buttross SL, Gearhart JG, Peck JE. Early identification and management of hearing impairment. *Am Fam Physician* 1995; 51 (6): 1437-2.

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Crampton P, Nelson K, Bandaranayake D. Evaluation of an otitis media with effusion screening pilot programme. *N Z Med J* 1996; 109 (1031): 384-6.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Daly KA, Hunter LL, Levine SC, Lindgren BR, Giebink GS. Relationships between otitis media sequelae and age. *Laryngoscope* 1998; 108 (9): 1306-10.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Periphere Hörstörungen im Kindesalter - Langversion. Stand: Februar 2005. www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF, Zugriff am 22.10.2009.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Eisenberg LS, Martinez AS, Boothroyd A. Assessing auditory capabilities in young children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71 (9): 1339-50.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Flanary VA, Flanary CJ, Colombo J, Kloss D. Mass hearing screening in kindergarten students. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999; 50 (2): 93-8.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Fowler KB, Dahle AJ, Boppana SB, Pass RF. Newborn hearing screening: will children with hearing loss caused by congenital cytomegalovirus infection be missed? J Pediatr 1999; 135 (1): 60-4.

Kommentar: ausgeschlossen: Studie zu Risikogruppenscreening

Gersdorff MC. Diagnostic value of tympanometry in otitis media with effusion. Acta Otorhinolaryngol Belg 1992; 46 (4): 361-8.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie. Otitis media. www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien; thematisch nicht relevant

Grenner J, Tideholm B, Hinriksdottir I, Carlborg B. Hearing thresholds in four-year-old children with weak or no transient-evoked otoacoustic emissions. Scand Audiol 1997; 26 (2): 107-11.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Hammond PD, Gold MS, Wigg NR, Volkmer RE. Preschool hearing screening: evaluation of a parental questionnaire. J Paediatr Child Health 1997; 33 (6): 528-30.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Harries J, Williamson T. Community-based validation of the McCormick Toy Test. Br J Audiol 2000; 34 (5): 279-83.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Holtby I, Forster DP, Kumar U. Audit of clinical judgements and actions in an audiological investigation of school entrant children screened positive for hearing loss. Public Health 1998; 112 (5): 337-41.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Holtby I, Forster DP, Kumar U. Pure tone audiometry and impedance screening of school entrant children by nurses: evaluation in a practical setting. J Epidemiol Community Health 1997; 51 (6): 711-5.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Ho V, Daly KA, Hunter LL, Davey C. Otoacoustic emissions and tympanometry screening among 0-5 year olds. Laryngoscope 2002; 112 (3): 513-9.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Jacobson J, Jacobson C. Evaluation of hearing loss in infants and young children. Pediatr Ann 2004; 33 (12): 811-21.

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Kruppa B, Dieroff HG, Ising H. Sensorineurale Gehörschaden bei Schulanfängern. Ergebnisse einer repräsentativen Hörscreeninguntersuchung. [Sensorineural hearing loss in children starting school. Results of a representative hearing screening study]. HNO 1995; 43 (1): 31-4.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Lanphear BP, Byrd RS, Auinger P, Hall CB. Increasing prevalence of recurrent otitis media among children in the United States. Pediatrics 1997; 99 (3): E1.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Lous J. Secretary otitis media and phonology when starting school. Scand Audiol 1990; 19 (4): 215-22.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Merer DM, Gravel JS. Screening infants and young children for hearing loss: examination of the CAST procedure. J Am Acad Audiol 1997; 8 (4): 233-42.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, Evaluation eines Tests

Midgley EJ, Dewey C, Pryce K, Maw AR. The frequency of otitis media with effusion in British pre-school children: a guide for treatment. ALSPAC Study Team. Clin Otolaryngol Allied Sci 2000; 25 (6): 485-91.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant (nur Prävalenz vom OME)

Niskar AS, Kieszak SM, Holmes A, Esteban E, Rubin C, Brody DJ. Prevalence of hearing loss among children 6 to 19 years of age: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 1998; 279 (14): 1071-5.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant; kein Altersbezug zur Gruppe der Kinder unter 6 Jahren oder ausschließlich Neugeborenen-Hörscreening

O'Hare AE, Green D, Grigor J. Avoidable late diagnosis of significant sensorineural hearing loss: implications for practice. Br J Audiol 1998; 32 (1): 19-25.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (veraltetes Verfahren)

O'Hare AE, Grigor J, Cowan D. Screening and assessment of childhood deafness: experience from a centralized multi-disciplinary service. Child Care Health Dev 1993; 19 (4): 239-49.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (veraltetes Verfahren)

Pröschel U. Früherkennung kindlicher Hörstörungen. [Early detection of pediatric hearing loss]. Laryngorhinootologie 2000; 79 (11): 629-30.

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Psarommatis I, Valsamakis T, Raptaki M, Kontrogiani A, Douniadakis D. Audiologic evaluation of infants and preschoolers: a practical approach. American Journal of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery 2007; 28 (6): 392-6.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Ptok M, Ptok A, Zenner HP. NIH-Konsens-Konferenz zur Früherkennung der kindlichen Schwerhörigkeit. [NIH Consensus Development Conference for early identification of pediatric hearing loss]. HNO 1994; 42 (2): 82-3.

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Rapin I. Hearing disorders. Pediatr Rev 1993; 14 (2): 43-9.

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Schilder AG, Snik AF, Straatman H, van den Broek P. The effect of otitis media with effusion at preschool age on some aspects of auditory perception at school age. Ear Hear 1994; 15 (3): 224-31.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Serpanos YC, Jarmel F. Quantitative and qualitative follow-up outcomes from a preschool audiologic screening program: perspectives over a decade. Am J Audiol 2007; 16 (1): 4-12.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Sideris I, Glatcke TJ. A comparison of two methods of hearing screening in the preschool population. J Commun Disord 2006; 39 (6): 391-401.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

Silman S, Silverman CA, Arick DS. Pure-tone assessment and screening of children with middle-ear effusion. J Am Acad Audiol 1994; 5 (3): 173-82.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Silman S, Silverman CA, Arick DS. Acoustic-immittance screening for detection of middle-ear effusion in children. J Am Acad Audiol 1992; 3 (4): 262-8.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Sorri M, Rantakallio P. Prevalence of hearing loss at the age of 15 in a birth cohort of 12 000 children from northern Finland. Scand Audiol 1985; 14 (4): 203-7.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant; kein Altersbezug zur Gruppe der Kinder unter 6 Jahren oder ausschließlich Neugeborenen-Hörscreening

Stewart MG, Ohlms LA, Friedman EM, Sulek M, Duncan NO, III, Fernandez AD, Bautista MH. Is parental perception an accurate predictor of childhood hearing loss? A prospective study. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 120 (3): 340-4.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Stockard-Pope JE. Auditory development and hearing evaluation in children. Adv Pediatr 2001; 48: 273-99.

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit von Studien

Straßburg HM, Benninghoff U, von Deuster C. Differentialdiagnostik kindlicher Hörstörungen. Pädiatr Prax 2002; 160: 41-50.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit zu Studien

Taylor CL, Brooks RP. Screening for hearing loss and middle-ear disorders in children using TEO-AEs. Am J Audiol 2000; 9 (1): 50-5.

Kommentar: ausgeschlossen: Sonstiges (methodische Mängel)

von Deuster C, Shehata-Dieler W. Schwerhörigkeit im Kindesalter. Ursachen, Symptomatik, Therapie. Pädiatr Prax 2001; 51: 473-82.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: keine Studie oder keine Übersichtsarbeit zu Studien

von Kries R., Huisman JJ, Bode C, Schmidt E, Willich C, Wirtz P, Ganzer U. Hörscreening im Rahmen der Kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung U5: Kann die Diagnostik durch Einsatz eines Elternfragebogens verbessert werden?. [Hearing screening within the scope of pediatric U5 preventive examination: can diagnosis be improved by use of a parent questionnaire?]. Laryngorhinootologie 1995; 74 (9): 543-8.

Stellungnahme Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ e.V.)

Kommentar: ausgeschlossen: Altersbezug nicht 3 - 6 Jahre

Walch C, Anderhuber W, Kole W, Berghold A. Bilateral sensorineural hearing disorders in children: etiology of deafness and evaluation of hearing tests. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 53 (1): 31-8.

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

Williamson IG, Dunleavey J, Bain J, Robinson D. The natural history of otitis media with effusion--a three-year study of the incidence and prevalence of abnormal tympanograms in four South West Hampshire infant and first schools. J Laryngol Otol 1994; 108 (11): 930-4.

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Kommentar: ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

8.1.4 Studienauswertungen (Datenextraktionen)

8.1.4.1 Bamford J et al.

Titel:

Bamford J, Fortnum H, Bristow K, Smith J, Vamvakas G, Davies L, *et al.* Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen. *Health Technol Assess* 2007;**11**(32).

Stichpunkte:

Der vorliegende HTA aus Großbritannien befasst sich mit dem Hörscreening bei Kindern zu Schulbeginn (School entry hearing screen = SES). Neben einer Analyse der aktuellen Praxis des Hörscreenings in Großbritannien umfasst der HTA einen systematischen Review und eine Kosten-Effektivitätsanalyse. Außerdem wird der potentielle Einfluss des Neugeborenenhörscreening auf das SES diskutiert.

Der HTA ist im Rahmen des HTA-Programms des National Institute for Health Research entstanden. Interessenkonflikte sind angegeben, einer der Autoren des HTA, A Davis ist Direktor des UK National Newborn Hearing Screening Programme.

I. Nationaler Survey zur aktuellen Praxis des Hörscreenings

Methode:

Es erfolgte eine schriftliche Befragung der Screeningeinrichtungen (service leads) mittels Fragebogen in der Zeit zwischen September und November 2005.

Ergebnisse:

Von 229 befragten Einrichtungen haben 195 (85,2 %) den Fragebogen beantwortet. In 12,2 % der Einrichtungen wird kein universelles Screening mehr angeboten (Gründe: Ressourcenknappheit, wenig entdeckte Fälle). Das Hörscreening wird i. d. R. in Schulen unter variablen, teilweise problematischen Untersuchungsbedingungen durchgeführt. Meistens wird ein zweistufiges Screening angeboten (71,7 % 124/173). Als erster Test wird häufig (97,1% 170/175) „pure tone sweep testing“ durchgeführt. Als zweite Untersuchung (gleicher Tag oder im Abstand von mehreren Wochen) folgt eine Tonaudiometrie (pure tone audiometry), Tympanometrie und/oder Otoskopie. Es gibt keine einheitlichen pass/fail-Kriterien. 140 von 195 Einrichtungen verwenden 20 – 25 dB bei einer Frequenz von 1, 2, und 4 kHz. Das Screening wird häufig von „school nurses“ (66,3 %) bzw. ihren Assistenten (18,5 %) durchgeführt. Audits finden nur in 10% der Einrichtungen statt. Ergebnisse werden nicht regelmäßig dokumentiert, so dass nur wenig Daten mit einer großen Variabilität zur Verfügung stehen (z. B. Teilnehmeraten 56,3 % - 100 %; Median 95,2 %). Grundsätzlich wird das Screening von den Einrichtungen für sinnvoll gehalten. Die Einrichtungen würden Vorgaben für ein selektives Screening begrüßen.

II. Potentielle Auswirkungen des Neugeborenenhörscreenings auf das SES

Die Autoren merken an, dass vermutlich auch durch Impfungen (z. B. Masern, Mumps) die Inzidenz von permanenten kindlichen Hörstörungen zurückgegangen ist.

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Methode:

In der Region Waltham Forest/Redbridge wurde bereits 1992 ein universelles Neugeborenenhörscreening bzw. Risikogruppenscreening sowie ein prospektives Follow-up eingeführt.

Diese Daten wurden für die Evaluation des SES verwendet:

- a) Longitudinaler Vergleich von 3 Kohorten (insgesamt 93.560 Kinder) mit unterschiedlichen Screeningstrategien (ohne Neugeborenenhörscreening, Risikogruppenscreening, universelles Neugeborenenhörscreening) hinsichtlich der Entwicklung der Anzahl entdeckter Fälle mit permanenten Hörstörungen
- b) Querschnittsstudie, um anhand der Daten von Schulgesundheitsberichten (school health records) einer Jahrgangskohorte herauszufinden, wie viele Fälle von minimalen permanenten Hörstörungen sowie temporären Hörstörungen bei der SES je nach früherer Screeningstrategie entdeckt werden (diese Fälle werden nicht routinemäßig erfasst).

Ergebnisse:

Von den 93.560 Kindern wurden bei 349 Kindern ein- oder beidseitige permanente Hörstörungen > 20db (durchschnittlich bei 0,5, 1, 2, und 4 kHz) festgestellt. Die Prävalenz von beidseitigen permanenten Hörstörungen > 40db ist 1,49/1.000 (95 %-KI: 1,23; 1,73), mit einer Prävalenz von 1,27/1.000 (95 %-KI: 1,03; 1,49) angeborenen Hörstörungen (davon 18 % mit progredienten Verlauf). 0,22/1.000 (95 %-KI: 0,13; 0,32) sind erworben bzw. haben sich erst später entwickelt. Zwischen den Kohorten gibt es keine signifikanten Unterschiede und die Ergebnisse sind vergleichbar mit nationalen Prävalenzen.

Im Zeitverlauf zeigten sich nur signifikante Prävalenz-Unterschiede bei einseitigen schweren Hörstörungen: 0,95/1.000 (95 %-KI: 0,61; 1,29) ohne Neugeborenenhörscreening und 0,27/1.000 (95 %-KI: 0,08; 0,46) mit universellem Neugeborenenhörscreening (Veränderungen können eventuell auf Impfungen zurückgeführt werden).

In der Kohorte mit universellem Neugeborenenhörscreening werden insbesondere schwerwiegenden Hörstörungen deutlich früher diagnostiziert.

Wie der Vergleich der Kohorten zeigt, wird durch ein Neugeborenenhörscreening bereits ein Großteil der Fälle mit permanenten Hörstörungen identifiziert. Die Entdeckungsrate (yield) beim SES liegt somit deutlich niedriger. Ohne Neugeborenenhörscreening wird die Mehrzahl der permanenten Hörstörungen bei SES entdeckt (siehe Tabelle).

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

TABLE 26 Comparison of the yields from the identification methods in the three cohorts

Identification method	Yield of all PCHIs per 1000 in cohort (95% CI)			Pearson χ^2 (p)
	Cohort 1 No NHS	Cohort 2 Targeted NHS	Cohort 3 Universal NHS	
Neonatal screen	NA	1.003 (0.71–1.41)	1.58 (1.18–2.11)	4.03 (0.045)
Concerns 0–1 year	0.44 (0.26–0.75)	0.12 (0.05–0.31)	0.14 (0.05–0.35)	8.84 (0.01)
IDT screen	0.89 (0.61–1.28)	0.61 (0.39–0.94)	0.10 (0.04–0.30)	17.49 (<0.001)
Intermediate 3-year screen	0.22 (0.11–0.46)	NA	NA	NA
Concerns 1–5 years	1.49 (1.12–1.98)	1.12 (0.82–1.55)	1.30 (0.95–1.79)	1.65 (0.44)
SES	1.11 (0.80–1.54)	0.70 (0.41–0.99)	0.34 (0.19–0.63)	12.30 (0.002)

NA, not applicable.

Laut Querschnittsstudie wurden in der Jahrgangskohorte 3,5/1.000 minimale permanente Hörstörungen ($< 20\text{db}$) und 20/1.000 Kinder mit Otitis Media und Erguss (OME) identifiziert (14/1.000 neu entdeckte Fälle OME, 7/1.000 hatten bei konservativer Therapie persistierende OME)..

III. Systematic Review zur Effektivität eines SES

Methode:

IV. Systematische Literaturrecherche (bis Mai 2005) in Cochrane Library (Wiley) (CDSR, CENTRAL, DARE), MEDLINE und MEDLINE in Process (Ovid), EMBASE (Ovid), CINAHL (Ovid), PsycINFO (Ovid), Science Citation Index (Web of Science), ERIC (CSA) und "ongoing trial databases" (National Research Register, ClinicalTrials.gov and ReFeR). Zusätzlich Überprüfung der Referenzlisten der Volltexte. Suchstrategie sowie Ein- Ausschlusskriterien sind benannt (Liste der ausgeschlossenen Studien mit Begründung befindet sich im Anhang). Die Zielpopulation waren Kinder im Alter von 4 – 6 Jahren, Studien mit Risikogruppen wurden ausgeschlossen. Die Beurteilung der Qualität der Studien erfolgte mittels CASP (Oxford Critical Skills Appraisal Programme) und QUADAS (Quality Assessment of Studies of Diagnostic Accuracy).

Ergebnisse:

Es wurden 3 systematische Reviews eingeschlossen:

Barlow et al. 1998:

Systematischer Review von guter Qualität zum Thema Schuleingangsuntersuchung (Sehtest, Hörtest und ärztliche Untersuchung). Es wurden 16 Primärstudien (davon 1 RCT) in die Bewertung eingeschlossen. Das Fazit des Reviews ist, dass es keine ausreichende Evidenz gibt, um die Effektivität und Effizienz einer selektiven oder routinemäßigen Schuleingangsuntersuchung zu bewerten.

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

New Zealand Health Technology Assessment Report 1998:

Dieser qualitativ gute Review befasst sich mit der Effektivität der Vorschul- und Schuleingangsuntersuchung bezüglich Otitis Media mit Erguss (OME) und erworbenen Hörstörungen. Es wurden 5 Primärstudien und 2 Audits in die Bewertung eingeschlossen. Nur eine Studie (Feldman et al. 1980) enthält für die Fragestellung relevante Informationen. Diese Studie vergleicht zwei Gruppen, mit und ohne Screening und prüft nach 6-12 Monaten das Hörvermögen in beiden Gruppen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Außerdem wird in dem Review noch die Testgüte einzelner Screeningverfahren bewertet, allerdings ist unklar inwieweit dies eine systematische Bewertung ist.

Pirozzo et al. 2003:

Dieser Review wurde als qualitativ mittelmäßig bewertet. Ziel des Reviews ist die Bewertung der Testgüte bzw. Durchführung des Flüstertests (whispered voice test) im Rahmen eines Screenings auf Hörstörungen bei Erwachsenen und Kindern. In die Auswertung wurden 8 Studien eingeschlossen, davon waren 4 mit Kindern. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass der Flüstertest ein genauer und einfacher Hörtest ist. Allerdings ist die Sensitivität bei Kindern deutlich geringer. Langfristige Outcomeparameter wurden nicht berichtet.

Außerdem wurden noch 25 Primärstudien (1 retrospektive Kohortenstudie und 24 vergleichende Querschnittsstudien) in die Bewertung aufgenommen. Die meisten Studien befassten sich mit der Testgüte und Durchführung unterschiedlicher Hörtests bzw. Testkombinationen. Die Studien verwenden unterschiedliche Falldefinitionen/ Schwellenwerte. Als Referenztest wurde häufig „pure tone audiometric testing“ eingesetzt. Nur die Studie von Feldman et al. 1980 macht Angaben zur Effektivität eines Screenings. In dieser Studie wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen gescreenten und nicht gescreenten Kindern festgestellt. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse durch methodische Schwächen der Studie verzerrt sind. Keine der bewerteten Studien nennt negative Auswirkungen eines Screenings.

IV. Kosteneffektivität eines SES

Zur Bewertung der Kosteneffektivität eine SES wurde ein systematischer Review von Studien zur Wirtschaftlichkeit erstellt und diverse Modellrechnung durchgeführt.

Systematischer Review zur Wirtschaftlichkeit

Methode:

Hierzu erfolgte eine systematische Literaturrecherche (unterschiedliche Zeiträume bis 2005) in den elektronischen Datenbanken von MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Econlit, Cochrane Library und OHE HEED. Suchstrategie sowie Ein- Ausschlusskriterien sind benannt (keine Liste der ausgeschlossenen Studien im Anhang, sondern nur tabellarische Darstellung der Inhalte der eingeschlossenen Studien). Die Zielpopulation waren Kinder im Alter von 4 – 6 Jahren. Die Qualität der eingeschlossenen Studie wurde nach den Kriterien des CRD Report.

Ergebnisse:

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Es wurden zwei Studien in die Bewertung eingeschlossen. Die Studie von Driscoll et al. 2000 vergleicht die Kosten von unterschiedlichen Screeningstrategien (TEOAE bei Kleinkindern, TEOAE als SES oder pure tone screening als SES). Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass TEOAE bei Kleinkindern teurer ist als ein SES, unabhängig von der Methode. Die andere Studie von Holtby and Forster 1992 hat die Effektivität der Impedance Messung mit der von „pure tone audiometry“ hinsichtlich der Detektion von Otitis media bedingten Hörstörungen verglichen. Die Studie scheint von schlechter Qualität zu sein, ein Ergebnis wird in dem Review nicht berichtet.

Modellrechnungen

Methode:

Als Modell wird ein Entscheidungsbaum mit unterschiedlichen Screeningstrategien gewählt. Als Zeithorizont wird i. d. R 1 Jahr gewählt, teilweise werden auch Ergebnis für einen 6 oder 11 Jahreszeitraum angegeben. Für einzelne Fragestellungen (z. B. Abklärungsdiagnostik, Grad der Hörstörung) werden ergänzende Entscheidungsbäume („subtrees“) erstellt. Die Daten werden primär aus den Studien der Reviews, der Waltham Forest Studie sowie aus dem nationalen Survey entnommen. Die Grundlagen für die Berechnung der Wahrscheinlichkeiten sind angegeben.

Ergebnisse:

Unter der Annahme, dass das aktuelle Verfahren des universellen SES £ 10 pro Kind kostet (kein Screening unter 1£) und mit höheren QALYs verbunden ist (0,983 versus 0,979), müssten 2.445 £ aufgewandt werden, um 1 QALY mehr zu erhalten. Auch über einen längeren Zeitraum werden ähnliche Ergebnisse angegeben. Es werden umfangreiche Analysen durchgeführt, um zu überprüfen, wie stabil die Ergebnisse sind. Die Autoren kommen zu dem Fazit, je mehr Ressourcen eingesetzt werden, desto besser ist der Outcome. Allerdings räumen die Autoren auch ein, dass diese Analysen aufgrund der schlechten Datenlage nur explorativen Charakter haben.

V. Fazit und Empfehlung der Autoren

- Es gibt Hinweise, dass es zum Zeitpunkt des SES noch eine relevante Anzahl von Kindern mit permanenten Hörstörungen gibt.
- Es gibt eine Evidenz, dass der „pure tone sweep test“ bei korrekter Anwendung eine ausreichende Sensitivität und Spezifität hat.
- Es gibt kaum eine Evidenz für die Effektivität eines SES, allerdings gibt es auch kaum eine Evidenz, dass das Screening nicht effektiv ist.
- Aus diesen Gründen sollte das bestehende Screening beibehalten werden, bis eine entsprechende Evidenz vorliegt. Die Programme sollen aber einen definierten Test sowie ein Protokoll verwenden. Die Durchführung soll anhand der im SES entdeckten und bisher nicht bekannt permanenten Hörstörungen überprüft werden.
- Nach Ansicht der Autoren ist das SES nur bedingt geeignet, um interventionsbedürftige Otitis Media Fälle zu identifizieren.

VI. Bewertung der AG Kinder

Der vorliegende HTA hat eine gute Qualität und befasst sich genau mit Fragestellung der AG Kinder bezüglich dem Nutzen eines weiteren Hörscreenings zu einem späteren Zeitpunkt nach Einführung des Neugeborenenhörscreenings. Die Daten der Waltham Forest Studie können nicht direkt auf den deutschen Versorgungskontext übertragen werden, dennoch

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

ergeben sich daraus Hinweise, wie sich die z. B. die Prävalenz von Hörstörungen bei Kindern im Alter von 4 – 6 Jahren nach Einführung eines Neugeborenenhörscreenings entwickelt. Im Rahmen des HTA wurden auch umfangreiche Literaturrecherchen (bis 2005) durchgeführt. Wie sich zeigt, gibt es nur eine Studie, die zumindest ansatzweise langfristige Outcomeparameter berücksichtigt hat. Daneben gibt es zahlreiche Studien zur Testgüte der verschiedenen Testverfahren.

Der HTA wird bei den weiteren Beratungen berücksichtigt.

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

8.1.4.2 Butler CC, MacMillan H

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese Butler C.C., MacMillan H. Does early detection of otitis media with effusion prevent delayed language development? Arch Dis Child 2001; 85 (2): 96-103</p> <p>Peer review Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
2	Dokumenttyp	<p>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse) <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugrahmen	<p>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</p> <p>Department of Family Medicine, Hamilton, Ontario, in Übereinstimmung mit den Methoden des Canadischen „Task Force for Preventive Health Care“.</p> <p>Es gibt keine Angaben zu Interessenskonflikten.</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p>Zielerkrankung und Definition</p> <p>Mittelohrentzündung mit Paukenerguss (otitis media with effusion, OME) und Auswirkung hinsichtlich Hörstörungen und Sprachverzögerungen.</p> <p>Alter der Kinder: 0-4 Jahre</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</p> <p>Es wird der Frage nachgegangen, ob eine frühe Erkennung von nicht symptomatischen Kindern, die eine Otitis Media mit Erguss haben, eine verspätete Sprachentwicklung vermeidet.</p>
5a	Evidenzstufe	<p>Nur wenn Zuordnung möglich:</p> <p><input type="checkbox"/> I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b (Randomisierte klinische Studien)</p> <p><input type="checkbox"/> II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b (Prospektive vergleichende Kohortenstudien)</p> <p>Unterschiedlich: Eine bewertete Studie hat die Evidenzstufe Ib, die meisten anderen IIb.</p>
6	Methodik	<p>Systematisches Vorgehen:</p> <p>Literaturrecherche: Berücksichtigte Datenbanken, Zeitraum, Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien.</p> <p>Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Aus-</p>

		<p><i>schlussgründen?</i></p> <p>Die Datenbanken Medline, Cochrane und NHS Center for Reviews and Dissemination sowie das New Zealand health technology assessment clearing house for health outcomes and health technology assessment wurden zur Literatursuche im Zeitraum 1966 bis Juli 2000 mit der genauen Angabe der zu suchenden Worte verwendet. Referenzstudien von für diese Fragestellung als wesentlich identifizierter Literatur wurden zusätzlich manuell gesucht.</p> <p>War eine Metaanalyse vorhanden, wurden nur noch Einzelstudien, die zeitlich nach der Metaanalyse erschienen, verwendet.</p> <p><u>Ausschlussgründe</u> von Studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - retrospektive oder inadäquate Untersuchungen - nicht eine Gesamtpopulation wurde untersucht (sondern Gruppen erkrankter Kinder) - Evaluation der OME nach den ersten 4 Lebensjahren - Literatur nur als Abstract oder in Konferenzsitzungen veröffentlicht <p><i>Welche Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind beschrieben (z.B. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien)?</i></p> <p><i>Welche Art Daten wurden aus den Primärstudien extrahiert (z.B. individuelle Daten, RR und 95 %KI, Mittelwert und Varianz)?</i></p> <p><i>Welches Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ (z. B. tabellarische Übersichten), quantitativ (z. B. Meta-Analyse) kommt zur Anwendung?</i></p> <p><i>Bei Meta-Analysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen? Abschätzung eines Publikations-Bias?</i></p> <p><i>Durchführung von Sensitivitätsanalysen?</i></p> <p><i>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</i></p> <p>Unter www.archdischild.com werden die eingeschlossenen Primärstudien beschrieben (s. Anhangsdatei). Ein RCT wurde gefunden. Alle anderen 18 Studien zu Sprachentwicklung und zu (allgemeinen) Entwicklungsstörungen sind Kohortenstudien, davon 17 prospektive. Die Ergebnisse werden qualitativ in Tabellen dargestellt. Es wird keine Meta-Analyse durchgeführt.</p> <p><i>Welcher Test/Tests wurde durchgeführt?</i> Untersucht wurden: Hörtest (generell), Tympanometrie, akustische Reflektometrie, pneumatische Otoskopie</p> <p><i>Welche Grenzwerte sind angegeben?</i></p> <p><i>Wie verlief die Screeningkette bis zur endgültigen Diagnose?</i></p> <p>Hier keine Screeningkette, da verschiedene Studien ausgewertet.</p> <p>Im „analytischen Pfad“ (analytic pathway, s. figure 1) nach den Methoden des „Canadian Task Force on Preventive Health Care“ Es wurde in weiteren <u>Teilschritten</u> vorgegangen.</p> <p>Zweiter Schritt: Gibt es ein geeignetes Instrument zur frühen Aufspürung von OME?</p> <p>Dritter Schritt: Ist eine Behandlung effektiv für OME?</p> <p>Vierter Schritt: Verbessert die Behandlung von OME die Sprache betreffende Outcomes?</p>
--	--	--

		<p>Fünfter Schritt: Gibt es eine Assoziation von OME zu verzögerter Sprachentwicklung?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Does screening the general population of children in the first four years of life for OME prevent delayed language development? 2. Is there a suitable tool for early detection? 3. Is treatment effective in clearing OME? 4. Does treating OME improve language related outcomes? 5. Is OME associated with delayed language development? <p><i>Figure 1 Analytic pathway for the early detection of otitis media with effusion (OME) in the first 4 years of life to prevent delayed language development.</i></p>
7	Ergebnisse	<p>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</p> <p>Es konnte für den <u>Gesamtpfad</u> (Früherkennung von OME bis zur Prävention von Sprachentwicklungsverzögerung) kein valider RCT eingeschlossen werden (s. Figur 1), in denen eine Gruppe gescreent wurde und bei Auffälligkeit behandelt und eine Vergleichsgruppe keinem Screening unterzogen wurde. Ein RCT untersuchte den Einfluss einer Screeninguntersuchung an 2-jährigen Kindern und lud Kinder mit persistierenden Mittelohrergüssen zur Teilnahme ein. Wegen zu kleiner Fallzahl fehlte es der Studie an statistischer Stärke (Power) für einen klinisch bedeutsamen Effekt.</p> <p>Die Studie wertet im <u>zweiten Schritt</u> die Frage aus, ob es ein geeignetes Instrument zur frühen Entdeckung von Mittelohrentzündungen mit Erguss gibt:</p> <p>Hörtest: Testung von Hördefiziten: Audiogramme seien nicht für unter 4-jährige Kinder geeignet und zu teuer, während Distractionsteste nicht genügend sensitiv seien.</p> <p>Tympanometrie: Abhängig von der Wahl des „Goldstandards“ werden Sensitivitäten und Spezifitäten berichtet. Da nicht alle Kinder mit Ergüssen einen Hörverlust hätten, sei dies Instrument nur ein Surrogatinstrument. Der positiv prädiktive Wert würde für einen Hörverlust ab 25dB von 49 % bis 66 % rangieren.</p> <p>akustische Reflektometrie: Sensitivitäten und Spezifitäten würden breit variieren. Neuere Instrumente erreichten nahezu die Werte von Tympanometern.</p> <p>pneumatische Otoskopie: Ein Review von fünf Studien hätte bei Personen, die zum Operationszeitpunkt einen Erguss gehabt hätten, mittlere Sensitivitäten und Spezifitäten von 89 % und 80 % ergeben. Im Vergleich mit der Tympanometrie wäre die Sensitivität und Spezifität 76 % bzw. 87 % bei einer OME-Prävalenzrate von 31 %.</p> <p>Es wird festgestellt, dass eine Kombination der drei Instrumente hohe Sensitivitäten und Spezifitäten vorweisen würden, aber dass dieser Ansatz kostenintensiv und für den Gebrauch in der Praxis noch nicht getestet worden sei.</p>

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		<p>Wegen der rekurrierenden und fluktuierenden Natur der Mittelohrentzündungen berechnete nur die Langzeit-Mittelohrentzündung (long term OME) eine Behandlung, deshalb würde jedes Messinstrument, nur singular angewendet, bei einer relevanten chronisch behandlungsbedürftigen OME durchfallen. Es würde nötig sein, bei Kindern mit positiven Testergebnissen einen ganzen Beobachtungszeitraum mit wiederholten Tests anzuschließen.</p> <p>Im <u>dritten Schritt</u> werden verschiedene Behandlungen bezüglich ihrer Wirksamkeit bewertet: mucoaktive Medikamente (schwacher Hinweis auf Benefit), Antibiotika (verhindern rekurrierende akute Otitis Media und unterstützen auf kurze Sicht die Therapie der OME), Steroide (allein oder in Kombination mit Antibiotika: widersprüchlich, nicht empfohlen) und chirurgische Interventionen (Paukenröhrchen und Adenotomie allein oder in Kombination effektiv, Dauer der OME verkürzt; Trommelfellinzision allein, Tonsillektomie allein oder in Kombination: ineffektiv).</p> <p>Im <u>vierten Schritt</u> (s. Anhangsdatei, Tabelle 1) werden sprachrelevante Outcomes untersucht: Ein RCT mit cross-over Design der Gruppen weist bei Kindern mit bilateraler OME von mindestens 3 Monaten Dauer neun Monate nach Randomisierung nach einer Röhrchenimplantation (ventilation tubes) eine signifikante Vorteil von 3,24 Monaten beim verbalen Verständnis und der expressiven Sprachkenntnisse gegenüber der bis dahin nicht operierten Vergleichsgruppe auf. 18 Monate nach Randomisierung waren 85 % der Vergleichsgruppe ebenfalls operiert, es wurden keine signifikanten Unterschiede mehr gefunden.</p> <p>5 weitere kontrollierte Kohortenstudien mit kleineren Gruppengrößen wiesen widersprüchliche Effekte aus.</p> <p><u>5. Schritt (s. Anhangsdatei, Tabelle 2)</u>: 13 Studien wurden für die Frage zugelassen, ob OME Einfluss auf eine verzögerte Entwicklung (developmental delay) hat. 8 Studien weisen signifikante Unterschiede oder in Teilanalysen signifikante Unterschiede in der Entwicklung nach, während 5 Studien keine statistische Signifikanz nachwiesen. Methodologische Schwächen in diesen Studien werden erwähnt, z.B. dass davon ausgegangen wird, dass ein Erguss im Mittelohr zwingend einen signifikanten Hörverlust nach sich zieht, (welches nicht immer zutrifft).</p>
8	Ökonomische Evaluation	<p><i>Wurde eine ökonomische Evaluation durchgeführt?</i></p> <p><i>Wenn ja, weiter mit Frage 8.1.</i></p> <p><i>Wenn nein, weiter mit Frage 9.</i></p> <p>Nein</p>
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<p><i>Studiendesign der ökonomischen Evaluation (bitte ankreuzen):</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen</p> <p><i>Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt, ggf. einschließlich der Option <u>keine</u> Intervention?</i></p>

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		<p><i>Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z.B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert?</i></p> <p><i>Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt?</i></p> <p><i>Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst?</i></p> <p><i>Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?</i></p>
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	<p><i>Wurde eine Inkrementalanalyse (Grenzkosten und Grenznutzen) der Kosten und Konsequenzen durchgeführt?</i></p> <p><i>Wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?</i></p> <p><i>Lassen sich die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Bewertung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen?</i></p>
9	Fazit der Autoren	<p>Fazit der Autoren aus der medizinischen Nutzenbewertung</p> <p>Für die Altersgruppe 0-4 Jahre existierten nur wenige Studien, die den Wert einer Früherkennung von OME hinsichtlich einer Sprachverzögerung untersucht haben. Es seien keine methodisch gute RCTs zur Gesamtfragestellung gefunden worden (Schritt 1).</p> <p>Zu möglichen Instrumenten (Schritt 2) wird geschlossen, dass es verschiedene Instrumente gibt, jedoch seien die Ergebnisse (performance) noch nicht adäquat für eine Situation in der Bevölkerung (community setting) untersucht, in denen Prävalenzen und Schweregrade geringer seien als bei den untersuchten präoperativen Gruppen. In diesem Setting, wo es nicht möglich sei, mit dem Goldstandard (dokumentierter Hörverlust in Kombination mit dem Nachweis eines Mittelohrergusses) zu vergleichen, müssen die verschiedenen Instrumente untereinander verglichen werden. Keine der Literaturstellen könne Hinweise auf das Vorliegen von vorhandener Chronizität der OME geben. Diesen Punkt halten die Autoren für entscheidend bei einer Erkrankung, die oft fluktuiert und selbstlimitierend sei.</p> <p>Zu der Frage nach der Wirksamkeit von Behandlungen (Schritt 3) sei anzumerken, dass nichtoperative Verfahren maximal kurzzeitig wirksam seien, während operative Verfahren (besonders Röhreneinlage und Adenoidotomie allein oder in Kombination) die Ergüsse auflösen und das Hörvermögen mittelfristig verbessern würden. Somit sei allein für die frühe Erkennung und nachfolgende Behandlung mit druckausgleichenden Röhren nachgewiesen, dass dies eine ungünstige Sprachentwicklung vermindert. Bei allen anderen Methoden sei es schlicht nicht bekannt.</p> <p>Es gebe eine gute Evidenzlage dazu, dass eine erfolgreich behandelte OME mit druckentlastenden Röhren gegenüber der Kontrollgruppe nach 9 Monaten die Sprachleistung verbessere und somit Schritt 4 mit ja beantwortet wird, wobei sich der Unterschied nach 18 Monaten nivelliert.</p> <p>Die Frage, ob OME mit einer verzögerten Sprachentwicklung assoziiert ist (Schritt 5), sei nicht eindeutig zu beantworten. In 5 Studien sei kein Zusammenhang nachgewiesen, während in 8 Studien in Subanalysen ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen sei, hier schienen soziodemographische Faktoren eher entscheidend zu sein als das Vorliegen einer OME.</p> <p><u>Die Evidenzlage reiche nicht aus, um Empfehlungen für oder gegen den Gebrauch von Tympanometrie, akustischer Reflek-</u></p>

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		<p><u>tometrie und pneumatischer Otoskopie in der Bevölkerung zur früheren Identifikation von bis zu 4-jährigen Kindern mit OME geben zu können. Die Evidenzlage reiche nicht aus, die frühe Aufspürung von OME bei unter 4-jährigen Kindern zu empfehlen, um verzögerte Sprachentwicklungen zu verhindern.</u></p> <p>Dieses Fazit stimme mit dem „Canadian Task Force on Preventive Health Care“ und dem „New Zealand Health Technology Assessment Clearing House“ überein. Das „US Agency for Health Care and Policy Research Expert Panel“ hätte keine Empfehlung zum frühen Aufspüren von OME bei Kindern gemacht. Der Report für das „United Kingdom Department of Health“ sprach sich gegen eine Ausweitung des (bestehenden?) Vorschulscreenings aus.</p> <p>Zur zukünftigen Forschung wurde angemerkt, dass der Nachweis, dass OME klinisch bedeutsame Sprach- und Entwicklungsmängel nach sich zieht, notwendig ist. Erst dann sei die Planung eines teuren RCTs, in dem eine Kinderpopulation einem Screening unterzogen werden würde, sinnvoll (Schritt 1).</p> <p><i>Fazit der Autoren aus der ökonomischen Evaluation</i> Keine.</p>
10	Abschließende Bewertung	<p><i>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</i></p> <p><i>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aussage zur Qualität der Arbeit</i> • <i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i> • <i>Stärken der Arbeit</i> • <i>Schwächen der Arbeit</i> • <i>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</i> • <i>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</i> • <i>Alternativen zur Früherkennung</i> <p>Das Fazit der Autoren kann nachvollzogen werden. Die Fragestellung der qualitativ hochwertigen Studie trifft in wesentlichen Punkten mit der der AG überein.</p> <p>Um die Frage der Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen zu klären, wäre es sinnvoll, noch Zusatzinformationen, z.B. zur Existenz von Neugeborenenhörscreenings in verschiedenen Ländern einzuholen. Die Studie wird bei den weiteren Beratungen berücksichtigt.</p>

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

8.1.4.3 Rosenfeld RM et al.

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Genaue Literaturangabe der Studie Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, Lieberthal AS, Mahoney M, Wahl RA, Woods CR, Jr., Yawn B. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 130 (5 Suppl): S95-118.</p> <p>Peer review Ja x Nein <input type="checkbox"/></p>
2	Studientyp	<p>Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> Querschnittsstudie, in der eine Population mit einem diagnostischen Test untersucht wurde und die Ergebnisse deskriptiv dargestellt werden (über das Hörvermögen hinaus werden keine klinischen Endpunkte erhoben).</p> <p>Bei Studien mit klinischen Endpunkten (Verbesserung des Hörvermögens nach Therapie, Sprachentwicklung, usw.):</p> <p><input type="checkbox"/> RCT</p> <p><input type="checkbox"/> prospektive Kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> retrospektive Kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="checkbox"/> Therapiestudie mit Vergleichen über Zeit und Ort (z.B. historische Kontrollen)</p> <p><input type="checkbox"/> Therapiestudie ohne Vergleichsgruppen (Fallserie)</p> <p>x Evidenzbasierte Leitlinie mit Literaturrecherche in MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library sowie Handsuche 2000/2003, es ist jedoch unklar, ob ein separater systematischer Review erstellt wurde. Es handelt sich um den Update einer Leitlinie aus dem Jahre 1994.</p>
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>Hier folgt eine formale Zuordnung zu den Evidenzstufen (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> Ib: Randomisierte klinische Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien</p> <p><input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien</p> <p><input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p> <p>Die Empfehlungen der Leitlinie basieren auf unterschiedlichen Evi-</p>

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		<p>denzstufen gemäß folgender Einteilung:</p> <p>A Well-designed randomized, controlled trials or diagnostic studies performed on a population similar to the guideline's target population.</p> <p>B Randomized, controlled trials or diagnostic studies with minor limitations; overwhelmingly consistent evidence from observational studies</p> <p>C Observational studies (case control and cohort design)</p> <p>D Expert opinion, case reports reasoning from first principles (bench research or animal studies)</p>
4	Bezugsrahmen	<p>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? (conflict of interests)?</p> <p>Update der ursprünglichen Leitlinien der Agency for Healthcare Policy and Research (jetzt Agency for Healthcare Research and Quality) aus dem Jahr 1994 durch Experten, die der American Academy of Pediatrics, der American Academy of Family Physicians und der American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery angehören</p> <p>Zu einem beteiligten Sachverständigen wurden Interessenskonflikte angegeben (gleichzeitig Sachverständiger für die Firmen Abbott Laboratories und GlaxoSmithKline).</p>
5	Fragestellung Zielsetzung	<p>Forschungshypothese und / oder Endpunkte</p> <p>Aktualisierung einer bestehenden evidenzbasierten Leitlinie zur Diagnostik, Überwachung und zum Management von Erkrankungen an Otitis media mit Erguss (OME) bei Kindern</p>
Population		
6	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Alter, Zugang zu den Kindern, wichtige Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>Es wurden Studien ausgewertet, die sich auf Kinder im Alter von 2 Monaten bis 12 Jahren mit/ohne Entwicklungsverzögerungen oder prädisponierende Faktoren für Mittelohrentzündungen beziehen. Die Einschränkungen der ursprünglichen Arbeit (Kinder im Alter von 1 bis 3 Jahren, keine kraniofazialen oder neurologischen Abnormalitäten, keine sensorischen Defizite) wurden aufgehoben.</p>
7	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt?</p> <p>Nicht zutreffend</p>
Diagnostik		
8	Diagnostischer Test Screeningkette	<p>Welcher Test/Tests wurde durchgeführt?</p> <p>Welche Grenzwerte sind angegeben?</p> <p>Wie verlief die Screeningkette bis zur endgültigen Diagnose?</p> <p>Nicht zutreffend;</p>
9	Intervention	<p>Welche Behandlungen folgten einem positiven Testergebnis?</p> <p>Gab es unterschiedliche Behandlungs-/Kontrollgruppen?</p> <p>Nicht zutreffend</p>

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

10	Zahl der Zentren	Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren. Nicht zutreffend
11	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben oder detailliert beschrieben? War die Randomisierung maskiert? Nicht zutreffend
12	Verblindung der Behandlung	Erfolgte eine Verblindung der Behandlung (bitte ankreuzen)? <input type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet <input type="checkbox"/> Behandler verblindet <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet Nicht zutreffend
13	Beobachtungsdauer	Nachbeobachtungszeit zwischen Diagnosestellung und Erhebung der Endpunkte Nicht zutreffend
14	Erhebung der Endpunkte	Welche Endpunkte (z.B. Sprachstörungen, Schulprobleme..) wurden erhoben? Wurden relevante patientennahe Endpunkte verwendet? Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Endpunkte (z.B. Interview, Untersuchung, standardisierte Fragebögen, prospektiv, retrospektiv)? Nicht zutreffend
15	Ergebnisse	Für die Fragestellung der AG relevante Empfehlungen der Leitlinie: Pneumatische Otoskopie: primäres diagnostische Verfahren für OME (Otitis media with effusion) (Systematischer Review von Kohortenstudien, AHRQ 2003) Tympanometrie: Verfahren zur Bestätigung einer OME (Kohortenstudien) Ein populationsbasiertes Screening auf OME wird bei Kindern ohne Symptome wegen des Überwiegens von Nachteilen und fehlenden Studien, die einen Nutzen des Screenings nachweisen, abgelehnt (RCT, Kohortenstudien)
16	Unerwünschte Therapiewirkungen	Berücksichtigung von unerwünschten Therapiewirkungen, Risiken und Komplikationen. Nicht zutreffend
17	Fazit der Autoren	Ausschließlich die Schlussfolgerung der Autoren (conclusion). Es können praxisbezogene evidenzbasierte Empfehlungen unterschiedlicher Ausprägung zur Identifizierung, Überwachung und zum Management der OME bei Kindern gegeben werden, die den Hausarzt und andere Gesundheitsdienstleister bei dieser Aufgabe unterstützen.
18	Abschließende Bewertung	Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung. Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden: <ul style="list-style-type: none"> • Aussage zur Qualität der Studie • Zusammenfassung der Ergebnisse (Stimmen die Schlussfolgerungen der Autoren mit den Daten der Studie überein?) • Stärken der Studie

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	<ul style="list-style-type: none">• Schwächen der Studie• Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation• Rolle der Studie bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits- / Themengruppe <p>Die Leitlinie ermöglicht nach Aufarbeitung der aktuellen Literatur unter Nutzung von klar definierten Methoden evidenzbasierte Aussagen zum praxisbezogenen Umgang mit Kindern, die an OME erkrankt sind.</p> <p>Die Autoren treffen eine gut begründete Aussage gegen ein populationsbasiertes Screening auf OME.</p> <p>Möglicherweise können die Bewertungen zu den empfohlenen diagnostischen Methoden durch die AG ebenfalls verwendet werden.</p> <p>Die Leitlinie wird für die weitere Arbeit berücksichtigt.</p>
--	---

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

8.1.4.4 Weichbold V et al.

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p>Genaue Literaturangabe der Studie Ref ID 54: Weichbold V., Rohrer, M. et al.: Hörscreening an Kindergärten: Ergebnisse einer Evaluierungsstudie. Wiener Klinische Wochenschrift 2004; 116/14: 478-483</p> <p>Peer review Ja <input type="checkbox"/> Nein X</p>
2	Studientyp	<p>Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen(bitte ankreuzen):</p> <p>X Querschnittsstudie, in der eine Population mit einem diagnostischen Test untersucht wurde und die Ergebnisse deskriptiv dargestellt werden(über das Hörvermögen hinaus werden keine klinischen Endpunkte erhoben).</p> <p>Bei Studien mit klinischen Endpunkten (Verbesserung des Hörvermögens nach Therapie, Sprachentwicklung, usw.):</p> <p><input type="checkbox"/> RCT <input type="checkbox"/> prospektive Kohortenstudie <input type="checkbox"/> retrospektive Kohortenstudie <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="checkbox"/> Therapiestudie mit Vergleichen über Zeit und Ort (z.B. historische Kontrollen) <input type="checkbox"/> Therapiestudie ohne Vergleichsgruppen (Fallserie) <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuzuordnen:</p>
3	Einordnung in die Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>Hier folgt eine formale Zuordnung zu den Evidenzstufen (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> Ib: Randomisierte klinische Studien <input type="checkbox"/> IIb: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien <input type="checkbox"/> III: Retrospektiv vergleichende Studien <input checked="" type="checkbox"/> IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien <input type="checkbox"/> V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.</p>
4	Bezugsrahmen	<p>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? (conflict of interests)?</p> <p>Keine Angaben zum Auftraggeber oder Interessenkonflikte. Berichtersteller: klinische Abteilung für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen</p>

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		gen, Med. Univ. Innsbruck
5	Fragestellung Zielsetzung	Forschungshypothese und / oder Endpunkte Evaluierung des Hörscreenings im Vorschulalter an den Tiroler Kindergärten
Population		
6	Studienpopulation; relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Alter, Zugang zu den Kindern, wichtige Ein- und Ausschlusskriterien 47 Kindergärten in zwei Bezirken, 2199 Kinder eingeladen, 1832 (=83 %) Teilnehmer. Coverage der 3-5jährigen bei 63 % Ausschluss: Kinder mit bekannten Hörstörungen
7	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Keine Fallzahlplanung
Diagnostik		
8	Diagnostischer Test Screeningkette	Welcher Test/Tests wurde durchgeführt? Welche Grenzwerte sind angegeben? Wie verlief die Screeningkette bis zur endgültigen Diagnose? Portable Audiometer Töne 5 unterschiedlicher Frequenzen zwischen 0,5 kHz und 4 kHz. Blieb eine Frequenz unbeantwortet, galt der Test als auffällig. Das Kind wurde nicht verblindet an den HNO-Arzt zur Konfirmationsdiagnostik überwiesen.
9	Intervention	Welche Behandlungen folgten einem positiven Testergebnis? Gab es unterschiedliche Behandlungs-/Kontrollgruppen? 81 von 139 erhielten eine Therapie (keine Angaben, welcher Art).
10	Zahl der Zentren	Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren. 47 Kindergärten in den Bezirken Kufstein und Landeck Tester: diplomierte Logopäden, Studenten im letzten Ausbildungsjahr als Logopäden
11	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben oder detailliert beschrieben? War die Randomisierung maskiert? Keine Randomisierung
12	Verblindung der Behandlung	Erfolgte eine Verblindung der Behandlung (bitte ankreuzen)? <input type="checkbox"/> Nein, offene Behandlung <input type="checkbox"/> Patienten verblindet <input type="checkbox"/> Behandler verblindet <input type="checkbox"/> Patienten und Behandler verblindet Keine Behandlung erfolgt. Siehe auch 8) Screeningkette
13	Beobachtungsdauer	Nachbeobachtungszeit zwischen Diagnosestellung und Erhebung der Endpunkte Keine Angaben
14	Erhebung der Endpunkte	Welche Endpunkte (z.B. Sprachstörungen, Schulprobleme..) wurden erhoben? Wurden relevante patientennahe Endpunkte verwendet? Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Endpunkte (z.B. Interview, Untersuchung, standardisierte Fragebögen, prospektiv, retrospektiv)? Keine patientenrelevanten Endpunkte erhoben
15	Ergebnisse	Deskriptive Ergebnisse:

		<p>Verteilung der Hörstörungen in der Screeningpopulation</p> <p>Bei kontrollierten Studien: Anzahl der gescreenten und behandelten Patienten in jeder Gruppe/ lost to follow up Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen hinsichtlich demographischer Faktoren</p> <p>Analytische Ergebnisse: Zusammenhang zwischen Screening-Testergebnissen und Endpunkten</p> <p>Tabelle 1. Kennwerte des Hörscreenings. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf den Zahlenwert der darüber stehenden Zeile</p> <table border="1" data-bbox="611 719 1305 1037"> <thead> <tr> <th>Kennwerte</th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Insgesamt zu testende Kinder</td> <td>2199</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Getestete Kinder (coverage)</td> <td>1832</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>Davon Test nicht bestanden (referral rate)</td> <td>390</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Davon HNO-ärztlich abgeklärt (follow-up rate)</td> <td>217</td> <td>56%</td> </tr> <tr> <td>Davon Testergebnis durch HNO-Befund bestätigt (hit rate)</td> <td>139</td> <td>64%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabelle 2. Die häufigsten HNO-Befunde unter auffälligen 139 Kindern (100%)</p> <table border="1" data-bbox="611 1178 1305 1509"> <thead> <tr> <th>Befund</th> <th>N</th> <th>Davon beidseitig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Innenohrschwerhörigkeit</td> <td>4 (3%)</td> <td>3 (2%)</td> </tr> <tr> <td>Schalleitungsschwerhörigkeit, Ohrbefund unauffällig</td> <td>7 (5%)</td> <td>5 (4%)</td> </tr> <tr> <td>Seromukotympanon</td> <td>73 (53%)</td> <td>40 (29%)</td> </tr> <tr> <td>Cerumen</td> <td>32 (23%)</td> <td>13 (9%)</td> </tr> <tr> <td>Tubenminderbelüftung</td> <td>15 (11%)</td> <td>14 (10%)</td> </tr> <tr> <td>Akute Mittelohrentzündung</td> <td>4 (3%)</td> <td>1 (0,7%)</td> </tr> </tbody> </table>	Kennwerte	N	%	Insgesamt zu testende Kinder	2199		Getestete Kinder (coverage)	1832	83%	Davon Test nicht bestanden (referral rate)	390	21%	Davon HNO-ärztlich abgeklärt (follow-up rate)	217	56%	Davon Testergebnis durch HNO-Befund bestätigt (hit rate)	139	64%	Befund	N	Davon beidseitig	Innenohrschwerhörigkeit	4 (3%)	3 (2%)	Schalleitungsschwerhörigkeit, Ohrbefund unauffällig	7 (5%)	5 (4%)	Seromukotympanon	73 (53%)	40 (29%)	Cerumen	32 (23%)	13 (9%)	Tubenminderbelüftung	15 (11%)	14 (10%)	Akute Mittelohrentzündung	4 (3%)	1 (0,7%)
Kennwerte	N	%																																							
Insgesamt zu testende Kinder	2199																																								
Getestete Kinder (coverage)	1832	83%																																							
Davon Test nicht bestanden (referral rate)	390	21%																																							
Davon HNO-ärztlich abgeklärt (follow-up rate)	217	56%																																							
Davon Testergebnis durch HNO-Befund bestätigt (hit rate)	139	64%																																							
Befund	N	Davon beidseitig																																							
Innenohrschwerhörigkeit	4 (3%)	3 (2%)																																							
Schalleitungsschwerhörigkeit, Ohrbefund unauffällig	7 (5%)	5 (4%)																																							
Seromukotympanon	73 (53%)	40 (29%)																																							
Cerumen	32 (23%)	13 (9%)																																							
Tubenminderbelüftung	15 (11%)	14 (10%)																																							
Akute Mittelohrentzündung	4 (3%)	1 (0,7%)																																							
16	Unerwünschte Therapiewirkungen	<p>Berücksichtigung von unerwünschten Therapiewirkungen, Risiken und Komplikationen.</p> <p>Keine Angaben</p>																																							
17	Fazit der Autoren	<p>Ausschließlich die Schlussfolgerung der Autoren (conclusion).</p> <p>Die Autoren sehen trotz eines etablierten Neugeborenen-Hörscreenings die Notwendigkeit Kinder vor Schuleintritt nochmals auf Hörstörungen zu screenen. 4 % der 3-bis 5jährigen weisen einen therapiebedürftigen Befund auf.</p>																																							
18	Abschließende Bewertung	<p>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</p> <p>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussage zur Qualität der Studie • Zusammenfassung der Ergebnisse (Stimmen die Schluss- 																																							

Anlage 2 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

I. SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

		<p>folgerungen der Autoren mit den Daten der Studie überein?)</p> <ul style="list-style-type: none">• Stärken der Studie• Schwächen der Studie• Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation• Rolle der Studie bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits- / Themengruppe <p>Diese deskriptive Studie weist Mängel auf, weil sie eine Anwendungsbeobachtung an einer vorselektierten Population (Kindergärten) ist. Der durchgeführte Hörtest in den Kindergärten ist nicht objektiv. Die Follow-up-Rate mit lediglich 56 % ist sehr niedrig. Es werden keine Angaben zu den Gründen der Lost-to-follow-up-Rate gemacht.</p> <p>Die Studie zeigt auf, dass trotz eines Neugeborenen-Hörscreenings erneut zu einem späteren Alterszeitpunkt (Zielpopulation) Hörstörungen (sog. erworbene Hörstörungen) auftreten können. Nicht beschrieben ist allerdings, ob die auffälligen Kinder am Neugeborenen-Hörscreening teilgenommen hatten oder nicht.</p> <p>Die Studie gibt Hinweise auf Testinstrumente und wird unter Berücksichtigung der Mängel bei den weiteren Beratungen berücksichtigt.</p>
--	--	---

II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

1 Einleitung

Es ist Ziel eines Screenings auf erworbene Hörstörungen, die nach der Geburt auftretenden Hörstörungen früh zu diagnostizieren und zu behandeln, damit Entwicklungsbeeinträchtigungen vermieden werden. Es gibt derzeit keine Studien, die hinreichend den Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen belegen.

Weitere Abwägungen zur sektorspezifischen Notwendigkeit sind wegen der fehlenden medizinischen Notwendigkeit im Rahmen der sektorenübergreifenden Bewertung nicht erforderlich.

2 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Ein Screening auf erworbene Hörstörungen würde aufgrund des potentiellen Untersuchungszeitpunkts in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen. Weitere Abwägungen zur sektorspezifischen Notwendigkeit sind wegen der fehlenden medizinischen Notwendigkeit im Rahmen der sektorenübergreifenden Bewertung nicht erforderlich.

3 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Für eine gesundheitsökonomische Betrachtung ist es prinzipiell notwendig, im erforderlichen Umfang einerseits die Kosten für die Versorgung mit und ohne Screening auf erworbene Hörstörungen und andererseits die Auswirkungen des Screenings inklusive der darauf folgenden Therapien für die Patientinnen und Patienten zu quantifizieren, um schließlich beide Größen miteinander ins Verhältnis zu setzen. Für die konkrete Operationalisierung solcher Vergleiche sind verschiedene Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt worden.

Bei der Bewertung dieser Aspekte im Hinblick auf das hier zu untersuchende Screening war wesentlich zu berücksichtigen, dass für das Screening auf erworbene Hörstörungen keine Daten vorlagen, die eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu anderen Screeningverfahren bzw. zum Vorgehen ohne Screening ermöglichen würden. In dem HTA aus Großbritannien (Bamford et al. 2007) wurde eine Kosten-Effektivitätsanalyse für einen Hörtest im Rahmen einer Schuleingangsuntersuchung durchgeführt. Aufgrund der unzureichenden Datenlage hat diese Analyse allerdings nur explorativen Charakter.

Vor diesem Hintergrund ist eine abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

4 Würdigung der Stellungnahmen

Im Rahmen der Beratungen zur Überarbeitung der Kinder-Richtlinien wurde eine Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen, d. h. Hörstörungen, die erst nach der Geburt aufgetreten sind, durchgeführt.

Zur Früherkennung angeborener bzw. neonataler Hörstörungen wurde 2009 das Neugeborenen-Hörscreening in die Kinder-Richtlinien aufgenommen. Da auch nach dem Neugeborenenalter entwicklungsrelevante Hörstörungen auftreten können, erfolgte eine Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen. Dies schließt auch progressive sowie late onset-Hörstörungen mit ein. Die AG hat die Bewertung gemäß 2. Kap. § 8 VerFO aufgrund eigener Recherchen von Unterlagen gemäß 2. Kapitel § 10 Abs. 1 VerFO vorgenommen.

In zwei Publikationen zum populationsbasierten Screening auf Otitis media mit Erguss wird aufgrund der Datenlage die Einführung eines solchen Screening explizit nicht empfohlen. Eine Kohortenstudie aus Großbritannien kommt zu dem Ergebnis, dass auch nach einem Neugeborenen-Hörscreening und zwischenzeitlichen Hörprüfungen (z. B. ausgelöst durch den Verdacht der Eltern) eine Audiometrie bei Kindern im Alter von 5 – 6 Jahren durchgeführt werden sollte, da damit noch eine relevante Anzahl von Kindern mit bi- oder unilateralen permanenten Hörstörungen (> 20 dB) identifiziert wird.

Bei der Screeningaudiometrie wird die Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen bestimmt. Für mehrere Tonhöhen (Frequenzen) wird die Schwelle bestimmt, bei der der Ton gerade noch gehört werden kann (= Tonschwelle). Empfohlen wird eine Prüfung über Kopfhörer mit 8 Frequenzen (250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 und 8000 Hz) und mindestens 6 Lautstärken (10, 20, 30, 40, 50, 60 dB).

Es empfiehlt sich, zu Beginn ein oder zwei Töne mit 50-60 dB links und rechts anzubieten, um ein sicheres Verständnis des Testverfahrens zu erreichen. Geprüft wird mit einer Anfangslautstärke von 30 dB auf allen Frequenzen. Ein auffälliger Befund liegt vor, wenn das Kind auf Sinustöne in mindestens zwei Frequenzen mit einer Lautstärke von 30 dB und mehr nicht eindeutig reagiert. Ein fraglich auffälliger Befund liegt vor, wenn nicht alle Frequenzen bei 30 dB gehört werden. In diesem Fall ist vor der Überweisung zur weiteren Diagnostik eine Wiederholung der Screening-Audiometrie durchzuführen.

Es müssen Audiometer verwendet werden, die von der PTB bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen sind und mindestens einmal jährlich einer messtechnischen Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV unterzogen werden.

Zusammenfassend hat der G-BA die Empfehlung abgeleitet, dass auch nach Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings die Notwendigkeit für einen Hörtest bei älteren Kindern besteht. Der bereits bei der U8 vorgesehene Hörtest wird daher beibehalten und soll verbindlich mittels eines Screeningaudiometers durchgeführt werden. In der U8 wird das Hörvermögen mittels Audiometrie überprüft (u.a. erworbene Hörstörungen) und es wird davon ausgegangen, dass bei spezifischen Entwicklungsauffälligkeiten und sonstigen Hinweisen auf eine mögliche Hörminderung eine solche abgeklärt wird. Aufgrund fehlender Evidenz wird auf ein weiteres, universelles Hörscreening von der U5 bis U7a verzichtet.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)	

II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen bei Kinder zwischen 2 Jahren und 5 Jahren (Vollendung des 6. Lebensjahres) (S. 407-422)

Auch zu diesem Punkt hatte die Sachverständige für Sprache und Hören bei Kindern, Frau Prof. Katrin Neumann, die Mitglied des DGPP-Vorstandes ist, eine Reihe von Updates zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten eingebracht, die nicht berücksichtigt werden konnten, einerseits auf Grund dissenter Positionierungen, andererseits wegen der Nichtaufnahmemöglichkeit neuer Inhalte, nachdem der Berichtserstellungszeitraum abgeschlossen war. Dieser umfasste den Zeitraum bis zum Abschluss einer Literaturrecherche durch die Arbeitsgruppe Kinderrichtlinien. Die Sachverständige wurde erst gegen Ende der Erarbeitung der Literaturrecherche berufen. Für eine mögliche Noch-Einbeziehung oder eine künftige Berücksichtigung werden nachfolgend die durch die Sachverständige eingebrachten Positionen aufgeführt.

Diese finden sich, wo sie sich auf den Text direkt beziehen, nachfolgend als Textkommentare aufgeführt und dort, wo sie Zusammenfassungen oder Updates betreffen, im Anschluss unter Updates, Ergänzungen, Präzisierungen. Da sich die Aussagen und Argumentationen der Tragenden Gründe und der Nutzenbewertung gleichen, wird hier nur auf die ausführlichere Nutzenbewertung eingegangen

Update zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten

Late-onset- und progrediente Hörstörungen machen 20->30% kindlicher permanenter Hörstörungen aus (Fortnum et al 2001, Bamford et al 2007, Watkin & Baldwin 2011). Das Gros der Hörstörungen vom zweiten Lebenshalbjahr bis ins Vorschulalter entsteht als erworbene, meist passage-re Hörstörung infolge von Mittelohrbelüftungsproblemen und Mittelohrentzündungen mit resultierenden Paukenergüssen und/oder chronischen Mittelohrentzündungen, die zu Schalleitungsstörungen führen. Bei tympanalem Unterdruck entstehen Hörverluste von 10 bis 30 dB, beim Paukenerguss von 20 bis 50 dB (Schönweiler 1992). Zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr entwickeln 10 bis 30 % der Kinder Paukenergüsse mit resultierender Schalleitungsstörung, im Vorschulalter sind es noch 10 bis 20 % und im Schulalter 5-10 % (Fiellau-Nikolajsen 1983, Northern & Downs 2002). Häufig fluktuiert der Hörverlust, so dass die Jahreshörbilanz entscheidend ist bezüglich einer Beeinträchtigung der Sprachentwicklung (Neumann 2014). Daher sind bei länger als drei Monaten bestehenden Paukenergüssen Paukendrainagen und gegebenenfalls eine Adenotomie indiziert (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie 2005). Nur ein kleiner Teil mittelohrbedingter Hörstörungen persistiert allerdings in spätere Altersperioden hinein. Aus persistierenden Tubenbelüftungsstörungen resultieren dann entweder eine chronische Mittelohrentzündung mit Trommelfelldefekt und möglicher Funktionsbeeinträchtigung der Gehörknöchelchenkette oder ein chronischer Tubenmittelohrkatarrh mit nachfolgender Trommelfellretraktion und ggf. Adhäsivprozess (narbige Verwachsung des Trommelfells mit der gegenüberliegenden Paukenhöhlenwand). Gleichzeitig können auch hier die Ossikel verkleben und vernarben, was sie zunehmend in ihrer Bewegung hemmt. Als Endzustand kann eine Paukensklerose entstehen, bei der die impedanzanpassende

II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

und schallverstärkende Mittelohrfunktion durch bindegewebige und verkalkende degenerative Prozesse weitgehend aufgehoben ist.

Eine neuere große britische Kohortenstudie gibt die Prävalenz von Hörstörungen im Einschulungsalter mit 3,65 pro Tausend an (Watkin & Baldwin 2012), was die Daten von (Bamford et al. 2007) stützt. Der *yield* für ein post-neonatales Hörscreening wurde hier mit 0,2/1000 beziffert, mit einer Reduktion von 1.8/1000 auf 0.2/1000 durch das Neugeborenen-Hörscreening. Der *yield* einer reaktiven Vorstellung wurde mit 0.8/1000 als effektiverer Weg angesehen als ein zweites universelles Hörscreening. Die Autoren schlussfolgerten aber, dass sogar mit einem implementierten Neugeborenen-Hörscreening post-neonatale Identifikationswege erhalten und deren Verbesserungen untersucht werden sollten.

Das Schuleingangsscreening der o.g. 10-Jahres-Kohorte aus 35.668 britischen Kindern, die ein Neugeborenen-Hörscreening erhalten hatten, ergab, dass 1,51/1000 an einem mittel- oder höhergradigen beidseitigen Hörverlust litten, wobei nur 0,9/1000 Kinder mit diesem Hörverlustgrad durch das Neugeborenenhörscreening identifiziert worden waren. Die Autoren hielten daher postneonatale Vorgehenspfade für nötig, um diejenigen angeborenen Hörschäden aufzufinden, die (a) das Screening verpassten (0,11/1000), (b) wegzogen (0,25/1000) und (c) eine *late-onset*-Hörstörung hatten (0.25/1000). Ein zusätzlicher postneonataler *yield* von 1,2/1000 ergab sich für geringgradige oder einohrige Hörstörungen. Für alle Hörstörungsgrade insgesamt hatten 51% der Kinder mit permanenten Hörstörungen eine Identifikation durch postneonatale Maßnahmen nötig (Watkin & Baldwin 2011).

In einer neueren Studie aus Shanghai (Lü et al. 2011) bestanden von 21.427 Kindern mit bestandenem Neugeborenen-Hörscreening 445 (2,08%) ein nachfolgendes Hörcreening im Vorschulalter nicht; unter diesen wurden 16 Fälle mit einer behandlungsbedürftigen, bis dahin nicht bekannten Hörstörung identifiziert, was einem *yield* von 0.75/1000 entspricht. Eine weitere chinesische Studie aus der Provinz Hubei ergab ähnliche Zahlen (Chen et al. 2013). Hier bestanden von 28.546 Kindern, die im Neugeborenenhörscreening unauffällig waren, 540 (1.89%) ein späteres Hörscreening (Alter 4.86 ± 1.67) nicht. Unter diesen wurden 22 Fälle permanenter, zuvor nicht bekannter Hörstörungen identifiziert, was einem *yield* von erworbenen bzw. progredienten oder late-onset-Hörstörungen von 0.77/1000 entspricht. Bei einer Geburtskohorte von 700.000 Kindern würde das in Deutschland 539 Fällen entsprechen. Dies unterstützt die oben getroffene Aussage, dass es auch in Deutschland eine relevante Anzahl von Hörstörungen gibt, die erst nach der Geburt auftreten und mit dem Neugeborenen-Hörscreening noch nicht erfasst werden können, wobei auch ein geringgradiger Hörverlust die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen kann (Fitzpatrick et al. 2014).

Ein möglicher Kritikpunkt dieser Nutzenbewertung ist, dass erst Screenings ab einem Alter von zwei Jahren in der Literaturrecherche berücksichtigt wurden. Unter deutschen Fachleuten wurde jahrelang diskutiert, ein zweites Hörscreening um den ersten Geburtstag einzuführen, da sich hier die meisten progredienten Hörstörungen bereits manifestiert haben. Ein Screening-Instrument, der LittleEARS® Auditory Questionnaire – LEAQ, wurde genau für diese Fragestellung (U6) entwickelt und validiert (Coninx et al.2006, Schäfer 2013). Man hätte also auch jüngere Altersbereiche mit in die Fragestellung einschließen sollen und müsste hier even-

II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

<p>tuell noch einmal eine Nachbewertung anschließen.</p> <p>Watkin P, Baldwin M. The longitudinal follow up of a universal neonatal hearing screen: the implications for confirming deafness in childhood. <i>Int J Audiol</i> 51 (2012): 519–528</p> <p>Arch Dis Child. 2011 Jan;96(1):62-6. doi: 10.1136/adc.2010.185819. Epub 2010 Nov 2.</p> <p>Die Autoren verglichen den Verlauf dreier 10-Jahres-Kohorten bezüglich der Identifikation behandlungsbedürftiger Hörstörungen im Einschulungsalter. Eingeschlossen wurden a) 35.668 Kinder, die ein Neugeborenen-Hörscreening erhalten hatten, b) 31.538 Kinder ohne Neugeborenen-Hörscreening in der Vorgeschichte und 32.890 Kinder, die ein Risikoscreening durchlaufen hatten. Das Einschulungsscreening war zu 89% sensitiv für mittel- und hochgradige Hörstörungen, zu 79% für einohrige Hörverluste und zu 49% für geringgradige Hörstörungen. Das Neugeborenen-Hörscreening hatte den Altersmedian der Diagnose einer kindlichen Hörstörung von 218 auf 16 Alterswochen reduziert, aber für Kinder, deren Hörstörungen nicht neonatal identifiziert wurden, hatte es keine Verringerung des Diagnosealters in den letzten 25 Jahren ergeben. Die Autoren bezifferten die Prävalenz kindlicher Hörstörungen zum Einschulungstestalter mit 3.65/1000 und errechneten den <i>yield</i> eines neonatalen Screenings mit 1,79/1000. Die Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings hatte den <i>yield</i> eines post-neonatalen Screenings von 1.8/1000 auf 0.2/1000 reduziert. Die Autoren betrachteten daher eine reaktive Vorstellung mit einem <i>yield</i> von 0.8/1000 als effektiveren Weg der Identifikation einer kindlichen Hörstörung. Dennoch schlussfolgerten sie, dass sogar mit einem implementierten Neugeborenen-Hörscreening post-neonatale Identifikationswege erhalten und deren Verbesserungen untersucht werden sollten.</p>	
--	--

Zeilennummer zum kommentierten Text	Stellungnehmer DGPP
233-236	Hier wird folgende Ergänzung empfohlen: „Für alle Hörstörungen, einschließlich der geringgradigen und unilateralen, wird die Prävalenz mit 3,49 pro Tausend angegeben, von denen 1,89 pro Tausend nach dem Neugeborenenhörscreening identifiziert wurden. Der <i>yield</i> eines Einschulungshörscreenings war durch die Einführung eines Neugeborenenhörscreenings von 1.11 pro Tausend auf etwa 0,34 pro Tausend gefallen.“
364	Ergänzungsvorschlag: Ein Screening auf eine Otitis media mit Erguss würde immer nur eine Momentaufnahme der wechselnden Mittelohrzustände und ggf. damit zusammenhängenden Hörstörungen bei dem meist passageren Störungsbild liefern und daher eine schlechte Validitätswerte aufweisen.
368	Ergänzungsvorschlag: Zu beachten ist zudem, dass die Tympanometrie eine Mittelohrfunktionsprüfung und keine Hörprüfung ist und nur mäßig mit schwellenaudiometrischen Tests und schlecht mit TEOAE-Messungen korreliert (Nozza et al. 1997). Auch die

II Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

	<p>Sensitivitäts- und Spezifitätswerte der Vorhersage von Paukenergüssen durch Tympanogramme vom Typ B nach <i>Jerger</i> sind mit Werten um 80% als eher mäßig zu bewerten (Fishpool et al. 2009, Liu et al. 2008). Nach Einlage von Paukenröhrchen ist die Tympanometrie nicht durchführbar.</p>
403-404	<p>Dieser Satz ist inhaltlich nicht richtig und sollte ersetzt werden durch „Aber auch ein geringergradiger Hörverlust kann die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (Bess et al. 1998).“</p>
434-436	<p>Welche evidenzbasierte Leitlinie soll das sein, die Fragestellung nach dem Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen beantwortet? Eine solche ist uns nicht bekannt. Bitte benennen Sie diese hier. Dieser Satz müsste unserer Auffassung nach lauten: „Es kann also nicht geschlossen werden, dass es keinen Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen im Vorschulalter gibt, sondern dieser bemisst sich an der Frage, von welchem yield an ein solches Hörscreening als sinnvoll und effektiv angesehen wird.“</p> <p>Ergänzungsvorschlag: „Allerdings zeigten Bamford et al., dass auch nach Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings eine Audiometrie bei Kindern im Alter von 5 – 6 Jahren einen yield von 0,34/1000 ergibt, d. h. bei einer Untersuchung von 10.000 Kinder werden 3 – 4 Kinder mit permanenten Hörstörungen (> 20 dB) identifiziert.“</p>
440	<p>Ergänzungsvorschlag nach „Screenings“: „auf dieses Störungsbild“</p> <p>Ergänzungsvorschlag nach „Bamford“: (2007)</p>

Würdigung der Stellungnahmen zum Beschlussentwurf und Tragenden Gründen

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von
Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-
Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)**

Stellungnehmer	Eingang beim G-BA
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	16.09.2014
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)	17.09.2014
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.	17.09.2014
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	17.09.2014
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	17.09.2014
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	17.09.2014
Bundesärztekammer	18.09.2014

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	18.09.2014
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)	18.09.2014
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	18.09.2014
Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)	18.09.2014
Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)	23.09.2014 (verfristet)
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.	26.09.2014 (verfristet)

Vorbemerkung:

Grundsätzlich sind nur solche Ausführungen aus den Stellungnahmen in der nachstehenden Tabelle abgebildet, die Änderungsvorschläge oder Kommentare zum Beschlussentwurf enthalten sowie die zugehörigen Begründungen; Ausführungen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Anhang zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013) beschlossen.

I. Die Kinder-Richtlinien werden wie folgt neu gefasst:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Inhalt

A. <u>Allgemeines und Anspruchsberechtigung</u>	20
§ 1 <u>Grundlagen</u>	20
B. <u>Früherkennungsuntersuchungen</u>	27
I. <u>Untersuchungszeiträume</u>	27
§ 2 <u>Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen</u>	27
II. <u>Untersuchungen</u>	27
§ 3 <u>U1</u>	29
§ 4 <u>U2</u>	38
§ 5 <u>U3</u>	55
§ 6 <u>U4</u>	72
§ 7 <u>U5</u>	82
§ 8 <u>U6</u>	93
§ 9 <u>U7</u>	105
§ 10 <u>U7a</u>	116
§ 11 <u>U8</u>	126
§ 12 <u>U9</u>	139
C. <u>Spezielle Früherkennungsuntersuchungen</u>	150
I. <u>Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder- Richtlinien</u>	150
II. <u>Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	151
III. <u>Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	152
IV. <u>Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	152
§ 13 <u>Dokumentation</u>	154
§ 14 <u>Evaluation</u>	155

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie



1
2

Grundsätzliches Votum der Stellungnehmenden	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt eine kontinuierliche und systematische Weiterentwicklung der 1971 eingeführten und seither mehrfach veränderten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Die Änderungen sind eine Konsequenz aus dem sich quantitativ und inhaltlich ändernden Morbiditätsspektrum bei Kindern, weiterentwickelter Methoden der medizinischen Diagnostik und Behandlung sowie gesellschaftlichem und sozialem Wandel. Entsprechend der Bedeutung dieser Dynamik für die Versorgung ist das Thema auch schon Gegenstand der Initiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer gewesen, auf die an dieser Stelle hingewiesen sei [1].</p> <p>Die Früherkennungsuntersuchungen dienen der frühen Entdeckung und damit frühzeitigen Behandlung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung gefährden, und sind damit der sekundären Prävention zuzuordnen. An dieser grundsätzlichen Ausrichtung ändert sich, was die vorgesehene Neufassung der Untersuchungsinhalte angeht, nichts. Neu hinzu sollen Elemente der primären Prävention und Gesundheitsförderung durch verschiedene Beratungsinhalte im Rahmen vorausschauender oder begleitender Beratung kommen; zu diesem Aspekt wird besonders Stellung genommen.</p>	<p>KBV:</p> <p>Die Stellungnahme der Bundesärztekammer ist grundsätzlich zu befürworten und entspricht unserem Konzept. Der fakultative Einsatz der Fragebögen und damit die Vorgehensweise zur Erfassung von Sozial-/Emotional-/Seelischen Störungen widerspricht den bisherigen Erfahrungen. Durch die standardisierte Vorschrift des Einsatzes von Fragebögen erhält die verpflichtende Einordnung dieser Störungen einen verbindlichen Charakter, der bisher fehlt und bei freiwilligem Einsatz weiter fehlen würde. Dies gilt insbesondere als die Bundesärztkammer zu Beginn ihrer Stellungnahme ausführlich zu der Problematik der Aufnahme seelischer Störung in das Screening schildert und beschreibt und aus der Literatur hinterlegt. Der Kompromiss aus dieser Situation ist aus der Sicht der KBV der Einsatz von Fragebögen zur Orientierung des untersuchenden Arztes und als Grundlage für das erforderliche Gespräch und die Beratung. Die von der Bundesärztekammer geforderte Erhebung dieser Problematik durch Anamnese</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Allgemeine Hinweise zur sozial-emotionalen Entwicklung:

Bei dem engen Zusammenhang zwischen der körperlichen, geistigen und sozial-emotionalen Entwicklung ist diskussionswürdig, warum in den Grundlagen für die Früherkennungsuntersuchung weiterhin nur die körperliche und geistige Entwicklung benannt wird, nicht aber die seelische Entwicklung. Es stellt sich als Dilemma heraus, dass einerseits diese Entwicklungsstörungen im klinischen Alltag und der Versorgungspraxis eine große Rolle spielen, andererseits die Methoden zur standardisierten, reproduzierbaren und vor allem treffsicheren Früherkennung nicht zur Verfügung stehen. Auch die Therapieverfahren zur Behandlung der Störungen sind in nur geringem Umfang evidenzbasiert. In der Konsequenz sind wiederholte Forderungen nach Ausweitung des Programms im Bereich der sozialen, emotionalen und geistigen Entwicklung an der jeweils fehlenden Evidenz für den Nutzen der Früherkennung solcher Störungen gescheitert, z. B. Früherkennung von Störungen der Sprachentwicklung. Das bedeutet aber nicht, dass nach eigener fachlicher Entscheidung Messinstrumente und Screeningfragebögen nicht von den untersuchenden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit eingesetzt werden können, sowohl als diagnostische Instrumente als auch als Anhaltspunkte für vertiefende Anamnese.

ist in der Untersuchungssituation bei häufig angespannten Müttern und zum Teil auch, vorwiegend in den mittleren Altersstufen, abwehrenden, oppositionellen und schreienden Kinder unrealistisch. Eine vorherige Erhebung führt zu einer besseren Grundlage für die erforderlichen Beratungsmaßnahmen. Die Hinweise der Bundesärztekammer zu den Materialien der BZGA sind durch die Vermittlung an die frühen Hilfen etc. im Konzept hinterlegt.

Die allgemeinen Hinweise orientieren sich an den aktuellen gesetzlichen Vorgaben (§26 SGB V).

GKV: Im Rahmen der Anamnese und orientierenden Beurteilung der Entwicklung des Kindes werden auch Aspekte der sozialen, emotionalen und geistigen Entwicklung berücksichtigt. Allerdings können Entwicklungsauffälligkeiten häufig weder bestimmten Entwicklungsbereichen noch bestimmten Zielerkrankungen zugeordnet werden. Wie in der Stellungnahme dargestellt wird, fehlen geeignete Methoden zur Früherkennung. Aus diesem Grund wurde bei der Überarbeitung der RL auf normierte Tests verzichtet und die Items für eine orientierende Beurteilung der Entwicklung entsprechend angepasst. Die Interpretation der Ergebnisse obliegt der fachlichen Kompetenz des Arztes

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Die Entscheidungen sind im Sinne eines Programms zur sekundären Prävention folgerichtig; entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen sollten durch gezielte Forschungsförderung zukünftig erfolgen. Aufgrund der jetzigen Datenlage sollten Hinweise für Störungen der sozial-emotionalen Entwicklung durchaus genannt werden als Zielerkrankungen. Sie sollten nach klinischer Einschätzung wahrgenommen und bei einem Ausmaß, dass die Entwicklung des Kindes in besonderem Maße beeinträchtigt, dokumentiert und einer gezielten konfirmatorischen, interdisziplinären Diagnostik zugeführt werden. Screeningfragebögen können individuell genutzt werden. Für die generelle Einführung oder als Qualitätsmerkmal der Untersuchung fehlt die erforderliche Evidenz für ihren Nutzen. Unabhängig davon sollte im Sinne der Gesundheitsförderung im Rahmen jeder Früherkennungsuntersuchung die Gelegenheit genutzt werden, gesundheitsfördernde Beratungen oder Beratungsmaterial anzubieten.

und er kann im Einzelfall nach eigener fachlicher Entscheidung weitere Messinstrumente und Screeningfragebögen anwenden bzw. eine gezielte konfirmatorische Diagnostik veranlassen. Zu jeder Früherkennungsuntersuchung gehören eine Erläuterung der individuellen Untersuchungsergebnisse und eine darauf ausgerichtete Beratung über weitere Maßnahmen. Da bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen eher Entwicklungsrisiken festgestellt werden muss die Beratung auch entsprechende gesundheitsfördernde Aspekte beinhalten.

Diese Überlegungen sind in die Beratungen des G-BA eingegangen. So wurden Inhalte in die ‚Information und Beratung‘ sowie in die ‚entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung‘ in den Positionen des GKV-SV und der KBV/ PatV in die Kinder-Richtlinien aufgenommen.

Die von der KBV vorgeschlagenen Fragebögen sind in diesem Zusammenhang nicht als Screeninginstrumente vorgesehen, sondern als Checklisten für die klinische ärztliche Einschätzung der sozial-emotionalen Entwicklung durch den Kinderarzt, so dass er seine Beobachtungen strukturiert erfassen kann.

PatV (zu den Fragebögen): Daher Gefahr möglicher Fehlinterpretationen und

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Allgemeine Hinweise zu psychosozialen Risikolagen:</p> <p>Neben der Früherkennung von beginnenden Störungen bei einem Kind werden an mehreren Stellen in der Beschlussfassung bzw. den Kommentaren dazu psychosoziale Risikofaktoren erwähnt, die die gesunde Entwicklung von Kindern beeinträchtigen könnten. Der Zusammenhang zwischen familiären und biographischen Risikofaktoren und der Entstehung von Entwicklungsstörungen ist komplex, statistisch besteht nur ein loser Zusammenhang (geringer prädiktiver Wert der Risikofaktoren). In diesem Bereich geht es daher weniger um die Früherkennung von Krankheiten, sondern um die Möglichkeiten der Ausschöpfung eines Entwicklungspotentials. Die Sichtweise orientiert sich nicht an bereits bestehenden Defiziten, die beim Kind feststellbar wären, sondern an einer Stärkung von familiären Ressourcen. Mehr noch als bei der Früherkennung der Störungen der sozial-emotionalen Entwicklung gilt hier, dass die Verwendung von Screeningfragebögen aufgrund begrenzter Evidenz für den Nutzen als auch aufgrund des besonders hohen Risikos negativer Konsequenzen nicht generell empfohlen werden kann (vgl. Beratungen zur Früherkennung Kindesmisshandlung / Vernachlässigung). Als Arbeitshilfen oder Anhaltspunkte für vertiefende Gespräche können sie durchaus einen Nutzen in der ärztlichen Versorgungspraxis haben.</p> <p>Eine Erfassung von familiären und sozialen Belastungsfaktoren ist Bestandteil kinder- und jugendärztlichen Anamnesen. Eine verstärkte Beachtung von vermehrtem Hilfebedarf und Beratung über Unterstützungsangebote, insbesondere den Angeboten der Frühen Hilfen, haben durchaus ihren Platz im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen.</p> <p>Ein formales Screeningverfahren zur Entdeckung von psychosozialen Risikofaktoren kann also nicht Bestandteil der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden; gleichwohl können in der Anamnese Hinweise für erhöhten Hilfebedarf der Familie erhoben und auf entsprechende Unterstützungsangebote hingewiesen werden. Die sogenannte vorbeugende Gesundheitsberatung ist zwar der primären Logik der</p>	<p>Verunsicherungen. Keine Regelung im Gelben Heft bzw. Richtlinie.</p> <p>PatV: Die Schaden/Nutzen Abwägung ist nicht absehbar.</p> <p>KBV: Die hier aufgeführten Fragebögen sollen einen Gesprächsleitfaden für Ärzte und Eltern ermöglichen und sind nicht im Sinne der Anwendung eines Screenings vorgesehen.</p> <p>Die PatV stimmt dem Vorschlag zu, bereits bestehende Begleitmaterialien z.B. BZgA zu nutzen.</p>
---	---

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen fremd, dennoch sollte die Gelegenheit genutzt werden, Aspekte der Gesundheitsförderung zu platzieren, auch in Hinblick auf die Ausrichtung eines zukünftigen Präventionsgesetzes. Geeignet dafür wäre etwa auch das Aushändigen von Begleitmaterialien zu den Früherkennungsuntersuchungen, wie sie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung stellt. Diese beinhalten kompakte Elterninformationen in mehreren Sprachen, es können dort auch Elternbriefe parallel zu den Früherkennungsuntersuchungen abonniert werden. Auch vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte stehen zahlreiche Aufklärungsmaterialien für Eltern in Form von Flyern oder Broschüren zur Verfügung, darüber hin-aus kann auf die Materialien der Deutschen Liga für das Kind verwiesen werden, die insbesondere auch gemeinsam mit der BZgA erstelltes Filmmaterial zur Verfügung stellen [2].</p> <p>[1] Thyen, U: Früherkennung in der Kinder- und Jugendmedizin: U1-J1. in: Henke R, Scriba PC, Zepp F (Hrsg.) Prävention – Wirksamkeit und Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2014, erschienen als Band 9 der Reihe Report Versorgungsforschung der Initiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer</p> <p>[2] Wie Babys sich entwickeln. Für Eltern mit Kindern von null bis zwei. Deutsche Liga für das Kind: http://www.liga-kind.de/fruehe/311_kurzfilme.php</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p>Die DGKJP begrüßt die stärkere Berücksichtigung der emotionalen und psychosozialen Entwicklungsbesonderheiten von Kindern im vorliegenden Entwurf der Kinderrichtlinien. Insbesondere begrüßen wir die Möglichkeit zu einer Stellungnahme. Wir Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie fordern seit Jahren eine Berücksichtigung psychischer und sozialer Entwicklungsdimensionen und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen in den Vorsorgeuntersuchungen.</p> <p>Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sind nicht selten und stellen eine bedeutsame gesundheitsökonomische Herausforderung dar. In der Studie von Hölling et al. 2014 (KiGGS) wurde in der Altersgruppe von 3-6 Jahren eine Prävalenz von grenzwertig auffälligen oder auffälligen Kindern (Risikogruppe) in Höhe von 17,2% gefunden, die nicht signifikant niedriger war als in der KiGGS-Basiserhebung 2003-2006 (damals 19,3%). Zudem zeigen psychische Störungen im Verlauf von 3 bis 6 Jahren eine hohe Persistenz (Bufferd et al., 2012).</p>	<p>Die Hinweise werden begrüßt.</p> <p>GKV-SV: Siehe auch Kommentar zur Stellungnahme der Bundesärztekammer. Die Beratung der Eltern, auch in Hinblick auf präventive Empfehlungen, sollte individuell erfolgen und sich an den Ergebnissen der Untersuchung sowie den Fragen der Eltern orientieren. Unabhängig davon sollten alle Eltern über regionale Unterstützungsangebote (Eltern-Kind-Hilfen) informiert werden, so dass sie sich bei Belastungen möglichst frühzeitig geeignete Unterstützung suchen können</p> <p>KBV:</p> <p>Die Stellungnahme ist uneingeschränkt zu</p>


Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Die kurz vor der Veröffentlichung stehende "Leitlinie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter" (S2k) AWMF Nr.: 028/028 belegt aufgrund der bisherigen Forschungslage und Expertenmeinungen, dass insbesondere die frühe kindliche Entwicklung eng mit der Entwicklung und Interaktion mit der primären Bezugsperson verwoben ist. Die psychische und soziale Entwicklung eines Kindes kann nicht getrennt vom sozialen Umfeld und der Kommunikation mit den Bezugspersonen beurteilt werden. Andererseits ist die Möglichkeit der Korrektur emotionaler und psychosozialer Entwicklungen bei Kindern durch Einflussnahme auf die Bezugspersonen und soziale Faktoren noch möglich und oft schnell zu erreichen.</p> <p>Bedeutsam ist, dass schon subklinische Symptome eine Relevanz für das ärztliche Handeln haben können, noch bevor die Kriterien einer Störung erreicht sind. Nachweislich kann dann durch gezielte Beratung die Manifestation einer kindlichen Störung verhindert werden.</p> <p>Durch die Initiativen zu Netzwerken „Frühe Hilfen“, die insbesondere Schnittstellen zwischen dem medizinischen Bereich und Angeboten der Jugendhilfe deutschlandweit schließen sollen, kommt den Kinder- und Jugendärzten als Primärärzten eine herausgehobene Funktion in der Prävention und Frühintervention zu.</p> <p>Kinderärzte haben als Primärärzte ohnehin eine zentrale Funktion in der Früherkennung von Besonderheiten und Auffälligkeiten in der emotionalen, sozialen und somatischen Entwicklung und in der Früherkennung von Risikokonstellationen für psychische Störungen.</p> <p>Einige Aspekte zum Thema Beratung halten wir für erwähnenswert:</p> <ol style="list-style-type: none">In der U8 wird die Medienberatung erwähnt, hierzu müsste der Elternfragebogen noch um einige Items ergänzt werden.Der Umgang mit Schreibabys sollte ebenfalls Teil der Beratung werden.Eine Einladung der Eltern zur Erörterung eigener Fragen ist aus unserer Sicht eine wesentliche Erweiterung des bisherigen Vorgehens und geeignet positive Elternkompetenzen zu fördern.Die Vermittlung Früher Hilfen und der Abbau von Stigmatisierungsängsten der Eltern durch den Kinder- und Jugendarzt kann aus unserer Sicht einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass Frühe Hilfen vor allem von besonders bedürftigen Eltern angenommen werden können.	<p>befürworten. Im Gegensatz zur Stellungnahme der Bundesärztekammer, in der nur zur umstrittenen Veröffentlichung von Frau Thyen Bezug genommen wird, ist die Grundlage der Beurteilung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie die S2K-Leitlinie der AWMF. Für die KBV wäre zu überlegen, inwieweit die zusätzlichen Anregungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin zur Beratung für Medien und zum Umgang mit Schreibabys stärker eingebaut und berücksichtigt werden müssen. Die Punkte C und D zur Erörterung der Fragen mit den Eltern und zu den frühen Hilfen sind zwischenzeitlich ohnehin zusätzlich im damaligen Konzept eingebaut</p>
<p>Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) begrüßt die</p>	<p>Die Anregungen werden begrüßt. Der G-BA hat</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>vorgelegte Beschlussempfehlung als Fortschreibung der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen. Die DGSPJ setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass psychosoziale Faktoren für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern stärker berücksichtigt werden und die jetzigen Früherkennungsuntersuchungen weiter im Sinne von Präventionsinstrumenten entwickelt werden. Wichtige Risikofaktoren für eine gesundheitsschädigende Entwicklung sollten frühzeitig erkannt und entsprechende Weichen gestellt werden. Dies betrifft gleichermaßen Umweltbedingungen, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren ebenso wie Verhaltens- und Teilleistungsstörungen. Um diese Faktoren gezielt identifizieren zu können, plädieren wir für die Einführung validierter sozialpädiatrischer Fragebögen. Neben der individuellen Beratung der Eltern sind Vernetzung mit Angeboten der „Frühen Hilfen“ ebenso erforderlich wie die Einleitung von therapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen. Die DGSPJ hätte sich daher noch weit mehr präventive Elemente gewünscht. Wir unterstützen die Ihnen bereits zugegangene Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Einige aus unserer Sicht wesentliche Anmerkungen haben wir in den Text der Beschlussempfehlung in grüner Farbe (unterstrichen) eingefügt. Für Fragen und weitergehende Gespräche stehen wir gerne zur Verfügung.</p>	<p>in den Beratungen zur Neustrukturierung der Kinder-RL die bereits angesprochenen Aspekte einbezogen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>Allgemeine Bemerkungen</p> <p>Eine Neustrukturierung der Kinder-RL ist auch aus Sicht der Zahnmedizin notwendig. Gründe sind vor allem die deutliche Verschiebungen im Verteilungsmuster oraler Erkrankungen, insbesondere die Frühkindliche Karies bei sehr kleinen Kindern (Abb. 1, Treuner & Splieth 2013) und die starke Polarisierung des Kariesbefalls in Abhängigkeit zum Sozialstatus (DAJ 2010) sowie Assoziationen mit Kindesvernachlässigung bzw. Kindeswohlgefährdung. Dazu kommen neue Erkenntnisse zu wirksamen Präventionsansätzen wie die effektive Fluoridnutzung und Konzepte zur Kariesrisikogruppenbetreuung (Marinho 2009, EAPD 2008, ADA 2006).</p>  <p>Abb. 1: Die frühkindliche Karies ist als Einbruch der Zahnhartgewebe erkennbar. Hinzu kommen eine Entzündung des Zahnfleisches (Gingivitis), oftmals deutlich sichtbarer Zahnbelag sowie kroidig-weiße Entkalkungen des Zahnschmelzes (Initialläsionen) als eindeutige Indikatoren für</p>	<p>Die Anregungen werden begrüßt. Der G-BA hat in den Beratungen zur Neustrukturierung der Kinder-RL die bereits angesprochenen Aspekte einbezogen, wie zum Beispiel die regelmäßige Kontrolle der Mundhöhle, um bei Bedarf an einen Zahnarzt mit Erfahrungen in der Kinderbehandlung zu verweisen.</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Die klinische Untersuchung umfasst wie bisher eine Inspektion der Mundhöhle. Hierbei soll u.a. auch auf Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut geachtet werden, damit bei diesen eine zahnärztliche Untersuchung zur weiteren Abklärung und ggf. Behandlung veranlasst werden kann.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

eine bestehende Kariesaktivität.

Karies der Zähne bleibt trotz der Präventionserfolge der letzten Jahre die **häufigste chronische Erkrankung des Kindesalters**. 50% der Vorschulkinder in Deutschland sind davon betroffen (DAJ 2010) und etwa 10-15% der Kleinkinder leiden zusammen mit ihren Familien unter der schweren Form der frühkindlichen Karies (Treuner & Splieth 2013, Robke 2008, Rojas 2013, Hippke und Zabel 2011). Grundsätzlich fehlt in der Kinder-RL eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung, die zeitlich nahe bei der U5 (6.-9. Lebensmonat) liegen müsste. Dies muss durch einen Zahnarzt erfolgen, weil die im Katalog der U-Untersuchungen aufgeführten Punkte, die die Mundhöhle betreffen, zahnärztliches Fachwissen wie die Kariesdiagnose erfordern und auch ein zügiges therapeutisches Einschreiten nötig ist. Es besteht Konsens, dass eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ab dem 30. Lebensmonat, d.h. nach Abschluss der Entwicklung der 1. Dentition zu spät greift, weil Risiken für die Zähne bereits mit deren Durchbruch wirksam werden. Grundsätzlich sind die Empfehlungen zur zahngesunden Lebensweise zu vage und sollten zumindest in einer SOP für die Kinderärzte konkretisiert werden.

Zur Prüfung des Nutzens und der Notwendigkeit einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung im 6. – 9. Lebensmonat müsste ein entsprechender Beratungsantrag gestellt werden.

KZBV: Die Stellungnahme der DGKiZ wird grundsätzlich begrüßt. Eine Überweisung an den Zahnarzt ist aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Die konkrete Benennung zur Veranlassung einer zahnärztlichen Untersuchung ist im Beschlussentwurf nicht vorhanden.

GKV-SV: Verweis auf § 1 Absatz 3 zur Frage der Abklärung auffälliger Befunde.

KBV: In der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde wird eine zusätzliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung im Alter von 6-9 Lebensmonaten gefordert. Dies ist abzulehnen. Falls neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zur Früherkennung von Karies im Alter von 6-9 Lebensmonaten vorliegen müssten diese an die Pädiater vermittelt werden. Der wesentliche Vorteil einer Teilnahmefrequenz in diesen Altersstufen von über 95 Prozent darf durch eine Zersplitterung der Angebote nicht konterkariert werden. Die rechtzeitige Erkennung der Karies und der starke Bezug zu sozialen Faktoren sind bekannt und sind aus der Sicht der KBV durch die umfangreichere Gestaltung der Früherkennung von sozialen Problemen besser zu erfassen. Die Auflösung

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Redaktionelle Kommentare</p> <p>(s. auch konkrete Anmerkungen im angehängten „01_..._DGKiZ“)</p> <p>Grundsätzlich sollte die Rachitis- von der Kariesprophylaxe inhaltlich getrennt werden. Der Umstand, dass die Wirkstoffe gegen beide Erkrankungen oral verabreicht werden, rechtfertigt nicht die inhaltliche Vermengung, die zudem noch semantisch unlogisch ist, weil von Rachitis-(=Krankheit) und Fluorid-(=Wirkstoff)prophylaxe gesprochen wird.</p> <p>Zudem werden Begriffe im Text unkorrekt verwendet („Zahnleiste“ ist eine embryonale anatomische Struktur, meint hier aber „Alveolarfortsatz“ oder „Kieferkamm“).</p> <p>Die Erkennung von Fehlbildungen der Kiefer/Gaumen sollte bereits bei der U1 oder U2 erfolgen.</p> <p>Formale Kommentare</p>	<p>der Vermischung der Rachitis- und Kariesprophylaxe ist inzwischen vollzogen. Der Begriff Zahnleiste wurde ersetzt. Die Erkennung von Fehlbildungen des Kiefers und Gaumens werden in schweren Fällen bei der U1 möglich sein. Dies ist nicht generell eine ärztliche Untersuchung, sodass die Anforderungen hier nicht zu hoch gestellt werden dürfen. Die ersten ärztlichen Untersuchungen umfassen die U2 und U3, die Früherkennung von vorwiegend dann okkulten Gaumenspalten ist in diesen Untersuchungen berücksichtigt und vorgesehen.</p> <p>Die abschließend aufgeführten inhaltlichen Kommentare sprechen beim Rückgang der Kariesprävalenz in den letzten 30 Jahren um 90 Prozent, bei der Karies im Milchgebiss von 50 Prozent, eher für das Konzept der KBV.</p> <p>Die redaktionellen Hinweise sind zutreffend und werden berücksichtigt.</p> <p>Es soll der Begriff „Kieferkamm“ statt Zahnleiste verwendet werden.</p> <p>Es soll die Bezeichnung „Kariesprophylaxe mittels Fluorid“ verwendet werden.</p> <p>Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D wird getrennt dargestellt.</p>
---	---

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Die einzelnen U-Untersuchungen werden jeweils gemäß folgender Grundstruktur neu systematisiert:

1. Ziele und Schwerpunkte
2. Anamnese
3. Orientierende Beurteilung der Entwicklung
4. Eingehende körperliche Untersuchung
5. Information und Beratung

Sowohl die neue Gesamtstruktur, als auch die Systematik der einzelnen U-Untersuchungen bewertet die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde als sinnvoll, angesichts der angestrebten Etablierung eines Verweises zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung durch Pädiater.

Ebenfalls positiv erscheint, dass die Untersuchungszeiträume und Toleranzgrenzen der U-Untersuchungen nicht verändert wurden und weiterhin eine Kompatibilität mit den im Versorgungskonzept für Frühkindliche Karies vorgeschlagenen Zeitangaben aufweisen. Es ist geplant, die Dokumentation der U-Untersuchungen im Gelben Heft beizubehalten und dieses entsprechend den Änderungen in der Richtlinie anzupassen (vgl. Kapitel 2.3.1, Seite 7, "*Tragende Gründe*").

Inhaltliche Kommentare

Die Kariesprävalenz im bleibenden Gebiss konnte in den letzten 30 Jahren bei Jugendlichen um 90% reduziert werden, Karies im Milchgebiss um ca. 50% (IDZ 2006, DAJ 2010, Ziller et al. 2012). Es gibt eindeutige wissenschaftliche Belege aus vielen Ländern und vielen Studien, dass Kariesprävention eine Erfolgsgeschichte ist. Dies wurde durch kollektive Maßnahmen wie Fluoridierung von Zahnpasten und Speisesalz, gruppenprophylaktische Maßnahmen und Individualprophylaxe erzielt, deren Erfolge wissenschaftlich unstrittig sind (Marinho 2009, Guindy et al. 2000, Kowash et al. 2000 & 2006, Bratthall et al. 1996). Allerdings gibt es im GKV-Katalog eine deutliche Lücke bei der zahnmedizinischen Prävention für Kleinkinder beim Zahndurchbruch bis zum 30. Lebensmonat. Dies ist umso erstaunlicher, da die im Sozialgesetzbuch V in den Paragraphen 21 (Gruppenprophylaxe) und 22 (Individualprophylaxe) für Deutschland sehr erfolgreich ausgestaltet wurden und von einem noch an-

Der G-BA begrüßt die Stellungnahme. Eine Nutzenbewertung zur Früherkennung der Karies bei Kindern kann auf Antrag beim G-BA durchgeführt werden.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

haltenden Kariesrückgang gefolgt wurden (DAJ 2010). Die in der GKV seit langem verankerten Leistungen wie die zahnärztliche Untersuchung und Individualprophylaxe (IP) ab 6 Jahren werden von Patienten und Zahnärzten exzellent angenommen (>90%, Tab. 1) und die Einführung der IP und die kontinuierliche Erhöhung der Inanspruchnahme fallen zeitlich mit kontinuierlichen Kariesreduktionen in der bleibenden Dentition zusammen (DAJ 2010).

Tab.1: Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen incl. Untersuchung und Prävention

Bevölkerung und GKV-Versicherte im Alter unter 6 Jahren in Deutschland (Stand: 31.12.2010)

Alter (in Jahren)	Bevölkerung insgesamt	Anzahl GKV-Versicherte	Derzeitige Inanspruchnahmequote in %	GKV-Versicherte bei derzeitiger Inanspruchnahmequote
unter 1	678.233	567.494	4,7	26.672
1 - 2	670.614	561.119	21,1	118.396
2 - 2,5	345.059	288.719	46,3	133.677
2,5 - 3	345.059	288.719	50,5	145.803
3 - 4	691.188	578.333	62,0	358.567
4 - 5	678.967	568.108	76,3	433.466
5 - 6	690.501	577.759	94,7	547.137
0 - 2 ½	1.693.906	1.417.331	19,7	278.745
2 1/2 – 6	2.405.715	2.012.919	73,8	1.484.974

Grundlage: Bevölkerungszahlen des Statischen Bundesamtes (Stand: 31.12.2010), BMG-Statistik KM6 (01.07.2010), Abrechnungsdaten aus ausgewählten KZVen (Jahr 2010)

Die zahnärztliche Frühuntersuchung (FU) wurde erst 2004 in den GKV-Katalog für Kinder ab 30 Monaten aufgenommen, aber die Neueinführung von Präventionskonzepten auf Bevölkerungsebene benötigt einige Zeit, bis dies bei Patienten und Zahnärzten greift. Wie bei den Leistungen der IP ist ein kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme der FU zu

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>verzeichnen, der eine Ausdehnung der Prävention von der bleibenden Dentition auf das Milchgebiss bei Patienten und Zahnärzten dokumentiert, aber aufgrund einer fehlenden Frühuntersuchung unter 2 ½ Jahren sind die Inanspruchnahmeraten hier deutlich suboptimal.</p> <p>Für die Weiterentwicklung der Kinderrichtlinien scheint es sinnvoll, die erfolgreichen Elemente der IP und FU in einer letzten Stufe auf den Beginn des Zahndurchbruchs im Milchgebiss vorzuziehen, um die bestehende Präventionslücke bei Kleinkindern und die daraus resultierte Frühkindliche Karies mit häufigen Narkosesanierungen zu reduzieren.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) begrüßt die Neufassung der Kinderrichtlinien und deren Anpassung an moderne medizinische Prinzipien und Prozeduren, die sie auch als in Einklang mit der „Children and Youth Version“ der „International Classification of Functioning, Disability and Health der Weltgesundheitsorganisation“ (2007) stehend empfindet.</p> <p>Insbesondere begrüßen wir die Verankerung des Neugeborenenhörscreenings und diesbezüglicher Durchführungskontrollen in den Kinderrichtlinien. Als erfreulich empfinden wir auch die Ersetzung subjektiver und nicht standardisierter Hörprüfverfahren während verschiedener Kindervorsorgeuntersuchungen durch eine Screening-Audiometrie während der U8, selbst wenn sich in der diesbezüglichen Nutzenbewertung durch die dafür eingesetzte Arbeitsgruppe keine Evidenz fand. Gleichzeitig weisen wir daraufhin, dass Letztere lediglich geeignet erscheint, Hörverluste ab ca. 30-35 dB HL zu erfassen, da in der pädiatrischen Praxis schwerlich die für eine Kinderaudiometrie notwendigen Schallschutzbedingungen gewährleistet werden können. Da zudem eine pädaudiologische Expertise fehlt wie beispielsweise die Kenntnis der Vertäubungsregeln und Anwendung von Knochenleitungsmessungen, besteht die Gefahr, dass geringgradige, einseitige oder seitendiskrepante Hörstörungen übersehen werden. Deshalb regen wir – im Sinne der betroffenen Kinder, aber auch aus medikolegalen Gründen – an, dass bei jedweder Befundauffälligkeit eine Abklärung durch einen Phoniater-Pädaudiologen oder einen pädaudiologisch qualifizierten HNO-Arzt erforderlich ist. Eine solche Formulierung würden wir gern in die Neufassung der Kinderrichtlinien aufgenommen sehen, in Analogie zu den Formulierungen für das Neugeborenenhörscreening.</p> <p>Bezüglich der Erkennung von Auffälligkeiten oder Störungen der kindlichen Sprachentwicklung bedauern wir die Beschränkung auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache</p>	<p>Im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden aus den verschiedensten Bereichen Befunde erhoben, die ggf. durch eine weiterführende Diagnostik abgeklärt werden. Daher wird die Notwendigkeit der Abklärung auffälliger Befunde allgemein in § 1 Abs. 3 geregelt.</p> <p>Die Hinweise und Anregungen werden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der G-BA hat sich im Austausch mit Experten und orientierend an den Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas auf die</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

(also spezifische Sprachentwicklungsstörungen ohne Komorbiditäten), für die es naturgemäß kein Screening geben kann. Lediglich auf Sprachentwicklungsstörungen ganz allgemein oder auf „Sprachauffälligkeiten“ kann gescreent werden. „Umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache“ sind eine Ausschlussdiagnose, die den Ausschluss von Hörstörungen und weiterer sprachentwicklungsrelevanter Komorbiditäten erfordert, was nicht durch ein Screening, sondern nur durch eine Differentialdiagnostik geleistet werden kann. Dass allerdings ein Screening auf Sprachentwicklungsstörungen allgemein oder auf „Sprachauffälligkeiten“ sogar im nichtmedizinischen Umfeld im Rahmen flächendeckender Sprachscreenings erfolgreich durchgeführt werden kann und dass bereits valide Screeninginstrumente entwickelt wurden, ist auch für Deutschland stichhaltig belegt (Neugebauer & Becker-Mrotzek et al. 2013). Daher war die Fragestellung des G-BA an das IQWiG, den Nutzen eines Screenings auf „*umschriebene* Störungen des Sprechens und der Sprache“ statt auf „Störungen des Sprechens und der Sprache *allgemein*“ zu bewerten, unglücklich gewählt und es ist bedauerlich, dass entsprechend der Neufassung der Kinder-Richtlinien dem Pädiater in seinen Vorsorgeuntersuchungen, in denen regelhaft auch der Sprachentwicklungsstatus eines Kindes beurteilt werden muss, kein anderes Instrument als die Anamnese in die Hand gegeben wird. Denn es ist seine tägliche, bei den Kindervorsorgeuntersuchungen zu beantwortende Entscheidungsfrage: Um welche Art einer Sprachauffälligkeit handelt es sich hier? Bedarf sie eher einer Therapie oder einer pädagogischen / heilpädagogischen Sprachförderung? Die Entscheidung gegen ein Sprachscreening, z. B. während der U8, ist umso schwerer vor dem Hintergrund zu verstehen, dass die U7a speziell eingeführt wurde, um Auffälligkeiten oder Störungen der kindlichen Sprachentwicklung frühzeitig identifizieren und ggf. zu intervenieren.

Fragestellung zu umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache verständigt. Anders als in den allgemeinen Sprachwissenschaften gilt das Interesse des G-BA allein klinisch relevanten sprachlichen Auffälligkeiten, nicht jedoch der Abbildung des Sprachniveaus per se. Für ein Screening mit dieser Zielsetzung fehlen derzeit die notwendigen Voraussetzungen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bereits anamnestische Fragen zu Entwicklungszielen enthalten, die dem Bereich Sprache und Sprechen zugeordnet werden können. Kinder mit verzögertem Sprachbeginn oder verlangsamtem Wortschatzerwerb können dadurch bereits jetzt frühzeitig identifiziert und ggf. kann durch eine weiterführenden Diagnostik abgeklärt werden, ob eine behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsstörung vorliegt.

Als Begründung für eine zusätzliche U 7a wird an dieser Stelle auf die Tragenden Gründen zum Beschluss zur Einführung der U7a verwiesen. Es wird insbesondere darauf hingewiesen, dass Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes frühzeitig entdeckt werden sollen um sie entsprechend behandeln zu können. Daher wird eine zusätzliche Untersuchung zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat als sinnvoll erachtet. Dies berücksichtigt auch den expliziten Wunsch des Gesetzgebers den Zeitraum zwischen der U 7 und der U 8, in der keine Kinder-

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Da andererseits der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte eine „Überdiagnose“ und „Übertherapie“ (im Dt. Ärzteblatte auch als „Wildwuchs“ bezeichnet) von Sprachauffälligkeiten im Kindesalter beklagt, wäre es eigentlich sinnvoll gewesen, den praktisch tätigen Pädiatern ein valides Sprachscreening-Instrument an die Hand zu geben. Wir hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dies am Ende doch noch berücksichtigt.

Verwunderlich ist auch der tendenziöse Tenor der Nutzenbewertung eines Screenings auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder, die sich zwar auf den diesbezüglichen IQWiG-Bericht stützt, aber wesentliche Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen der letzten Dekaden ignoriert und eigentlich Folgendes aussagt: Die Natur von Sprachentwicklungsstörungen ist nicht recht klar, die Prävalenz ist es auch nicht. Es gibt keine scharfe Definition, diagnostizieren kann man sie auch nicht sicher, und die Wirksamkeit einer Therapie ist nicht belegt. Bei diesem Fazit wundert es einen doch sehr, warum die Krankenkassen dann überhaupt Sprachdiagnostik und -therapie in großem Umfang bezahlen. Die Einführung eines Sprachscreenings, z. B. in die U8, hätte hier sicher neben einer höheren Entscheidungssicherheit und Trennschärfe für den Arzt auch für die Krankenkassen eine Erleichterung bedeutet.

Früherkennungsuntersuchung stattfindet zu verkürzen. Ziel der U7a ist u. a. die frühzeitige Entdeckung visueller Entwicklungsstörungen (insbesondere Amblyopie) bzw. deren Risikofaktoren. Ein weiteres Augenmerk soll auf die Sprachentwicklung gelegt werden. In den ersten drei Lebensjahren wird dem eine besondere Bedeutung beimessen, um ggf. eine erforderliche Therapie rechtzeitig vor Eintritt in die Schule zu ermöglichen.

In den Beratungen wurde ein Konsens zu den sprachanamnestischen Fragen gefunden, welche durch Experten begleitet wurden. Der G-BA geht davon aus, dass bei behandlungsbedürftigen Sprachauffälligkeiten die Pädiater zur weiteren Abklärungsdiagnostik zu den entsprechenden Fachärzten überweisen, um eine bestmögliche Betreuung der Kinder zu ermöglichen.

KBV:

Die Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie ist zu

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

befürworten. Die Weiterverweisung bei jedweder Befundauffälligkeitsabklärung wird breit hin praktiziert und solle auch bei den Rahmenempfehlungen der Früherkennungsuntersuchung so enthalten sein. Damit relativiert sich auch die Problematik der Störgeräusche in der ärztlichen Praxis. Dies führt lediglich zu einer erhöhten Auffälligkeitsquote, die durch das weitere Procedere mit Überweisung zum Facharzt für Phoniatrie, Pädaudiologie bzw. HNO zu einer, für das Kind, adäquaten Lösung führt.

Bezüglich der Erkennung von Auffälligkeiten oder Störungen der kindlichen Sprachentwicklung kritisiert die Gesellschaft die Verwertung des IQWiG-Berichtes zur Nutzen-Bewertung des Screenings und verweist stattdessen auf eine Eigenliteratur. Dieser Punkt kann nicht nachvollzogen werden. Der IQWiG-Bericht hat die zur Verfügung stehenden Verfahren untersucht und auch alle im Lauf des Prozesses von der Gesellschaft angeführten Verfahren als nicht geeignet erachtet. Die Sorge um eine Nichterkennung von Sprachentwicklungsstörungen ist in Anbetracht der derzeitigen Situation und schon in dieser Altersstufe über 20 Prozent logopädisch therapierten Kindern nicht nachvollziehbar. Der kritisierte Begriff des BVKJ zur Überdiagnose und Übertherapie ist im internationalen Vergleich belegbar und nachvollziehbar.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	<p><u>Differenzierung der verschiedenen Sprachentwicklungsstörungen</u></p> <p>Es wird in dem Kommentar sehr stark auf die Komorbidität abgehoben. Der Erfassung der Komorbidität ist in dem neuen Konzept der Früherkennungsuntersuchung ein ganz hoher Stellenwert eingeräumt, indem insbesondere das KBV-Konzept die Erfassung der psychoemotionalen und interaktiven Faktoren im Entwurf mit enthält. Die KBV bleibt bei der Auffassung, dass durch das derzeitige Konzept eine ausreichende Berücksichtigung des Sprachscreenings vorliegt. Die Entscheidungssicherheit und Trennschärfe ist im weiteren Verlauf fachärztlich vorzunehmen. Auch dies ist Konzept einer jeden Screeninguntersuchung.</p>
<p>Die nachfolgenden Stellungnehmer unterstützen die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ):</p> <ul style="list-style-type: none">• Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)• Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)• Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

4

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

- (1) Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.
- (2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.
- (3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>§ 1 (2) des Abschnitts A der Richtlinien hebt in der vorliegenden Fassung ausschließlich auf Gefahrenabwehr ab. Im Sinne einer zukünftig stärker präventiven bzw. gesundheitsfördernden Ausrichtung der Kinderuntersuchungen sollten hier auch die Stärkung der Gesundheit und die Erschließung gesundheitlicher Ressourcen Erwähnung finden.</p>	<p>Der §1 bezieht sich auf die gesetzlichen Grundlagen nach §26 SGB V. Primärpräventive Aspekte wurden verstärkt aufgenommen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p>Es sollten keine unangemessenen Hemmungen bestehen, Eltern nach eigenen psychischen Belastungen zu befragen. Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern bestehen u.a. in psychischen Störungen der Eltern (Sucht, Psychose, Persönlichkeitsstörungen, Depression). Es ist wichtig, dass solche Belastungen (natürlich i.R. der Schweigepflicht) erfragt werden und das bereits ab der U1.</p>	<p>KBV/GKV-SV: Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>§ 1, Abs. 3: Hier erscheint die „soll“ Bestimmung zu schwach, da sonst ein Screening keinen Sinn macht, wenn bei auffälligen Befunden keine zwingende weiterführende Diagnostik gefordert wird.</p>	<p>Die „soll“-Bestimmung regelt, dass die Ärztin oder der Arzt handeln muss, soweit gehandelt werden kann. Voraussetzung dafür ist die Elterneinwilligung.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Einschub in §1 Abs. 3 rot-kursiv markiert Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit oder eines Risikos für das gesunde Aufwachsen des Kindes, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden.</p>	<p>Der §1 bezieht sich auf die gesetzlichen Grundlagen nach §26 SGB V. Daher erfolgt keine Änderung.</p>

5

<p>Position Patientenvertretung (zusätzlich)</p>	
<p>Für frühgeborene Kinder sowie für Kinder, die von einer dauerhaften Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Behinderung bedroht sind, ist die Möglichkeit der Überweisung in ein SPZ nach § 119 SGB V zu prüfen.</p>	
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ): Aus Sicht der DGKJ ist die Position der Patientenvertretung eine sinnvolle Ergänzung, da nicht nur das Vorliegen einer Krankheit sondern auch erkennbare Riskofaktoren für die Manifestation einer Krankheit sollen erfasst und einer möglichen therapeutischen Intervention zugeführt werden.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Aus Sicht der DGSPJ ist die Position der Patientenvertretung eine</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>sinnvolle Ergänzung, da nicht nur das Vorliegen einer Krankheit, sondern auch erkennbare Risikofaktoren für die Manifestation einer Krankheit erfasst und einer möglichen therapeutischen Intervention zugeführt werden sollen.</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Eine explizite Erwähnung frühgeborener Kinder (Position Patientenvertretung) ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da deren Belange auch in den beschriebenen allgemeinen Grundsätzen ausreichend beschrieben werden. Auch der Hinweis auf eine Überweisung in Sozialpädiatrische Zentren ist nicht erforderlich, weil in § 119 SGB V die Anspruchsberechtigung ausreichend beschrieben ist (Kinder- und Jugendliche, die von einer Entwicklungsstörung bedroht sind und die durch die lokale Frühförderstelle und den niedergelassenen Arzt nicht ausreichend versorgt werden können).</p>	<p>PatV: Aufgrund unklaren Entwicklungspotenzials frühgeborener Kinder ist eine möglichst frühzeitige Überweisung notwendig und der Vermerk im gelben Heft auch als Information für die Eltern sinnvoll („Erinnerungshilfe“).</p>
<p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V.</p> <p>Zeitraster für Frühgeborene: Nach dem vorgesehenen Zeitplan liegen die Termine für die Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U4 bei Frühgeborenen teilweise noch vor dem errechneten Geburtstermin. Dadurch sind die in der Richtlinie aufgeführten Kriterien hinsichtlich Anamnese und Untersuchungsbefunden für diese Patientengruppe nicht zutreffend. Wir empfehlen deshalb, bei extrem unreifen Frühgeborenen das Zeitraster für die ersten Vorsorgeuntersuchungen zu verschieben oder alternativ einen Vermerk im Vorsorgeheft zu hinterlegen, dass die aufgeführten Kriterien für extrem unreife Frühgeborenen nicht anwendbar sind.</p>	<p>Die DKG/KBV/der GKV-SV gehen davon aus, dass extrem unreif Frühgeborene einer besonderen Betreuungssituation unterliegen.</p> <p>PatV: Die PatV kann die Stellungnahme der GNPI nachvollziehen. Bis zur U3 in der 4./5. Woche sind die Kinder noch auf der Intensivstation. Bei der U4 sind die extrem früh Geborenen häufig immer noch im Krankenhaus. Insofern ist von der U2 bis zur U4 jeweils zu prüfen, ob die Untersuchungszeitpunkte auf den errechneten Zeitpunkt der Geburt korrigiert werden können.</p>

6

<p>(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder –misshandlung, hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.</p>	
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Die DGHWi begrüßt, dass entsprechend §4 KKG (2011) bei Bekanntwerden "gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes" auch Handlungen verbindlich festgelegt werden. Damit es bei Verdacht auf Kindesvernachlässigung oder -misshandlung zu keiner Diskriminierung und vorzeitigen namentlichen Meldung beim Jugendamt kommt, ist dringend ein Verweis auf das Vorgehen in KKG §4 „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ wünschenswert, das ein gestuftes Vorgehen vorsieht. So heißt es dort, dass die Ärztin/Arzt "mit dem Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes... nicht in Frage gestellt wird". Dieser Hinweis und jener, dass die Ärztin/der Arzt "Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft" haben, um "gewichtige Anhaltspunkte" als solche mit größerer Sicherheit zu identifizieren, könnte eventuell auch an anderer Stelle der Richtlinie eingefügt werden.</p> <p>[Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975). www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html [letzter Zugriff: 29.08.2014]]</p>	<p>Der Hinweis wird begrüßt und mit einem Verweis „unter Berücksichtigung des Kinderschutzgesetzes“ im BE wie folgt umgesetzt: Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung, hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Kinderschutzgesetzes die notwendigen Schritte einzuleiten</p> <p>PatV: Die Ärztin oder der Arzt hat sich regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern (Frühe Hilfen) in seinem Einzugsgebiet zu informieren. Soweit insofern Kooperationen und Netzwerkkontakte bestehen, sind diese schriftlich zu dokumentieren.</p> <p>KZBV: Der Verweis auf das Kinderschutzgesetz wird nicht für notwendig gehalten, da dies ohnehin gilt.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>Einschub §1 Abs. 4 rot-kursiv markiert</p> <p>Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung, einer drohenden Kindeswohlgefährdung oder eines Risikos für das gesunde Aufwachsen des Kindes hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.</p>	<p>Der G-BA hat mit Beschluss vom 21. Februar 2008 in die Kinder-RL folgende Änderung vorgenommen: Im Abschnitt A „Allgemeines“ wird unter Nummer 4, nach Satz 1 folgender Absatz angefügt: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.“</p> <p>Es ist vorgesehen, dass alle Eltern über regionale Unterstützungsangebote informiert werden.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

7

<p>Position Patientenvertretung (zusätzlich)</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat sich regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern (Frühe Hilfen) in seinem Einzugsgebiet zu informieren. Soweit insofern Kooperationen und Netzwerkkontakte bestehen, sind diese schriftlich zu dokumentieren.</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>Die Position der Patientenvertretung unterstützen wir nicht, stattdessen können wir uns eine Ergänzung von (4) vorstellen: „...einzuleiten (Beispiel: Frühe Hilfen).</p> <p>Ergänzung s. Text. Zusätzlich: „Eingeleitete Maßnahmen (z.B. Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft gem. § 4 Abs.2 KKG bzw. Überleitung in Frühe Hilfen oder Information des Jugendamts nach §4 Abs.3 KKG sind gemäß sozialpädiatrischem Anhaltsbogen zu dokumentieren.</p>	<p>PatV: Verweis auf die Würdigung zu §1 Absatz 4.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Die Position der Patientenvertretung, dass sich der Arzt regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern informieren und entsprechende Kooperationen dokumentieren solle, wird an dieser Stelle als nicht geeignet angesehen. So stellt die ärztliche Information über Angebote Früher Hilfen keine Lösung für solche Fälle dar, bei denen bereits Anzeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung festgestellt werden, um die es in § 1 (4) geht. Im Bundeskinderschutzgesetz, und dort in der Befugnisnorm, ist ausreichend beschrieben, wie bei Verdacht auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung vorzugehen ist. Möglicherweise könnte hier ein Verweis auf das Bundeskinderschutzgesetz erfolgen.</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>So wünschenswert diese Forderung ist, so unrealistisch ist sie in der Umsetzung. Es gibt i.d.R. für den Arzt keine strukturierten, zusammenfassenden, ständig aktuellen, leicht abzurufenden Informationsmöglichkeiten über Hilfsangebote der jeweiligen zuständigen Behörden. Entsprechend der Forderung bei den U-Untersuchungen sind je nach Alter unterschiedliche Stellen in den einzelnen Behörden zuständig. Die Zuständigkeiten und Angebote ändern sich häufig. Besonders schwierig wird es, wenn Kinder in einem anderen Zuständigkeitsbereich geboren werden als in dem sie später leben.</p> <p>Die Effektivität der Annahme von Unterstützungsangeboten konnte im „Erlanger Modell“ enorm gesteigert werden, seit es sowohl für Gynäkologen, Geburtshelfer, Kinderärzte (stat./amb.), Hebammen, Sozialhelfern u.a. nur einen Ansprechpartner gibt, der alle regionalen und überregionalen Angebote kennt und entsprechend vermitteln kann.</p> <p>Bei Beibehaltung der o.g. Forderung muss die Art und Weise der Dokumentation für den Arzt geregelt werden. Bei nur einem Ansprechpartner/Koordinator für alle Berufsgruppen ist dies einfacher und realistischer regel- und dokumentierbar.</p>	
---	--

8

<p>(5) Untersuchungen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin</p> <p>Die DEGAM begrüßt die vorgenommene Überarbeitung in weiten Teilen.</p> <p>Die im aktuellen Beschlussentwurf für § 1 Abs. 5 Satz 1 vorgesehene Änderung der Erbringungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte</p>	<p>Diese Regelung ändert nichts an dem bisherigen Vorgehen, dass nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte die Früherkennungsuntersuchung durchführen dürfen, die über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

gegenüber der zuletzt gültigen Fassung vom 16. Dezember 2010 lehnt die DEGAM jedoch ab. Hier ist beabsichtigt, die Formulierung „Untersuchungen nach diesen Richtlinien **sollen** diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können,...“ durch „Untersuchungen nach diesen Richtlinien **dürfen nur** diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können,...“ zu ersetzen.

Unbestritten ist, dass es für die Durchführung von Untersuchungen nach der vorliegenden Richtlinie Kenntnisse und Erfahrungen in der Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bedarf. Dies kommt aber bereits in der zuletzt gültigen Fassung vom 16. Dezember 2010 zum Ausdruck. Eine Verschärfung der Richtlinie ohne weitere Spezifikationen wie diese Qualifikation nachzuweisen ist, halten wir für nicht zielführend. Angesichts der nach wie vor unterschiedlichen Akzeptanz der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen insbesondere in verschiedenen sozialen Schichten [1] halten wir aus familienmedizinischer Sicht eine möglichst breite Fassung der Erbringungsvoraussetzungen für sinnvoll, um die Zugangsvoraussetzungen für betroffene Kinder und deren Eltern so niedrigschwellig sowie so wohnortnah wie möglich zu halten.

Die durch die Richtlinie vorgenommene Strukturierung und Standardisierung der Untersuchungsinhalte ermöglicht gemeinsam mit den Dokumentationsvoraussetzungen eine Qualitätssicherung der Maßnahme. Wesentlich erscheint vielmehr die in der Überarbeitung der Richtlinie deutlich herausgehobene Bedeutung der Schnittstellenkommunikation mit Netzwerkstrukturen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der sozialpädiatrischen Dienste.

[1] Altenhofen L. Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Bundesgesundheitsbl 2002; 45:960- 961.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Entsprechend der (Muster-)Berufs- und Weiterbildungsordnung für

Der G-BA sieht hier keinen Regelungsbedarf (Verweis auf §1 Absatz 5).

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Gynäkologen ist der fachärztlich ausgebildete Gynäkologe/Geburtshelfer nur zur Erstversorgung und Erstuntersuchung (U1) des Neugeborenen berechtigt. Dies impliziert, dass alle weiteren Untersuchungen durch einen Kinderarzt (Facharztstandard) erfolgen müssen. Inwieweit hierfür in allen geburtshilflichen Abteilungen die personellen und strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, kann in dieser Stellungnahme nicht beurteilt werden. Ggf. müssen hierfür die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden oder die Durchführung der U2-Untersuchung in den Ausbildungskatalog der Gynäkologen aufgenommen werden.

9

10 B. Früherkennungsuntersuchungen

11 I. Untersuchungszeiträume

12

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	
U2	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
U3	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
U4	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
U5	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

U7	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
U7a	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
U8	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
U9	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Hier sollte geregelt werden, ab wann/wie die jeweiligen Zeiträume und Toleranzgrenzen der Früherkennungsuntersuchungen gezählt werden, wenn es sich um (extreme) Frühgeborene handelt. In diesem Abschnitt bedarf es weiterhin noch einer Regelung wer die Verantwortung für die Durchführung und Dokumentation der Früherkennungsuntersuchung in Sondersituation trägt. Sondersituationen sind z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (extrem) Frühgeborenes, dass sich zum Zeitpunkt der anstehenden U-Untersuchungen ggf. noch in kinderärztlicher Betreuung / NICU befindet. - Früh-/Neugeborenes, dass unmittelbar nach der Geburt in kinderärztliche Betreuung kommt und über die 72. Lebensstunde dort verbleibt - Früh-/Neugeborenes, dass unmittelbar nach der Geburt in kinderärztliche Betreuung kommt und vor Vollendung der 72. Lebensstunde wieder in die geburtshilfliche Abteilung zurück verlegt wird - Früh/Neugeborenes, dass zwischen der 36. und 72. Lebensstunde aus einer geburtshilflichen Einheit in eine kinderärztliche Einheit verlegt wird. - das Kind zu irgendeiner U-Untersuchung (incl. der Toleranzgrenzen) sich in stationärer Behandlung befindet - Durchführung der Früherkennungsuntersuchung bei Kindern in einer Palliativsituation (?) 		<p>Der GKV-SV/die DKG/die KBV gehen davon aus, dass diese Sondersituationen individuellen Betreuungsintervallen und Versorgung unterliegen.</p> <p>PatV: Zu den Untersuchungszeitpunkten siehe Anmerkung zur Stellungnahme der GNPI (<i>Die PatV kann die Stellungnahme der GNPI nachvollziehen. Bis zur U3 in der 4./5. Woche sind die Kinder noch auf der Intensivstation. Bei der U4 sind die extrem früh Geborenen häufig immer noch im Krankenhaus. Insofern ist von der U2 bis zur U4 jeweils zu prüfen, ob die Untersuchungszeitpunkte auf den errechneten Zeitpunkt der Geburt korrigiert werden können.</i>)</p> <p>Im Übrigen schließt sich PatV der Beurteilung von GKV/DKG/KBV an.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Besonders ist hier die Nachverfolgung, Dokumentation von Befunden und Veranlassung weiterer Untersuchungen zu regeln.

13

14 II. Untersuchungen

15

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ):</p> <p>In den " Tragenden Gründen" wird auf S. 10 angeführt, die Formulierung "abnorme Stühle" sei zu unspezifisch und daher gestrichen; ab U4 taucht sie jedoch in der Anamnese wieder auf.</p>	<p>Die Formulierung ‚abnorme Stühle‘ bleibt ab der U4 bestehen, da es in diesem Alter anamnestisch erforderlich ist.</p>

16

17

§ 3 U1

(1) Ziele und Schwerpunkte: Die U1 soll unmittelbar (möglichst innerhalb der ersten 30 Minuten) nach der Geburt durchgeführt werden. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, soll die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen. Diese Untersuchung hat im Wesentlichen zum Ziel, lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und augenfällige Schäden festzustellen und notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten. Folgende Ziele und Schwerpunkte werden gesetzt:

- a) Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen
- b) Erkennen von Geburtstraumata
- c) Erkennen von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen
- d) Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- e) Entscheidung über die weitere Versorgung des Neugeborenen

Stellungnehmer

Würdigung der Stellungnahme

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>Ein Zeitraum von 30 Minuten nach der Geburt erscheint aus Sicht der DGHWi ungenau und zeitlich nicht realistisch. Ungenau deswegen, weil die Geburt für die Mutter, anders als für das Kind, erst endet, nachdem die Plazenta geboren ist. Zeitlich nicht realistisch, weil es wünschenswert ist, dass die Mutter und/oder der Vater bei der U1 anwesend sind und die Untersuchung erst nach der Plazentaphase und des Nähens einer Dammverletzung erfolgen sollte.</p> <p>Durch Erhebung des Apgar-Wertes und die Betreuungspflicht der Hebamme während der 2 Std. postpartum ist auch das Kind durchgehend unter Beobachtung: „lebensbedrohliche Zustände und augenfällige Schäden“ werden somit nicht erst durch die U1 erkannt.</p> <p>Nicht nur im Rahmen der Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ ist generell eine einstündige Bonding-Phase zu empfehlen und zu ermöglichen, in der Mutter und Kind nicht getrennt werden. Diese sollte auch nicht durch die U1 als diagnostischer Eingriff gestört werden.</p> <p>Die DGHWi schlägt als Formulierung vor:</p> <p>„Die U1 soll möglichst innerhalb der ersten beiden Lebensstunden des Kindes unter Berücksichtigung der erforderlichen Zeit für ein Bonding zwischen Mutter/Vater und Neugeborenem erfolgen.“</p>	<p>Das es um die Erkennung von lebensbedrohlichen Zuständen geht, ist ein sehr enger Zeitrahmen notwendig.</p> <p>Aufgrund der Stellungnahmen zur U1 wurde diese Früherkennungsuntersuchung überarbeitet. Dabei wurde das ursprüngliche Konzept zu Grunde gelegt.</p> <p>Die U1 hat eine besondere Stellung im Gesamtkonzept der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. Primäres Ziel dieser Untersuchung ist es lebensbedrohliche oder unmittelbar nach der Geburt zu behandelnde Erkrankungen und Fehlbildungen sofort zu erkennen. Es ist von hoher Bedeutung, dass diese Untersuchung innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt wird. Diese Untersuchung wird von hierfür qualifizierten Fachkräften (Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen, Geburtshelfer, Anästhesisten, Hebammen und Entbindungspfleger) durchgeführt. Zwischen dem 3. und 10. Lebenstag erfolgt dann eine umfassende ärztliche Untersuchung (U2).</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Die Durchführung und Dokumentation der U1-Untersuchung fällt in den Zuständigkeitsbereich des die Geburt leitenden Geburtshelfers (Arzt/Hebamme). Es sollte noch aufgeführt werden, wer für die Durchführung und Dokumentation verantwortlich ist, wenn das Kind unmittelbar postpartal von den Kinderärzten betreut wird (z.B. nach Sectio oder bei bekannten Risiken).</p>	<p>Der G-BA geht davon aus, dass die oder die/ der durchführend/-e Ärztin oder Arzt für die Dokumentation zuständig ist.</p>
<p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V.</p> <p><u>Dokumentation des Base excess (BE):</u> Wir empfehlen, zusätzlich zum</p>	<p>Der Base excess wird aufgenommen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>pH auch den Base excess im Nabelarterienblut bei der U1 zu dokumentieren (analog zur Dokumentation im Mutterpass). Begründung: Für die Bewertung einer fetalen Azidose ist die Unterscheidung zwischen einer respiratorischen und einer metabolischen Ursache von Bedeutung.</p>	
---	--

18

<p>(2) Die Untersuchungsinhalte umfassen die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die im Folgenden unter „Sonstiges“ aufgeführten Inhalte.</p>					
<p>1. Anamnesen</p>					
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="136 550 761 598">Position GKV-SV/ KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="136 598 761 1382"> <p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Dauermedikation - Besondere psychische und/oder soziale Belastungen - Mehrlingsschwangerschaft - (Poly-)Hydramnion - Oligohydramnion - Gestationsdiabetes - Abusus - Antikörpersuchtest positiv - akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft </td> </tr> </tbody> </table>	Position GKV-SV/ KBV	<p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Dauermedikation - Besondere psychische und/oder soziale Belastungen - Mehrlingsschwangerschaft - (Poly-)Hydramnion - Oligohydramnion - Gestationsdiabetes - Abusus - Antikörpersuchtest positiv - akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft 	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="761 550 2054 598">Position Patientenvertretung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="761 598 2054 1382"> <p>a) Perinatalanamnese:</p> <p>Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Position Patientenvertretung	<p>a) Perinatalanamnese:</p> <p>Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.</p>
Position GKV-SV/ KBV					
<p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Dauermedikation - Besondere psychische und/oder soziale Belastungen - Mehrlingsschwangerschaft - (Poly-)Hydramnion - Oligohydramnion - Gestationsdiabetes - Abusus - Antikörpersuchtest positiv - akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft 					
Position Patientenvertretung					
<p>a) Perinatalanamnese:</p> <p>Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.</p>					

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

– GBS-Status der Mutter	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ):</p> <p>Hier ist die GKV-KBV-Position zu bevorzugen, da das Kind ein berechtigtes Interesse an seiner Schwangerschafts- und Geburtsvorgeschichte hat, das höherwertig ist als das Interesse der Mutter am Schutz ihrer Daten.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>Klares Votum für die Übernahme der Daten, die bis zur SEU bei möglichen Entwicklungsverzögerungen oder Teilleistungsproblematiken von erheblicher Bedeutung sein können.</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Pränatale Risikofaktoren, die sich aus der Gesundheit der Mutter ergeben, sollten, gegebenenfalls mit Einverständnis der Mutter, in das Früherkennungsheft übernommen werden, wenn sich hierdurch ein besonderer Versorgungsbedarf des Kindes ergibt. Dies ist in jedem Fall bei den unter der Position GKV-SV/KBV genannten Erkrankungen und Risiken gegeben.</p> <p>Unter § 3 (2) Nr. 1. „Anamnesen“ sollte statt „Abusus“ allgemeiner der Begriff „Suchtmittel-konsum“ verwendet werden. Dieser sollte in Klammern wie folgt spezifiziert werden: „(Alkohol, Tabak, andere Drogen)“. Eine in ähnliche Richtung weisende Überarbeitung des Mutterpasses ist mit der Änderung der Mutterschafts-Richtlinien vom 3. Februar 2011 erfolgt. Ergänzend sollte zudem auch der Medikamentenkonsum mit abgefragt werden.</p>	<p>GKV-SV/DKG/KBV: Im Mutterpass wird weiterhin der Begriff „Abusus“ unter „Befundrisiken“ verwendet, außerdem ist bereits vorgesehen, dass Dauermedikation im Rahmen der Schwangerschaftsanamnese erfasst wird.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p><i>Bemerkung Position GKV-SV/ KBV: Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und</i></p>	<p>GKV-SV/DKG/KBV: Die Anregung bezüglich der Konkretisierung „Mutterpass/ergänzende Dokumentation soweit vorliegend“ wird</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p><i>Entwicklung des Kindes</i></p> <p>Hinter „Mutterpass“ sollte noch eingefügt werden (Mutterpass/ergänzende Dokumentation soweit vorliegend). Dies erscheint zunehmend wichtig, da gerade auffällige pränataldiagnostische Befunde/Untersuchungen/Therapien (in der Regel aus Platzgründen) nicht mehr im Mutterpass sondern auf ausführlichen Befundmitteilungen vorliegen. Dem für die Anamnese im Rahmen der U1-U2 Zuständigen kann dabei nicht zugemutet werden, nicht vorliegende Befunde einzufordern. Dies sollte, wenn präpartal nicht bereits geschehen nur dann erfolgen, wenn sich hieraus weitere Therapien ableiten.</p> <p><i>Position Patientenvertretung: Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.</i></p> <p>Bei aller Notwendigkeit für einen guten Datenschutz macht es nicht nur Sinn sondern ist für die weitere Beratung und Einschätzung der Entwicklung der Kinder essentiell, dass Schwangerschaftserkrankungen mit bekannter erhöhter Langzeitmorbidity (z.B. Diabetes in der Schwangerschaft, Makrosomie, Wachstumsrestriktion, Dauermedikation, Abusus, Depression) oder notwendiger neonataler Therapien (Hepatitis, Abusus, Hypothyreose, Diabetes) mit in das Gelbe Heft übernommen werden.</p> <p>Die hierfür im Gelben Heft bereits vorgesehen Felder sind an die im Mutterpass aufgeführten Code-Nummern des Kataloges A und B im Mutterpass angepasst. Den Krankenkasse sind diese Diagnosen bekannt und die Mutter entscheidet selber wer Einblick in das Gelbe Heft haben darf. Um eine sicher und umfassende Betreuung der Kinder zu gewährleisten sollten Schwangerschaftserkrankungen besonders im Rahmen der Anamnese der U1 (jetzt sind Erkrankungen auch beim dokumentierenden Personal noch präsent) unbedingt mit in das Gelbe Heft übernommen werden.</p>	<p>übernommen.</p> <p>PatV-Neupositionierung:</p> <p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none">- Diabetes- Dauermedikation- Mehrlingsschwangerschaft- (Poly-)Hydramnion- Oligohydramnion- Gestationsdiabetes- Antikörpersuchtest positiv- akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft- GBS-Status der Mutter
---	---

19

2. Geburtsanamnese:

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Vollendete SSW
 - Geburtsmodus: spontan, Sektio, vaginale Operation
 - Kindslage: Schädellage, Beckenendlage, Querlage
 - pH-Wert (Nabelarterie)
 - soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik
- b) Familienanamnese
- behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangen Kind
 - Allergien bei den Eltern oder Geschwisterkindern (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma)

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>Die „vollendete SSW“ sollte durch die korrekte Schreibweise des Schwangerschaftsalters bei Geburt ersetzt werden (Beispielsweise: 39+4 SSW).</p>	<p>Der Vorschlag wird begrüßt und umgesetzt.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Unter § 3 (2) Nr. 2b sollten im Rahmen der Familienanamnese auch mögliche Passivrauchbelastungen im Haushalt abgeklärt werden.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>- <i>Allergien bei den Eltern oder Geschwisterkindern (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma)</i></p> <p>Dieser Punkt hat keine Relevanz im Rahmen der U1-Untersuchung</p> <p>- <i>soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik</i></p> <p>Dies impliziert, dass sich der die U1 durchführende Arzt um die Beschaffung ggf. auffälliger pränataldiagnostischer Befunde kümmern muss. Daher sollte stattdessen aufgeführt werden:</p> <p>- <i>soweit dokumentiert, Befunde einer sonographischen/invasiven/nicht-</i></p>	<p>„Allergien bei Eltern oder Geschwister“ wird aus der U1 gestrichen.</p> <p>Diese Anpassung ist nicht erforderlich nachdem die Konkretisierung „Mutterpass/ergänzende Dokumentation soweit vorliegend“ im Gelben Heft übernommen wird.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

invasiven Pränataldiagnostik	
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. Familienanamnese: ergänzen durch „familiäre Hörstörungen“. Das erscheint sinnvoll, da das Neugeborenenhörscreening ja idealerweise bis zum 3. Lebenstag durchgeführt sein sollte – und damit vor der U2 – und man bis dahin schon wissen sollte, ob eine familiäre Hörstörung vorliegt.	Das Neugeborenen-Hörscreening ist ein universelles Screening, das bei allen Neugeborenen durchgeführt wird, unabhängig davon ob Risikofaktoren vorliegen. Für die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening ist daher die Kenntnis der familiären Hörstörungen in der U1 nicht zwingend erforderlich. Die Familienanamnese wird in der U2 abgefragt.

20

<p>2. Eingehende körperliche Untersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none">a) Apgar-Wert 5'/10'b) Körpermaße<ul style="list-style-type: none">– Gewicht– Körperlängec) Reifezeichend) Haut<ul style="list-style-type: none">– auffällige Blässe– Petechien– Hämatom– Ikterus– Zyanose– Turgore) Thorax, Lunge, Atemwege<ul style="list-style-type: none">– Auskultation– Schlüsselbeine intaktf) Herz, Kreislauf<ul style="list-style-type: none">– Extremitätenpulse tastbarg) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)<ul style="list-style-type: none">– Anomalien

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> – Leber- und Milzgröße h) Kopf <ul style="list-style-type: none"> – Caput succedaneum (Kephalhämatom) – Schädelnähte i) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven) <ul style="list-style-type: none"> – Hüften (Faltenasymmetrie) – Spontanaktivität – Muskeltonus j) Augen, Ohren, Nase, Mund 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Mit dem neu vorgesehenen Umfang der eingehenden körperlichen Untersuchung des Neugeborenen bei der U1 dürften die meisten Hebammen, Entbindungspfleger (soweit es diese gibt) und auch Gynäkologen überfordert sein (z.B. Extremitätenpulse (unter f), Leber- und Milzgröße, Schädelnähte unter g)).</p> <p>Diese Personengruppe führt jedoch die meisten U1 durch. Die Untersuchungssitems sollten wieder auf das notwendige Maß entsprechend den Zielen der U1 reduziert werden; die erste eingehende körperliche Untersuchung erfolgt durch den Pädiater bei U2.</p> <p>Zu h): Das Caput succedaneum wird (wie in den alten Kinderrichtlinien) in Klammern als Kephalhämatom bezeichnet; das ist fachlich nicht korrekt; es handelt sich um morphologisch und pathophysiologisch unterschiedliche Entitäten, die sich meist erst nach der U1 entwickeln. Deshalb sollte diese Zeile gestrichen werden.</p> <p>Zu i): Dies gehört eher in die U2. Zur Faltenasymmetrie: Dies ist bei der U1 überflüssig, da eine Gesäßfaltenasymmetrie keine wesentliche diagnostische Bedeutung hat.</p>	<p>Die Inhalte der U1 wurden entsprechend den Hinweisen aus dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren überprüft und angepasst.</p> <p>Die U1 hat eine besondere Stellung im Gesamtkonzept der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. Primäres Ziel dieser Untersuchung ist es lebensbedrohliche oder unmittelbar nach der Geburt zu behandelnde Erkrankungen und Fehlbildungen sofort zu erkennen. Es ist von hoher Bedeutung, dass diese Untersuchung innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt wird. Diese Untersuchung wird von hierfür qualifizierten Fachkräften (Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen, Geburtshelfer, Anästhesisten, Hebammen und Entbindungspfleger) durchgeführt. Zwischen dem 3. und 10. Lebensstag erfolgt dann eine umfassende ärztliche Untersuchung (U2).</p>
Bundesärztekammer	Die Inhalte der U1 wurden entsprechend den Hinweisen aus dem

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Unter § 3 (2) Nr. 2d „Haut“ sollten noch Hautveränderungen wie Hämangiome oder Pigmentierungsstörungen aufgenommen werden; letztere haben eine Bedeutung für die Diagnostik von neurocutanen Syndromen.</p> <p>Unter § 3 (2) Nr. 2h „Kopf“ sollte es statt „Caput succedaneum“ besser heißen: „Geburtstraumatische Schädigung wie Caput succedaneum oder Kephahämatom“</p>	<p>schriftlichen Stellungnahmeverfahren überprüft und angepasst.</p> <p>Die U1 hat eine besondere Stellung im Gesamtkonzept der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. Primäres Ziel dieser Untersuchung ist es lebensbedrohliche oder unmittelbar nach der Geburt zu behandelnde Erkrankungen und Fehlbildungen sofort zu erkennen. Es ist von hoher Bedeutung, dass diese Untersuchung innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt wird. Diese Untersuchung wird von hierfür qualifizierten Fachkräften (Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen, Geburtshelfer, Anästhesisten, Hebammen und Entbindungspfleger) durchgeführt. Zwischen dem 3. und 10. Lebenstag erfolgt dann eine umfassende ärztliche Untersuchung (U2).</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p><i>Einzelne Punkte unter Eingehende Untersuchung ...</i></p> <p>Für die aufgeführten Untersuchungspunkte sollte die Möglichkeit der systematischen Dokumentation (im Gelben Heft) geschaffen werden. Hierzu bedarf es einer Anpassung des aktuellen Gelben Heftes. Doppeldokumentation (Gelbes Heft, Kinderbogen, Geburtendokumentation) sollte vermieden werden. Bei der Neugestaltung des Gelben Heftes sollte berücksichtigt werden, dass heute die Geburtendokumentation i.d.R. elektronisch erfolgt und Aufkleber in das Gelbe Heft eingeklebt werden.</p> <p>- <i>Reifezeichen</i></p> <p>Hier sollte einheitlich festgelegt werden, welcher Score zur Bestimmung der Reifezeichen angewandt werden soll (Petruzza-Index?).</p>	<p>Hinweis wird bei der Überarbeitung der Dokumentation berücksichtigt.</p> <p>GKV-SV</p> <p>Die Kinder-RL bilden einen Rahmen für die Früherkennungsuntersuchungen. Die Anwendung von unterstützenden Messinstrumenten wird der fachlichen Entscheidung des Arztes überlassen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>3. Sonstiges</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prüfung der Durchführung der Vitamin K Prophylaxe

22

<p>§ 4 U2</p> <p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U2 gesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen - Erkennen und Vermeidung früher lebensbedrohlicher Komplikationen - Prüfung der Durchführung des erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screening auf Mukoviszidose - Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie) - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Ein Ikterus bei U2 ist meist physiologisch und deshalb kann das Item eines pathologischen Ikterus entfallen. Wenn er pathologisch ist, deutet er eher auf eine Cholestase hin. Die Möglichkeit der Diskriminierung besteht zum Zeitpunkt der U2 klinisch nicht. Die Möglichkeit der Früherkennung besteht am ehesten bei der U3 im Alter von 3-4 Wochen.</p> <p>Zum Punkt Screening auf Mukoviszidose: Dieses kann entfallen, da es (nach Beschluss) Teil des erweiterten Neugeborenen Screenings würde. Dies gilt auch für U3 und U4.</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Klammerzusatz (z.B. Gallengangsatresie) wird gestrichen.</p> <p>Das erweiterte Neugeborenen-Screening und das Screening auf Mukoviszidose sind getrennte Früherkennungsmethoden mit unterschiedlicher inhaltlicher Ausgestaltung. Da diese Untersuchungen zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt werden können, sind getrennte Elterninformationen zu erstellen. Aus diesem Grund wird hier kein Änderungsbedarf gesehen</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Bezüglich § 4 (1) ist anzumerken, dass ein „pathologischer Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)“ zu diesem Zeitpunkt eher auf eine</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Klammerzusatz (z.B. Gallengangsatresie) wird gestrichen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>hämolytische Anämie hinweisen würde. Ein Verdacht auf eine Gallengangsatresie würde einen Ikterus prolongatus, der mehr als 14 Tage nach der Geburt weiter besteht, voraussetzen.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Um Klarheit (besonders im Sinne der Klinikstruktur) zu schaffen muss definiert werde, wer diese Untersuchung durchführt und wo dokumentiert. Der Geburtshelfer ist hierfür entsprechend der Weiterbildungsordnung nicht befugt. Doppeldokumentationen sind zu vermeiden. Weiterhin bedarf es einer Regelung des Austausches zwischen durchführendem (Kinder-)Arzt und betreuendem Gynäkologen. Dies ist im Sinne einer guten Qualitätskontrolle besonders relevant, wenn Kinder nach der Geburt in andere Einheiten verlegt werden müssen.</p>	

23

<table border="1"> <tr> <td>Position Patientenvertretung (zusätzlich)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hinweis auf familienzentrierte Hilfen</td> <td></td> </tr> </table>	Position Patientenvertretung (zusätzlich)		Hinweis auf familienzentrierte Hilfen		
Position Patientenvertretung (zusätzlich)					
Hinweis auf familienzentrierte Hilfen					
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme				
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Diese Position der Patientenvertretung befürwortet die DGKJ.</p>					
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>Diese Position der Patientenvertretung befürwortet die DGSPJ.</p>					

24

(2)					
<table border="1"> <tr> <td>Position GKV-SV</td> <td>Position KBV/ Patientenvertretung</td> </tr> <tr> <td>Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.</td> <td>Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche</td> </tr> </table>	Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung				
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche				

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Aufklärung und Beratung.	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.	
Bundesärztekammer § 4 (2): Die Formulierung einer „entwicklungsorientierten, ärztlichen Aufklärung und Beratung“ wird – auch für die nachfolgenden Untersuchungen [siehe entsprechende §§ 5 (2) bis 12 (2)] begrüßt. Sie sollte bei Bedarf um eine Beratung über familienzentrierte Hilfen bzw. Angebote Früher Hilfen ergänzt werden.	GKV-SV: Die Information und Beratung der Eltern sollte individuell erfolgen und sich an den Ergebnissen der Untersuchung sowie den Fragen der Eltern orientieren. Ergänzend dazu sollten alle Eltern über regionale Unterstützungsangebote (Eltern-Kind-Hilfen) informiert werden. Die Durchführung sowie die Inhalte einer allgemeinen entwicklungsorientierten Beratung müssen erst bewertet und konkretisiert werden.

25

1. Anamnesen	
Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die GKV-SP/KBV-Position.	
Bundesärztekammer § 4 (2) Nr. 1: Die Position, bei den Anamnesen die Angaben aus der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese zu berücksichtigen und ggf.	Neupositionierung der PatV: a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>entsprechende Ergänzungen vorzunehmen, wird unterstützt (siehe auch entsprechende Passagen für die nachfolgenden Untersuchungen).</p>	<p>Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Dauermedikation - Mehrlingsschwangerschaft - (Poly-)Hydramnion - Oligohydramnion - Gestationsdiabetes - Antikörpersuchtest positiv - akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft - GBS-Status der Mutter
--	--

26

<p>a) Aktuelle Anamnese des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen - Schreit das Kind auffällig? 	
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ spricht sich für die Streichung dieses Spiegelstriches <i>Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle</i> aus, da zwischen U1 und U2 maximal 10 Tage liegen; wenn das Neugeborene schwerwiegend auffällig/erkrankt ist, ist es im Krankenhaus oder gerade entlassen (mit Arztbrief).</p>	<p>Aus Gründen der Dokumentation soll dieser Spiegelstrich erhalten bleiben.</p>

27

<p>Position GKV-SV/KBV</p>	<p>Position Patientenvertretung</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Kindes, weil:	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ plädiert für eine positive Formulierung („Sind die Eltern mit der Entwicklung zufrieden“).	GKV-SV/KBV: Mit der Frage nach der Unzufriedenheit werden mehr Auffälligkeiten berichtet. Dadurch soll eine bessere Erfassung der Problemdarstellung der Eltern erreicht werden. Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").

28

– Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden: <ul style="list-style-type: none"> • Screening auf Hüftgelenksdysplasie und –luxation (nur bei Risikofaktoren für Hüftdysplasie) • Neugeborenen-Hörscreening • Erweitertes Neugeborenen-Screening • Screening auf Mukoviszidose 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Krampfanfälle (unter a) sollten hier nicht extra erwähnt werden; sie sind vor der U2 extrem selten und werden durch den vorangehenden Begriff „Schwerwiegende Erkrankungen“ ausreichend erfasst.	Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Die Angabe „Krampfanfälle“ wird gestrichen.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) - <i>Screening auf Hüftgelenksdysplasie</i> Es sollte der Verweis auf die entsprechende Anlage (aktuell Anlage 5) eingefügt werden und/oder die Risikofaktoren bei denen das Hüftscreening durchgeführt werden soll, aufgeführt werden. - <i>Neugeborenen-Hörscreening</i> Es sollte der Verweis auf die entsprechende Anlage (aktuell Anlage 6) eingefügt werden	Der Verweis auf die Anlagen wird entsprechend der geplanten Neustrukturierung aufgenommen.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>- <i>Screening auf Mukoviszidose</i></p> <p>Dies ist eine neu in die Richtlinien aufgenommene Untersuchung. Die Anlage 2b (Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien) steht zur Stellungnahmen nicht zur Verfügung und konnte auf Nachfrage beim G-BA nicht eingesehen werden.</p>	<p>Zum Beratungsthema „Screening auf Mukoviszidose“ wurde ein eigenes, gesetzliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Eine Stellungnahme der DGGG liegt zum Stellungnahmeverfahren zum Screening auf Mukoviszidose vor.</p>
---	--

29

<p>b) Familienanamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augenerkrankungen (u.a. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit) - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen - Immundefekte - Hüftdysplasie
--

30

<p>c) Sozialanamnese</p>					
<table border="1"> <tr> <th data-bbox="134 861 761 917">Position GKV-SV/ Patientenvertretung</th> <th data-bbox="761 861 1377 917">Position KBV</th> </tr> <tr> <td data-bbox="134 917 761 1045"> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie </td> <td data-bbox="761 917 1377 1045"> <p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.</p> </td> </tr> </table>	Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.</p>	
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV				
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.</p>				
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>				
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>Die von der KBV vorgestellten Fragen an die Eltern enthalten leider keinen Quellen-Hinweis.</p> <p>Die DGHWi regt an, anamnestische Fragen als Informationsgrundlage für Ärztinnen und Ärzte zu formulieren, deren Relevanz für eine mögliche Kindeswohlgefährdung bzw. -vernachlässigung wissenschaftlich belegt ist. Die Fragen, die an die Eltern gerichtet sind</p>					

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

oder deren psychosoziale Lage einschätzen, sollten Antworten auf die fünf Risikoindikatoren liefern, die durch Kindler im „Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (Meysen, Schönecker und Kindler 2009) beschrieben wurden. So könnten Eltern für eine präventive Unterstützung zielgerecht identifiziert und an weitere Frühe Hilfen oder den Kinderschutz vermittelt werden.

Risikoindikatoren nach Kindler (Meysen, Schönecker und Kindler 2009):

- Mindestens eine soziale Belastung
- Mehrere fehlende Schwangerschafts- oder U-Untersuchungen
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen
- Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptfürsorgeperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes
- Hauptfürsorgeperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder das Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden.

Das Konzept der Frühen Hilfen versteht sich als Unterstützung und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Eltern und deren Kinder profitieren von Frühen Hilfen primär- und sekundärpräventiv bei Überforderung bzw. erhöhten Fürsorgeanforderungen der Kinder (Ayerle 2012).

Zur Dokumentation der Expertise betreuender Fachpersonen finden sich in der „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH 2013) auf den Seiten 14 und 15 Aussagen zu Ressourcen und Hilfebedarf der Eltern bzw. Hauptbezugspersonen, die den Unterstützungsbedarf von elterlichen Kompetenzen veranschaulichen. Diesbezüglich fehlen in dem Elternfragebogen der KBV Fragen zur Einschätzung des eigenen Unterstützungsbedarfs durch Fachpersonen, um das subjektive Befinden der Eltern zu erfragen und Ihre Bereitschaft zur Annahme

KBV: Der Fragebogen ist nicht speziell auf Kindeswohlgefährdung ausgerichtet, sondern fragt Faktoren für die normale Entwicklung ab. Einige Fragen zielen aber auf die Risikoindikatoren, auch die Interaktionsbeobachtung gibt dazu Hinweise.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>(präventiver) Früher Hilfen zu unterstützen.</p> <p>Darüber hinaus fehlen Fragen zur Beziehungsgestaltung mit dem Kind (Wahrnehmen von und Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, Blickkontakt und Körperkontakt mit dem Kind).</p> <p>Die DGHWi empfiehlt daher, im Elternfragebogen noch folgende Aussagen sowohl bei der U 2 als auch U 3 mit aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ich wünsche mir / Wir wünschen uns zusätzliche fachliche Unterstützung.- Ich erkenne/wir erkennen in der Regel immer sicherer die Bedürfnisse meines/unseres Kindes.- Es macht mir/uns Freude, mit Blicken und Worten mit meinem/unserem Kind zu kommunizieren. <p>[Ayerle, G. M. (2012). FrühStart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Köln: NZFH.]</p> <p>[Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Verlag Juventa.]</p> <p>[Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013). Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich. http://www.fruehehilfen.de/familienhebammen/dokumentationsvorlagen/ [Letzter Zugriff: 16.09.2014]]</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Die Sozialanamnese (§ 4 (2) Nr. 1c) sollte auch mögliche Belastungen bzw. die Zufriedenheit der Eltern/der Erziehungsberechtigten abfragen, um ggf. zu unterstützenden Hilfsangeboten beraten zu können. Diese Abfrage und entsprechende Beratung sollten fortlaufend in allen Kinderuntersuchungen erfolgen.</p> <p>Wie bei jeder Anamnese bei einem Kind gehören neben der</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Schwangerschafts- und Geburtsanamnese auch die Frage nach Ernährung, nach Schlafrhythmus und Selbstregulation des Säuglings dazu. <u>Ob dies in einem freien Gespräch oder unter Zuhilfenahme eines strukturierten Leitfadens erfolgt, sollte der Expertise des jeweils untersuchenden Arztes überlassen bleiben.</u> Elternfragebögen können nützlich sein zur Strukturierung eines Gespräches, sind im Sinne von Erfassung von Krankheitsrisiken jedoch hochgradig unspezifisch. Die U2 findet am 3. -10. Lebenstag statt, die Eltern-Kind-Interaktion ist zu diesem Zeitpunkt nicht gut beurteilbar; eine junge Familie wird (besonders beim ersten Kind) etwa am 5. Lebenstag den angebotenen Elternfragebogen in vielen Punkten gar nicht sinnvoll beantworten können. Insofern können die Fragen des von der KBV vorgeschlagenen Elternfragebogens dem Arzt als Orientierung für das strukturierte Gespräch mit den Erziehungsberechtigten dienen, für die U2 dürfte er in weiten Teilen jedoch noch zu früh sein. Die Frage nach der muttersprachlichen Interaktion mit dem Kind kann erst zu einem späteren Zeitpunkt Hinweise auf Integrationshemmnisse oder auch auf eine verzögerte Sprachentwicklung geben.</p>	<p>GKV-SV und PatV stützen dieses Votum.</p> <p>KBV: Der Bogen für Eltern/ Bezugspersonen mit positiv formulierten wichtigen Feststellungen für die frühe Entwicklung eines Kindes im ersten Lebensjahr soll dem Arzt/ der Ärztin die Elternsicht/ Bezugspersonensicht zum Verhalten des Kindes, zur Zufriedenheit der Eltern/ Bezugspersonen mit der neuen Situation mit ihrem Kind und zur sozialen Sicherung der Familie vermitteln. Die Antworten der Eltern/ Bezugspersonen können dem Arzt/ der Ärztin einen ersten Eindruck von psychosozialen Bedingungen und dem Lebensumfeld des Säuglings geben und zur gezielten Vertiefung im persönlichen ärztlichen Gespräch dienen. Die auf ein Minimum beschränkten Aussagen sollen regelmäßig und so strukturiert bei jedem Besuch der Mutter/Eltern/Bezugsperson abgefragt werden, damit der Arzt/ die Ärztin Veränderungen und Belastungen der psychosozialen Situation und Entwicklung des Kindes/der Familie nicht übersieht und rechtzeitig Hilfen anbieten kann.</p>
--	--

31

<p>Position KBV (zusätzlich): Der folgende Elternfragebogen wird den Eltern vor der U2 den Eltern ausgehändigt und dient der Ärztin oder dem Arzt als Informationsgrundlage.</p>	
--	--

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Fragen zur Vorbereitung der Mutter/des Vaters auf das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mein / Unser Kind ist meist zufrieden und ausgeglichen. – Mein / Unser Kind schreit viel. – Mein / Unser Kind schläft ausreichend. – Stillen und Füttern gelingen gut. – Mein / Unser Kind scheint sich normal zu entwickeln. – Ich bin / wir sind mit unserem Kind zufrieden. – Ich fühle mich / unsere Familie fühlt sich wohl. – In meiner / unserer Familie verstehen wir uns gut. – Alle Familienmitglieder sind gesund. – Ich habe / Wir haben genügend Unterstützung durch Familie und Freunde. – Beruflich und finanziell bin ich / sind wir zufrieden. – Ich / Wir spreche/n in meiner/unserer Muttersprache mit meinem/unserem Kind. <p>Ich habe folgende Fragen zu meinem Kind: (Leerfeld für Fragen der Eltern)</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Wir unterstützen die Position der KBV mit Einsatz des Elternfragebogens. Zusätzlich würden wir für ergänzende Fragen zum Trinkverhalten, insbesondere zum Stillen, plädieren.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>DGSPJ befürwortet die Verwendung des validierten sozialpädiatrischen Anhaltsbogens.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Die strukturierte Erhebung sozial-medizinischer Aspekte erscheint besonders in Hinblick auf die Angebote unterstützender Maßnahmen wichtig. Die hier von der KBV aufgeführten Fragen decken den Bereich der sozial-medizinischen Aspekte nicht hinreichend ab und können von Eltern wegen fehlender Vergleiche (die U2 findet i.d.R. am 3. LT statt)</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

auch nicht richtig eingeschätzt werden. Es gibt spezifischere Fragen, die Problemfamilien detektieren können. Daher sollten diese Fragen von entsprechenden Stellen (Frühe Hilfen) überarbeitet werden.	
---	--

32

<table border="1"> <tr> <td>Position KBV (zusätzlich)</td> </tr> <tr> <td>Orientierende Bewertung der Entwicklung</td> </tr> </table>		Position KBV (zusätzlich)	Orientierende Bewertung der Entwicklung
Position KBV (zusätzlich)			
Orientierende Bewertung der Entwicklung			
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme		
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Eine postnatale Entwicklung hat bei der U2 praktisch noch nicht stattgefunden, daher würden wir die Ergänzung der KBV ablehnen.	KBV: Es geht nicht um postnatale Entwicklung, sondern um die aktuelle Prüfung des Entwicklungsstandes. Die Angabe wird in „Prüfung der Entwicklung“ geändert.		

33

2. Eingehende körperliche Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm <ul style="list-style-type: none"> – Körpergewicht – Körperlänge – Kopfumfang b) Haut <ul style="list-style-type: none"> – auffällige Blässe – Zyanose – Ikterus – Hämangiome – Naevi und andere Pigmentanomalien – Ödeme – Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) c) Thorax, Lunge, Atemwege <ul style="list-style-type: none"> – Auskultation

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Atemfrequenz (< 50/Minute)
- Einziehungen
- Stridor
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus)
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - abnorme Fontanellengröße
 - Crepitatio capitis

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer-, Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Unter § 4 (2) Nr. 2f „Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)“ sollte der Begriff „Neugeborenenreflexe“ differenzierter ausgeführt werden (Moro-Reaktion, Galantreflex,...).</p> <p>Unter § 4 (2) Nr. 2g „Kopf“ sollte die Kategorie „abnorme Fontanellengröße“ entfallen, da alle Größen als „normal“ zu bewerten sind. Stattdessen sollte „Fontanellentonus“ als Zeichen der Hydratation aufgenommen werden.</p> <p>Ergänzend sollte eine „lagebedingte Schädelasymmetrie“ aufgenommen werden.</p> <p>Unter § 4 (2) Nr. 2h „Mundhöhle, Kiefer, Nase“ sollte die Kategorie „abnorme Größe der Zunge“ wegen ihrer Seltenheit entfallen.</p> <p>Unter § 4 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchungen“ wird zudem die zusätzliche Aufnahme der Abklärung des Hydratationszustandes zur Erkennung eines Hungerzustandes empfohlen.</p>	<p>Die Änderungsvorschläge wurden geprüft und teilweise übernommen.</p> <p>Die „lagebedingte Schädelasymmetrie“ wird bei der U3 aufgenommen.</p> <p>Zu b) Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Spiegelstrich „Hydratationszustand“ wird unter „b)“ aufgenommen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>§ 4, 2. j Augen: <i>Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien</i></p> <p>Die Transilluminationsprüfung ist in der bisherigen Kinder-Richtlinie nicht explizit aufgeführt. Es sollte angegeben werden mit welchen Testverfahren geprüft werden soll (Brückner-Test, Hirschberg-Test oder andere) und wo/wie das Ergebnis dokumentiert wird.</p>	<p>Bei der U2 erfolgt keine spezifische Nennung der Tests, da es nur um die Transilluminationsprüfung geht.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>- Kiefer-, Gaumenanomalie</p> <p>Spaltbildungen sollten bei U1 erkannt werden</p>	<p>Der Spiegelstrich bleibt bestehen, da hier das erste Mal der Arztstandard gewährleistet wird.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>b) Haut</p> <p>Die DGKJ plädiert für die Aufnahme eines weiteren Spiegelstriches: Hydratationszustand (zur Erkennung eines Hungerzustandes).</p> <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege</p> <p>- Auskultation (Atemgeräusch)</p> <p>d) Herz, Kreislauf</p> <p>- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, Herztöne und Nebengeräusche)</p> <p>- Streichung Rhythmus</p>	<p>Zu b) Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Spiegelstrich „Hydratationszustand“ wird unter „b)“ aufgenommen.</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</p> <p>Sehnenreflexe sind überflüssig, wenn Moro-Reaktion, Galant. Reflex und Schreitautomatismus überprüft werden. Diese sollten an Stelle des Begriffs „Neugeborenenreflexe“ einzeln genannt werden.</p> <p>g) Kopf</p> <p>Statt „abnorme Fontanellengröße“ (alle Größen sind normal) schlagen wir vor: „Fontanellentonus“ (Zeichen der Hydratation).</p> <p>h) Mundhöhle, Kiefer, Nase</p> <p>„Verletzungszeichen“ und „abnorme Größe der Zunge“ würden wir weglassen, da extrem selten.</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Spiegelstrich soll wie folgt lauten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, des Muskeltonus, der Moro-Reaktion, des Galant-Reflexes, des Schreitautomatismus und der Prüfung auf klinische Frakturzeichen <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Begriff „Fontanellentonus“ wird übernommen.</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Die Angabe „Verletzungszeichen“ wird gestrichen.</p>
---	---

34

35

3.		
Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
<p>Information und Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibabys
<ul style="list-style-type: none"> - Vitamin K Prophylaxe prüfen 		

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> - Information zu Rachitis- und Fluoridprophylaxe - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung. Eine erste Beratung sollte auch hier schon zu Stillen, SIDS, Unfallverhütung (Wickeltisch...) und dem Umgang mit einem Schreibaby (Achtung: Nicht schütteln!) erfolgen. Noch wichtiger ist diese Beratung bei U3, U4, U5. Zur „Rachitis- und Fluoridprophylaxe“: Wir schlagen „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ vor – zwei Krankheitsentitäten.</p>	<p>Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>Die DGSPJ unterstützt die Position der Patientenvertretung. Eine erste Beratung sollte auch hier schon zu Stillen, SIDS, Unfallverhütung (Wickeltisch...) und dem Umgang mit einem Schreibaby (Achtung: Nicht schütteln!) erfolgen. Noch wichtiger ist diese Beratung bei U3, U4, U5.</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Neben den oben erwähnten allgemeinen gesundheitsfördernden Aufklärungen sollte jedoch besonderes Augenmerk auf die Impfberatung und die Bedeutung der vorbeugenden Prophylaxen (Vitamin K, Vitamin B und Fluorid) und die Qualitätssicherung des metabolischen Neugeborenen Screenings, des Hör- und des Hüftscreenings gelegt werden. Nur von ärztlicher Seite können spezifische medizinische Fragen zu diesen Bereichen beantwortet werden. Die Diagnose schwerer und die Entwicklung erheblich bedrohende Erkrankungen darf über den Wunsch, den quantitativ sehr viel häufigeren Entwicklungsauffälligkeiten bei psychosozialen Belastungen zu begegnen, nicht vernachlässigt werden.</p>	<p>GKV-SV: Diesem Hinweis der Bundesärztekammer wird zugestimmt. Im Focus der ärztlichen Beratung müssen spezifische medizinische Fragen stehen und die Beratung sollte sich auf die Eltern und Kinder konzentrieren, bei denen die Untersuchung Hinweise auf besondere Belastungen bzw. Entwicklungsrisiken ergeben hat. Es ist völlig unklar, ob eine allgemeine gesundheitsfördernde Beratung durch Ärzte einen nachweisbaren Nutzen für die Gesundheit der Kinder hat. Die Durchführung sowie die Inhalte einer allgemeinen entwicklungsorientierten Beratung müssen daher erst bewertet und ggf. konkretisiert werden.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Die unter § 4 (2) Nr. 3 vorgeschlagene Spezifizierung der Inhalte einer entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung wird grundsätzlich begrüßt, sollte aber fortlaufend ab der U2 um eine Impfberatung, Informationen zu Prophylaxemöglichkeiten (Vitamin K, Vitamin B und Fluorid) (s. o.), zur Unfallverhütung und bedarfsbezogen um eine Information über Angebote Früher Hilfen ergänzt werden. Statt Beratung zu „Schreibabys“ sollte allgemeiner eine „Beratung zu frühkindlichen Regulationsstörungen“ aufgenommen werden.</p> <p>Die Formulierung „Rachitis- und Fluoridprophylaxe“ sollte ggf. durch „Rachitis- und Karies-prophylaxe“ ersetzt werden, womit zwei Krankheitsentitäten beschrieben würden.</p>	<p>PatV: Es soll keine Aufnahme einer Beratung zu Regulationsstörungen erfolgen, da hier die Nachfrage allgemeiner gehalten werden soll. Daher bleibt der Begriff „Schreibaby“ bestehen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>§ 4, 3. Ergänzungen zur ärztlichen Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Vitamin K Prophylaxe prüfen</i> <p>Ergänzen: prüfen und ggf. durchführen</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Information zu Rachitis- und Fluoridprophylaxe</i> <p>Ergänzen: ggf. Rezepte mitgeben</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen)</i> <p>Ergänzen: ggf. Kontakt herstellen oder bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung entsprechende Behörden informieren.</p> <p>Eine einheitliche Dokumentation (z.B. in Form einer Checkliste) erscheint sinnvoll.</p>	<p>Änderungsvorschläge werden teilweise aufgenommen.</p> <p>Im BE wird „und ggf. durchführen“ ergänzt.</p> <p>Dieser Ergänzungshinweis ist übergeordnet geregelt und bedarf hier keiner Änderung.</p> <p>Die einheitliche Dokumentation wird im Gelben Heft nach Beschlussfassung zu den Inhalten der Kinder-RL geregelt.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Information zu Rachitis- und Fluoridprophylaxe</i> 	<p>Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Unlogische Formulierung: Rachitis-(=Krankheit) und Fluorid-(=Wirkstoff)-prophylaxe</p> <p>besser: "Kariesprophylaxe" und die beiden Krankheiten inhaltlich trennen</p>	
---	--

36

<p>§ 5 U3</p> <p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U3 gesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten - Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie) - Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenksonographie - Prüfung der Durchführung des Erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screening auf Mukoviszidose - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion 	
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Bundesärztekammer (BÄK)</p> <p>Auch wenn, wie in den tragenden Gründen beschrieben, noch keine Nutzenbewertung für die gezielte Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion vorliegt, liegt es nahe, den Punkt „Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion“ [§ 5 (1)] aufzunehmen. Insbesondere die Kind-bezogenen Merkmale sind sowohl gut zu erheben als auch gut zu beobachten, das regulationsgestörte Kind gibt hochsensitiv eine Störung in der Eltern-Kind-Dyade wieder. In der Regel werden diese Beobachtungen im Rahmen mehrfacher Vorstellungen nicht nur im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, sondern auch bei akuten Erkrankungen, Vorstellungen mit Geschwistern und anderen Anlässen gemacht. Eine langfristige Beziehung und Begleitung der Familie und Kenntnis ihrer Lebenswelt ist dabei in jedem Fall vorteilhaft. Nach der Literatur handelt es sich bei Regulationsstörungen des Säuglings, Fütterstörungen oder Interaktionsstörungen möglicherweise um einen Risikofaktor für eine spätere Vernachlässigung, Misshandlung oder reaktive sozialemotionale Anpassungsstörung. Ob und inwieweit ein</p>	<p>Die KBV sieht in der Stellungnahme der BÄK eine Bestätigung ihres Konzeptes.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

zusätzlicher Leitfaden für ein vertiefendes Gespräch Verwendung findet, sollte dem untersuchenden Arzt bzw. der untersuchenden Ärztin überlassen bleiben [3]. Als Anhalt, auf was zu achten wäre, sind die Hinweise nützlich, ohne entsprechende entwicklungspsychologische Fortbildung und Schulung vermutlich jedoch nur begrenzt anwendbar. Die jeweils von der KBV/Patientenvertretung genannten altersbezogenen Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion entsprechen dem entwicklungspsychologischen Wissensstand. Wenn diese positiv benannten Aspekte beobachtet werden können, ist dies sicher ein gutes Zeichen für eine geglückte Eltern-Kind-Bindung. Wenn diese Aspekte während einer Früherkennungsuntersuchung nicht beobachtet werden können, kann dies sowohl der Situation geschuldet als auch ein Hinweis für einen erhöhten Unterstützungsbedarf sein. Der positive prädiktive Wert ist hoch, der negative gering, bzw. es bedarf weiterer vertiefender Beobachtung oder Gespräche.

Zumindest zum jetzigen Zeitpunkt ist die Bindungsforschung weder in der studentischen Ausbildung noch in der Weiterbildungsordnung explizit aufgenommen. Dennoch ist es zweifelsfrei so, dass viele Kinder- und Jugendärzte und familienärztlich tätige Hausärzte in ihrer Alltagspraxis und aus Erfahrungswissen sowie spezifischen Fortbildungen hier hohe Kompetenzen erworben haben.

Im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen keine Hilfsangebote zur Verfügung standen und somit eine frühe Feststellung einer Interaktionsstörung wenig geeignet war, den Eltern Hilfe anzubieten, hat sich dies nun nach der Etablierung der Frühen Hilfen geändert. Dabei handelt es sich um wissenschaftlich fundierte Programme mit nachgewiesener Evidenz der Wirksamkeit [4]. Diese Programme zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion und andere Hilfen im Sinne aufsuchender Angebote werden inzwischen qualitätsgesichert von allen Kommunen angeboten, allerdings in unterschiedlicher Ausgestaltung. Der Nachweis der Effizienz wird derzeit in Studien des Deutschen Jugendinstituts im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen untersucht. Zusätzlich können Kinder, die von einer körperlichen oder geistigen Behinderung betroffen sind oder ein hohes Risiko dafür

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>tragen, ein Angebot durch die pädagogische oder interdisziplinäre Frühförderung erhalten, die ebenfalls von der Eingliederungshilfe jeder Kommune für Kinder der Altersgruppe 0-6 Jahre vorgehalten wird.</p> <p>[3] Martens-Le Bouar H, Renner I, Belzer F et al (2013). Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. Kinderarztl Prax 84:94–100</p> <p>[4] Taubner S, Munder T, Unger A, Wolter S. Zur Wirksamkeit präventiver Früher Hilfen in Deutschland- ein systematisches Review und eine Metaanalyse. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2013; 62: 598- 619</p>	
---	--

37

(2)					
<table border="1"> <tr> <td>Position GKV-SV</td> <td>Position KBV/ Patientenvertretung</td> </tr> <tr> <td>Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.</td> <td>Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.</td> </tr> </table>	Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung				
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.				
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme				
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung, da wir für die entwicklungsorientierte Aufklärung und Beratung plädieren.</p>					
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>Die DGSPJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung, da wir für die entwicklungsorientierte Aufklärung und Beratung plädieren.</p>					

38

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

1. Anamnese	
Position GKV-SV/ KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese von § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Wir unterstützen die Position der GKV-SV/KBV.</p>	<p>Neupositionierung der PatV:</p> <p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Dauermedikation - Mehrlingsschwangerschaft - (Poly-)Hydramnion - Oligohydramnion - Gestationsdiabetes - Antikörpersuchtest positiv - akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft - GBS-Status der Mutter

39

<p>a) Aktuelle Anamnese des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung, - Schreit das Kind auffällig?

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Statt „Schreit das Kind auffällig?“ schlagen wir „Auffälliges Schreien“ vor. Erfragen der Farbe des Stuhls fehlt. Begründung: Zur Erkennung eines cholestatischen Ikterus (z.B. Gallengangsatresie) sollte die Stuhlfarbe erfragt werden; es ist nachgewiesen, dass damit das Datum der Diagnosestellung vorzulegen ist.</p>	<p>Änderungsvorschläge werden übernommen. Die Frage nach der Stuhlfarbe wird in die Anamnese übernommen.</p>

40

Position GKV-SV	Position KBV
– Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die Karies- und Rachitisprohylaxe sollte ein eigener Punkt sein (wie bei der Position der GKV), aber: Wir schlagen „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ vor – zwei Krankheitsentitäten.</p>	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen
<p>Bundesärztekammer Die „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ sollte unter § 5 (2) Nr. 1a als eigener Punkt aufgenommen werden. Dies gilt gleichermaßen auch für die U6-Untersuchung.</p>	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p>	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Unlogische Formulierung: Rachitis-(=Krankheit) und Fluorid-(=Wirkstoff)-prophylaxe</p> <p>besser: "Kariesprophylaxe" und die beiden Krankheiten inhaltlich trennen</p>	
---	--

41

<ul style="list-style-type: none"> - Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden: <ul style="list-style-type: none"> • Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation • Neugeborenen-Hörscreening • Erweitertes Neugeborenen-Screening • Screening auf Mukoviszidose

42

<p>b) Familienanamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augenerkrankungen z. B. (Grauer Star im Kindesalter, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen) - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen - Immundefekte 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Statt „Grauer Star im Kindesalter“: „Kindliche Katarakt“ (Begründung: Fachterminus).</p>	<p>Der Änderungsvorschlag wird übernommen.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Unter § 5 (2) Nr. 1b „Familienanamnese“ sollte statt „Grauer Star im Kindesalter“ „Kindlicher Katarakt“ als zutreffender Fachterminus aufgenommen werden.</p>	

43

<p>c) Sozialanamnese</p>	
<p>Position GKV-SV/ Patientenvertretung</p>	<p>Position KBV</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die KBV-Position aufgrund der standardisierten Fragen.		
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Die DGSPJ unterstützt die KBV-Position aufgrund der standardisierten Fragen im sozialpädiatrischen Erhebungsbogen.		
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Gut gelöst ist im Richtlinien-Entwurf auch, dass die Kinderärzte in Form der Fragebögen, die wissenschaftlich wohl eher als Checklisten zu verstehen sind, einen Interviewleitfaden an die Hand bekommen zur vertiefenden Exploration. So ist die Sozialanamnese in der U3-U6 objektiver zu fassen, wenn ein Elternfragebogen als Ausgangspunkt für vertiefende Gespräche zu Hilfe genommen wird. Dieses Vorgehen ist in strukturierten klinisch-psychiatrischen Interviews breit etabliert und hat sich in der Praxis auch aus zeitökonomischen Gründen bewährt.		

44

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
Wir unterstützen die Position der KBV.	

45

<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik: Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten • Feinmotorik: Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen • Perzeption/ Kognition: Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad • Soziale/ emotionale Kompetenz: Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen 	
--	--

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ plädiert für ein vereinfachtes Screening des Entwicklungsstandes mit Weglassen der Zeiten und Winkelgrade. Begründung: Zur Grobmotorik: Baumann 2013 „Der Kopf wird knapp zur Horizontalen gehoben.“ Und: Baumann: „Der Kopf wird zur Seite gedreht.“</p> <p>Zur Perzeption/Kognition: Auf welchen Daten beruht das? Laut Denver-Test liegt P90 hierfür bei 2 ½ Monaten, die U3 findet aber mit 4 bis 6 Wochen statt. Baumann 2013: „verfolgt ihn weniger als 90° mit Kopf- und Augenbewegungen“ (als o weniger als bds. 45°).</p> <p>Zur Sozialen emotionalen Kompetenz: Dies ist bei U3 noch nicht bei 90 % der Kinder der Fall. Baumann 2013: „Es beobachtet das Gesicht der Mutter, wenn sie mit ihm spricht“.</p>	<p>Bei den verwendeten Entwicklungsitens handelt es sich um empirisch überprüfte Items. Dieses Konzept soll nicht verlassen werden.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

46

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ schlägt eine positive Formulierung vor, unterstützt aber die Position der GKVSV/ KBV hinsichtlich keiner direkten Frage.	Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").

47

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)	
Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch: Stimmung/Affekt: Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt. Kontakt/Kommunikation: Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt. Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt. Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation:</p> <p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die Beschreibung in diesem Kasten müsste nach Einschätzung der DGKJ von U3 bis U6 stärker differenziert oder allgemeiner gehalten werden.</p> <p>Zum Satz:</p> <p><i>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</i></p> <p>Dies entspricht sicher nicht der P90 bei U3.</p> <p>Zum Satz:</p> <p><i>Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</i></p> <p>Auch dies entspricht nicht der P90 bei U3.</p>	<p>KBV/ PatV: Die Anregung wird aufgegriffen. So werden diese Items aus der U3 gestrichen und verbleibt in den Früherkennungsuntersuchungen 4-6.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p>Die Bedeutsamkeit der Interaktionsbeobachtung eines Kindes mit den Eltern kann nicht genug betont werden. Sie ist u.E. ab U3 alters- und entwicklungsmäßig richtig platziert, d.h. im beginnenden Lebensalltag der Eltern mit ihrem neugeborenen Kind. Die Checkliste zur Erfassung von Interaktionsproblemen des Kindes mit der primären Bezugsperson ist eher grob gefasst, für den erfahrenen Kinderarzt aber u.E. ausreichend, um seine Beobachtungen strukturiert zu erfassen und ggf.</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>weitere Diagnostik zu initiieren. Die Beobachtung elterlicher Feinfühligkeit gegenüber dem Kind ist zentrale Erkenntnisquelle bei allen inzwischen eingeführten Programmen für Frühe Hilfen und entspricht der oben genannten S2K-Leitlinie unserer Fachgesellschaft zu psychischen Störungen in der frühen Kindheit.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. Kontaktlächeln und Kopfwendung auf Ansprache erscheinen zu früh. Verlässliche Kopfwendungen zu Schallquellen gibt es erst ab 3.-4. Lebensmonat. Dafür gibt es ausreichend Belege in der Literatur.</p>	<p>Bei den verwendeten Entwicklungsitens handelt es sich um empirisch überprüfte Items. Dieses Konzept soll nicht verlassen werden.</p>

48

<p>Zur Beobachtung der Interaktion:</p>	
<p>Position KBV</p>	<p>Position Patientenvertretung</p>
<p>Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.</p>	<p>Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung</p>
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Zur Position der KBV: Bei U3 reagieren Kinder auf laute Geräusche und helles Licht nur sehr inkonstant mit Blinzeln oder Erschrecken; die Position der Patientenvertretung ist vorzuziehen.</p>	
<p>Bundesärztekammer Hinsichtlich der unter § 5 (2) Nr. 1c vorgeschlagenen „Beobachtung der Interaktion“ wird der Vorschlag „Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung“ bevorzugt. Dies gilt gleichermaßen für die entsprechenden Passagen in den nachfolgenden Untersuchungen.</p>	<p>Die KBV begrüßt die Stellungnahme. Der Vorschlag wird übernommen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. „Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.“: Das Wort „ausgeglichen“ sollte durch „angemessen“</p>	<p>Die KBV begrüßt die Stellungnahme. Der Vorschlag wird übernommen</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

ersetzt werden. Dasselbe gilt für den gleichen Satz in den entsprechenden Kästen auf S. 14, S. 18 und S.21.	
---	--

49

<p>2. Eingehende körperliche Untersuchung</p> <p>a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körpergewicht - Körperlänge - Kopfumfang <p>b) Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> - auffällige Blässe - Zyanose - Ikterus - Hämangiome - Naevi und andere Pigmentanomalien - Ödeme - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) - entzündliche Hautveränderungen <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultation - Atemfrequenz - Einziehungen - Stridor - Thoraxkonfiguration - Schlüsselbeine intakt 	
Position KBV (zusätzlich)	
- Heiserkeit	
Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) Zur Position der KBV: Heiserkeit kommt in dem Alter kaum vor und hat wenig diagnostische Relevanz.</p>	<p>KBV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Spiegelstrich „Heiserkeit“ wird gestrichen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Bundesärztekammer

Die unter § 5 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“ zusätzlich vorgeschlagene Abklärung einer „Heiserkeit“ wird für dieses Alter als selten erachtet und besitzt nur wenig diagnostische Relevanz.

- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien,
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - abnorme Fontanellengröße
 - Crepitatio capitis
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten - Kiefer- Gaumenanomalie - Verletzungszeichen - abnorme Größe der Zunge - behinderte Nasenatmung - orofacialer Hypotonus i) Ohren <ul style="list-style-type: none"> - Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel) j) Augen <ul style="list-style-type: none"> - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)</p> <p>Bei der U3 und U4 sind die Muskeleigenreflexe keineswegs durch die einzeln aufzuführenden Primitivreflexe zu ersetzen. Dies ist inhaltlich nicht korrekt.</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen und Änderungen werden übernommen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>- <i>Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten</i> "Zahnleiste" ist unkorrekt, besser: "Alvolarfortsätze" oder "Kieferkämme"</p> <p>- <i>Kiefer- Gaumenanomalie</i> Spaltbildungen sollten bei U1 erkannt werden</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Die Änderungsvorschläge werden übernommen.</p> <p>KZBV: Wie konsentiert sollte "Zahnleiste" durch "Kieferkamm" ersetzt werden.</p> <p>Da erst ab der U2 der Facharztstandard gewährleistet ist kann diese Untersuchung erst in der U2 durchgeführt werden.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege</p> <p>- Auskultation: siehe U2</p>	<p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

d) Herz, Kreislauf - Auskultation: siehe U2	Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.
--	--

50

3.		
Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibaby 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht - Umgang mit Schreibaby
<ul style="list-style-type: none"> - Vitamin K Prophylaxe prüfen - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV. Statt: „Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins“: „Aufklärung über Impfungen / Impfungen / Vorschlag eines Impftermins“.		Der Vorschlag wird nicht übernommen.
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.		

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>(DGSPJ)</p> <p>Der Begriff „Eltern- Kind- Hilfen“ sollte ersetzt werden durch „familiäre Hilfsangebote, z.B. Frühe Hilfen“ (=etabliertes finanziertes System)</p>	<p>Es wurde ein möglichst allgemeiner Begriff verwendet, der alle Angebote in diesem Bereich einschließt. I. d. R. gibt es auf kommunaler Ebene eine zentrale Institution die über die Unterstützungsangebote informiert. Der Begriff „Frühe Hilfen“ wird beispielhaft erwähnt.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Unter § 5 (2) Nr. 3 sollte bei Bedarf eine Beratung zu Angeboten Früher Hilfen ergänzt werden.</p> <p>Weiterhin wird unter § 5 (2) Nr. 3 aus Sicht der Patientenvertretung eine Aufklärung über „Sucht“ gefordert. Falls damit eine Aufklärung über die Risiken des Passivrauchens (Tabakrauchexposition) gemeint ist, sollte dies im Sinne der gesundheitsfördernden Aufklärung bereits sehr viel früher beginnen, d. h. während der Schwangerschaft und allen weiteren Kontakten. Sollten andere Suchterkrankungen gemeint sein, wäre eine Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung eines Kindes sicher nicht der richtige Ort, hier eine Beratung / Intervention der Eltern anzubinden. Suchterkrankungen von Eltern stellen ein sehr hohes adverses Risiko für Schutz und gute Entwicklung des Kindes dar und sollten als solche im Rahmen der haus- und kinderärztlichen Betreuung wahrgenommen und angesprochen werden.</p>	<p>KBV: Die Anregung wird in die Position der KBV aufgenommen für die U3, U5, U6 und U9, da Suchterkrankungen bei Eltern das gesamte Familiensystem erfassen und zu gravierenden Gefährdungen in der Entwicklung von Kindern führen können. Kinder suchtkranker Eltern sind selbst gefährdet suchtkrank zu werden (mehr als 30% der Kinder aus suchtkranken Familien) oder psychische Störungen (z.B. Hyperaktivität und kognitive und soziale Störungen) zu entwickeln. In den ersten Lebensjahren sind Kinder den Erfahrungen mit ihren Eltern besonders ausgeliefert. Diese Erfahrungen können für das Kind in einer Suchtfamilie Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit des betroffenen Elternteils im Bindungsverhalten bedeuten, sich auf Tabuisierung von Gefühlen oder ständig wechselnde Stimmungen der Bezugspersonen beziehen oder häufigen Streit bis hin zu körperlicher Gewalt bedeuten. Dadurch kann der für die weitere Entwicklung des Kindes wichtige frühe Aufbau einer sicheren Eltern/ Kind-Bindung gefährdet und die frühe Kindheit besonders störanfällig gegenüber Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch sein.</p> <p>Etwa 10-15% (2,65 Mill) der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre sind im Laufe ihres Lebens dauerhaft oder zeitweise von elterlicher Alkoholabhängigkeit betroffen. Ca. 2200 Neugeborene leiden an einem fetalen Alkoholsyndrom durch Alkoholschädigung in der Schwangerschaft. Ca. 0,1-0,5% der Kinder (ca. 40.000) haben drogenabhängige Eltern. Mehr als 40% der abhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen dem 14. und 21. Lebensjahr stammt aus einer Familie mit (mindestens) einem alkoholabhängigen Elternteil.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	<p>Rauchen während der Schwangerschaft kann zu einer erhöhten Morbidität und zu einem niedrigen Geburtsgewicht des Säuglings führen und gilt als Risikofaktor für Regulationsstörungen und kognitive Entwicklungsstörungen (vgl. 13. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung, Deutscher Bundestag Drucksache 16/12860 2009, S.84)</p> <p>Aus diesen Kenntnissen und Daten sollte abgeleitet werden, dass eine Beratung der Eltern/ Bezugspersonen zu den Auswirkungen von Süchten auf die Entwicklung ihrer Kinder in der frühen und späteren Kinder erfolgen sollte und dass den Eltern entsprechende Hilfsangebote zur Veränderung ihrer Situation angeboten werden sollten.</p>
--	---

51

<p>§ 6 U4</p> <p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U4 gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten - Information zu Impfungen - Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ empfiehlt, einen weiteren Punkt aufzunehmen: Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings. Begründung: Kinder mit Fettstoffwechselstörungen (bes. MCADD) oder GA I müssen mit einem halben Jahr noch nicht aufgefallen sein und profitieren immer noch vom Screening.</p> <p>Zusätzlich einen Punkt „Ernährungsberatung“: Die DGKJ empfiehlt, eine Beratung über den idealen Zeitpunkt und die Art der</p>	<p>Eine Überprüfung des erweiterten Neugeborenen-Screenings erfolgt in der U2 und in der U3. Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der U4 auf eine nochmalige Überprüfung verzichtet werden kann.</p> <p>Diesem Punkt wird nicht entsprochen. Die KBV und PatV haben dieses Thema in der entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Beikosteinführung zu ergänzen. Mit der Einführung von Beikost inclusive Gluten in kleinen Mengen ab vollendeten 4. Lebensmonat und nicht nach dem 7. Lebensmonat (möglichst unter Weiterführung der Muttermilch) kann das Risiko der Zöliakie beeinflusst werden.</p> <p>Literatur: Aliment Pharmacol Ther. 2012 Oct;36(7):607-18. Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease. Szajewska H et al</p>	<p>Beratung enthalten.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>In die Liste der Ziele und Schwerpunkte der U4 sollte unter § 6 (1) zusätzlich der Punkt „Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings“ aufgenommen werden, da Kinder mit Fettstoffwechselstörungen (bes. MCADD) oder GA I mit einem halben Jahr noch nicht aufgefallen sein müssen und immer noch vom Screening profitieren können.</p> <p>Im Rahmen der U4 sollten bereits erste Impfungen erfolgt sein (6 Wochen Rotaviren, 8 Wochen erste Sechsfachimpfung), insofern ist hier etwas spezifischer hinzuweisen, dass bei noch nicht erfolgten Impfungen diese nachgeholt werden sollten, ggf. sollte die Vorstellung mit dem Impfen verbunden werden, falls noch keine erfolgt ist.</p>	<p>Siehe Würdigung DGKJ</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich aufgenommen</p>

52

(2)	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
Die DGKJ unterstützt die KBV/Patientenvertretung-Position.	

53

<p>1. Anamnese</p> <p>a) Aktuelle Anamnese des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle - Ernährung/ Verdauung: Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle, Obstipation - Schreit das Kind auffällig?
--

54

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Position GKV-SV</td> <td style="width: 50%;">Position KBV</td> </tr> <tr> <td>- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen</td> <td>Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.</td> </tr> </table>	Position GKV-SV	Position KBV	- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.	
Position GKV-SV	Position KBV				
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.				
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die Karies- und Rachitisprophylaxe sollte ein eigener Punkt sein (wie bei der Position der GKV), aber: Wir schlagen „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ vor – zwei Krankheitsentitäten.</p>	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen				
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>Unlogische Formulierung: Rachitis-(=Krankheit) und Fluorid-(=Wirkstoff)-prophylaxe</p> <p>besser: "Kariesprophylaxe" und die beiden Krankheiten inhaltlich trennen</p>	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen				

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

55

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Neugeborenen-Hörscreening

56

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ bevorzugt die KBV-Position.	
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Die DGSPJ bevorzugt die KBV-Position unter Verwendung des sozialpädiatrischen Anhaltsbogens	
Bundesärztekammer Zur Sozialanamnese, Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion siehe U3. Die Zuhilfenahme eines Elternfragebogens kann als unterstützendes Instrument erfolgen, die Forderung nach einem generellen oder verbindlichen Einsatzes ist wie bei den übrigen Untersuchungen nicht gerechtfertigt.	

57

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die KBV-Position.	
Bundesärztekammer Die Entwicklungsprüfung sollte orientierend erfolgen, bei Verdacht auf Entwicklungsverzögerung oder -störung müssen weitere confirmatorische Untersuchungen eingeleitet werden. Dieses Vorgehen wurde bereits bei der neu eingeführten U7a gewählt. Eine Entwicklungstestung ist im derzeitigen Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen nicht möglich. Screeningverfahren sind nicht als „Prüfung des Entwicklungsstandes“ zu bezeichnen. Unter diesem Begriff ist in der Regel eine standardisierte Entwicklungsdiagnostik zu verstehen, die mindestens 45 Minuten in Anspruch nimmt, je nach Fragestellung auch deutlich mehr.	KBV: Das hier eingesetzte „Grenzstein-Prinzip“ ist als Screeninguntersuchung der Entwicklung zu verstehen.

58

<ul style="list-style-type: none">• Grobmotorik: Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden. Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben• Feinmotorik: Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden• Perzeption/ Kognition: Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen• Soziale/ emotionale Kompetenz: Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“)

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p>Item „Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.“ Unglücklich formuliertes Item, auch wenn es aus einer validierten Entwicklungsskala stammt. Es müsste heißen „Schallquellen zu lokalisieren“. Geräusche sind nur ein möglicher Schall; es gibt auch Klänge und Töne. Und es müssen keine bekannten Geräusche sein. Neue Schalle erzeugen im kindlichen Hirn viel stärkere Antworten. Es kommt auf die erwartete oder erfahrene Relevanz des Schalls an.</p>	<p>Das Item ist validiert. Das Konzept empirisch belegter Items soll nicht verlassen werden. Eine Änderung ist daher nicht möglich.</p>

59

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung	
<ul style="list-style-type: none"> – Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil: 	<ul style="list-style-type: none"> – Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden? 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die GKV/KBV-Position (hinsichtlich keine direkte Frage) jedoch mit positiver Formulierung (siehe oben).</p>	<p>Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").</p>	

60

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)	
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p> <p>Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation:</p> <p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p>	
---	--

61

Zur Beobachtung der Interaktion:	
Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung.	Die KBV begrüßt die Stellungnahme. Der Vorschlag wird übernommen.

62

2. Eingehende körperliche Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm: <ul style="list-style-type: none"> - Körpergewicht - Körperlänge - Kopfumfang

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien,
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Muskeltonus
- Opisthotonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Strabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Zu i) Beim Brückner-Text weist eine Seitendifferenz auf eine Trübung der brechenden Medien oder einen Strabismus (nicht „Stabismus“) oder eine Anisometropie hin (daher Semikolon dazwischen nicht sinnvoll.)</p> <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege</p> <p>- Auskultation: siehe U2</p> <p>d) Herz, Kreislauf</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen.</p> <p>Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z.B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>- Auskultation: siehe U2</p> <p>f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</p> <p>Die DGKJ vermisst den Punkt: „Befund Hüftsonographie liegt vor / Kontrolle“.</p>	<p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Punkt „Befund Hüftsonographie liegt vor / Kontrolle“ wird ergänzt.</p>
<p>Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)</p> <p>Bei der U3 und U4 sind die Muskeleigenreflexe keineswegs durch die einzeln aufzuführenden Primitivreflexe zu ersetzen. Dies ist inhaltlich nicht korrekt.</p>	<p>Die Merkmale Muskeltonus, Sehnenreflex und Neugeborenenreflex werden gestrichen und aufgenommen werden Muskeleigenreflex, Handgreifreflex sowie Fußgreifreflex</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>In § 6 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“ sollte unter Punkt f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven) ein Spiegelstrich „Befund Hüftsonographie liegt vor / Kontrolle“ ergänzt werden.</p> <p>§ 6 (2) Nr. 2i „Augen“: Da beim Brückner-Test eine Seitendifferenz auf eine Trübung der brechenden Medien oder einen Strabismus (nicht „Stabismus“) oder eine Anisometropie hinweist, ist ein Semikolon zwischen den Begriffen nicht sinnvoll. Entsprechende Anpassungen müssten auch für die nachfolgenden Untersuchungen erfolgen.</p>	<p>Die Stellungnahme wurde nachvollzogen und eine Änderung im Beschlusssentwurf vorgenommen.</p> <p>Siehe Würdigung DGKJ.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>- Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten</p>	<p>KZBV: Wie konsentiert sollte "Zahnleisten" durch "Kieferkamm" ersetzt werden.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

"Zahnleiste" ist unkorrekt, besser: "Alvolarfortsätze" oder "Kieferkämme"

63

3.		
Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
<p>Information und Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung - Sprachberatung 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Prophylaxe Vitamin K, Vitamin D, Fluorid - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht - Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung - Sprachberatung
<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins 		
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die KBV-Position.</p> <p>Statt: „Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins“: „Aufklärung über Impfungen / Impfungen / Vorschlag eines Impftermins“.</p>		<p>Die PatV schließt sich der KBV-Position an und streicht den Spiegelstrich Prophylaxe Vitamin K, Vitamin D, Fluorid.</p> <p>Der Vorschlag wird nicht übernommen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Bundesärztekammern (BÄK)</p> <p>Unter § 6 (2) Nr. 3 ist eine „Sprachberatung“ im 3. Lebensmonat missverständlich und wäre ggf. altersgerecht zu modifizieren – z. B. durch „Nachahmen von Lauten“. Eventuell ist damit aber auch „en-face-Kommunikation“ gemeint. Es ist sicherlich wichtig, Eltern auf guten Blickkontakt in der Kommunikation und Nachahmen von Lauten hinzuweisen, dies gelingt vermutlich durch Aufklärungsmaterial wie Broschüren oder kurze Filme besser. Materialien stehen vielfältig zur Verfügung [2].</p> <p>[2] Wie Babys sich entwickeln. Für Eltern mit Kindern von null bis zwei. Deutsche Liga für das Kind: http://www.liga-kind.de/fruehe/311_kurzfilme.php</p> <p>Zur Empfehlung der Patientenvertretung zur Beratung zum Thema „Sucht“ s. o. Anmerkung zur U3.</p> <p>Bezüglich der weiteren Früherkennungsuntersuchungen U5-U9 gelten die bisherigen Anmerkungen entsprechend.</p>	<p>KBV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Das Item „Sprachberatung“ wird in „Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache)“ geändert.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p>Kritisch erscheinen die Items zur Sprachberatung, insbesondere in der U4 (s. 16) und der U6 (S. 23). Was wird da beraten? Das jeweilige Item erscheint wie eine Blackbox. Es wäre angemessen, das Wort Sprachberatung mit Inhalten zu füllen wie: Kommunikation mit dem Kind in der Muttersprache. Responsivität und Reziprozität zur Förderung von präverbaler Entwicklung und Bindungsverhalten. Es sollte bereits hier auch auf die wichtige Rolle der Literacy (Wertigkeit von Buch und Schrift in der Familie) und des narrativen Vorlesens hingewiesen werden.</p>	<p>Siehe Würdigung BÄK.</p>

64

§ 7 U5

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U5 gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten - Erkennen von Sehstörungen - Information zu Impfungen - Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Statt „Erkennen von Sehstörungen“ plädieren wir für „Erkennen von Seh- und Hörstörungen“. Auch Hörstörungen können bereits jetzt neu erworben sein.</p> <p>Wir empfehlen, einen weiteren Punkt aufzunehmen: Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings. Begründung: Kinder mit Fettstoffwechselstörungen (bes. MCADD) oder GA I müssen mit einem halben Jahr noch nicht aufgefallen sein und profitieren immer noch vom Screening.</p> <p>Zusätzlich: Neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“</p>	<p>Hörstörungen werden mit dem Neugeborenen-Hörscreening erstmalig erfasst. In der U8 wird das Hörvermögen mittels Audiometrie überprüft (u.a. erworbene Hörstörungen) und es wird davon ausgegangen, dass bei spezifischen Entwicklungsauffälligkeiten und sonstigen Hinweisen auf eine mögliche Hörminderung eine solche abgeklärt wird. Aufgrund fehlender Evidenz wird auf ein weiteres, universelles Hörscreening von der U5 bis U7a verzichtet.</p> <p>Eine Überprüfung des erweiterten Neugeborenen-Screenings erfolgt in der U2 und in der U3. Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der U4 auf eine nochmalige Überprüfung verzichtet werden kann.</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich aufgenommen</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Unter § 7 (1) „Ziele und Schwerpunkte der U5“ sollte das Item „Erkennen von Sehstörungen“ um „Erkennen von Seh- und Hörstörungen“ erweitert werden. Dies gilt gleichermaßen für die nachfolgenden Untersuchungen.</p>	<p>Siehe Würdigung DGKJ.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

(2)	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die KBV/Patientenvertretung-Position.	

66

<p>1. Anamnese</p> <p>a) Aktuelle Anamnese des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle - Schreit das Kind auffällig (z.B. heiser)? Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)
--

67

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Unlogische Formulierung: Rachitis-(=Krankheit) und Fluorid-(=Wirkstoff)-prophylaxe</p> <p>besser: "Kariesprophylaxe" und die beiden Krankheiten inhaltlich trennen</p>	
---	--

68

<p>– Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neugeborenen-Hörscreening 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Wie oben: KBV-Position, aber statt: „Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen“: „Rachitis- und Kariesprophylaxe prüfen“.</p> <p>Einschub nach Spiegelstrich „Neugeborenen-Hörscreening“: + erweitertes Neugeborenen-Screening</p>	<p>Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen</p> <p>Eine Überprüfung des erweiterten Neugeborenen-Screenings erfolgt in der U2 und in der U3. Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der U5 auf eine nochmalige Überprüfung verzichtet werden kann.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Auch hier sollte die Liste um eine „Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings“ ergänzt werden. Entsprechend sollte unter § 7 (2) Nr. 1 „Anamnese“ der Punkt „Neugeborenen-Hörscreening“ um „erweitertes Neugeborenen-Screening“ ergänzt werden.</p>	<p>Siehe Würdigung DGKJ.</p>

69

b) Sozialanamnese	
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.		

70

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes 	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.		
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Die DGSPJ unterstützt die Position der KBV.		

71

<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik: Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme Federn mit den Beinen • Feinmotorik: Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen • Sprache: Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- **Perzeption/ Kognition:**
Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)
- **Soziale/ emotionale Kompetenz:**
Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird
Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich
Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p>Item „Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, deidei-dei)“. Äußerst unglücklich formuliertes Beispiel, auch wenn es aus einer validierten Entwicklungsskala stammt, da es reduplizierendes Babbeln (Doppelsilben) bringt. Die kommen in dem Alter (U5) noch nicht regelhaft, ja nicht einmal bei den meisten Kindern (schon gar nicht als 90. bis 95. Perzentil) vor, wobei rhythmische Silbenketten in dem Alter durchaus erworben sind. Man versteht dann auch nicht den Unterschied zu den Items „Spontane Äußerung von längeren Silbenketten“ und „Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da)“ auf <u>S. 20 (U6)</u></p>	<p>Bei den verwendeten Entwicklungsitens handelt es sich um empirisch überprüfte Items. Dieses Konzept soll nicht verlassen werden.</p>

72

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung	
<p>– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:</p>	<p>– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?</p>	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Unterstützung der GKV/KBV-Position hinsichtlich keiner direkten Frage, aber positiv formuliert.</p>		<p>Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

73

<p>Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)</p> <p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p> <p>Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation:</p> <p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p> <p>Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).</p> <p>Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Bundesärztekammer</p> <p>Der vorgeschlagene Katalog der Hinweise auf Interaktionsstörungen in der U5 bedeutet eine deutliche Überschätzung dessen, was im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung sinnvoll und möglich ist. Es gelten die Ausführungen zu einer nachhaltigen Begleitung und Beobachtung des Kindes in unterschiedlichen Situationen.</p>	<p>KBV: Dieser Kommentar widerspricht der bisherigen Argumentation des Stellungnehmers.</p>
--	---

74

<p>Zur Beobachtung der Interaktion:</p>	
<p>Position KBV</p> <p>Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.</p>	<p>Position Patientenvertretung</p> <p>Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung</p>
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung.</p>	

75

<p>2. Eingehende körperliche Untersuchung</p> <p>a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körpergewicht - Körperlänge - Kopfumfang <p>b) Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> - auffällige Blässe - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) - entzündliche Hautveränderungen <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultation - Atemfrequenz

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Einziehungen
- Stridor
- Thoraxkonfiguration
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe

Position KBV (zusätzlich)

Klinische Frakturzeichen

Stellungnehmer

Würdigung der Stellungnahme

Bundesärztekammer:

Unter § 7 (2) Nr. 2 sollten entsprechend der Position der KBV „Klinische Frakturzeichen“ ergänzt werden.

Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Item „Sehnenreflexe“ wird ersetzt durch „Muskeleigenreflex“. Zusätzlicher Spiegelstrich „Prüfung auf klinische Frakturzeichen“

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Die DGKJ unterstützt diesen Punkt.

Die Stellungnahme wird begrüßt und Änderungen vorgenommen.

- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Schädelnähte
- abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Strabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ empfiehlt einen weiteren Punkt aufzunehmen „j) Ohren: - Hörreaktion (z.B. mit Ewing-Rassel). Begründung: Bereits bei der U5 sind erworbene Hörstörungen möglich. Diesen Punkt empfehlen wir auch für die weiteren U-Untersuchungen, einschließlich U7 – und nicht erst bei U8.</p> <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege - Auskultation: siehe U2</p> <p>d) Herz, Kreislauf - Auskultation: siehe U2</p> <p>i) Augen Anmerkung: Siehe oben bei U4</p>	<p>Auf eine Überprüfung der Hörreaktion wurde verzichtet, da sie sehr ungenau und störungsanfällig ist. Stattdessen werden die Eltern im Rahmen der Anamnese gefragt, ob ihr Kind gut hört, d. h. das Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle.</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Bundesärztekammer</p> <p>Ergänzend zur Inspektion der Augen (siehe auch die für die U4 vorgeschlagenen Änderungen) sollte auch eine Untersuchung der Ohren und des Hörvermögens zur Abklärung inzwischen erworbener Hörstörungen aufgenommen werden. Dies gilt für die nachfolgenden Untersuchungen entsprechend.</p>	<p>Hörstörungen werden mit dem Neugeborenen-Hörscreening erstmalig erfasst. In der U8 wird das Hörvermögen mittels Audiometrie überprüft (u.a. erworbene Hörstörungen) und es wird davon ausgegangen, dass bei spezifischen Entwicklungsauffälligkeiten und sonstigen Hinweisen auf eine mögliche Hörminderung eine solche abgeklärt wird. Aufgrund fehlender Evidenz wird auf ein weiteres, universelles Hörscreening von der U5 bis U7a verzichtet.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p>Noch zu ergänzender Inhalt: Nr. 2 h</p> <p>Anomalien des Milchzahndurchbruchs</p>	<p>Die Angabe "Anomalien des Milchzahndurchbruchs" ist zu unspezifisch.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>- <i>Kiefer- Gaumenanomalie</i></p> <p>Spaltbildungen sollten bei U1 erkannt werden, zudem können erste Milchzähne ausfallen und bleibende Zähne durchbrechen</p>	<p>KZBV: Wie konsentiert sollte "- Kiefer-Gaumenanomalie" in der U2-4 aufgeführt werden und kann hier entfallen.</p>

76

3.		
Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
<p>Information und Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D, Fluorid - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonende Ernährung 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der KBV-Position, mit zusätzlichem Punkt „Karies-Rachitis-Prophylaxe“.</p> <p>Zu „Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins“, zusätzlich: „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“ – dies ist sozialmedizinisch (Herdenimmunität!) wichtig.</p>	<p>Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen.</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich aufgenommen</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Die von der KBV unter § 7 (2) Nr. 3 vorgeschlagene „Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung“ sollte um einen zusätzlichen Punkt „Karies-Rachitis-Prophylaxe“ ergänzt werden.</p>	<p>Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen.</p>

77

<p>§ 8 U6</p> <p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U6 gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten - Erkennen von Sehstörungen - Information zu Impfungen - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Wir empfehlen zusätzlich für die Aufnahme von „Erkennung von Hörstörungen“.</p>	<p>Hörstörungen werden mit dem Neugeborenen-Hörscreening erstmalig erfasst. In der U8 wird das Hörvermögen mittels Audiometrie überprüft</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Zusätzlich: neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“.</p>	<p>(u.a. erworbene Hörstörungen) und es wird davon ausgegangen, dass bei spezifischen Entwicklungsauffälligkeiten und sonstigen Hinweisen auf eine mögliche Hörminderung eine solche abgeklärt wird. Aufgrund fehlender Evidenz wird auf ein weiteres, universelles Hörscreening von der U5 bis U7a verzichtet.</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich aufgenommen</p>
--	--

78

(2)	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.</p>	

79

<p>(3) Anamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aktuelle Anamnese des Kindes <ul style="list-style-type: none"> – Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen – Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle – Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
--

80

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Position GKV-SV	Position KBV	
– Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die GKV-Position, aber mit „Rachitis- und Kariesprophylaxe“.		Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen.
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Unlogische Formulierung: Rachitis-(=Krankheit) und Fluorid (=Wirkstoff)-prophylaxe besser: "Kariesprophylaxe" und die beiden Krankheiten inhaltlich trennen		Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid werden übernommen.

81

b) Sozialanamnese		
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	
– Betreuungssituation – Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ plädiert für die KBV-Position.		

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	
Die DGSPJ plädiert für die KBV-Position.	

82

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	
– Orientierende Beurteilung der Entwicklung	– Prüfung des Entwicklungsstandes	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)		
Die DGKJ unterstützt die KBV-Position.		

83

<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik: <ul style="list-style-type: none"> Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück • Feinmotorik: <ul style="list-style-type: none"> Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger Klopft 2 Würfel aneinander • Sprache: <ul style="list-style-type: none"> Spontane Äußerung von längeren Silbenketten Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da) Ahmt Laute nach • Perzeption/ Kognition: <ul style="list-style-type: none"> Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand
--

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale/ emotionale Kompetenz: <p>Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Bescher mit etwas Hilfe</p> <p>Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden</p> <p>Freut sich über andere Kinder</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Hinsichtlich der unter „Sozialanamnese“ aufgeführten Überprüfung des freien Stehens wird darauf hingewiesen, dass die U6 regelhaft zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat (Toleranzgrenze vom 9. – 14. LM) stattfindet, die Überprüfung des kurzen freien Stehens laut Denver-Test jedoch erst ab dem 13. Lebensmonat erfolgen sollte.</p>	<p>Der Passus bezieht sich auf die Beurteilung der Grobmotorik. Dabei soll kein ‚freies Stehen‘ überprüft werden.</p> <p>Das Item ist validiert. Das Konzept empirisch belegter Items soll nicht verlassen werden. Eine Änderung ist daher nicht möglich.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p>Item „Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da): Diese Item ist korrekt. Aber wo ist der Unterschied zur U5? Auch dort wird im Beispiel ein reduplizierendes Babbeln angegeben, was nicht korrekt ist. Das 95. Perzentil für diese Leistungen haben Kinder erst im Alter der U6 (also hier) erreicht und nicht bereits im Alter der U5.</p> <p>„Becher“ statt „Bescher“</p>	<p>Das Item ist validiert. Das Konzept empirisch belegter Items soll nicht verlassen werden. Eine Änderung ist daher nicht möglich.</p> <p>Die redaktionelle Anregung wird übernommen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik: <p>P90 für kurzes freies Stehen laut Denver-Test: 13 Monate; die U6 findet aber mit 9-12 Monaten statt.</p>	<p>Siehe Würdigung der BÄK</p>

84

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung	
– Eltern sind unzufrieden mit der	– Sind Sie mit der Entwicklung des	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	Kindes zufrieden?	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die GKV-/KBV-Position, aber mit positiver Formulierung.		Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").

85

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)	
Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch: Stimmung/Affekt: Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt. Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson. Kontakt/Kommunikation: Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt. Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt. Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her. Regulation/Stimulation:	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p> <p>Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).</p> <p>Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.</p> <p>Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ befürwortet die KBV-Position.</p>	

86

Zur Beobachtung der Interaktion:	
Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung.</p>	

87

<p>2. Eingehende körperliche Untersuchung</p> <p>a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körpergewicht - Körperlänge - Kopfumfang <p>b) Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> - auffällige Blässe

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien (z.B. Hypospadie, Klitorishypertrophie)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - abnorme Fontanellengröße

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Behinderte Nasenatmung
 - Fehlender Mundschluss
 - Auffälliger Stimmklang (z.B. Heiserkeit und Näseln)
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Strabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Siehe Anmerkung zum Brückner-Test oben bei U4. Zusätzlicher Punkt: j): siehe U5.</p> <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege</p> <p>- Auskultation: siehe U2</p> <p>d) Herz, Kreislauf</p> <p>- Auskultation: siehe U2</p>	<p>Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z.B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>- <i>Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut</i></p>	<p>GKV-SV/KBV/PatV/DKG:</p> <p>Die klinische Untersuchung umfasst wie bisher eine Inspektion der Mundhöhle. Hierbei soll u. a. auch auf Auffälligkeiten bei Zähnen und Schleimhaut geachtet werden, zur weiteren Abklärung und ggf.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Das kann nur der Zahnarzt feststellen, Anzahl, Durchbruch, Schmelzmorphologie, Position, Pflegezustand etc.</p>	<p>Behandlung wird eine zahnärztliche Untersuchung veranlasst. Für eine weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie wird auf die Regelung im §1 Abs. 3 verwiesen.</p> <p>KZBV: Zustimmung, entsprechend sollte unter § 8 (2) Nr. 3) der Spiegelstrich</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut" ergänzt werden.</p> <p>Die von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde vorgeschlagene Ergänzung dient der besseren Verzahnung von pädiatrischer und zahnmedizinischer Versorgung. Diese Abklärung ist Bestandteil der bereits jetzt als Leistung erbringbaren Untersuchung 01 U BEMA-Z und führt nicht zu einer Vorverlagerung der in Nr. 6 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten Altersgrenze. Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 8 Abs. 2 Nr. 3 verankert.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Päaudiologie e.V.</p> <p><u>h) Mundhöhle, Kiefer, Nase, Item „Behinderte Nasenatmung“:</u> ergänzen durch „Schnarchen“</p> <p>Wird der Stridor, der als Item in allen vorherigen Us vorkam, wirklich noch als Extra-Item für die U6 (21.-24. Lebensmonat) bzw. die U7a (34.-36. Lebensmonat) und die U8 (46.-48. Lebensmonat) benötigt? Wenn, wäre er ja auffällig und z. B. auf ein Asthma bronchiale oder einen Pseudokrapp hinweisend. Muss der Arzt wirklich daran erinnert werden, ihn zu bemerken?</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Das Item ‚Schnarchen‘ wird in die ‚Aktuelle Anamnese‘ des Kindes von der U6 bis zur U8 aufgenommen.</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Das Item Stridor wird gestrichen, die Items Atemgeräusch und Auskultation werden als extra Spiegelstriche dargestellt.</p>

88

89

90

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen - Unfallverhütung - Sprachberatung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen - Unfallverhütung - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zur Zahnpflege (Fluorid) - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ befürwortet die Position der Patientenvertretung mit zusätzlichem Punkt zur „Sprachberatung“ und „Ernährung“.</p> <p>Zu Impfungen: Siehe U6.</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Der Vorschlag der KBV zu § 8 (3) Nr. 3 sollte um eine Beratung zur Mundhygiene und zur Ernährung ergänzt werden.</p>	<p>GKV-SV/KBV:</p> <p>Der Hinweis wird begrüßt und das Item entsprechend des Vorschlags der PatV geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnschonende Ernährung

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	Bei der KBV wird der Spiegelstrich „Ernährung“ ergänzt.
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>- <i>Hinweise zur Zahnpflege (Fluorid)</i></p> <p>MH-Instruktionen</p>	<p>GKV-SV/KBV/DKG/PatV:</p> <p>Die Hinweise zur Mundhygiene und zahnschonende Ernährung sind Bestandteile der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen.</p> <p>Die zahnmedizinische Individualprophylaxe ist im § 22 Abs. 1 i. V. m. Abs. 5 SGB V für Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, geregelt. Diese Ermächtigungsgrundlage lässt eine Erweiterung der Altersgrenzen nicht zu.</p> <p>Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres können gemäß § 26 SGB V von Ärzten und Zahnärzten erbracht werden. Näheres zur <u>zahnärztlichen</u> Früherkennung ist in den Richtlinien „über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ geregelt. Die erste von drei zahnärztlichen Untersuchungen erfolgt im dritten Lebensjahr des Kindes. Die weiteren Untersuchungen im Abstand von 12 Monaten. Die Maßnahmen der zahnärztlichen Untersuchungen sind gemäß Richtlinie auf die in Anspruch genommenen Maßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V abzustimmen. Zur Prüfung des Nutzens und der Notwendigkeit zusätzlicher zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen müsste ein entsprechender Beratungsantrag gestellt werden.</p> <p>KZBV:</p> <p>Zustimmung zur Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde; die obenstehenden Anmerkungen von GKV-SV/KBV/DKG/PatV sind entbehrlich, da sie sich auf einen überholten Beratungsstand beziehen. Die von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde vorgeschlagene Ergänzung dient der besseren</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	Verzahnung von pädiatrischer und zahnmedizinischer Versorgung. Die Abklärung durch den Zahnarzt ist Bestandteil der bereits jetzt als Leistung erbringbaren Untersuchung 01 U BEMA-Z und führt nicht zu einer Vorverlagerung der in Nr. 6 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten Altersgrenze, siehe auch § 8 Abs. 2 Nr. 3.
--	--

91

<p>§ 9 U7</p> <p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7 gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten - Erkennen von Sehstörungen - Information zu Impfungen - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Zusätzlicher Punkt: neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“ sowie</p> <p>das „Erkennen von Hörstörungen“.</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich aufgenommen</p> <p>Hörstörungen werden mit dem Neugeborenen-Hörscreening erstmalig erfasst. In der U8 wird das Hörvermögen mittels Audiometrie überprüft (u.a. erworbene Hörstörungen) und es wird davon ausgegangen, dass bei spezifischen Entwicklungsauffälligkeiten und sonstigen Hinweisen auf eine mögliche Hörminderung eine solche abgeklärt wird. Aufgrund fehlender Evidenz wird auf ein weiteres, universelles Hörscreening von der U5 bis U7a verzichtet.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>- <i>Erkennen von Sehstörungen</i></p> <p>Ergänzen: Erkennen von Sprachstörungen Entsprechend des Beratungsverfahrens gemäß § 135 i.V.m. § 25 und § 26 SGB V</p>	<p>Für ein Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache wurde eine Bewertung durchgeführt, allerdings fehlen derzeit</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr soll spätestens ab der U7 spezifische Tests zum Erkennen von Sprachstörungen/ Sprachverzögerungen zu den primären Zielen der U-Untersuchungen gehören und entsprechend bei jeder U-Untersuchung aufgeführt werden.	die notwendigen Voraussetzungen für die Einführungen eines solchen Screenings. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bereits anamnestische Fragen zu Entwicklungszielen enthalten, die dem Bereich Sprache und Sprechen zugeordnet werden können. Kinder mit verzögertem Sprachbeginn oder verlangsamtem Wortschatzerwerb können dadurch bereits jetzt frühzeitig identifiziert und ggf. durch eine weiterführende Diagnostik das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Sprachstörung abgeklärt werden.
--	--

92

(2)	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.	

93

<p>1. Anamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aktuelle Anamnese des Kindes <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe - Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
--

94

Position KBV (zusätzlich)	
---------------------------	--

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind? 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der KBV, die Sprachposition zu erfragen, aber ohne die Frage „Stottert Ihr Kind?“.</p>	<p>Die AG unterstützt Position der DGKJ (keine Frage nach Stottern / in der U7 zu früh).</p> <p>Aus der Position KBV (zusätzlich) wird der Spiegelstrich „Stottert ihr Kind?“ gestrichen.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Die Position der KBV unter § 9 (2) 1a „Aktuelle Anamnese des Kindes“ zur Sprachentwicklung und Kommunikation wird unterstützt, allerdings unter Wegfall des letzten Spiegelstriches „Stottert Ihr Kind?“ Dies gilt auch für die nachfolgenden Untersuchungen.</p>	

95

b) Sozialanamnese	
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	<p>muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer Elternfragebogens.</p>		
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Die DGSPJ unterstützt die Anwendung eines validierten Fragenbogens.</p>	<p>KBV: Der Mannheimer Elternfragebogen dient zur Vorbereitung und als Unterstützung für ein strukturiertes Elterninterview.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Ab der U7 wird seitens der Vertreter der KBV der Mannheimer Elternfragebogen vorgeschlagen. Der Mannheimer Elternfragebogen hat sich in der Longitudinalstudie bei Risikokindern sehr bewährt und kann aus Sicht unseres Fachgebietes als gut eingeführtes Instrument gelten. Eine Belastung der Eltern mit Fragebögen sollte selbstverständlich begrenzt sein, jedoch ist dieses Instrument u.E. geeignet, Probleme des Kindes zu erkennen und gleichzeitig der wissenschaftlichen Exaktheit für die Praxis gerecht zu werden. Wünschenswert wäre es, die einzusetzenden Elternfragebögen in mehrere Sprachen der größten Gruppen an Zuwandererethnizitäten übersetzen zu lassen.</p>		

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Wenn es sich um einen für die Fragestellung evaluierten/etablierten Fragebogen handelt sollt dieser als Anlage der Kinder-Richtlinie beigefügt werden und bei allen entsprechenden U-Untersuchungen eingesetzt werden.</p> <p>Unter § 9 wird ein Fragebogen für die Sozialanamnese erwähnt (Mannheimer). Es gibt auch noch einen Fragebogen nach Esser mit dem die Sozialanamnese erfasst werden kann. In wieweit diese Fragebögen zur Detektion von Problemfamilien evaluiert sind kann in dieser Stellungnahme nicht erörtert werden. Es sollte noch festgehalten werden, wer die Erstellung/Verteilung/Kosten der Bögen übernimmt und welche Konsequenzen aus auffälligen Antworten im Fragebogen gezogen werden müssen/sollen. Wo wird der Bogen abgeheftet (Mütterliche oder Kindliche Akte / Gelbes Heft).</p>	<p>KBV: Auch der Mannheimer Fragebogen ist nicht zur Detektion von Problemfamilien entwickelt, sondern zur Erkennung psychischer und psychosozialer Belastungen/Symptome; es geht in der Kinder-RL nicht nur um Früherkennung von Problemfamilien. Der Mannheimer Elternfragebogen dient zur Vorbereitung und als Unterstützung für ein strukturiertes Elterninterview.</p>
---	---

96

<p>Position GKV-SV/ Patientenvertretung</p> <p>– Orientierende Beurteilung der Entwicklung</p>	<p>Position KBV</p> <p>– Prüfung des Entwicklungsstandes</p>	
<p>Stellungnehmer</p>		<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.</p>		

97

<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik: <ul style="list-style-type: none"> Kann über längere Zeit frei und sicher gehen Geht 3 Stufen im Kinderschritt hinunter, hält sich mit einer Hand fest • Feinmotorik: <ul style="list-style-type: none"> Malt flache Spirale

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprache: <p>Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa)</p> <p>Versteht und befolgt einfache Aufforderungen</p> <p>Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat</p> <p>Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile</p> • Perzeption/ Kognition: <p>Stapelt 3 Würfel</p> <p>Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände</p> • Soziale/ emotionale Kompetenz: <p>Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/ der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist</p> <p>Kann mit dem Löffel selber essen</p> <p>Hat Interesse an anderen Kindern</p> • Interaktion/ Kommunikation: <p>Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen</p>
--

98

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung	
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der GKV/KBV, aber mit positiver Formulierung.</p>		<p>Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").</p>

2. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemfrequenz
- Stridor
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation
- Herzfrequenz
- Rhythmus

e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>g) Mundhöhle, Kiefer, Nase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut - Verletzungszeichen 	
Position KBV (zusätzlich)	
<ul style="list-style-type: none"> - Speichelfluss - Schnarchen - Auffälliger Stimmklang 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) „Schnarchen“ gehört zur Anamnese.	Die Anregung wird begrüßt und umgesetzt. Das Item „Schnarchen“ wird in die Anamnese verschoben.
Bundesärztekammer Die unter § 9 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“ von der KBV vorgeschlagenen Ergänzungen werden ebenfalls unterstützt – bis auf die Kategorie „Schnarchen“, die der Anamnese zuzuordnen ist.	
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. wird von der DGPP unterstützt.	
<p>h) Augen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die nonverbalen Formenwiedererkennungstests sind bei der U7 praktisch noch nicht durchführbar.	Der Spiegelstrich - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz wird gestrichen.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Die DGKJ plädiert für einen zusätzlichen Punkt j): siehe U6.</p> <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege - Auskultation: siehe U2</p> <p>d) Herz, Kreislauf - Auskultation: siehe U2</p>	<p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Bezüglich § 9 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“: h) „Augen“ ist darauf hinzuweisen, dass der hier vorgesehene nonverbale Formenwiedererkennungstest in der in der U7 zu untersuchenden Altersgruppe noch nicht durchführbar ist.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>§ 9, U7, 2 h - Augen: - <i>Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien</i></p> <p>Hier wird erstmals in der RL der Brückner-Test als Transilluminationstest vorgeschrieben. In Bezug auf eine bessere Vergleichbarkeit (im Verlauf und untereinander) sollte im Rahmen des gesamten Screenings nur ein Testverfahren angewandt werden.</p> <p>Ob im Rahmen dieser Augenuntersuchungen auch auf ein Rot-/Grün-Fehlsichtigkeit gescreent werden soll müsste evaluiert werden. Die klassischen Voraussetzungen für eine Screening (therapierbar, von volkswirtschaftlicher Relevanz) liegen nicht vor.</p>	<p>Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z.B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie</p> <p>Eine Augenuntersuchung auf Rot-/Grün-Fehlsichtigkeit ist in diesem Alter nicht vorgesehen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p>Noch zu ergänzender Inhalt: Nr. 2 g Auffälligkeiten im Kieferwachstum</p>	<p>GKV-SV/KBV/PatV/DKG:</p> <p>Die klinische Untersuchung umfasst wie bisher eine Inspektion der Mundhöhle. Hierbei soll u. a. auch auf Auffälligkeiten bei Zähnen und</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p>- <i>Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut</i></p> <p>s. oben (U6), zudem Pflegezustand beurteilen und Früherkennung von Karies (ECC)</p>	<p>Schleimhaut geachtet werden, zur weiteren Abklärung und ggf. Behandlung wird eine zahnärztliche Untersuchung veranlasst. Für eine weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie wird auf die Regelung im §1 Abs. 3 verwiesen.</p> <p>KZBV: Zustimmung, entsprechend sollte unter § 9 (3) Nr. 3 der Spiegelstrich</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut" ergänzt werden.</p> <p>Die von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vorgeschlagenen Ergänzungen dienen der besseren Verzahnung von pädiatrischer und zahnmedizinischer Versorgung. Die Abklärung durch den Zahnarzt ist Bestandteil der bereits jetzt als Leistung erbringbaren Untersuchung 01 U BEMA-Z und führt nicht zu einer Vorverlagerung der in Nr. 6 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten Altersgrenze. Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 9 Abs. 3 Nr. 3 verankert.</p>
--	--

100

3.		
Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
<p>Information und Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Unfallverhütung

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) – Bewegung, Adipositasprävention	– Sprachberatung: Förderung von („Muttersprache“) und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) – Bewegung, Adipositasprävention	
– Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins			
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV zur Aufklärung/Beratung zur Zahnpflege, Unfallverhütung, Sprachentwicklung und Adipositasprävention und zusätzlichem Punkt „Ernährung“.		KBV: Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Spiegelstrich „Adipositasprävention“ wird gestrichen. Es wird der Punkt „Ernährung“ im Beschlussentwurf ergänzt.	
Bundesärztekammer Ergänzend zur Position der KBV zu § 9 (2) Nr. 3 sollte neben der „Adipositasprävention“ ein eigener Punkt „Ernährung“ aufgenommen werden.		Siehe Würdigung oben (DGKJ). Die PatV kann die Stellungnahmen nachvollziehen und überarbeitet daraufhin ihre Beratungsthemen wie folgt: Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) Unfallverhütung Sprachberatung: Förderung von („Muttersprache“) und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) Bewegung, Adipositasprävention gesunde Ernährung	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Wir begrüßen ausdrücklich aus entwicklungspsychiatrischer Sicht die Förderung des Muttersprachgebrauchs. Dieser ist für die emotionale Entwicklung nach der internationalen Literatur essentiell und hat eine psychoprotektive Funktion.			

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.

Positionen der KBV und der Patientenvertretung:

Was genau wird hier beraten? Hier sollten vor allem die Inhalte des Heidelberger Elterntrainings beraten werden, die bestens validiert und als hocheffektiv belegt sind (Buschmann et al. 2008). Wenn beraten werden soll, dass die Kinder sowohl in ihrer Muttersprache gefördert werden sollen als auch in der deutschen Sprache (falls nicht monolingual aufwachsend), sollte auch Beratungsinhalt sein, dass bei Migrationshintergrund die Deutschsprachkenntnisse der Mutter verbessert werden sollen, z. B. in Kursen ("Wann hat die Mutter Deutsch sprechen gelernt?" und "Wann hat die Mutter Deutsch lesen und schreiben gelernt"? sind die besten Prädiktoren für den Deutschsprachzuwachs der Kinder mit Migrationshintergrund im hessischen Kindersprachscreening KISS.2). Auch sollte in der U7a (s.29) bereits mit Blick auf den späteren Schulerfolg auf die Förderung der deutschen Verkehrssprache hingearbeitet werden (z. B. durch rechtzeitigen Besuch von Kindertagesstätten). Es bedarf eigentlich nur noch in Ausnahmefällen des explizite Rats, das Kind in der (nicht-deutschen) Muttersprache zu fördern, selbst wenn das Kind darin schlecht ist, sondern es muss in der Verkehrssprache voran kommen, sonst hat es schlechte Voraussetzungen für Schulerfolg und Sozialkontakte. Die meisten Kinder sprechen ab Kindergartenbesuch mehr und lieber Deutsch als ihre Muttersprache. Beraten werden sollte auch zur wichtigen Rolle der Literacy und des narrativen Vorlesens.

101

§ 10 U7a

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7a gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

– Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ plädiert dafür, nicht nur über die Impfungen zu informieren, sondern eine Kontrolle der Impfungen durchzuführen („Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“) und gegebenenfalls verpasste Impfungen nachzuholen.</p> <p>Zusätzlich fehlen die Hörstörungen.</p>	<p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich in den Beratungsthemen aufgenommen</p> <p>Hörstörungen werden mit dem Neugeborenen-Hörscreening erstmalig erfasst. In der U8 wird das Hörvermögen mittels Audiometrie überprüft (u.a. erworbene Hörstörungen) und es wird davon ausgegangen, dass bei spezifischen Entwicklungsauffälligkeiten und sonstigen Hinweisen auf eine mögliche Hörminderung eine solche abgeklärt wird. Aufgrund fehlender Evidenz wird auf ein weiteres, universelles Hörscreening von der U5 bis U7a verzichtet.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p>Item „Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten“: ergänzen durch ", z.B. der Sprachentwicklung", da wichtig in diesem Alter</p>	<p>Die Sprachentwicklung ist Teil der orientierenden Beurteilung/Prüfung des Entwicklungsstandes.</p>

102

(2)	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

103

<p>1. Anamnese</p> <p>a) Aktuelle Anamnese des Kindes</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe
- Hörvermögen

104

Position KBV (zusätzlich)	
<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind? 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV, die Sprachentwicklung abzufragen.	PatV: Unterstützt die Position der DGKJ (erstmalig in U7a nach Stottern zu fragen)
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. Die Position der KBV zu den Items „Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?“, „Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?“, „Stottert ihr Kind?“ wird durch die DGPP unterstützt. Sie ist präziser als die der GKV-SV auf S. 30. Jedes Item ist validiert (Neumann & Euler, 2009).	

105

b) Sozialanamnese	
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer) Hinweise für die Ärztin oder den Arzt

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	<p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer Elternfragebogens.</p>		
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Die DGSPJ unterstützt die Anwendung eines validierten Fragenbogens.</p>		

106

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	
– Orientierende Beurteilung der Entwicklung	– Prüfung des Entwicklungsstandes	

107

<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik:
--

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle</p> <p>Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feinmotorik: Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich • Sprache: Spricht mindestens Dreiwortsätze Spricht von sich in der Ich-Form Kennt und sagt seinen Rufnamen • Perzeption/ Kognition: Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele Öffnet große Knöpfe selbst • Soziale/ emotionale Kompetenz: Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen • Interaktion/ Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele
--

108

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung	
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der GKV/KBV, aber mit positiver Formulierung.		Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").

2. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemfrequenz
- Stridor
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation
- Herzfrequenz
- Rhythmus

e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe

g) Mundhöhle, Kiefer, Nase

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Kieferanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
 - Schnarchen
 - Behinderte Nasenatmung
- h) Augen
- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p>Noch zu ergänzender Inhalt: Nr. 2 g</p> <p>Auffälligkeiten an Zähnen, Biss und Schleimhaut</p>	<p>KZBV: Zustimmung, entsprechend sollten unter § 10 (3) Nr. 3 der Spiegelstrich "- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung" ergänzt werden.</p> <p>Die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vorgeschlagene Ergänzung dient der besseren Verzahnung von pädiatrischer und zahnmedizinischer Versorgung. Die Abklärung durch den Zahnarzt ist bereits Bestandteil der in Nr. 5 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten Bestandteile der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung. Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 10 Abs. 3 Nr. 3 verankert.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde</p> <p>- <i>Kieferanomalie</i></p> <p>kann nur der Zahnarzt qualifiziert feststellen, da Spezialwissen erforderlich</p>	<p>KZBV: Zustimmung, entsprechend sollten unter § 10 (3) Nr. 3 der Spiegelstrich "- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung" ergänzt werden.</p> <p>Die von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde vorgeschlagene Ergänzung ist bereits Inhalt der in Nr. 5 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten Bestandteile der zahnärztlichen</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	Früherkennungsuntersuchung. Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 10 Abs. 3 Nr. 3 verankert
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) c) Thorax, Lunge, Atemwege - Auskultation: siehe U2 a) Herz, Kreislauf - Auskultation: siehe U2	Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen. Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.

110

3.		
Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Fluoridprophylaxe - Unfallverhütung - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut-

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

		und Gebärdensprache)	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung, zusätzlich empfehlen wir, den altersgerechten Impfstatus zu prüfen sowie weitere Punkte aufzunehmen: Medienkonsum, Bewegung/Sport sowie gesunde Ernährung.</p>		<p>GKV-SV/ PatV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich in die Beratungsthemen aufgenommen.</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>Bei den unter § 10 (2) Nr. 3 angeführten Vorschlägen zu einer entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung sollte auch über Bewegung/Sport, eine gesunde Ernährung sowie Medienkonsum aufgeklärt werden. Dies gilt auch für die nachfolgenden Untersuchungen.</p>		<p>KBV: Die Anregung zur Ernährung, Bewegung und Medienkonsum werden aufgegriffen und in die Position der KBV als zusätzliche Spiegelstriche aufgenommen.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p>Noch zu ergänzender Inhalt: Nr. 3, „Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege“</p> <p>Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen)</p>		<p>GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Hinweise zur Mundhygiene und zahnschonende Ernährung sind Bestandteile der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen.</p> <p>Die zahnmedizinische Individualprophylaxe ist im § 22 Abs. 1 i. V. m. Abs. 5 SGB V für Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, geregelt. Diese Ermächtigungsgrundlage lässt eine Erweiterung der Altersgrenzen nicht zu.</p> <p>KZBV:</p> <p>unter § 10 (2) Nr. 3 sollte folgender Spiegelstrich ergänzt werden:</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung,"</p> <p>Gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung und zur Keimzahlsenkung Bestandteil der Kinderuntersuchung bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres. Gemäß § 26 Abs. 1 Satz 3 SGB V können diese von Zahnärzten erbracht werden.</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	<p>Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ist in Nr. 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten(zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V) geregelt und Bestandteil des Leistungskatalogs BEMA-Z. Gemäß Ziffer 4 dieser Richtlinie sind die zahnärztlichen und ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen abzustimmen, wozu dieser Verweis dient.</p> <p>Die von GKV-SV/KBV/DKG/PatV gemachten Ausführungen zu individualprophylaktischen Leistungen gem. § 22 Abs. 1 i.V.m. Abs. 5 SGB V gehen fehl. Denn die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vorgeschlagene Ergänzung zielt nicht auf eine Vorverlagerung der Altersgrenze individualprophylaktischer zahnärztlicher Leistungen ab, sondern konkretisiert den Anspruch auf Früherkennung gem. § 26 Abs. 1 SGB V. Die U7a wird im 34.-36. Lebensmonat erbracht. In diesen Zeitraum fallen die aktuell gem. Nr. 6 Früherkennungs-RL ZÄ zu erbringenden zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <p><i>- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten</i></p> <p>FU ist zu spät, darüber besteht sicher Konsens</p>	<p>PatV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Die Beratung erfolgt bereits in der U7.</p> <p>KZBV:</p> <p>unter § 10 (2) Nr. 3 sollte folgender Spiegelstrich ergänzt werden:</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung"</p> <p>Gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung und zur Keimzahlsenkung Bestandteil der Kinderuntersuchung bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres. Gemäß § 26 Abs. 1 Satz 3 SGB V können diese von Zahnärzten erbracht werden.</p> <p>Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ist in Nr. 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	<p>über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten(zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V) geregelt und Bestandteil des Leistungskatalogs BEMA-Z. Gemäß Ziffer 4 dieser Richtlinie sind die zahnärztlichen und ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen abzustimmen, wozu dieser Verweis dient.</p> <p>Die von der Deutschen Gesellschaft Kinderzahnheilkunde vorgeschlagene Ergänzung dient der besseren Verzahnung ärztlicher und zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen. Die U7a wird im 34.-36. Lebensmonat erbracht. In diesen Zeitraum fallen die aktuell gem. Nr. 6 Früherkennungs-RL ZÄ zu erbringenden zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen.</p>
--	---

111

<p>§ 11 U8</p> <p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten - Erkennen von Sehstörungen - Prüfung des Hörvermögens - Information zu Impfungen - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Zusätzlicher Punkt: neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“.</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich in die Beratungsthemen aufgenommen</p>

112

(2)	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die KBV/Patientenvertretung-Position.		

113

<p>1. Anamnese</p> <p>a) Aktuelle Anamnese des Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
--

114

Position GKV-SV	Position KBV/Patientenvertretung	
<ul style="list-style-type: none"> - Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache) - Fluoridprophylaxe prüfen 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind? 	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ befürwortet die Position der KBV, die Sprachentwicklung des Kindes abzufragen.		
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Die DGSPJ befürwortet die Position der KBV, die Sprachentwicklung des Kindes abzufragen. Gleichzeitig sollte bei Migrationsstatus nach der zuhause überwiegend gesprochenen Sprache gefragt werden.		

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

115

b) Sozialanamnese	
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer Elternfragebogens.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <p>Zur Position der KBV bzw. dem Mannheimer Elternfragebogen. Siehe Kommentar zu U7.</p>	<p>KBV: Auch der Mannheimer Fragebogen ist nicht zur Detektion von Problemfamilien entwickelt, sondern zur Erkennung psychischer und psychosozialer Belastungen/Symptome; es geht in der Kinder-RL nicht nur um Früherkennung von Problemfamilien. Der Mannheimer Elternfragebogen dient zur Vorbereitung und als Unterstützung für ein</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

116

		strukturiertes Elterninterview.
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	
- Orientierende Beurteilung der Entwicklung	- Prüfung des Entwicklungsstandes	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.		

117

<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik: Laufrad oder ähnliches Fahrzeug werden zielgerichtet und sicher bewegt Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt • Feinmotorik: Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten Zeichnet geschlossene Kreise • Sprache: Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben • Perzeption/ Kognition: Fragt warum, wie, wo, wieso, woher • Soziale/ emotionale Kompetenz: Kann sich selbst an- und ausziehen Gießt Flüssigkeiten ein Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen,

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Freude, Ängste, Stress-Situationen • Interaktion/ Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. <u>Item „Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben.“:</u> Unglücklich formuliertes Item, auch wenn es aus einer validierten Entwicklungsskala stammt. Es sollte heißen „...zeitlichem Ablauf und logischem Zusammenhang“.	Das Item ist validiert. Das Konzept empirisch belegter Items soll nicht verlassen werden. Eine Änderung ist daher nicht möglich.

118

Position GKV-SV/KBV – Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	Position Patientenvertretung – Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der GKV/KBV, aber mit positiver Formulierung.	Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").	

119

2. Eingehende körperliche Untersuchung a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm: – Körpergewicht – Körperlänge – BMI b) Haut
--

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
 - Hinweis auf Rachitis
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten, Vorbeugetest
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen

Position KBV (zusätzlich)

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<ul style="list-style-type: none"> - Kieferanomalien - Schnarchen 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Zusätzlich unter g) „Kieferanomalien“. Die Frage zum „Schnarchen“ gehört zur Anamnese.	Der Hinweis zum ‚Schnarchen‘ wird begrüßt und übernommen.
Bundesärztekammer Unter § 11 (2) Nr. 2g sollte zusätzlich „Kieferanomalien“ aufgenommen werden, während Fragen zum „Schnarchen“ in die Anamnese gehören (siehe auch U7).	
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) <i>- Kieferanomalien</i> kann nur der Zahnarzt qualifiziert feststellen, da Spezialwissen erforderlich	KZBV: Zustimmung, daher zusätzlicher Spiegelstrich unter § 11 Abs. 2 Nr. 3: „ – Verweis zum Zahnarzt zur Früherkennungsuntersuchung“ Die Feststellung von Kieferanomalien durch den Zahnarzt ist Bestandteil der eingehenden Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Rahmen der in Nr. 5 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (vgl. auch BEMA FU Nr. 2). Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 11 Abs. 2 Nr. 3 verankert.
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. unterstützt die Position der KBV bezüglich der Items „Kieferanomalien“ und „Schnarchen“	
h) Ohren – Hörtest mittels Screeningaudiometrie i) Augen – Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung – Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li – Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus – Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Differenz	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.</p> <p>In Rahmen der Vorsorgeuntersuchung „U 7“ (d. h. in einem Zeitrahmen vom 21.-24. Lebensmonat des Kindes) soll ein orientierender Hörtest mit einer Tympanometrie und einer automatisierten Ableitung otoakustischer Emissionen (TEOAE: Transitorisch Evozierte Otoakustische Emissionen) vorgeschrieben und durchgeführt werden. Ergeben sich bei diesen zwei Untersuchungsverfahren auffällige Befunde, soll die Untersuchung nach 2 Monaten wiederholt werden. Bestätigen sich diese auffälligen Befunde bei der Nachuntersuchung, wird das Kind zur weiteren Diagnostik bei einem Arzt/Ärztin für HNO-Heilkunde oder Arzt/Ärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie vorgestellt.</p> <p>Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung „U 8“ (d. h. in einem Zeitraum vom 46.-48. Lebensmonat) wird bislang eine orientierende Bestimmung der Luftleitungs-Hörschwelle i. S. einer „Screening-Audiometrie“ vorgenommen. Dieses Verfahren soll ersetzt werden durch eine Wiederholung der oben angegebenen Untersuchungen und Vorgehensweisen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Im Jahre 2009 wurde das flächendeckende Neugeborenen-Hörscreening in die Kinder-Richtlinien aufgenommen. Dieses Hörscreening wird in allen Bundesländern mit großem Erfolg angewendet. Nach dem Neugeborenenalter treten entwicklungsrelevante Hörstörungen zusätzlich zu den Kindern auf, die im Neugeborenen-Hörscreening detektiert wurden. Hierzu gehören angeborene syndromale und non-syndromale genetische Hörstörungen und nicht genetische Hörstörungen, wie z. B. im Rahmen einer Cytomegalie-Infektion oder Mumps-Infektion. Weiterhin bestehen progrediente Hörstörungen, die sich erst im Laufe von Monaten oder Jahren manifestieren.</p> <p>Häufigkeiten: Bei einem Neugeborenen-Hörscreening lässt sich eine Hörminderung von mehr als 30 dB in einer Häufigkeit von 1,5/1.000</p>	<p>Im Rahmen der Beratungen zur Überarbeitung der Kinder-Richtlinien wurde eine Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen, d. h. Hörstörungen, die erst nach der Geburt aufgetreten sind durchgeführt. In zwei Publikationen zum populationsbasierten Screening auf Otitis media mit Erguss wird aufgrund der Datenlage die Einführung eines solchen Screening explizit nicht empfohlen. Eine Kohortenstudie aus Großbritannien kommt zu dem Ergebnis, dass auch nach einem Neugeborenen-Hörscreening und zwischenzeitlichen Hörprüfungen (z. B. ausgelöst durch den Verdacht der Eltern) eine Audiometrie bei Kindern im Alter von 5 – 6 Jahren durchgeführt werden sollte, da damit noch eine relevante Anzahl von Kindern mit bi- oder unilateralen permanenten Hörstörungen (> 20 dB) identifiziert wird. Zusammenfassend kann daraus die Empfehlung abgeleitet werden, dass auch nach Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings die Notwendigkeit für einen Hörtest bei älteren Kindern besteht. Der bereits bei der U8 vorgesehene Hörtest wird daher beibehalten und soll verbindlich mittels eines Screeningaudiometers durchgeführt werden.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Geburten nachweisen. In einer kürzlich veröffentlichten Studie zum Hörvermögen von Jugendlichen in Bayern (Ohrkan-Studie) wurde bei 2.240 Schülerinnen und Schülern im Alter von 13-19 Jahren eine beidseitige Hörminderung in 0,33 Prozent gefunden. Eine einseitige Hörminderung ließ sich dagegen in 2,4 Prozent nachweisen. Eine Korrelation dieser Schwerhörigkeiten mit Freizeitbeschäftigungen, die mit einem hohen Lärmpegel verbunden waren, ließ sich hierbei nicht nachweisen. Die audiologischen Untersuchungen wurden in der Regensburger Universitäts-HNO-Klinik von ausgebildeten Audiologen durchgeführt. Betrachtet man diese beiden Zahlen, nämlich die Häufigkeit einer Hörminderung zum Zeitpunkt der Geburt und die Häufigkeit einer Hörminderung im Alter von 13-19 Jahren, so ergibt sich daraus eine eindeutige Zunahme von Hörminderungen im Laufe von 16

Jahren um mehr als das 15-fache! Die Häufigkeit von Hörstörungen bei deutschen Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung ist nicht bekannt.

Hier liegt die Arbeit von Bamford et al. aus dem Jahr 2007 vor, der in Großbritannien eine Quote von 3,47/1.000 Kindern gefunden hat. Eine Differenzierung zwischen Innenohrschwerhörigkeiten (Schallempfindungsstörungen) und Mittelohrschwerhörigkeiten (Schallleitungsstörungen) wurde hierbei nicht vorgenommen. Die Screening-Zeitpunkte zum 2. Geburtstag und zum 4. Geburtstag (U 7 und U 8) begleiten die Phase wesentlicher Sprachentwicklung.

Die Screening-Audiometrie bei der U 8 in der bisher geübten Form zeigt dahin gehend Probleme, dass mangels hinreichend vorhandener schallgedämmter Untersuchungsräume in Kinderarztpraxen oftmals keine hinreichend genaue Schwellenfindung erfolgen kann. Deshalb sollte diese zudem unsicherere Methode der subjektiven Audiometrie von den o. a. objektiven modernen Hörprüfungsmethoden abgelöst werden.

Hat eine spätgefundene Hörminderung eine therapeutische Konsequenz?

Eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit (Schallempfindungsstörung) kann heute sehr erfolgreich mit Hilfe eines Cochlea Implants therapiert werden. Deshalb erhalten nahezu alle Neugeborenen mit einer hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit ein Cochlea Implant (bzw. zwei

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Cochlea Implants) in den ersten 12 Lebensmonaten. Aber auch zu einem späteren Zeitpunkt kann erfolgreich ein Cochlea Implant eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit günstig beeinflussen. Hierbei ist aber die Hörbahnreifung ein wichtiger Aspekt: Die Hörbahnreifung findet im Wesentlichen in den ersten 4 Lebensjahren statt. Das Einsetzen eines Cochlea Implants zu einem späteren Zeitpunkt ist mit einem wesentlich schlechteren Ergebnis verbunden, weil die Hörbahnreifung vor allem im 1.-3. Lebensjahr stattfindet. Unter diesem Aspekt sind zwischenzeitliche Hörscreenings besonders empfehlenswert. Bei hochgradigen Late-onset-Hörstörungen kann nur eine rechtzeitige Diagnose und eine rechtzeitige Therapie vor irrelevanter auditorischer Deprivation und damit vor einem irreversiblen Verlust einer Körperfunktion schützen. Dies trifft im besonderen Maß auf eine erworbene einseitige, hochgradige Schwerhörigkeit bzw. Taubheit zu, die ohne entsprechendes Hörscreening auch von fürsorglichen Eltern nicht rechtzeitig und ausreichend sicher erkannt werden kann. Da nur bei rechtzeitiger Detektion von Hörstörungen der Rechtsanspruch auf unmittelbaren Behinderungsausgleich mit dem Ziel eines möglichst vollständigen, funktionellen Ausgleichs möglich ist (siehe Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.12.2009, B3KR20/08R) müssen Hörscreenings noch vor Ablauf der Hörbahnreifung durchgeführt werden.

Technische Methoden eines weiteren Hörscreenings:

Otoakustische Emissionen: Die otoakustischen Emissionen haben sich im Neugeborenen-Hörscreening bereits bewährt und sind mit automatisierten Geräten zuverlässig ableitbar.

Tympanometrie: Die Tympanometrie ist geeignet, ein lufthaltiges Mittelohr von einem flüssigkeitsgefüllten Mittelohr zu differenzieren. Auch diese einfache durchführbare automatische Untersuchung belastet das Kind nicht und verlangt keine besonderen Vorkenntnisse für die Durchführung. Sehr wichtig ist in diesem Alter, dass passagere Hörstörungen auf Grund eines chronischen Mittelohrergusses (Synonym: chronisches Mukotympanum, "Otitis media with effusion"), die Ursache dieser passageren Hörstörung darstellen.

Beide Untersuchungstechniken sind nicht invasiv, benötigen nur wenige

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Minuten und sind vom ärztlichen Hilfspersonal durchführbar. Gerätschaften für solche Untersuchungen sind im pädiatrischen Bereich vorhanden (Tympanometer und automatisierter OAE-Tester aus dem Neugeborenen-Hörscreening). Bei einem auffälligen Tympanogramm soll diese Untersuchung nach 2 Monaten wiederholt werden. Gleichzeitig sollen erneut die Otoakustischen Emissionen abgeleitet werden. Bleibt bei einem der beiden Kontroll-Untersuchungen ein pathologisches Ergebnis, so sind die Kinder dem HNO-Arzt zur weiteren Abklärung vorzustellen. Bei chronischem Mukotympanum wird der HNO-Arzt das Einlegen eines Paukenröhrchens oder die Adenotomie und Einlage von Paukenröhrchen durchführen, um einer Sprachentwicklungsstörung bei chronischem Mukotympanum vorzubeugen.</p> <p>Besteht dagegen eine Innenohrschwerhörigkeit (Schallempfindungsschwerhörigkeit, Störung der äußeren Haarzellen) wird eine weiterführende Diagnostik mit Ableitung von Hirnstammpotentialen (BERA, Brainstem evoked response audiometry) das Ausmaß einer vorliegenden Hörstörung verifizieren. Eine hochgradige Schwerhörigkeit kann heute mit Hörgerät oder Cochlea Implant adäquat rehabilitiert werden.</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p>Noch zu ergänzender Inhalt: Nr. 2 g</p> <p>Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen)</p> <p>Auffälligkeiten an Zähnen, Biss und Schleimhaut</p>	<p>KZBV: Zustimmung, daher zusätzlicher Spiegelstrich unter § 11 Abs. 2 Nr. 3: „ – Verweis zum Zahnarzt zur Früherkennungsuntersuchung“</p> <p>Das Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen) gehört zur Beratung durch den Zahnarzt als Bestandteil der eingehenden Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Rahmen der in Nr. 5 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (vgl. auch BEMA FU Nr. 2). Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 11 Abs. 2 Nr. 3 verankert.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p>Zur Screeningaudiometrie ggf. den Zusatz bringen, dass nur Hörstörungen</p>	<p>Der Hinweis wird berücksichtigt. In die Richtlinie wird folgender Hinweis aufgenommen: „Bestimmung der Hörschwellen in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen“.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>ab 35 dB sicher identifiziert werden (ähnlich wie im Neugeborenenhörscreening), vor allem, da die Schallschutzbedingungen in kinderärztlichen Praxen nicht eingehalten werden können.</p>	<p>In die Tragenden Gründe könnte ein Hinweis aufgenommen werden, wann ein auffälliger Befund vorliegt (orientiert sich an den bisherigen Empfehlung zur Durchführung einer Screeningaudiometrie)</p> <p>Ein auffälliger Befund liegt vor, wenn das Kind auf Sinustöne in mindestens zwei Frequenzen mit einer Lautstärke von 30 dB und mehr nicht eindeutig reagiert</p> <p>Ein fraglich auffälliger Befund liegt vor, wenn nicht alle Frequenzen bei 30 dB gehört werden. In diesem Fall ist vor der Überweisung zur weiteren Diagnostik eine Wiederholung der Screening-Audiometrie durchzuführen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>c) Thorax, Lunge, Atemwege - Auskultation: siehe U2</p> <p>d) Herz, Kreislauf - Auskultation: siehe U2</p>	<p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p> <p>Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.</p>

120

3.		
Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
<p>Information und Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und 	<p>Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und Gebärdensprache

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Impftermins	<ul style="list-style-type: none"> – Gebärdensprache – Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung) 	<ul style="list-style-type: none"> – Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung) 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme		
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der KBV zur entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung zur Unfallprävention, Sprachentwicklung und Medienberatung, aber mit zusätzlichen Punkten „Bewegung/Sport“, „gesunde Ernährung“ sowie „Impfungen/Überprüfung des Impfstatus“.</p>	<p>KBV: Hinsichtlich der „Medienberatung“ und den Punkten „Bewegung“ und „Ernährung“ wird die Stellungnahme nachvollzogen und umgesetzt.</p> <p>GKV-SV: Hinsichtlich „Impfung/ Überprüfung des Impfstatus“ wird die Stellungnahme nachvollzogen. Es wird der Punkt „Impfstatus laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission überprüfen“ zusätzlich aufgenommen</p>		
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p>In der U8 wird die Medienberatung erwähnt, hierzu müsste der Elternfragebogen noch um einige Items ergänzt werden.</p>	<p>Aus Sicht der KBV ist dieser Punkt in der Beratung und im Fragebogen hinreichend abgedeckt.</p>		
<p>Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.</p> <p><u>Item Sprachberatung</u>, zu den Positionen der KBV und der <u>Patientenvertretung</u>:</p> <p>Was genau wird hier beraten? Wenn beraten werden soll, dass die Kinder sowohl in ihrer Muttersprache gefördert werden sollen als auch in der deutschen Sprache (falls nicht monolingual aufwachsend), sollte auch Beratungsinhalt sein, dass bei Migrationshintergrund die Deutschsprachkenntnisse der Mutter verbessert werden sollen, z. B. in Kursen. Hier sollte auch, mit Blick auf den späteren Schulerfolg, nicht mehr die Förderung der (nicht-deutschen) Muttersprache im Vordergrund stehen, sondern die in der deutschen Verkehrssprache (z. B. durch Besuch von Kindertagesstätten, Sportvereinen, Musikschulen). Es bedarf eigentlich nur noch in Ausnahmefällen des</p>	<p>Die Sprachberatung beinhaltet die hier angesprochenen Aspekte.</p>		

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>explizite Rats, das Kind in der (nicht-deutschen) Muttersprache zu fördern, selbst wenn das Kind darin schlecht ist, sondern es muss in der Verkehrssprache voran kommen, sonst hat es schlechte Voraussetzungen für Schulerfolg und Sozialkontakte. Beraten werden sollte auch zur wichtigen Rolle der Literacy und des narrativen Vorlesens.</p> <p><u>Item "Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)". Positionen der KBV und der Patientenvertreter:</u></p> <p>Dieses Item sollte bzgl. seiner Evidenz für eine Schädigung zumindest kritisch überdacht, evtl. weggelassen werden.</p>	
--	--

121

<p>§ 12 U9</p> <p>(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U9 gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten - Erkennen von Sehstörungen - Information zu Impfungen - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion 	
<p>Stellungnehmer</p>	<p>Würdigung der Stellungnahme</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Zusätzliche Punkte aus Sicht der DGKJ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von Hörstörungen 	<p>In der Früherkennungsuntersuchung U8 ist ein Hörtest vorgesehen, der verbindlich mit einem Screeningaudiometer durchgeführt wird. Zusätzlich wird der Hinweis im Beschlusssentwurf aufgenommen, dass</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>- Früherkennung primär genetischer Formen einer schweren Hypercholesterinämie</p> <p>Begründung: Entsprechend den aktuellen Leitlinien der APS „S2k-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen (Aktualisierte Fassung, Juli 2014) sollte der bisher in der J1 vorgesehene Suchtest auf das Vorliegen einer primär genetischen Hypercholesterinämie durch eine Bestimmung des Gesamtcholesterins früher und zwar bei der U9 erfolgen, da ab dem Schulalter eine effektive Therapie von primär genetischen Hypercholesterinämien zur Verfügung steht und indiziert ist: „Unabhängig von der Familienanamnese sollte bei jedem Kind oder Jugendlichen einmalig eine Cholesterinbestimmung (Gesamtcholesterin, auch postprandial möglich) im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (vorzugsweise im Vorschulalter bei der U9) angeboten werden, da durch eine allein an der Familienanamnese orientierte Diagnostik die Mehrzahl der Kinder mit ausgeprägter Hypercholesterinämie nicht erkannt wird (Grad C). (St. Konsens)“</p>	<p>eine „Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen“ erfolgen soll.</p> <p>Der Hinweis zur Hypercholesterinämie kann im Rahmen der Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien nicht berücksichtigt werden, da es ein völlig neuer Untersuchungsinhalt ist und ggf. im Rahmen eines separaten Beratungsverfahrens einer Nutzenbewertung unterzogen werden müsste.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>In der ersten Zeile muss es unter § 12 (1) „U9“ statt „U8“ heißen.</p> <p>Ein weiteres Ziel der U9 sollte die Früherkennung primär genetischer Formen einer schweren Hypercholesterinämie darstellen. Dieser Punkt sollte hier entsprechend aufgenommen werden.</p>	<p>Hierzu wird auf die Würdigung der DGKJ verwiesen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>In diesem Satz muss U8 gegen U9 getauscht werden, da in § 12 bereits die U9 behandelt wird</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und</p>	<p>KZBV: Zustimmung zur redaktionellen Korrektur</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

122

Kieferheilkunde (DGZMK)	
U9	

(2)	
Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	
Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.	

123

<p>1. Anamnese</p> <p>a) Aktuelle Anamnese des Kindes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen - Hörvermögen
--

124

Position GKV-SV (zusätzlich)	
<ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprophylaxe prüfen - Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache) 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Bitte dieselben Items nehmen wie von der KBV für die U7, U7a und U8 vorgeschlagen: "Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?", "Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?", "Stottert ihr Kind?"	PatV/KBV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen.
---	---

125

b) Sozialanamnese					
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="125 448 757 507">Position GKV-SV/ Patientenvertretung</th> <th data-bbox="757 448 1368 507">Position KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="125 507 757 1241"> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie </td> <td data-bbox="757 507 1368 1241"> <p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>	
Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV				
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>				
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme				
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer	KBV: Der Mannheimer Fragebogen ist nicht zur Detektion von				

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Elternfragebogen.	Problemfamilien entwickelt, sondern zur Erkennung psychischer und psychosozialer Belastungen/Symptome; es geht in der Kinder-RL nicht nur um Früherkennung von Problemfamilien. Der Mannheimer Elternfragebogen dient zur Vorbereitung und als Unterstützung für ein strukturiertes Elterninterview.
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) Die DGSPJ unterstützt die Anwendung eines validierten Fragenbogens.	

126

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV	
– Orientierende Beurteilung der Entwicklung	– Prüfung des Entwicklungsstandes	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ befürwortet die Position der KBV.		

127

<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik: <ul style="list-style-type: none"> Hüpft auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand Größere Bälle können aufgefangen werden Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten • Feinmotorik: <ul style="list-style-type: none"> Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich Stifthaltung wie ein Erwachsener Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden • Sprache: <ul style="list-style-type: none"> Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen • Perzeption/ Kognition:

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale/ emotionale Kompetenz: Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln Ist bereit zu teilen Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen • Interaktion/ Kommunikation: Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen. Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern 	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Feinmotorik:</i> kann alle Zahnflächen selbständig reinigen 	<p>KZBV: Inhaltliche Zustimmung, Prüfung dieser Fähigkeit ist Bestandteil der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung; daher Regelung des Verweises zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung in § 12 Abs. 2 Nr. 3</p> <p>GKV-SV/DKG/KBV/PatV: Das Item ist validiert. Das Konzept empirisch belegter Items soll nicht verlassen werden. Eine Änderung ist daher nicht möglich.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Feinmotorik: Stifthalter wie ein Erwachsener (<i>Pinzette</i>)- <i>Daumen-Zeigefinger- Opposition</i>) •Perzeption/ Kognition: Mindestens 3 Farben <i>Mengen/ Größen</i> werden erkannt und richtig benannt 	<p>Die Items sind validiert. Das Konzept empirisch belegter Items soll nicht verlassen werden. Eine Änderung ist daher nicht möglich.</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

128

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung	
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?	
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die DGKJ unterstützt die Position der GKV/KBV, aber mit positiver Formulierung.		Die PatV behält die von der DGKJ begrüßte positive Formulierung bei und wandelt die Frage in einen Aussagesatz um ("Eltern sind mit der Entwicklung des Kindes zufrieden, weil:").

129

2. Eingehende körperliche Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm: <ul style="list-style-type: none"> – Körpergewicht – Körperlänge – BMI b) Haut <ul style="list-style-type: none"> – auffällige Blässe – Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) – entzündliche Hautveränderungen c) Thorax, Lunge, Atemwege <ul style="list-style-type: none"> – Auskultation – Atemfrequenz – Thoraxkonfiguration – Mamillenabstand d) Herz, Kreislauf <ul style="list-style-type: none"> – Auskultation – Herzfrequenz – Rhythmus e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
--

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

- Leber- und Milzgröße
- Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p>Noch zu ergänzender Inhalt: Nr. 2 g</p> <p>Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen)</p> <p>Auffälligkeiten an Zähnen, Biss und Schleimhaut</p>	<p>KZBV: Zustimmung, entsprechend sollte unter § 12 (2) Nr. 3 der Spiegelpunkt</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung "</p> <p>ergänzt werden.</p> <p>Das Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen) gehört zur Beratung durch den Zahnarzt als Bestandteil der eingehenden Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Rahmen der in Nr. 5 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (vgl. auch BEMA FU Nr. 2). Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 12 Abs. 2 Nr. 3 verankert.
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde(DGKIZ); Fachgesellschaft der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) <i>- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut</i> s. oben, Beginn der 2. Dentition, auch Kieferanomalien	KBV: Der Hinweis wird begrüßt und umgesetzt.
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) c) Thorax, Lunge, Atemwege - Auskultation: siehe U2 d) Herz, Kreislauf - Auskultation: siehe U2	Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen. Der Hinweis wird zur Konkretisierung/Klarstellung aufgenommen.

130

3.		
Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: – Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: – Fluoridprohylaxe prüfen – Unfallverhütung – Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache)	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: – Fluoridprohylaxe prüfen – Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege – Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten – Sprachberatung:

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	– Bewegung und Adipositasprävention	Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache) – Bewegung und Adipositasprävention	
	– Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins		
Stellungnehmer		Würdigung der Stellungnahme	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung, aber mit „Kariesprophylaxe“ sowie zusätzlich: Unfallprävention, Bewegung/Sport sowie gesunde Ernährung.</p> <p>Empfehlenswert wäre zusätzlich eine Empfehlung für eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung.</p>		<p>KZBV: unter § 12 (2) Nr. 3 sollte folgender Spiegelstrich ergänzt werden:</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“</p> <p>Gemäß § 26 Abs. 1 S.2 SGB V sind Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung und zur Keimzahlsenkung Bestandteil der Kinderuntersuchung bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres. Gemäß § 26 Abs. 1 S.3 SGB V können diese von Zahnärzten erbracht werden.</p> <p>Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ist in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ geregelt und Bestandteil des Leistungskatalogs BEMA-Z. Gemäß Ziffer 4 dieser Richtlinie sind die zahnärztlichen und ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen abzustimmen, wozu dieser Verweis dient.</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Bundesärztekammer</p> <p>Zu § 12 (2) Nr. 3: Der bisher erst in der J1 vorgesehene Suchtest auf das Vorliegen einer primär genetischen Hypercholesterinämie durch eine Bestimmung des Gesamtcholesterins sollte bereits zur U9 erfolgen, da ab dem Schulalter eine effektive Therapie von primär genetischen Hypercholesterinämien zur Verfügung steht und indiziert ist.</p> <p>Ergänzend wird unter § 12 (2) Nr. 3 die Aufnahme der Themen „Unfallprävention“, „Bewegung/Sport“ sowie „gesunde Ernährung“ vorgeschlagen. „Fluoridprophylaxe“ ist auch hier durch „Kariesprophylaxe“ zu ersetzen. Zusätzlich sollte eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung empfohlen werden.</p>	<p>Der Hinweis zur Hypercholesterinämie kann im Rahmen der Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien nicht berücksichtigt werden, da es ein völlig neuer Untersuchungsinhalt ist und ggf. im Rahmen eines separaten Beratungsverfahrens einer Nutzenbewertung unterzogen werden müsste.</p> <p>KZBV: unter § 12 (2) Nr. 3 sollte folgender Spiegelstrich ergänzt werden:</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung"</p> <p>Gemäß § 26 Abs. 1 S.2 SGB V sind Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung und zur Keimzahlsenkung Bestandteil der Kinderuntersuchung bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres. Gemäß § 26 Abs. 1 S.3 SGB V können diese von Zahnärzten erbracht werden.</p> <p>Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ist in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ geregelt und Bestandteil des Leistungskatalogs BEMA-Z. Gemäß Ziffer 4 dieser Richtlinie sind die zahnärztlichen und ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen abzustimmen, wozu dieser Verweis dient.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p>Noch zu ergänzender Inhalt: Nr. 3, „Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege“ sowie „Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten“</p> <p>Information zur kieferorthopädischen Frühbehandlung bei Kieferanomalien</p>	<p>KZBV: unter § 12 (2) Nr. 3 sollte folgender Spiegelstrich ergänzt werden:</p> <p>"- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung"</p> <p>Gemäß § 26 Abs. 1 S.2 SGB V sind Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung und zur Keimzahlsenkung Bestandteil der Kinderuntersuchung bis zur Vollendung des sechsten</p>

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

	<p>Lebensjahres. Gemäß § 26 Abs. 1 S.3 SGB V können diese von Zahnärzten erbracht werden.</p> <p>Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ist in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ geregelt und Bestandteil des Leistungskatalogs BEMA-Z. Gemäß Ziffer 4 dieser Richtlinie sind die zahnärztlichen und ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen abzustimmen, wozu dieser Verweis dient.</p>
--	---

131

132

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

133

I. Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder- Richtlinien	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Das erweiterte Neugeborenen-Screening wurde vom G-BA am 1.12.2010 an das Gendiagnostikgesetz angepasst. Im Beschlusstext des G-BA heißt es hierzu:</p> <p><i>Das Screening erfolgt mittels unterschiedlicher Laboruntersuchungsverfahren. Hierbei handelt es sich teilweise um Analysen von Produkten der Nukleinsäuren (Genproduktanalysen) gemäß § 3 Nr. 2 lit. c) GenDG. Um unterschiedliche Abläufe und Zuständigkeiten zwischen konventionellen und gendiagnostischen Screeningmethoden zu vermeiden, wird das gesamte Screening an die Regeln des GenDG angepasst.</i></p> <p>Verantwortlich für die Durchführung des Screenings ist der ärztliche Leistungserbringer, der die Geburt geleitet hat. Zudem soll den Eltern nach einer Aufklärung entsprechend GenDG eine ausreichende Bedenkzeit gegeben werden, um der Untersuchung zuzustimmen. Ziel dieser Anpassung sollte sein, dass die hohe Beteiligungsrate am Neugeborenen-Screening beibehalten werden sollte.</p> <p>Diese Regelung geht aus organisatorischen Gründen in vermutlich zahlreichen Geburtskliniken deutlich an der Realität vorbei. Die Aufklärung entsprechend GenDG ist personengebunden und kann nur von einem nach GenDG qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der dann für die Probenabnahme und die Untersuchungsbeauftragung verantwortlich ist.</p> <p>Es ist nicht möglich, dass immer der-/diejenige der/die die Geburt geleitet hat auch eine Aufklärung in Sinne des Gendiagnostikgesetzes durchführt. Hierzu fehlen einerseits die personellen Ressourcen in den Geburtskliniken und andererseits fehlen für die geburtshilflichen Assistenz- und Fachärzte die entsprechenden Möglichkeiten des Qualifikationserwerbes durch die</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Ärztchenkammern. Zudem können entsprechende Qualifikationen zur Beratung nach Gendiagnostikgesetz erst nach der Facharztqualifikation erworben werden. Hier müsste eine Regelung gefunden werden, die es erlaubt, dass nicht nur der geburtsleitende Arzt für die Aufklärung und Durchführung verantwortlich ist, sondern die (organisatorische) Verantwortung auf die Leitungsebene verschoben wird.</p> <p>Weiterhin gehört zu der Verantwortung der Durchführung des Screenings auch die Überwachung der Blutentnahmen sowie Kontrolle der Befunde. Die Blutentnahme kann an qualifiziertes Personal (explizit nur an Hebamme/Entbindungspfleger nicht an Schwestern oder Kinderkrankenschwestern die am häufigsten auf den geburtshilflichen Stationen arbeiten) delegiert werden. Auch hier müsste eine Anpassung der Regelung erfolgen, dass qualifiziertes/geschultes pflegerisches Personal (Schwestern/Pfleger) berechtigt wird die Fersenblutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening durchführen darf.</p> <p>Für die Befundübermittlung sind über die für das Screening qualifizierten Untersuchungslabore Rückkopplungsmechanismus etabliert, doch kann durch den verantwortlichen Geburtshelfer, besonders bei Kindern die in andere Einheiten verlegt werden müssen, das Screening nicht nachvollzogen werden.</p> <p>In praxi erfolgt somit die Aufklärung in der Regel durch Aushändigung eines Informationsblattes an die Eltern, die in der Regel dem Screening zustimmen. Der „verantwortliche“ Geburtshelfer sieht die Befunde in der Regel nicht, da die Familien bei Eintreffen der Befunde schon entlassen sind. Eine wirkliche Nachverfolgung besonders fehlender Befunde kann zeitnah in der Regel nicht erfolgt.</p> <p>Mit der vorgegebenen praxisfernen Verantwortungsübertragung für das Screening an den Geburtshelfer ist ein Verstoß gegen die formaljuristischen Vorgaben vorprogrammiert.</p> <p>In der neuen Kinder-Richtlinie sollte daher dringend überdacht welche bessere Regelung gefunden werden kann, die die Krankenhausträger/Leiter einer Geburtshilfe/Kinderklinik in Pflicht nimmt nachvollziehbare Strukturen zu schaffen/festzulegen, die den einzelnen Geburtshelfer entlasten und die Verantwortung auf das ganze Team überträgt.</p> <p>Inhaltlich muss bei dem erweiterten Neugeborenen-Screening weiterhin kritisch hinterfragt werden, in wieweit die (volkswirtschaftlichen) Voraussetzungen vorliegen, dass ein Stoffwechselscreening auf Erkrankungen durchgeführt wird, die mit Wahrscheinlichkeiten von 1:200.000 (LCHAD/mTFP-Mangel) oder gar mit Wahrscheinlichkeiten von 1:800.000 bis 1: 1.000.000 (Carnitinzyklusdefekte) auftreten. Da für den Nachweis dieser Defekte die Voraussetzungen für ein generelles Screening nicht erfüllt sind, sollte unter wirtschaftlichen Aspekten das erweiterte Neugeborenen-Screening für die seltenen Erkrankungen (<1:200.000 = 3-4 Kinder/Jahr in Deutschland) überdacht werden.</p>	
--	--

134

II. Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Das Screening auf Mukoviszidose ist nicht aktueller Bestandteil der Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien. Daher gehört die Anlage 2b nicht zu den Unterlagen für dieses</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<p>Stellungnahmeverfahren. Das Bewertungsverfahren zum Screening auf Mukoviszidose ist noch nicht abgeschlossen.</p> <p>Auf Grund der Häufigkeit mit 1:2000 macht eine Screening auf dieses Erkrankungsbild Sinn, da es eine häufige Erkrankung darstellt und der Verlauf durch eine frühe Detektion positiv beeinflusst werden kann. Es ist anzunehmen (zu wünschen), dass das Mukoviszidose-Screening in das erweiterter Neugeborenen Screening integriert wird und damit die Anlage 2b der Kinder-Richtlinien entfällt. In den Abteilungen, die bereits jetzt ein Mukoviszidose-Screening durchführen werden für diesen Test gesonderte Befundberichte erstellt. Gesonderten Befundmitteilung durch die Labore, sind allgemein mit mehr Aufwand verbunden (extra Befund, extra Versand, extra Vorlage, extra Abzeichnen, extra Abheften, extra Einscannen x 620.000 Kinder/Jahr stellt eine bedeuten Arbeitsaufwand dar). Somit sollte rein aus organisatorischen Gründen erwogen werden ein Mukoviszidose-Screening in das erweiterte Neugeborene-Screening zu integrieren. Ggf. müssen hierzu die Testkarten erweiter/angepasst werden.</p> <p>Neue Untersuchungen, die ggf. mit einem Mehraufwand verbunden sind, müssen im Leistungskatalog der Leistungserbringer abgebildet werden. Der Abschluss des Bewertungsverfahrens zum Mukoviszidose-Screening muss abgewartet werden.</p>	
---	--

135

136

137

III.

Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Entsprechend der Anlage 5 der aktuellen Kinder-Richtlinie erfolgt kein generelles Screening der Säuglingshüfte. Eine Hüftsonographie wird nur bei entsprechender geburtshilflicher oder familiärer Risikokonstellation empfohlen und sollte bis zur U3 durchgeführt werden. Ein generelles Screening aller Neugeborenen im Rahmen der U2 ist vermutlich nicht durchführbar, da nicht die überall die personellen und technischen Voraussetzungen gegeben sind. Dort wo sie vorliegen kann eine generelle Hüftsonographie angeboten werden, um ggf. sehr früh notwendige Therapien einzuleiten. Ansonsten ist auch in den überarbeiteten Kinder-Richtlinien die Hüftsonographie im Rahmen der U3-Untersuchung durchzuführen und ggf. Konsequenzen aus auffälligen Befunden abzuleiten.</p>	

138

139

IV.

Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

In Deutschland kommen pro Jahr 1-2/1000 Kinder mit einer angeborenen Hörstörung zur Welt. Nicht oder zu spät erkannte Hörstörungen haben einen langfristigen Einfluss auf die sprachliche und soziale Entwicklung, weshalb der G-BA zum 01.01.2009 ein allgemeines Hörscreening in die Kinder-Richtlinien aufgenommen hat. Ziel der Richtlinie ist, dass bei allen Neugeborenen ein Hörscreening bis 3 Lebensmonat angeboten wird um bei Auffälligkeiten bis zum 6. Lebensmonat eine Therapie begonnen werden kann.

Die Durchführung des Neugeborenen Hörscreenings ist in einer Leitlinie (AWMF-Register Nr. 049/010 Klasse: S2k) mit Stand 9/2013 festgeschrieben.

Die Durchführungsverantwortung für das Neugeborenenhörscreening liegt bei dem ärztlichen Leiter der geburtshilflichen Einrichtung in der das Kind zur Welt kommt. Bei Kindern die außerhalb von Geburtskliniken zur Welt kommen liegt die Durchführungsverantwortung bei dem geburtsleitenden Arzt. Die Kontrolle ob ein Hörscreening regelrecht durchgeführt und im Gelben Heft dokumentiert worden ist, ist Bestandteil der U2-U5 und obliegt dem Arzt der die U-Untersuchung durchführt.

Der ärztliche Leiter einer geburtshilflichen Abteilung ist in der Regel ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenarzt). Die (Muster-)Weiterbildungsordnung für Frauenärzte sieht allerdings keine Ausbildung für die Untersuchung auf Hörstörung bei Neugeborene vor, so dass die Frage geklärt werden muss, in wie weit eine Durchführungsverantwortung auf jemanden übertragen werden kann, der hierfür keine spezifische Ausbildung genossen hat. Ggf. reicht hier der Erwerb spezifischer Qualifikationen. Es ist allerdings in der festgelegt worden, dass die Durchführung des Hörtests (TEOAE oder AABR) eine an geschultes Pflegepersonal delegierbare Tätigkeit darstellt. Dies ist für den Ablauf der Untersuchung essentiell, da die Untersuchung nur beim ruhigen/schlafenden Kind durchgeführt werden kann. Somit müssen auf den geburtshilflichen Stationen die personellen und technischen Voraussetzungen geschaffen werden um die Tests durchführen zu können.

Bei postpartal verlegten Kindern ist eine höhere Rate an Hörstörungen (Komorbidität) festzustellen. In der Richtlinie ist nicht geregelt, wer die Durchführungsverantwortung trägt, wenn die Kinder postpartal in andere Einheiten verlegt werden müssen. In diesen Fällen kann die Durchführungsverantwortung des Hörscreenings nicht weiter bei dem Leiter der geburtshilflichen Abteilung in der Kind zur Welt kam liegen sondern muss an die pädiatrischen Einheiten übertragen werden.

Um die vom G-BA vorgegebenen Qualitätsstandards einhalten zu können wurden jährlich nachzuweisende Qualitätsziele festgelegt. Dies impliziert allerdings eine Doppeldokumentation, da - zusätzlich zur Erfassung der Durchführung der Screeninguntersuchung und etwaiger Konfirmationsdiagnostik im Gelben Heft - eine elektronische Erfassung erfolgen muss. Um diese Doppeldokumentationen zu vermeiden und ein qualitätsgesichertes Screening incl. Tracking der nicht oder auffällig gescreenten Kinder zu gewährleisten, haben sich teilweise länderspezifische Modelle etabliert, die die Qualitätssicherung und das Tracking übernehmen. Eine Teilnahme an diesen Modellen kann aus klinisch-organisatorischer Sicht empfohlen werden. Die heutigen elektronischen Testgeräte erlauben eine online Datenübertragung, Dokumentation und erlauben eine zentrales Tracking. Bei der Neugestaltung des Gelben Heftes soll einer möglichen elektronischen Dokumentation (Ausdruck von Aufklebern) Rechnung getragen werden. Zu einem Teil der hier aufgeführten Punkte hat sich der G-BA in einen Papier (FAQ zum Hörscreening

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

<https://www.g-ba.de/downloads/40-268-821/FAQ%20H%C3%B6rscreening.pdf>) bereits geäußert. Inwieweit dieses Papier rechtsverbindlich ist, kann hier nicht ermittelt werden.

Seit 2009 spiegelt sich weder die Anschaffung der erforderlichen elektronischen Geräte (8000-12.000 Euro) noch der Zeitaufwand für die qualifizierte Ausbildung, Durchführung und Dokumentation des Hörscreenings sowie des Trackings in der geburtshilflichen Vergütung adäquat wieder.

140

141

142

§ 13 Dokumentation

Zeitlich befristeter Kommentar: Die Dokumentation im Untersuchungsheft (Gelben Heft) wird beibehalten und entsprechend den Änderungen in der Richtlinie angepasst.

- (1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte bei der Ärztin oder beim Arzt und im Gelben Heft gemäß der Anlage 1. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu diesen Richtlinien.

143

Position Patientenvertretung (zusätzlich)	
Darüber hinaus wird die Teilnahme auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert. gemäß der Anlage Der Kinderarzt ist verpflichtet den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten.	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Die von den Patientenvertretern vorgeschlagene Dokumentation mit Teilnehmerkarten würde die DGKJ befürworten; eine Verpflichtung des Kinder- und Jugend arztes, einen Folge-U-Termin anzubieten, lässt sich rechtlich wohl kaum durchsetzen.	PatV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Satz „Der Kinderarzt ist verpflichtet den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten.“ wird gestrichen.
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft Die DGHWi unterstützt die Ansicht der Patientenvertretung zum Schutz der Daten im Gelben Heft. Auch wenn eine verpflichtende Vorlage, beispielsweise bei Ämtern, Arbeitgebern, Kindertagesstätten, Schulen	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

oder Versicherungen nicht zulässig ist, kommt dies in der Praxis vor. Eltern sind dann häufig nicht in der Position, dies ablehnen zu können.	
Bundesärztekammer Die von der Patientenvertretung unter „Dokumentation“ vorgeschlagene Verpflichtung des Arztes, „den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten“, ist abzulehnen, auch im Sinne einer freien Arztwahl der Eltern.	PatV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Der Satz „Der Kinderarzt ist verpflichtet den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten.“ wird gestrichen.

144

(2) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 2), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2b), an der Filterpapierkarte (Anlage 3) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 4) vorzunehmen, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird.

145

§ 14 Evaluation
Zur Evaluation spezifischer Fragestellungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, welche Dokumentationen zusätzlich erforderlich sind und in welchem Umfang diese ausgewertet werden.

146

147 Anlagen

148

149 – Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder (gemäß Anlage 1 bisherige RL)

150 – Anlage 2 Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (gemäß Anlage 3 bisherige RL)

151 – Anlage 2b Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose

152 – Anlage 3 Filterpapierkarte (gemäß Anlage 4 bisherige RL)

153 – Anlage 4 Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (gemäß Anlage 7 bisherige RL)

154

155 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de
156 veröffentlicht.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>Bereits im Januar 2005 wurde von der IKK-BV der Antrag auf Überarbeitung der Kinder-Richtlinien gestellt. Mit der nun (2014) vom G-BA vorgelegten Überarbeitung der Kinder-Richtlinien wird diese neu strukturiert in:</p> <p>A) Allgemeines B) Früherkennungsuntersuchungen (U1 – U9) C) Spezielle Früherkennungsuntersuchungen D) regelt die Dokumentation und Evaluation Die Inhalte der Dokumentation und der Merkblätter werden wie bisher in Anlagen festgelegt. Diese Neustrukturierung ergibt sich aus der schrittweisen Erweiterung des Früherkennungsprogramms um spezifische Früherkennungsuntersuchungen. Ergänzend zu U1 – U9 wurden seit Beginn des Programms spezielle Untersuchungen zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen und zur Früherkennung der Hüftgelenksdysplasie und -luxation aufgenommen. 2008 ist das Neugeborenen-Hörscreening hinzugekommen. 2010 wurde die Aufklärung zum Neugeborenenenscreening dem Gendiagnostikgesetz angepasst.</p> <p>In der überarbeiteten Version wird mehr Wert auf den Datenschutz gelegt. Mit einer abtrennbaren Teilnahmekarte an den U-Untersuchungen soll die missbräuchliche Einsichtnahme in das „Gelbe Heft“ (Dokumentation der Untersuchungsergebnisse der U-Untersuchungen) durch Ämter, Arbeitgeber, Kitas und Schulen verhindert werden. Der häufig angeforderte Nachweis des regelmäßigen Besuchs der Früherkennungsuntersuchungen kann somit erfolgen, ohne dass das persönliche Dokument ausgehändigt und der Datenschutz verletzt wird. Damit wird die Kinder-Richtlinie mit dem verbindlichen Einladewesen zur Früherkennungsuntersuchung vereinbar, das in 15 der 16 Bundesländer landesgesetzlich geregelt ist.</p> <p>Die U-Untersuchungen (U1-U9) wurden gemeinsam mit Experten überarbeitet, wobei weiterhin Ziel der Untersuchung die möglichst frühzeitige Entdeckung von Entwicklungsauffälligkeiten darstellt. Die zeitlichen Vorgaben und Toleranzbereich der U-Untersuchungen wurden beibehalten. Einzig wurde die ergänzt, dass die U1-Untersuchung unmittelbar nach der Geburt binnen der ersten 30 Minuten erfolgen soll. Die Durchführungsverantwortung der U1-Untersuchung liegt beim geburtsleitenden Arzt. Ist kein Arzt bei der Geburt anwesend kann die Hebamme/Entbindungspfleger die U1-Untersuchung durchführen.</p> <p>Bisher wurden aus dem Mutterpass alle Schwangerschafts- und Geburtsrisiken in das „Gelbe Heft“ übertragen. Aus Datenschutzgründen werden künftig nur noch die Angaben verbindlich dokumentiert, die für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes relevant sind. Künftig soll darauf hingewiesen werden, dass nur die Personensorgeberechtigten darüber entscheiden, wem sie das „Gelbe Heft“ zugänglich machen. Eine verpflichtende Vorlage, beispielsweise bei Ämtern, Arbeitgebern, Kindertagesstätten, Schulen oder Versicherungen ist nicht zulässig.</p> <p>Patientenvertretungen schlagen hierzu vor, dass mit einer abtrennbaren Teilnahmekarte der regelmäßige Besuch der Untersuchungen dokumentiert werden soll.</p> <p>Aus geburtshilflicher Sicht erscheint die Übernahme der/aller relevanten Befunde aus dem Mutterpass und zum Schwangerschaftsverlauf auch weiterhin sinnvoll, da sich hieraus oft Details ergeben, die für die Interpretation entwicklungsrelevanter kindlicher Befunde wichtig sein können. Für das erweiterte Neugeborenenenscreening (Stoffwechselscreening) ist derjenige verantwortlich, der die Geburt ärztlich begleitet hat. War kein Arzt zugegen geht die Durchführungsverantwortung an die geburtsbegleitende Hebamme/Entbindungspfleger über, die das Screening in Absprache mit einem Arzt durchführt. 2008 wurde das erweiterte Neugeborenenenscreening den Anforderungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) angepasst. Dies impliziert, dass alle Eltern vor dem Einwilligen zum Stoffwechselscreening durch den geburtsbegleitenden Arzt eine ärztliche</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Beratung entsprechend dem Gendiagnostikgesetz erhalten und ihnen dann eine ausreichende Bedenkzeit zugestanden wird. Dieses Vorgehen kann in der Praxis kaum umgesetzt werden, da die meisten der Ärzte, die Geburten begleiten auf Grund des fehlenden Facharztstatus die Qualifikation zur Beratung nach GenDG noch nicht erwerben können. Die DGGG fordert den G-BA auf, diese Regelung noch zu überarbeiten, um vorprogrammierte Verstöße vorzubeugen. Die Bewertung der Aufnahme eines Mukoviszidose-Screenings steht noch aus, so dass aktuell noch nicht gesagt werden kann, ob dieses Screening noch in das erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen wird. Das Hüftscreening soll im Rahmen der U3 bei Risikokindern (schwangerschafts- oder familiär bedingt) durchgeführt werden. Sollten die Möglichkeiten zum Hüftscreening in der geburtshilflichen Abteilung gegeben sein, kann es auch schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes nach der Geburt angeboten werden. Das Neugeborenen-Hörscreening wurde 2008 in die Kinder-Richtlinien mit aufgenommen. Die Durchführungsverantwortung liegt beim Leiter der Geburtshilflichen Abteilung, auch wenn entsprechender der Weiterbildungsordnung hierfür keine Qualifikation vorliegt. Aus Sicht der DGGG sollten hier noch klare gesetzliche Vorgaben geschaffen werden. Die Durchführung des Tests selber ist eine an nachweislich qualifiziertes Personal delegierbare Aufgabe. Ziel ist, dass Hörstörungen bis zum 3. Lebensmonat sicher erkannt werden, um bis zum 6. Lebensmonat eine weiterführende Diagnostik/Therapie eingeleitet werden kann. Die Diagnostik soll nach dem ersten Lebenstag (TEOAE oder AABR) erfolgen. Der Arzt der die U2-U5 durchführt hat zu überprüfen, ob das Screening und ggf. eine Konfirmationsdiagnostik durchgeführt und entsprechend dokumentiert wurde. Von der durchführenden Einheit müssen jährlich eingehaltene Qualitätsstandards nachgewiesen werden. Die DGGG begrüßt ausdrücklich die Aufnahme des Hörscreenings in die Kinder-Richtlinien und empfiehlt zur Qualitätssicherung die Teilnahme an länderspezifischen Qualitätskontrollen über die auch das Tracking der auffällig gemessenen Kinder erfolgen kann. Der personelle und materielle Aufwand zum Hörscreening ist beträchtlich und wird aktuell noch nicht ausreichend in der geburtshilflichen Vergütung abgebildet. Nach einer Nutzenbewertung reicht das reine Neugeborenenhörscreening nicht aus, um Entwicklungsstörungen durch spätere erworbene Hörstörungen (Otitis media) auszuschließen, so dass die Überprüfung des Gehörs in spätere U-Untersuchungen mit aufgenommen wurde. Nach der Überarbeitung wird in allen U-Untersuchungen vermehrt auf die Eltern-Kind-Interaktion geachtet, um frühzeitig Defizite und Probleme zu detektieren. Hierzu sollen Fragebögen (Mannheimer-Fragebogen) eingesetzt werden, um Hinweise auf soziale Probleme zu bekommen. Aus Sicht der DGGG erfasst der Mannheimer Fragebogen nicht die relevanten Aspekte, um Problemfamilien zu detektieren. Die DGGG bittet um einer Überarbeitung des Fragebogens ggf. mit Vertretern der Frühen Hilfen, um hier das Potential besser ausschöpfen zu können. Der Fragebogen soll nur als Anhalt und nicht als Diagnostikum dienen.

In der neu überarbeiteten Kinder-Richtlinie wird gefordert, dass sich der beratende Arzt immer aktuell und umfänglich über die Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen/Jugendämter/Stadt informiert hält und Kooperationen schriftlich dokumentiert werden. Hier gibt die DGGG zu bedenken, dass es keine strukturierten Informationsmöglichkeiten für Ärzte über alle Angebote der Behörden gibt. Es besteht die Gefahr, dass Angebote nicht ausreichend angeboten werden. Es hat sich gezeigt, dass wenn es für die unterschiedlichen Berufsgruppen, die Unterstützungsangebote für Familien anbieten nur einen Ansprechpartner gibt die Angebote bedeutend besser angenommen und vermittelt werden können.

Zusammenfassendes Fazit:

Die seit 2005 beantragte Überarbeitung der Kinder-Richtlinien ist notwendig geworden. Die für die Geburtshilfe relevanten Aspekte sind schlüssig und dienen sicher der Früherkennung von

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Entwicklungsstörungen der Kinder. Die spezifischen Früherkennungsuntersuchungen in den Kinder-Richtlinien werden teilweise durch aktuelle S2k Leitlinien spezifiziert. Aus Sicht der DGGG bedarf der aktuelle Beschluss an verschiedenen (oben aufgeführten) Stellen noch der Nachbesserung, um sie in optimierter Weise in der täglichen Praxis umsetzen zu können.	
--	--

157

158 Dieser Beschluss tritt mit den noch zu fassenden Beschlüssen zur Änderung der Dokumentation, Evaluation und den Maßnahmen zur
159 Qualitätssicherung sowie mit der Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose in Kraft.

160

161 Berlin, den T. Monat JJJJ

162

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

163

164

165

166

Hecken

167

168

169

170

171

172

173

174

175

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

176 **Stellungnahme zu den „Tragenden Gründen“ des Beschlussentwurfes des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung**
177 **der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien):**
178 **Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)**

179

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.</p> <p>Stellungnahme zu den „Tragenden Gründen“ des Beschlussentwurfes des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)</p> <p>Bereits im Januar 2005 wurde von der IKK-BV der Antrag auf Überarbeitung der Kinder-Richtlinien gestellt. Mit der nun (2014) vom G-BA vorgelegten Überarbeitung der Kinder-Richtlinien wird diese neu strukturiert in:</p> <ul style="list-style-type: none">A) AllgemeinesB) Früherkennungsuntersuchungen (U1 – U9)C) Spezielle FrüherkennungsuntersuchungenD) regelt die Dokumentation und Evaluation <p>Die Inhalte der Dokumentation und der Merkblätter werden wie bisher in Anlagen festgelegt.</p> <p>Diese Neustrukturierung ergibt sich aus der schrittweisen Erweiterung des Früherkennungsprogramms um spezifische Früherkennungsuntersuchungen. Ergänzend zu U1 – U9 wurden seit Beginn des Programms spezielle Untersuchungen zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen und zur Früherkennung der Hüftgelenksdysplasie und -luxation aufgenommen. 2008 ist das Neugeborenen-Hörscreening hinzugekommen. 2010 wurde die Aufklärung zum Neugeborenencreening dem Gendiagnostikgesetz angepasst.</p> <p>In der überarbeiteten Version wird mehr Wert auf den Datenschutz gelegt. Mit einer abtrennbaren Teilnahmekarte an den U-Untersuchungen soll die missbräuchliche Einsichtnahme in das „Gelbe Heft“ (Dokumentation der Untersuchungsergebnisse der U-Untersuchungen) durch Ämter, Arbeitgeber, KITAS und Schulen verhindert werden. Der häufig angeforderte Nachweis des regelmäßigen Besuchs der Früherkennungsuntersuchungen kann somit erfolgen, ohne dass das persönliche Dokument ausgehändigt und der Datenschutz verletzt wird. Damit wird die Kinder-Richtlinie mit dem verbindlichen Einladewesen zur</p>	

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Früherkennungsuntersuchung vereinbar, das in 15 der 16 Bundesländer landesgesetzlich geregelt ist.

Die U-Untersuchungen (U1-U9) wurden gemeinsam mit Experten überarbeitet, wobei weiterhin Ziel der Untersuchung die möglichst frühzeitige Entdeckung von Entwicklungsauffälligkeiten darstellt. Die zeitlichen Vorgaben und Toleranzbereich der U-Untersuchungen wurden beibehalten. Einzig wurde die ergänzt, dass die U1-Untersuchung unmittelbar nach der Geburt binnen der ersten 30 Minuten erfolgen soll. Die Durchführungsverantwortung der U1-Untersuchung liegt beim geburtsleitenden Arzt. Ist kein Arzt bei der Geburt anwesend kann die Hebamme/Entbindungspfleger die U1-Untersuchung durchführen.

Bisher wurden aus dem Mutterpass alle Schwangerschafts- und Geburtsrisiken in das „Gelbe Heft“ übertragen. Aus Datenschutzgründen werden künftig nur noch die Angaben verbindlich dokumentiert, die für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes relevant sind. Künftig soll darauf hingewiesen werden, dass nur die Personensorgeberechtigten darüber entscheiden, wem sie das „Gelbe Heft“ zugänglich machen. Eine verpflichtende Vorlage, beispielsweise bei Ämtern, Arbeitgebern, Kindertagesstätten, Schulen oder Versicherungen ist nicht zulässig. Patientenvertretungen schlagen hierzu vor, dass mit einer abtrennbaren Teilnahmekarte der regelmäßige Besuch der Untersuchungen dokumentiert werden soll.

Aus geburtshilflicher Sicht erscheint die Übernahme der/aller relevanten Befunde aus dem Mutterpass und zum Schwangerschaftsverlauf auch weiterhin sinnvoll, da sich hieraus oft Details ergeben, die für die Interpretation entwicklungsrelevanter kindlicher Befunde wichtig sein können.

Für das erweiterte Neugeborenencreening (Stoffwechselscreening) ist derjenige verantwortlich, der die Geburt ärztlich begleitet hat. War kein Arzt zugegen geht die Durchführungsverantwortung an die geburtsbegleitende Hebamme/Entbindungspfleger über, die das Screening in Absprache mit einem Arzt durchführt. 2008 wurde das erweiterte Neugeborenencreening den Anforderungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) angepasst. Dies impliziert, dass alle Eltern vor dem Einwilligen zum Stoffwechselscreening durch den geburtsbegleitenden Arzt eine ärztliche Beratung entsprechend dem Gendiagnostikgesetz erhalten und ihnen dann eine ausreichende Bedenkzeit zugestanden wird. Dieses Vorgehen kann in der Praxis kaum umgesetzt werden, da die meisten der Ärzte, die Geburten begleiten auf Grund des fehlenden Facharztstatus die Qualifikation zur Beratung nach GenDG noch nicht erwerben können. Die DGGG fordert den G-BA auf, diese Regelung noch zu überarbeiten, um vorprogrammierte Verstößen vorzubeugen.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

Die Bewertung der Aufnahme eines Mukoviszidose-Screenings steht noch aus, so dass aktuell noch nicht gesagt werden kann, ob dieses Screening noch in das erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen wird. Das Hüftscreening soll im Rahmen der U3 bei Risikokindern (schwangerschafts- oder familiär bedingt) durchgeführt werden. Sollten die Möglichkeiten zum Hüftscreening in der geburtshilflichen Abteilung gegeben sein, kann es auch schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes nach der Geburt angeboten werden.

Das Neugeborenen-Hörscreening wurde 2008 in die Kinder-Richtlinien mit aufgenommen. Die Durchführungsverantwortung liegt beim Leiter der Geburtshilflichen Abteilung, auch wenn entsprechender der Weiterbildungsordnung hierfür keine Qualifikation vorliegt. Aus Sicht der DGGG sollten hier noch klare gesetzliche Vorgaben geschaffen werden. Die Durchführung des Tests selber ist eine an nachweislich qualifiziertes Personal delegierbare Aufgabe. Ziel ist, dass Hörstörungen bis zum 3. Lebensmonat sicher erkannt werden, um bis zum 6. Lebensmonat eine weiterführende Diagnostik/Therapie eingeleitet werden kann. Die Diagnostik soll nach dem ersten Lebenstag (TEOAE oder AABR) erfolgen. Der Arzt der die U2-U5 durchführt hat zu überprüfen, ob das Screening und ggf. eine Konfirmationsdiagnostik durchgeführt und entsprechend dokumentiert wurde. Von der durchführenden Einheit müssen jährlich eingehaltene Qualitätsstandards nachgewiesen werden. Die DGGG begrüßt ausdrücklich die Aufnahme des Hörscreenings in die Kinder-Richtlinien und empfiehlt zur Qualitätssicherung die Teilnahme an länderspezifischen Qualitätskontrollen über die auch das Tracking der auffällig gemessenen Kinder erfolgen kann. Der personelle und materielle Aufwand zum Hörscreening ist beträchtlich und wird aktuell noch nicht ausreichend in der geburtshilflichen Vergütung abgebildet.

Nach einer Nutzenbewertung reicht das reine Neugeborenenhörscreening nicht aus, um Entwicklungsstörungen durch spätere erworbene Hörstörungen (Otitis media) auszuschließen, so dass die Überprüfung des Gehörs in spätere U-Untersuchungen mit aufgenommen wurde.

Nach der Überarbeitung wird in allen U-Untersuchungen vermehrt auf die Eltern-Kind-Interaktion geachtet, um frühzeitig Defizite und Probleme zu detektieren. Hierzu sollen Fragebögen (Mannheimer-Fragebogen) eingesetzt werden, um Hinweise auf soziale Probleme zu bekommen. Aus Sicht der DGGG erfasst der Mannheimer Fragebogen nicht die relevanten Aspekte, um Problemfamilien zu detektieren. Die DGGG bittet um einer Überarbeitung des Fragebogens ggf. mit Vertretern der Frühen Hilfen, um hier das Potential besser ausschöpfen zu können. Der Fragebogen soll nur als Anhalt und nicht als Diagnostikum dienen.

Anlage 3 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 02.04.2015

In der neu überarbeiteten Kinder-Richtlinie wird gefordert, dass sich der beratende Arzt immer aktuell und umfänglich über die Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen/Jugendämter/Stadt informiert hält und Kooperationen schriftlich dokumentiert werden. Hier gibt die DGGG zu bedenken, dass es keine strukturierten Informationsmöglichkeiten für Ärzte über alle Angebote der Behörden gibt. Es besteht die Gefahr, dass Angebote nicht ausreichend angeboten werden. Es hat sich gezeigt, dass wenn es für die unterschiedlichen Berufsgruppen, die Unterstützungsangebote für Familien anbieten nur eine Ansprechpartner gibt die Angebote bedeutend besser angenommen und vermittelt werden können.

Zusammenfassendes Fazit:

Die seit 2005 beantragte Überarbeitung der Kinder-Richtlinien ist notwendig geworden. Die für die Geburtshilfe relevanten Aspekte sind schlüssig und dienen sicher der Früherkennung von Entwicklungsstörungen der Kinder. Die spezifischen Früherkennungsuntersuchungen in den Kinder-Richtlinien werden teilweise durch aktuelle S2k Leitlinien spezifiziert. Aus Sicht der DGGG bedarf der aktuelle Beschluss an verschiedenen (oben aufgeführten) Stellen noch der Nachbesserung, um sie in optimierter Weise in der täglichen Praxis umsetzen zu können.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Dr. med. Tobias Freund
Stellv. Sektionsprecher
Versorgungsaufgaben
Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Voßstraße 2, Geb. 37
69115 Heidelberg
Telefon: 0049 6221 56-8317
E-Mail: tobias.freund@med.uni-
heidelberg.de

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zum Beschlussentwurf über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinderrichtlinien)

Die DEGAM begrüßt die vorgenommene Überarbeitung in weiten Teilen.

Die im aktuellen Beschlussentwurf für § 1 Abs. 5 Satz 1 vorgesehene Änderung der Erbringungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte gegenüber der zuletzt gültigen Fassung vom 16. Dezember 2010 lehnt die DEGAM jedoch ab. Hier ist beabsichtigt, die Formulierung „Untersuchungen nach diesen Richtlinien **sollen** diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können,...“ durch „Untersuchungen nach diesen Richtlinien **dürfen nur** diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können,...“ zu ersetzen.

Unbestritten ist, dass es für die Durchführung von Untersuchungen nach der vorliegenden Richtlinie Kenntnisse und Erfahrungen in der Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bedarf. Dies kommt aber bereits in der zuletzt gültigen Fassung vom 16. Dezember 2010 zum Ausdruck. Eine Verschärfung der Richtlinie ohne weitere Spezifikationen wie diese Qualifikation nachzuweisen ist, halten wir für nicht zielführend. Angesichts der nach wie vor unterschiedlichen Akzeptanz der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen insbesondere in verschiedenen sozialen Schichten [1] halten wir aus familienmedizinischer Sicht eine möglichst breite Fassung der Erbringungsvoraussetzungen für sinnvoll, um die Zugangsvoraussetzungen für betroffene Kinder und deren Eltern so niedrigschwellig sowie so wohnortnah wie möglich zu halten.

Die durch die Richtlinie vorgenommene Strukturierung und Standardisierung der Untersuchungsinhalte ermöglicht gemeinsam mit den Dokumentationsvoraussetzungen eine Qualitätssicherung der Maßnahme. Wesentlich erscheint vielmehr die in der Überarbeitung der Richtlinie deutlich herausgehobene Bedeutung der Schnittstellenkommunikation mit Netzwerkstrukturen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der sozialpädiatrischen Dienste.



Literatur

[1] Altenhofen L. Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Bundesgesundheitsbl 2002; 45:960-961.

Dr. Tobias Freund
Sonderbeauftragter der DEGAM für den Bereich Pädiatrie



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Methodenbewertung“ (UA MB)
Dr. Sybill Thomas
Postfach 120606
10596 Berlin

per E-Mail an: Kinder-rili@g-ba.de
Nachrichtlich per E-Mail an: st-gba@awmf.org

Präsident

Prof. Dr. med. Thomas Dimpfl
Klinikum Kassel GmbH
Frauenklinik
Mönchebergstraße 41-43
D-34125 Kassel

Telefon: +49 (0) 561 980-3040
Telefax: +49 (0) 561 980-6947
E-Mail: presse@dggg.de

Kassel, den 17.09.2014

197. Stellungnahme der DGGG: „Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)“

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach einer Anfrage des G-BA nimmt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hiermit entsprechend § 92 Abs. 7d SGB V Stellung zur o.g. Richtlinie. Diese Stellungnahme begrenzt sich auf die geburtshilflich relevanten Aspekte (U1, U2, erweitertes Neugeborenenenscreening incl. Screening auf Stoffwechselerkrankungen, Hörscreening, Sehscreening, Hüftscreening) in der o.g. Richtlinie.

Vorgelegtes/zu bewertendes Material:

Via Internet konnte auf folgende beim G-BA zu der Richtlinie hinterlegten Dokumente zugegriffen werden:

01_Beschlussentwurf_Kinder-RL_Neustrukturierung.pdf
02_Tragende_Gruende_Kinder-RL_Neustrukturierung.pdf
03_Teilabschlussbericht_Sprech- und Sprachentwicklungsstoerung.pdf
04_IQWiG_Abschlussbericht_S0601_

Frueherkennung_umschriebener_Stoerungen_des_Sprechens_und_der_Sprache.pdf
05_FB_Medizin_SN_Sprachstoerungen_AG_Kinder_2010-06-21.pdf
06_IQWiG_Arbeitspapier_S1002_

Frueherkennung_umschriebener_Stoerungen_des_Sprechens_und_der_Sprache.pdf
07_Teilabschlussbericht_erworbene_Hoerstoerungen.pdf
08_ZusammenfassendeDoku_Kinder-RL_Neustrukturierung.pdf

Stand der vorgelegten Neufassung der Kinder-Richtlinie:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erarbeitung einer Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung



des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013) beschlossen.

Der Untersuchungsausschuss Methodenbewertung (UA MB) hat seine Beratungen angeschlossen und gibt nun den Fachgesellschaften entsprechend § 92 Abs. 7d SGB V die Möglichkeit der Stellungnahme.

In dem vorgelegten Beschlussentwurf mit Stand vom 24.07.2014 finden sich neben den Ausführungen des G-BA auch Positionen der GKV-SV, der KBV sowie der Patientenvertretung, die in den Fließtext noch nicht eingebaut sind.

Im Folgenden werden zu den geburtshilflich relevanten Kapiteln der neu gefassten Richtlinie einzelne Aspekte aufgegriffen, die aus geburtshilflicher Sicht in der Formulierung oder Ausarbeitung ggf. angepasst werden sollten.

Anschließend werden die Themenblöcke zu den Spezifischen Screeninguntersuchungen (Erweitertes Neugeborenen-Screening, Mukoviszidose-, Hüft-, Hör-, Sprach/Sprechscreening) bearbeitet. Der Schwerpunkt der Stellungnahme soll auf dem Screening für Sprach- und Sprechstörung sowie dem Hörscreening für Neugeborene liegen.

Zum Schluss findet sich eine abschließende Stellungnahme der DGGG zu den tragenden Gründen zur Neufassung der Kinder-Richtlinie.

Kommentare zu einzelnen geburtshilflich relevanten Textpassagen aus der überarbeiteten Kinder-Richtlinie

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

Seite 3, § 1, Abs. 3:

Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass ...

Hier erscheint die „soll“ Bestimmung zu schwach, da sonst ein Screening keinen Sinn macht, wenn bei auffälligen Befunden keine zwingende weiterführende Diagnostik gefordert wird.

Seite 3, § 1, Abs.4, Kommentar der Patientenvertretung:

Die Ärztin oder der Arzt hat sich regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern (Frühe Hilfen) in seinem Einzugsgebiet zu informieren. Soweit insofern Kooperationen und Netzwerkkontakte bestehen, sind diese schriftlich zu dokumentieren.



So wünschenswert diese Forderung ist, so unrealistisch ist sie in der Umsetzung. Es gibt i.d.R. für den Arzt keine strukturierten, zusammenfassenden, ständig aktuellen, leicht abzurufenden Informationsmöglichkeiten über Hilfsangebote der jeweiligen zuständigen Behörden. Entsprechend der Forderung bei den U-Untersuchungen sind je nach Alter unterschiedliche Stellen in den einzelnen Behörden zuständig. Die Zuständigkeiten und Angebote ändern sich häufig. Besonders schwierig wird es, wenn Kinder in einem anderen Zuständigkeitsbereich geboren werden als in dem sie später leben.

Die Effektivität der Annahme von Unterstützungsangeboten konnte im „Erlanger Modell“ enorm gesteigert werden, seit es sowohl für Gynäkologen, Geburtshelfer, Kinderärzte (stat./amb.), Hebammen, Sozialhelfern u.a. nur einen Ansprechpartner gibt, der alle regionalen und überregionalen Angebote kennt und entsprechend vermitteln kann.

Bei Beibehaltung der o.g. Forderung muss die Art und Weise der Dokumentation für den Arzt geregelt werden. Bei nur einem Ansprechpartner/Koordinator für alle Berufsgruppen ist dies einfacher und realistischer regel- und dokumentierbar.

Seite 3, § 1, Abs. 5:

... nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt ...

Entsprechend der (Muster-)Berufs- und Weiterbildungsordnung für Gynäkologen ist der fachärztlich ausgebildete Gynäkologe/Geburtshelfer nur zur Erstversorgung und Erstuntersuchung (U1) des

Neugeborenen berechtigt. Dies impliziert, dass alle weiteren Untersuchungen durch einen Kinderarzt (Facharztstandard) erfolgen müssen. Inwieweit hierfür in allen geburtshilflichen Abteilungen die personellen und strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, kann in dieser Stellungnahme nicht beurteilt werden. Ggf. müssen hierfür die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden oder die Durchführung der U2-Untersuchung in den Ausbildungskatalog der Gynäkologen aufgenommen werden.

B. Früherkennungsuntersuchungen

Seite 4, § 2

... U1 bis U 10 ...

Hier sollte geregelt werden, ab wann/wie die jeweiligen Zeiträume und Toleranzgrenzen der Früherkennungsuntersuchungen gezählt werden, wenn es sich um (extreme) Frühgeborene handelt.

In diesem Abschnitt bedarf es weiterhin noch einer Regelung wer die Verantwortung für die Durchführung und Dokumentation der Früherkennungsuntersuchung in



Sondersituation trägt.

Sondersituationen sind z.B.:

- (extrem) Frühgeborenes, dass sich zum Zeitpunkt der anstehenden U-Untersuchungen ggf. noch in kinderärztlicher Betreuung / NICU befindet.
- Früh-/Neugeborenes, dass unmittelbar nach der Geburt in kinderärztliche Betreuung kommt und über die 72. Lebensstunde dort verbleibt
- Früh-/Neugeborenes, dass unmittelbar nach der Geburt in kinderärztliche Betreuung kommt und vor Vollendung der 72. Lebensstunde wieder in die geburtshilfliche Abteilung zurück verlegt wird
- Früh-/Neugeborenes, dass zwischen der 36. und 72. Lebensstunde aus einer geburtshilflichen Einheit in eine kinderärztliche Einheit verlegt wird.
- das Kind zu irgendeiner U-Untersuchung (incl. der Toleranzgrenzen) sich in stationärer Behandlung befindet
- Durchführung der Früherkennungsuntersuchung bei Kindern in einer Palliativsituation (?)

Besonders ist hier die Nachverfolgung, Dokumentation von Befunden und Veranlassung weiterer Untersuchungen zu regeln.

Seite 4, § 3, Abs. 1:

U1: Ziele und Schwerpunkte:

Die Durchführung und Dokumentation der U1-Untersuchung fällt in den Zuständigkeitsbereich des die Geburt leitenden Geburtshelfers (Arzt/Hebamme). Es sollte noch aufgeführt werden, wer für die Durchführung und Dokumentation verantwortlich ist, wenn das Kind unmittelbar postpartal von den Kinderärzten betreut wird (z.B. nach Sectio oder bei bekannten Risiken).

Seite 4, § 3, Abs. 2, 1. Anamnese:

Bemerkung Position GKV-SV/ KBV: Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes Hinter „Mutterpass“ sollte noch eingefügt werden (Mutterpass/ergänzende Dokumentation soweit vorliegend). Dies erscheint zunehmend wichtig, da gerade auffällige pränataldiagnostische Befunde/Untersuchungen/Therapien (in der Regel aus Platzgründen) nicht mehr im Mutterpass sondern auf ausführlichen Befundmitteilungen vorliegen. Dem für die Anamnese im Rahmen der U1-U2 Zuständigen kann dabei nicht zugemutet werden, nicht vorliegende Befunde einzufordern. Dies sollte, wenn präpartal nicht bereits geschehen nur dann erfolgen, wenn sich hieraus weitere Therapien ableiten.

Position Patientenvertretung: Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.

Bei aller Notwendigkeit für einen guten Datenschutz macht es nicht nur Sinn sondern



ist für die weitere Beratung und Einschätzung der Entwicklung der Kinder essentiell, dass Schwangerschaftserkrankungen mit bekannter erhöhter Langzeitmorbidität (z.B. Diabetes in der Schwangerschaft, Makrosomie, Wachstumsrestriktion, Dauermedikation, Abusus, Depression) oder notwendiger neonataler Therapien (Hepatitis, Abusus, Hypothyreose, Diabetes) mit in das Gelbe Heft übernommen werden.

Die hierfür im Gelben Heft bereits vorgesehen Felder sind an die im Mutterpass aufgeführten Code-Nummern des Kataloges A und B im Mutterpass angepasst. Den Krankenkasse sind diese Diagnosen bekannt und die Mutter entscheidet selber wer Einblick in das Gelbe Heft haben darf. Um eine sicher und umfassende Betreuung der Kinder zu gewährleisten sollten Schwangerschaftserkrankungen besonders im Rahmen der Anamnese der U1 (jetzt sind Erkrankungen auch beim dokumentierenden Personal noch präsent) unbedingt mit in das Gelbe Heft übernommen werden.

Seite 4, § 3, Abs. 2, 1.2 Anamnese:

- *Allergien bei den Eltern oder Geschwisterkindern (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma)*

Dieser Punkt hat keine Relevanz im Rahmen der U1-Untersuchung

- *soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik*

Dies impliziert, dass sich der die U1 durchführende Arzt um die Beschaffung ggf. auffälliger pränataldiagnostischer Befunde kümmern muss. Daher sollte stattdessen aufgeführt werden:

- soweit dokumentiert, Befunde ein einer sonographischen/invasiven/nicht-invasiven Pränataldiagnostik

Seite 4, §3, Abs. 2, 2 Eingehende Untersuchung:

Einzelne Punkte unter Eingehende Untersuchung ...

Für die aufgeführten Untersuchungspunkte sollte die Möglichkeit der systematischen Dokumentation (im Gelben Heft) geschaffen werden. Hierzu bedarf es einer Anpassung des aktuellen Gelben Heftes. Doppeldokumentation (Gelbes Heft, Kinderbogen, Geburtendokumentation) sollte vermieden werden. Bei der Neugestaltung des Gelben Heftes sollte berücksichtigt werden, dass heute die Geburtendokumentation i.d.R. elektronisch erfolgt und Aufkleber in das Gelbe Heft eingeklebt werden.

Seite 4, § 3, Abs. 2, 2c Reifezeichen:

- *Reifezeichen*

Hier sollte einheitlich festgelegt werden, welcher Score zur Bestimmung der Reifezeichen angewandt werden soll (Petruzza-Index?).



Seite 6, § 4, U2-Untersuchung:

Um Klarheit (besonders im Sinne der Klinikstruktur zu schaffen) muss definiert werden, wer diese Untersuchung durchführt und wo dokumentiert. Der Geburtshelfer ist hierfür entsprechend der Weiterbildungsordnung nicht befugt. Doppeldokumentationen sind zu vermeiden. Weiterhin bedarf es einer Regelung des Austausches zwischen durchführendem (Kinder-)Arzt und betreuendem Gynäkologen. Dies ist im Sinne einer guten Qualitätskontrolle besonders relevant, wenn Kinder nach der Geburt in andere Einheiten verlegt werden müssen.

Seite 6, § 4, 1a Aktuelle Anamnese:

- *Screening auf Hüftgelenksdysplasie*

Es sollte der Verweis auf die entsprechende Anlage (aktuell Anlage 5) eingefügt werden und/oder die Risikofaktoren bei denen das Hüftscreening durchgeführt werden soll, aufgeführt werden.

- *Neugeborenen-Hörscreening*

Es sollte der Verweis auf die entsprechende Anlage (aktuell Anlage 6) eingefügt werden

- *Screening auf Mukoviszidose*

Dies ist eine neu in die Richtlinien aufgenommene Untersuchung. Die Anlage 2b (Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien) steht zur Stellungnahmen nicht zur Verfügung und konnte auf Nachfrage beim G-BA nicht eingesehen werden.

Seite 7, § 4, 1c Sozialanamnese:

Position KBV (zusätzlich): Der folgende Elternfragebogen wird den Eltern vor der U2 ausgehändigt und dient der Ärztin oder dem Arzt als Informationsgrundlage. Die strukturierte Erhebung sozial-medizinischer Aspekte erscheint besonders in Hinblick auf die Angebote unterstützender Maßnahmen wichtig. Die hier von der KBV aufgeführten Fragen decken den Bereich der sozial-medizinischen Aspekte nicht hinreichend ab und können von Eltern wegen fehlender Vergleiche (die U2 findet i.d.R. am 3. LT statt) auch nicht richtig eingeschätzt werden. Es gibt spezifischere Fragen, die Problemfamilien detektieren können. Daher sollten diese Fragen von entsprechenden Stellen (Frühe Hilfen) überarbeitet werden.

Unter § 9 wird ein Fragebogen für die Sozialanamnese erwähnt (Mannheimer). Es gibt auch noch einen Fragebogen nach Esser mit dem die Sozialanamnese erfasst werden kann. In wieweit diese Fragebögen zur Detektion von Problemfamilien evaluiert sind kann in dieser Stellungnahme nicht erörtert werden.

Es sollte noch festgehalten werden, wer die Erstellung/Verteilung/Kosten der Bögen



übernimmt und welche Konsequenzen aus auffälligen Antworten im Fragebogen gezogen werden müssen/sollen. Wo wird der Bogen abgeheftet (Mütterliche oder Kindliche Akte / Gelbes Heft).

Seite 8, § 4, 2. j Augen:

Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

Die Transilluminationsprüfung ist in der bisherigen Kinder-Richtlinie nicht explizit aufgeführt. Es sollte angegeben werden mit welchen Testverfahren geprüft werden soll (Brückner-Test, Hirschberg-Test oder andere) und wo/wie das Ergebnis dokumentiert wird.

Seite 9, § 4, 3. Ergänzungen zur ärztlichen Beratung:

- *Vitamin K Prophylaxe prüfen*

Ergänzen: prüfen und ggf. durchführen

- *Information zu Rachitis- und Fluoridprophylaxe*

Ergänzen: ggf. Rezepte mitgeben

- *Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen)*

Ergänzen: ggf. Kontakt herstellen oder bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung entsprechende Behörden informieren.

Eine einheitliche Dokumentation (z.B. in Form einer Checkliste) erscheint sinnvoll.

Seite 23, § 9, U7:

- *Erkennen von Sehstörungen*

Ergänzen: Erkennen von Sprachstörungen

Entsprechend des Beratungsverfahrens gemäß § 135 i.V.m. § 25 und § 26 SGB V Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr soll spätestens ab der U7 spezifische Tests zum Erkennen von Sprachstörungen/ Sprachverzögerungen zu den primären Zielen der U-Untersuchungen gehören und entsprechend bei jeder U-Untersuchung aufgeführt werden.

Seite 24, § 9, U7 Position KBV:

- *Mannheimer Elternfragebogen für die Sozialanamnese*

Wenn es sich um einen für die Fragestellung evaluierten/etablierten Fragebogen handelt soll dieser als Anlage der Kinder-Richtlinie beigelegt werden und bei allen entsprechenden U-Untersuchungen eingesetzt werden.

Seite 26, § 9, U7, 2 h - Augen:

- *Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der*



brechenden Medien

Hier wird erstmals in der RL der Brückner-Test als Transilluminationstest vorgeschrieben. In Bezug auf eine bessere Vergleichbarkeit (im Verlauf und untereinander) sollte im Rahmen des gesamten Screenings nur ein Testverfahren angewandt werden.

Ob im Rahmen dieser Augenuntersuchungen auch auf ein Rot-/Grün-Fehlsichtigkeit gescreent werden soll müsste evaluiert werden. Die klassischen Voraussetzungen für eine Screening (therapierbar, von volkswirtschaftlicher Relevanz) liegen nicht vor.

Seite 32, § 12, U9:

- Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

In diesem Satz muss U8 gegen U9 getauscht werden, da in § 12 bereits die U9 behandelt wird

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder-Richtlinien

Das erweiterte Neugeborenen-Screening wurde vom G-BA am 1.12.2010 an das Gendiagnostikgesetz angepasst. Im Beschlusstext des G-BA heißt es hierzu:

Das Screening erfolgt mittels unterschiedlicher Laboruntersuchungsverfahren. Hierbei handelt es sich teilweise um Analysen von Produkten der Nukleinsäuren (Genproduktanalysen) gemäß § 3 Nr. 2 lit. c) GenDG. Um unterschiedliche Abläufe und Zuständigkeiten zwischen konventionellen und gendiagnostischen Screeningmethoden zu vermeiden, wird das gesamte Screening an die Regeln des GenDG angepasst.

Verantwortlich für die Durchführung des Screenings ist der ärztliche Leistungserbringer, der die Geburt geleitet hat. Zudem soll den Eltern nach einer Aufklärung entsprechend GenDG eine ausreichende Bedenkzeit gegeben werden, um der Untersuchung zuzustimmen. Ziel dieser Anpassung sollte sein, dass die hohe Beteiligungsrate am Neugeborenen-Screening beibehalten werden sollte.

Diese Regelung geht aus organisatorischen Gründen in vermutlich zahlreichen Geburtskliniken deutlich an der Realität vorbei. Die Aufklärung entsprechend GenDG ist personengebunden und kann nur von einem nach GenDG qualifizierten Arzt durchgeführt werden, der dann für die Probenabnahme und die Untersuchungsbeauftragung verantwortlich ist.

Es ist nicht möglich, dass immer der-/diejenige der/die die Geburt geleitet hat auch eine Aufklärung in Sinne des Gendiagnostikgesetzes durchführt. Hierzu fehlen einerseits die personellen Ressourcen in den Geburtskliniken und andererseits fehlen



für die geburtshilflichen Assistenz- und Fachärzte die entsprechenden Möglichkeiten des Qualifikationserwerbes durch die Ärztekammern. Zudem können entsprechende Qualifikationen zur Beratung nach Gendiagnostikgesetz erst nach der Facharztqualifikation erworben werden. Hier müsste eine Regelung gefunden werden, die es erlaubt, dass nicht nur der geburtsleitende Arzt für die Aufklärung und Durchführung verantwortlich ist, sondern die (organisatorische) Verantwortung auf die Leitungsebene verschoben wird.

Weiterhin gehört zu der Verantwortung der Durchführung des Screenings auch die Überwachung der Blutentnahmen sowie Kontrolle der Befunde. Die Blutentnahme kann an qualifiziertes Personal (explizit nur an Hebamme/Entbindungspfleger nicht an Schwestern oder Kinderkrankenschwestern die am häufigsten auf den geburtshilflichen Stationen arbeiten) delegiert werden. Auch hier müsste eine Anpassung der Regelung erfolgen, dass qualifiziertes/geschultes pflegerisches Personal (Schwestern/Pfleger) berechtigt wird die Fersenblutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening durchführen darf.

Für die Befundübermittlung sind über die für das Screening qualifizierten Untersuchungslabore Rückkopplungsmechanismus etabliert, doch kann durch den verantwortlichen Geburtshelfer, besonders bei Kindern die in andere Einheiten verlegt werden müssen, das Screening nicht nachvollzogen werden.

In praxi erfolgt somit die Aufklärung in der Regel durch Aushändigung eines Informationsblattes an die Eltern, die in der Regel dem Screening zustimmen. Der „verantwortliche“ Geburtshelfer sieht die Befunde in der Regel nicht, da die Familien bei Eintreffen der Befunde schon entlassen sind. Eine wirkliche Nachverfolgung besonders fehlender Befunde kann zeitnah in der Regel nicht erfolgen.

Mit der vorgegebenen praxisfernen Verantwortungsübertragung für das Screening an den Geburtshelfer ist ein Verstoß gegen die formaljuristischen Vorgaben vorprogrammiert.

In der neuen Kinder-Richtlinie sollte daher dringend überdacht werden welche bessere Regelung gefunden werden kann, die die Krankenhausträger/Leiter einer Geburtshilfe/Kinderklinik in Pflicht nimmt nachvollziehbare Strukturen zu schaffen/festzulegen, die den einzelnen Geburtshelfer entlasten und die Verantwortung auf das ganze Team überträgt.

Inhaltlich muss bei dem erweiterten Neugeborenen-Screening weiterhin kritisch hinterfragt werden, in wieweit die (volkswirtschaftlichen) Voraussetzungen vorliegen, dass ein Stoffwechselscreening auf Erkrankungen durchgeführt wird, die mit Wahrscheinlichkeiten von 1:200.000 (LCHAD/mTFP-Mangel) oder gar mit Wahrscheinlichkeiten von 1:800.000 bis 1: 1.000.000 (Carnitinzyklusdefekte) auftreten. Da für den Nachweis dieser Defekte die Voraussetzungen für ein generelles Screening nicht erfüllt sind, sollte unter wirtschaftlichen Aspekten das erweiterte



Neugeborenen-Screening für die seltenen Erkrankungen (<1:200.000 = 3-4 Kinder/Jahr in Deutschland) überdacht werden.

II. Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien

Das Screening auf Mukoviszidose ist nicht aktueller Bestandteil der Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien. Daher gehört die Anlage 2b nicht zu den Unterlagen für dieses Stellungnahmeverfahren. Das Bewertungsverfahren zum Screening auf Mukoviszidose ist noch nicht abgeschlossen.

Auf Grund der Häufigkeit mit 1:2000 macht eine Screening auf dieses Erkrankungsbild Sinn, da es eine häufige Erkrankung darstellt und der Verlauf durch eine frühe Detektion positiv beeinflusst werden kann. Es ist anzunehmen (zu wünschen), dass das Mukoviszidose-Screening in das erweiterte Neugeborenen Screening integriert wird und damit die Anlage 2b der Kinder-Richtlinien entfällt. In den Abteilungen, die bereits jetzt ein Mukoviszidose-Screening durchführen werden für diesen Test gesonderte Befundberichte erstellt. Gesonderten Befundmitteilung durch die Labore, sind allgemein mit mehr Aufwand verbunden (extra Befund, extra Versand, extra Vorlage, extra Abzeichnen, extra Abheften, extra Einscannen x 620.000 Kinder/Jahr stellt eine bedeuten Arbeitsaufwand dar). Somit sollte rein aus organisatorischen Gründen erwogen werden ein Mukoviszidose-Screening in das erweiterte Neugeborene-Screening zu integrieren. Ggf. müssen hierzu die Testkarten erweitert/angepasst werden.

Neue Untersuchungen, die ggf. mit einem Mehraufwand verbunden sind, müssen im Leistungskatalog der Leistungserbringer abgebildet werden. Der Abschluss des Bewertungsverfahrens zum Mukoviszidose-Screening muss abgewartet werden.

III. Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien

Entsprechend der Anlage 5 der aktuellen Kinder-Richtlinie erfolgt kein generelles Screening der Säuglingshüfte. Eine Hüftsonographie wird nur bei entsprechender geburtshilflicher oder familiärer Risikokonstellation empfohlen und sollte bis zur U3 durchgeführt werden. Ein generelles Screening aller Neugeborenen im Rahmen der U2 ist vermutlich nicht durchführbar, da nicht die überall die personellen und technischen Voraussetzungen gegeben sind. Dort wo sie vorliegen kann eine generelle Hüftsonographie angeboten werden, um ggf. sehr früh notwendige Therapien einzuleiten.

Ansonsten ist auch in den überarbeiteten Kinder-Richtlinien die Hüftsonographie im Rahmen der U3-Untersuchung durchzuführen und ggf. Konsequenzen aus auffälligen Befunden abzuleiten.



IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien

In Deutschland kommen pro Jahr 1-2/1000 Kinder mit einer angeborenen Hörstörung zur Welt. Nicht oder zu spät erkannte Hörstörungen haben einen langfristigen Einfluss auf die sprachliche und soziale Entwicklung, weshalb der G-BA zum 01.01.2009 ein allgemeines Hörscreening in die Kinder-Richtlinien aufgenommen hat. Ziel der Richtlinie ist, dass bei allen Neugeborenen ein Hörscreening bis 3 Lebensmonat angeboten wird um bei Auffälligkeiten bis zum 6. Lebensmonat eine Therapie begonnen werden kann.

Die Durchführung des Neugeborenen Hörscreenings ist in einer Leitlinie (AWMF-Register Nr. 049/010 Klasse: S2k) mit Stand 9/2013 festgeschrieben.

Die Durchführungsverantwortung für das Neugeborenenhörscreening liegt bei dem ärztlichen Leiter der geburtshilflichen Einrichtung in der das Kind zur Welt kommt. Bei Kindern die außerhalb von Geburtskliniken zur Welt kommen liegt die Durchführungsverantwortung bei dem geburtsleitenden Arzt. Die Kontrolle ob ein Hörscreening regelrecht durchgeführt und im Gelben Heft dokumentiert worden ist, ist Bestandteil der U2-U5 und obliegt dem Arzt der die U-Untersuchung durchführt.

Der ärztliche Leiter einer geburtshilflichen Abteilung ist in der Regel ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenarzt). Die (Muster-)Weiterbildungsordnung für Frauenärzte sieht allerdings keine Ausbildung für die Untersuchung auf Hörstörung bei Neugeborene vor, so dass die Frage geklärt werden muss, in wieweit eine Durchführungsverantwortung auf jemanden übertragen werden kann, der hierfür keine spezifische Ausbildung genossen hat. Ggf. reicht hier der Erwerb spezifischer Qualifikationen. Es ist allerdings in der festgelegt worden, dass die Durchführung des Hörtests (TEOAE oder AABR) eine an geschultes Pflegepersonal delegierbare Tätigkeit darstellt. Dies ist für den Ablauf der Untersuchung essentiell, da die Untersuchung nur beim ruhigen/schlafenden Kind durchgeführt werden kann. Somit müssen auf den geburtshilflichen Stationen die personellen und technischen Voraussetzungen geschaffen werden um die Tests durchführen zu können.

Bei postpartal verlegten Kindern ist eine höhere Rate an Hörstörungen (Komorbidität) festzustellen. In der Richtlinie ist nicht geregelt, wer die Durchführungsverantwortung trägt, wenn die Kinder postpartal in andere Einheiten verlegt werden müssen. In diesen Fällen kann die Durchführungsverantwortung des Hörscreenings nicht weiter bei dem Leiter der geburtshilflichen Abteilung in der Kind zur Welt kam liegen sondern muss an die pädiatrischen Einheiten übertragen werden.

Um die vom G-BA vorgegebenen Qualitätsstandards einhalten zu können wurden jährlich nachzuweisende Qualitätsziele festgelegt. Dies impliziert allerdings eine



Doppeldokumentation, da - zusätzlich zur Erfassung der Durchführung der Screeninguntersuchung und etwaiger Konfirmationsdiagnostik im Gelben Heft - eine elektronische Erfassung erfolgen muss. Um diese Doppeldokumentationen zu vermeiden und ein qualitätsgesichertes Screening incl. Tracking der nicht oder auffällig gescreenten Kinder zu gewährleisten, haben sich teilweise länderspezifische Modelle etabliert, die die Qualitätssicherung und das Tracking übernehmen. Eine Teilnahme an diesen Modellen kann aus klinisch-organisatorischer Sicht empfohlen werden. Die heutigen elektronischen Testgeräte erlauben eine online Datenübertragung, Dokumentation und erlauben ein zentrales Tracking. Bei der Neugestaltung des Gelben Heftes soll einer möglichen elektronischen Dokumentation (Ausdruck von Aufklebern) Rechnung getragen werden

Zu einem Teil der hier aufgeführten Punkte hat sich der G-BA in einem Papier (FAQ zum Hörscreening <https://www.g-ba.de/downloads/40-268-821/FAQ%20H%C3%B6rscreening.pdf>) bereits geäußert. Inwieweit dieses Papier rechtsverbindlich ist, kann hier nicht ermittelt werden.

Seit 2009 spiegelt sich weder die Anschaffung der erforderlichen elektronischen Geräte (8000-12.000 Euro) noch der Zeitaufwand für die qualifizierte Ausbildung, Durchführung und Dokumentation des Hörscreenings sowie des Trackings in der geburtshilflichen Vergütung adäquat wieder.

V. Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr Stand 24.07.2014

Im Rahmen eines aktuellen Beratungsverfahrens gemäß § 135 i.V.m § 25 und § 26 SGB V (Stand 27.04.2014) wurde in einer Nutzenbewertung die Einführung eines Screenings auf Sprach- und Sprechstörungen (Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (U-ESS)) evaluiert. Durch eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung sollen Entwicklungsbeeinträchtigungen eines Kindes und deren möglicherweise lebenslange Konsequenzen vermieden oder zumindest vermindert werden.

Ein frühes Sprachscreening hat zum Ziel, eine Gruppe von Kindern zu identifizieren, die ein besonders hohes Risiko für Schwierigkeiten in der Schulausbildung sowie für Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich aufweist. Wenn nach einer frühen Erkennung dann wirksame Interventionen eingesetzt würden, könnten diese Risiken verringert werden.

Das Beratungsverfahren kommt zu Schluss, dass derzeit ein Nutzen von Früherkennungsuntersuchung für Kinder mit U-ESS nicht belegt ist. Keine der identifizierten diagnostischen Studien erfüllte alle Einschlusskriterien des Berichts.



Insbesondere lagen für kein Instrument belastbare Daten zur diagnostischen Güte bezüglich umschriebener Sprachentwicklungsstörungen vor.

Zusammenfassend wurde festgestellt werden, dass belastbare Aussagen über die Eignung vorliegender deutschsprachiger Tests zur Identifikation von U-ESS auf Basis bisher vorhandener Evidenz nicht getroffen werden können. Somit fehlen in Deutschland derzeit wesentliche methodische Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen.

Die Einführung eines Screenings auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr wurde somit derzeit nicht empfohlen. Stattdessen wurde empfohlen, im Rahmen der Überarbeitung der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen (U2-9) zu prüfen, inwieweit eine Anpassung der bereits bei der U2 bis zur U9 vorgesehenen Fragen zu Entwicklungszielen für den Bereich Sprache und Sprechen erforderlich ist.

Für den geburtshilflichen Bereich gilt besonders für die U2-Untersuchung, dass hier die anatomischen Voraussetzungen für das Sprechen geprüft werden und angeborene Fehlbildungen, die die Sprechentwicklung (incl. Hörschädigungen) stören könnten, ausgeschlossen werden.

Bei familiärer Belastung sollte ggf. eine Anbindung erfolgen.

Stellungnahme zu den „Tragenden Gründen“ des Beschlussentwurfes des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Bereits im Januar 2005 wurde von der IKK-BV der Antrag auf Überarbeitung der Kinder-Richtlinien gestellt. Mit der nun (2014) vom G-BA vorgelegten Überarbeitung der Kinder-Richtlinien wird diese neu strukturiert in:

- A) Allgemeines
- B) Früherkennungsuntersuchungen (U1 – U9)
- C) Spezielle Früherkennungsuntersuchungen
- D) regelt die Dokumentation und Evaluation

Die Inhalte der Dokumentation und der Merkblätter werden wie bisher in Anlagen festgelegt.

Diese Neustrukturierung ergibt sich aus der schrittweisen Erweiterung des Früherkennungsprogramms um spezifische Früherkennungsuntersuchungen. Ergänzend zu U1 – U9 wurden seit Beginn des Programms spezielle Untersuchungen zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen



bei Neugeborenen und zur Früherkennung der Hüftgelenksdysplasie und -luxation aufgenommen. 2008 ist das Neugeborenen-Hörscreening hinzugekommen. 2010 wurde die Aufklärung zum Neugeborenen-Screening dem Gendiagnostikgesetz angepasst.

In der überarbeiteten Version wird mehr Wert auf den Datenschutz gelegt. Mit einer abtrennbaren Teilnahmekarte an den U-Untersuchungen soll die missbräuchliche Einsichtnahme in das „Gelbe Heft“ (Dokumentation der Untersuchungsergebnisse der U-Untersuchungen) durch Ämter, Arbeitgeber, Kitas und Schulen verhindert werden. Der häufig angeforderte Nachweis des regelmäßigen Besuchs der Früherkennungsuntersuchungen kann somit erfolgen, ohne dass das persönliche Dokument ausgehändigt und der Datenschutz verletzt wird. Damit wird die Kinder-Richtlinie mit dem verbindlichen Einladewesen zur Früherkennungsuntersuchung vereinbar, das in 15 der 16 Bundesländer landesgesetzlich geregelt ist.

Die U-Untersuchungen (U1-U9) wurden gemeinsam mit Experten überarbeitet, wobei weiterhin Ziel der Untersuchung die möglichst frühzeitige Entdeckung von Entwicklungsauffälligkeiten darstellt. Die zeitlichen Vorgaben und Toleranzbereich der U-Untersuchungen wurden beibehalten. Einzig wurde die ergänzt, dass die U1-Untersuchung unmittelbar nach der Geburt binnen der ersten 30 Minuten erfolgen soll. Die Durchführungsverantwortung der U1-Untersuchung liegt beim geburtsleitenden Arzt. Ist kein Arzt bei der Geburt anwesend kann die Hebamme/Entbindungspfleger die U1-Untersuchung durchführen.

Bisher wurden aus dem Mutterpass alle Schwangerschafts- und Geburtsrisiken in das „Gelbe Heft“ übertragen. Aus Datenschutzgründen werden künftig nur noch die Angaben verbindlich dokumentiert, die für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes relevant sind. Künftig soll darauf hingewiesen werden, dass nur die Personensorgeberechtigten darüber entscheiden, wem sie das „Gelbe Heft“ zugänglich machen. Eine verpflichtende Vorlage, beispielsweise bei Ämtern, Arbeitgebern, Kindertagesstätten, Schulen oder Versicherungen ist nicht zulässig. Patientenvertretungen schlagen hierzu vor, dass mit einer abtrennbaren Teilnahmekarte der regelmäßige Besuch der Untersuchungen dokumentiert werden soll.

Aus geburtshilflicher Sicht erscheint die Übernahme der/aller relevanten Befunde aus dem Mutterpass und zum Schwangerschaftsverlauf auch weiterhin sinnvoll, da sich hieraus oft Details ergeben, die für die Interpretation entwicklungsrelevanter kindlicher Befunde wichtig sein können.

Für das erweiterte Neugeborenen-Screening (Stoffwechselscreening) ist derjenige verantwortlich, der die Geburt ärztlich begleitet hat. War kein Arzt zugegen geht die Durchführungsverantwortung an die geburtsbegleitende Hebamme/Entbindungspfleger über, die das Screening in Absprache mit einem Arzt durchführt. 2008 wurde das



erweiterte Neugeborenen-Screening den Anforderungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) angepasst. Dies impliziert, dass alle Eltern vor dem Einwilligen zum Stoffwechselscreening durch den geburtsbegleitenden Arzt eine ärztliche Beratung entsprechend dem Gendiagnostikgesetz erhalten und ihnen dann eine ausreichende Bedenkzeit zugestanden wird.

Dieses Vorgehen kann in der Praxis kaum umgesetzt werden, da die meisten der Ärzte, die Geburten begleiten auf Grund des fehlenden Facharztstatus die Qualifikation zur Beratung nach GenDG noch nicht erwerben können. Die DGGG fordert den G-BA auf, diese Regelung noch zu überarbeiten, um vorprogrammierte Verstöße vorzubeugen.

Die Bewertung der Aufnahme eines Mukoviszidose-Screenings steht noch aus, so dass aktuell noch nicht gesagt werden kann, ob dieses Screening noch in das erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen wird. Das Hüftscreening soll im Rahmen der U3 bei Risikokindern (schwangerschafts- oder familiär bedingt) durchgeführt werden. Sollten die Möglichkeiten zum Hüftscreening in der geburtshilflichen Abteilung gegeben sein, kann es auch schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes nach der Geburt angeboten werden.

Das Neugeborenen-Hörscreening wurde 2008 in die Kinder-Richtlinien mit aufgenommen. Die Durchführungsverantwortung liegt beim Leiter der Geburtshilflichen Abteilung, auch wenn entsprechender der Weiterbildungsordnung hierfür keine Qualifikation vorliegt. Aus Sicht der DGGG sollten hier noch klare gesetzliche Vorgaben geschaffen werden. Die Durchführung des Tests selber ist eine an nachweislich qualifiziertes Personal delegierbare Aufgabe. Ziel ist, dass Hörstörungen bis zum 3. Lebensmonat sicher erkannt werden, um bis zum 6. Lebensmonat eine weiterführende Diagnostik/Therapie eingeleitet werden kann. Die Diagnostik soll nach dem ersten Lebenstag (TEOAE oder AABR) erfolgen. Der Arzt der die U2-U5 durchführt hat zu überprüfen, ob das Screening und ggf. eine Konfirmationsdiagnostik durchgeführt und entsprechend dokumentiert wurde. Von der durchführenden Einheit müssen jährlich eingehaltene Qualitätsstandards nachgewiesen werden. Die DGGG begrüßt ausdrücklich die Aufnahme des Hörscreenings in die Kinder-Richtlinien und empfiehlt zur Qualitätssicherung die Teilnahme an länderspezifischen Qualitätskontrollen über die auch das Tracking der auffällig gemessenen Kinder erfolgen kann. Der personelle und materielle Aufwand zum Hörscreening ist beträchtlich und wird aktuell noch nicht ausreichend in der geburtshilflichen Vergütung abgebildet.

Nach einer Nutzenbewertung reicht das reine Neugeborenenhörscreening nicht aus, um Entwicklungsstörungen durch spätere erworbene Hörstörungen (Otitis media) auszuschließen, so dass die Überprüfung des Gehörs in spätere U-Untersuchungen mit aufgenommen wurde.

Nach der Überarbeitung wird in allen U-Untersuchungen vermehrt auf die Eltern-Kind-Interaktion geachtet, um frühzeitig Defizite und Probleme zu detektieren. Hierzu sollen Fragebögen (Mannheimer-Fragebogen) eingesetzt werden, um Hinweise auf soziale



Probleme zu bekommen. Aus Sicht der DGGG erfasst der Mannheimer Fragebogen nicht die relevanten Aspekte, um Problemfamilien zu detektieren. Die DGGG bittet um einer Überarbeitung des Fragebogens ggf. mit Vertretern der Frühen Hilfen, um hier das Potential besser ausschöpfen zu können. Der Fragebogen soll nur als Anhalt und nicht als Diagnostikum dienen.

In der neu überarbeiteten Kinder-Richtlinie wird gefordert, dass sich der beratende Arzt immer aktuell und umfänglich über die Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen/Jugendämter/Stadt informiert hält und Kooperationen schriftlich dokumentiert werden. Hier gibt die DGGG zu bedenken, dass es keine strukturierten Informationsmöglichkeiten für Ärzte über alle Angebote der Behörden gibt. Es besteht die Gefahr, dass Angebote nicht ausreichend angeboten werden. Es hat sich gezeigt, dass wenn es für die unterschiedlichen Berufsgruppen, die Unterstützungsangebote für Familien anbieten nur eine Ansprechpartner gibt die Angebote bedeutend besser angenommen und vermittelt werden können.

Zusammenfassendes Fazit:

Die seit 2005 beantragte Überarbeitung der Kinder-Richtlinien ist notwendig geworden. Die für die Geburtshilfe relevanten Aspekte sind schlüssig und dienen sicher der Früherkennung von Entwicklungsstörungen der Kinder. Die spezifischen Früherkennungsuntersuchungen in den Kinder-Richtlinien werden teilweise durch aktuelle S2k Leitlinien spezifiziert. Aus Sicht der DGGG bedarf der aktuelle Beschluss an verschiedenen (oben aufgeführten) Stellen noch der Nachbesserung, um sie in optimierter Weise in der täglichen Praxis umsetzen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Thomas Dimpfl

Präsident der DGGG

Stellungnahme erstellt durch:

Univ.-Prof. Dr. med. Tamme W. Goecke, Leiter der Abteilung für Pränatale Medizin, Frauenklinik der Uniklinik der RWTH Aachen



Geschäftsstelle:
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · D-53113 Bonn
Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Frau Ulrike Fischer
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)

Zur Frage der Früherkennung von Hörstörungen empfiehlt die DGHNO-KHC in Ergänzung zum etablierten Neugeborenen- Hörscreening:

In Rahmen der Vorsorgeuntersuchung „U 7“ (d. h. in einem Zeitraum vom 21.-24. Lebensmonat des Kindes) soll ein orientierender Hörtest mit einer Tympanometrie und einer automatisierten Ableitung otoakustischer Emissionen (TEOAE: Transitorisch Evozierte Otoakustische Emissionen) vorgeschrieben und durchgeführt werden. Ergeben sich bei diesen zwei Untersuchungsverfahren auffällige Befunde, soll die Untersuchung nach 2 Monaten wiederholt werden. Bestätigen sich diese auffälligen Befunde bei der Nachuntersuchung, wird das Kind zur weiteren Diagnostik bei einem Arzt/Ärztin für HNO-Heilkunde oder Arzt/Ärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie vorgestellt.

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung „U 8“ (d. h. in einem Zeitraum vom 46.-48. Lebensmonat) wird bislang eine orientierende Bestimmung der Luftleitungs-Hörschwelle i. S. einer „Screening-Audiometrie“ vorgenommen. Dieses Verfahren soll ersetzt werden durch eine Wiederholung der oben angegebenen Untersuchungen und Vorgehensweisen.

Begründung:

Im Jahre 2009 wurde das flächendeckende Neugeborenen-Hörscreening in die Kinder-Richtlinien aufgenommen. Dieses Hörscreening wird in allen Bundesländern mit großem Erfolg angewendet. Nach dem Neugeborenenalter treten entwicklungsrelevante Hörstörungen zusätzlich zu den Kindern auf, die im Neugeborenen-Hörscreening detektiert wurden. Hierzu gehören angeborene syndromale und non-syndromale genetische Hörstörungen und nicht genetische Hörstörungen, wie z. B. im Rahmen einer Cytomegalie-Infektion oder Mumps-Infektion. Weiterhin bestehen progrediente Hörstörungen, die sich erst im Laufe von Monaten oder Jahren manifestieren.

Häufigkeiten: Bei einem Neugeborenen-Hörscreening lässt sich eine Hörminderung von mehr als 30 dB in einer Häufigkeit von 1,5/1.000 Geburten nachweisen. In einer kürzlich veröffentlichten Studie zum Hörvermögen von Jugendlichen in Bayern (Ohrkan-Studie) wurde bei 2.240 Schülerinnen und Schülern im Alter von 13-19 Jahren eine beidseitige Hörminderung in 0,33 Prozent gefunden. Eine einseitige Hörminderung ließ sich dagegen in 2,4 Prozent nachweisen. Eine Korrelation dieser Schwerhörigkeiten mit Freizeitbeschäftigungen, die mit einem hohen Lärmpegel verbunden waren, ließ sich hierbei nicht nachweisen. Die audiologischen Untersuchungen wurden in der Regensburger Universitäts-HNO-Klinik von ausgebildeten Audiologen durchgeführt. Betrachtet man diese beiden Zahlen, nämlich die Häufigkeit einer Hörminderung zum Zeitpunkt der Geburt und die Häufigkeit einer Hörminderung im Alter von 13-19 Jahren, so ergibt sich daraus eine eindeutige Zunahme von Hörminderungen im Laufe von 16 Jahren um mehr als das 15-fache! Die Häufigkeit von Hörstörungen bei deutschen Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung ist nicht bekannt.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Hier liegt die Arbeit von Bamford et al. aus dem Jahr 2007 vor, der in Großbritannien eine Quote von 3,47/1.000 Kindern gefunden hat. Eine Differenzierung zwischen Innenohrschwerhörigkeiten (Schallempfindungsstörungen) und Mittelohrschwerhörigkeiten (Schalleitungsstörungen) wurde hierbei nicht vorgenommen. Die Screening-Zeitpunkte zum 2. Geburtstag und zum 4. Geburtstag (U 7 und U 8) begleiten die Phase wesentlicher Sprachentwicklung.

Die Screening-Audiometrie bei der U 8 in der bisher geübten Form zeigt dahin gehend Probleme, dass mangels hinreichend vorhandener schallgedämmter Untersuchungsräume in Kinderarztpraxen oftmals keine hinreichend genaue Schwellenfindung erfolgen kann. Deshalb sollte diese zudem unsicherere Methode der subjektiven Audiometrie von den o. a. objektiven modernen Hörprüfungsmethoden abgelöst werden.

Hat eine spätgefundene Hörminderung eine therapeutische Konsequenz?

Eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit (Schallempfindungsstörung) kann heute sehr erfolgreich mit Hilfe eines Cochlea Implants therapiert werden. Deshalb erhalten nahezu alle Neugeborenen mit einer hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit ein Cochlea Implant (bzw. zwei Cochlea Implants) in den ersten 12 Lebensmonaten. Aber auch zu einem späteren Zeitpunkt kann erfolgreich ein Cochlea Implant eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit günstig beeinflussen. Hierbei ist aber die Hörbahnreifung ein wichtiger Aspekt: Die Hörbahnreifung findet im Wesentlichen in den ersten 4 Lebensjahren statt. Das Einsetzen eines Cochlea Implants zu einem späteren Zeitpunkt ist mit einem wesentlich schlechteren Ergebnis verbunden, weil die Hörbahnreifung vor allem im 1.-3. Lebensjahr stattfindet. Unter diesem Aspekt sind zwischenzeitliche Hörscreenings besonders empfehlenswert. Bei hochgradigen Late-onset-Hörstörungen kann nur eine rechtzeitige Diagnose und eine rechtzeitige Therapie vor irrelevanter auditorischer Deprivation und damit vor einem irreversiblen Verlust einer Körperfunktion schützen. Dies trifft im besonderen Maß auf eine erworbene einseitige, hochgradige Schwerhörigkeit bzw. Taubheit zu, die ohne entsprechendes Hörscreening auch von fürsorglichen Eltern nicht rechtzeitig und ausreichend sicher erkannt werden kann. Da nur bei rechtzeitiger Detektion von Hörstörungen der Rechtsanspruch auf unmittelbaren Behinderungsausgleich mit dem Ziel eines möglichst vollständigen, funktionellen Ausgleichs möglich ist (siehe Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.12.2009, B3KR20/08R) müssen Hörscreenings noch vor Ablauf der Hörbahnreifung durchgeführt werden.

Technische Methoden eines weiteren Hörscreenings:

Otoakustische Emissionen: Die otoakustischen Emissionen haben sich im Neugeborenen-Hörscreening bereits bewährt und sind mit automatisierten Geräten zuverlässig ableitbar.

Tympanometrie: Die Tympanometrie ist geeignet, ein lufthaltiges Mittelohr von einem flüssigkeitsgefüllten Mittelohr zu differenzieren. Auch diese einfach durchführbare automatische Untersuchung belastet das Kind nicht und verlangt keine besonderen Vorkenntnisse für die Durchführung. Sehr wichtig ist in diesem Alter, dass passagere Hörstörungen auf Grund eines chronischen Mittelohrergusses (Synonym: chronisches Mukotympanum, "Otitis media with effusion"), die Ursache dieser passageren Hörstörung darstellen.

Beide Untersuchungstechniken sind nicht invasiv, benötigen nur wenige Minuten und sind vom ärztlichen Hilfspersonal durchführbar. Gerätschaften für solche Untersuchungen sind im pädiatrischen Bereich vorhanden (Tympanometer und automatisierter OAE-Tester aus dem Neugeborenen-Hörscreening). Bei einem auffälligen Tympanogramm soll diese Untersuchung nach 2 Monaten wiederholt werden. Gleichzeitig sollen erneut die Otoakustischen Emissionen abgeleitet werden. Bleibt bei einem der beiden Kontroll-Untersuchungen ein pathologisches Ergebnis, so sind die Kinder dem HNO-Arzt zur weiteren Abklärung vorzustellen. Bei chronischem Mukotympanum wird der HNO-Arzt das Einlegen eines Paukenröhrchens oder die Adenotomie und Einlage von Paukenröhrchen durchführen, um einer Sprachentwicklungsstörung bei chronischem Mukotympanum vorzubeugen.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Besteht dagegen eine Innenohrschwerhörigkeit (Schallempfindungsschwerhörigkeit, Störung der äußeren Haarzellen) wird eine weiterführende Diagnostik mit Ableitung von Hirnstammpotentialen (BERA, Brainstem evoked response audiometry) das Ausmaß einer vorliegenden Hörstörung verifizieren. Eine hochgradige Schwerhörigkeit kann heute mit Hörgerät oder Cochlea Implant adäquat rehabilitiert werden.

Zur Frage der Früherkennung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache:

Die DGHNO-KHC kann hier den Ausführungen des G-BA und des IQWiG folgen und hält die Einführung einer solchen Früherkennungsuntersuchung zum jetzigen Zeitpunkt nicht für angebracht.



Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum Beschlussentwurf
„Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur
Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Formale und
inhaltliche Überarbeitung“

Elke Mattern (MSc), Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. phil. Monika Greening

17.09.2014

Zu dem Entwurf hat die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. geringfügige Anmerkungen, die überwiegend die ersten drei Untersuchungen (U1 bis U3) betreffen. Die Anmerkungen folgen zur besseren Übersicht der Reihenfolge des Entwurfskonzepts.

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten (Seite 3).

Die DGHWi begrüßt, dass entsprechend §4 KKG (2011) bei Bekanntwerden "gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes" auch Handlungen verbindlich festgelegt werden. Damit es bei Verdacht auf Kindesvernachlässigung oder -misshandlung zu keiner Diskriminierung und vorzeitigen namentlichen Meldung beim Jugendamt kommt, ist dringend ein Verweis auf das Vorgehen in KKG §4 „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ wünschenswert, das ein gestuftes Vorgehen vorsieht. So heißt es dort, dass die Ärztin/Arzt "mit dem Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes... nicht in Frage gestellt wird". Dieser Hinweis und jener, dass die Ärztin/der Arzt "Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft" haben, um "gewichtige Anhaltspunkte" als solche mit größerer Sicherheit zu identifizieren, könnte eventuell auch an anderer Stelle der Richtlinie eingefügt werden.

B. Früherkennungsuntersuchungen

II. Untersuchungen

§ 3 U1

(1) Ziele und Schwerpunkte (Seite 4):

Ein Zeitraum von 30 Minuten nach der Geburt erscheint aus Sicht der DGHWi ungenau und zeitlich nicht realistisch. Ungenau deswegen, weil die Geburt für die Mutter, anders als für das Kind, erst endet, nachdem die Plazenta geboren ist. Zeitlich nicht realistisch, weil es wünschenswert ist, dass die Mutter und/oder der Vater bei der U1 anwesend sind und die Untersuchung erst nach der Plazentaphase und des Nähens einer Dammverletzung erfolgen sollte.

Durch Erhebung des Apgar-Wertes und die Betreuungspflicht der Hebamme während der 2 Std. postpartum ist auch das Kind durchgehend unter Beobachtung: „lebensbedrohliche Zustände und augenfällige Schäden“ werden somit nicht erst durch die U1 erkannt.

Nicht nur im Rahmen der Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ ist generell eine einstündige Bonding-Phase zu empfehlen und zu ermöglichen, in der Mutter und Kind nicht getrennt werden. Diese sollte auch nicht durch die U1 als diagnostischer Eingriff gestört werden.

Die DGHWi schlägt als Formulierung vor:

„Die U1 soll möglichst innerhalb der ersten beiden Lebensstunden des Kindes unter Berücksichtigung der erforderlichen Zeit für ein Bonding zwischen Mutter/Vater und Neugeborenem erfolgen.“

§ 3 U1

2. Geburtenanamnese (Seite 5)

Die „vollendete SSW“ sollte durch die korrekte Schreibweise des Schwangerschaftsalters bei Geburt ersetzt werden (Beispielsweise: 39+4 SSW).

§ 4 U2

c) Sozialanamnese (Seite 7)

Die von der KBV vorgestellten Fragen an die Eltern enthalten leider keinen Quellen-Hinweis.

Die DGHWi regt an, anamnestische Fragen als Informationsgrundlage für Ärztinnen und Ärzte zu formulieren, deren Relevanz für eine mögliche Kindeswohlgefährdung bzw. -vernachlässigung wissenschaftlich belegt ist. Die Fragen, die an die Eltern gerichtet sind oder deren psychosoziale Lage einschätzen, sollten Antworten auf die fünf Risikoindikatoren liefern, die durch Kindler im „Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (Meysen, Schönecker und Kindler 2009) beschrieben wurden. So könnten Eltern für eine präventive Unterstützung zielgerecht identifiziert und an weitere Frühe Hilfen oder den Kinderschutz vermittelt werden.

Risikoindikatoren nach Kindler (Meysen, Schönecker und Kindler 2009):

- Mindestens eine soziale Belastung
- Mehrere fehlende Schwangerschafts- oder U-Untersuchungen
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen
- Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptfürsorgeperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

- Hauptfürsorgeperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder das Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden.

Das Konzept der Frühen Hilfen versteht sich als Unterstützung und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Eltern und deren Kinder profitieren von Frühen Hilfen primär- und sekundärpräventiv bei Überforderung bzw. erhöhten Fürsorgeanforderungen der Kinder (Ayerle 2012).

Zur Dokumentation der Expertise betreuender Fachpersonen finden sich in der „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH 2013) auf den Seiten 14 und 15 Aussagen zu Ressourcen und Hilfebedarf der Eltern bzw. Hauptbezugspersonen, die den Unterstützungsbedarf von elterlichen Kompetenzen veranschaulichen. Diesbezüglich fehlen in dem Elternfragebogen der KBV Fragen zur Einschätzung des eigenen Unterstützungsbedarfs durch Fachpersonen, um das subjektive Befinden der Eltern zu erfragen und Ihre Bereitschaft zur Annahme (präventiver) Früher Hilfen zu unterstützen.

Darüber hinaus fehlen Fragen zur Beziehungsgestaltung mit dem Kind (Wahrnehmen von und Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, Blickkontakt und Körperkontakt mit dem Kind).

Die DGHWi empfiehlt daher, im Elternfragebogen noch folgende Aussagen sowohl bei der U 2 als auch U 3 mit aufzunehmen:

- Ich wünsche mir / Wir wünschen uns zusätzliche fachliche Unterstützung.
- Ich erkenne/wir erkennen in der Regel immer sicherer die Bedürfnisse meines/unsere Kindes.
- Es macht mir/uns Freude, mit Blicken und Worten mit meinem/unsere Kind zu kommunizieren.

B. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

§ 13 Dokumentation (Seite 36)

Die DGHWi unterstützt die Ansicht der Patientenvertretung zum Schutz der Daten im Gelben Heft. Auch wenn eine verpflichtende Vorlage, beispielsweise bei Ämtern, Arbeitgebern, Kindertagesstätten, Schulen oder Versicherungen nicht zulässig ist, kommt dies in der Praxis vor. Eltern sind dann häufig nicht in der Position, dies ablehnen zu können.

Literatur:

Ayerle, G. M. (2012). FrühStart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Köln: NZFH.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975). www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html [letzter Zugriff: 29.08.2014]

Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Verlag Juventa.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013). Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich. <http://www.fruehehilfen.de/familienhebammen/dokumentationsvorlagen/> [Letzter Zugriff: 16.09.2014]

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013) beschlossen.

I. Die Kinder-Richtlinien werden wie folgt neu gefasst:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)

Inhalt

<u>A.</u>	<u>Allgemeines und Anspruchsberechtigung</u>	3
§ 1	<u>Grundlagen</u>	3
<u>B.</u>	<u>Früherkennungsuntersuchungen</u>	4
I.	<u>Untersuchungszeiträume</u>	4
§ 2	<u>Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen</u>	4
II.	<u>Untersuchungen</u>	4
§ 3	<u>U1</u>	4
§ 4	<u>U2</u>	6
§ 5	<u>U3</u>	11
§ 6	<u>U4</u>	16
§ 7	<u>U5</u>	20
§ 8	<u>U6</u>	25
§ 9	<u>U7</u>	29
§ 10	<u>U7a</u>	33
§ 11	<u>U8</u>	36
§ 12	<u>U9</u>	40
<u>C.</u>	<u>Spezielle Früherkennungsuntersuchungen</u>	44
I.	<u>Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	44
II.	<u>Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien</u> ...	44
III.	<u>Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	44
IV.	<u>Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	44
§ 13	<u>Dokumentation</u>	44
§ 14	<u>Evaluation</u>	44

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

(1) Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

(2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

(3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Für frühgeborene Kinder sowie für Kinder, die von einer dauerhaften Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Behinderung bedroht sind, ist die Möglichkeit der Überweisung in ein SPZ nach § 119 SGB V zu prüfen.

Aus Sicht der DGKJ ist die Position der Patientenvertretung eine sinnvolle Ergänzung, da nicht nur das Vorliegen einer Krankheit sondern auch erkennbare Risikofaktoren für die Manifestation einer Krankheit sollen erfasst und einer möglichen therapeutischen Intervention zugeführt werden.

(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Die Ärztin oder der Arzt hat sich regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern (Frühe Hilfen) in seinem Einzugsgebiet zu informieren. Soweit insofern Kooperationen und Netzwerkkontakte bestehen, sind diese schriftlich zu dokumentieren.

Die Position der Patientenvertretung unterstützen wir nicht, stattdessen können wir uns eine Ergänzung von (4) vorstellen: „...einzuleiten (Beispiel: Frühe Hilfen).

(5) Untersuchungen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

B. Früherkennungsuntersuchungen

I. Untersuchungszeiträume

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	
U2	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
U3	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
U4	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
U5	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat
U7	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
U7a	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
U8	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
U9	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat

II. Untersuchungen

Anmerkungen, die mehrere Us betreffen:

In den "Tragenden Gründen" wird auf S. 10 angeführt, die Formulierung "abnorme Stühle" sei zu unspezifisch und daher gestrichen; ab U4 taucht sie jedoch in der Anamnese wieder auf.

§ 3 U1

(1) Ziele und Schwerpunkte: Die U1 soll unmittelbar (möglichst innerhalb der ersten 30 Minuten) nach der Geburt durchgeführt werden. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, soll die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen. Diese Untersuchung hat im Wesentlichen zum Ziel, lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und augenfällige Schäden festzustellen und notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten. Folgende Ziele und Schwerpunkte werden gesetzt:

- a) Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen
- b) Erkennen von Geburtstraumata
- c) Erkennen von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen
- d) Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- e) Entscheidung über die weitere Versorgung des Neugeborenen

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

(2) Die Untersuchungsinhalte umfassen die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die im Folgenden unter „Sonstiges“ aufgeführten Inhalte.

1. Anamnesen

Position GKV-SV/ KBV	Position Patientenvertretung
<p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none">– Diabetes– Dauermedikation– Besondere psychische und/oder soziale Belastungen– Mehrlingsschwangerschaft– (Poly-)Hydramnion– Oligohydramnion– Gestationsdiabetes– Abusus– Antikörpersuchtest positiv– akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft– GBS-Status der Mutter	<p>a) Perinatalanamnese:</p> <p>Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.</p>

Hier ist die GKV-KBV-Position zu bevorzugen, da das Kind ein berechtigtes Interesse an seiner Schwangerschafts- und Geburtsvorgeschichte hat, das höherwertig ist als das Interesse der Mutter am Schutz ihrer Daten.

2. Geburtsanamnese:

- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Vollendete SSW
- Geburtsmodus: spontan, Sektio, vaginale Operation
- Kindslage: Schädellage, Beckenendlage, Querlage
- pH-Wert (Nabelarterie)
- soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik

b) Familienanamnese

- behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangen Kind
- Allergien bei den Eltern oder Geschwisterkindern (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma)

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

- a) Apgar-Wert 5'/10'
- b) Körpermaße
 - Gewicht

- Körperlänge
 - c) Reifezeichen
 - d) Haut
 - auffällige Blässe
 - Petechien
 - Hämatom
 - Ikterus
 - Zyanose
 - Turgor
 - e) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Schlüsselbeine intakt
 - f) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Extremitätenpulse tastbar
 - g) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - h) Kopf
 - Caput succedaneum (Kephalhämatom)
 - Schädelnähte
 - i) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Hüften (Faltenasymmetrie)
 - Spontanaktivität
 - Muskeltonus
 - j) Augen, Ohren, Nase, Mund
3. Sonstiges
- Prüfung der Durchführung der Vitamin K Prophylaxe

Mit dem neu vorgesehenen Umfang der eingehenden körperlichen Untersuchung des Neugeborenen bei der U1 dürften die meisten Hebammen, Entbindungspfleger (soweit es diese gibt) und auch Gynäkologen überfordert sein (z.B. Extremitätenpulse (unter f), Leber- und Milzgröße, Schädelnähte unter g)). Diese Personengruppe führt jedoch die meisten U1 durch. Die Untersuchungssitems sollten wieder auf das notwendige Maß entsprechend den Zielen der U1 reduziert werden; die erste eingehende körperliche Untersuchung erfolgt durch den Pädiater bei U2.

Zu h): Das Caput succedaneum wird (wie in den alten Kinderrichtlinien) in Klammern als Kephalhämatom bezeichnet; das ist fachlich nicht korrekt; es handelt sich um morphologisch und pathophysiologisch unterschiedliche Entitäten, die sich meist erst nach der U1 entwickeln. Deshalb sollte diese Zeile gestrichen werden.

Zu i): Dies gehört eher in die U2. Zur Faltenasymmetrie: Dies ist bei der U1 überflüssig, da eine Gesäßfaltenasymmetrie keine wesentliche diagnostische Bedeutung hat.

§ 4 U2

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U2 gesetzt.
- Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen
 - Erkennen und Vermeidung früher lebensbedrohlicher Komplikationen

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Prüfung der Durchführung des erweitertes Neugeborenencreenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screening auf Mukoviszidose
- Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Ein Ikterus bei U2 ist meist physiologisch und deshalb kann das Item eines pathologischen Ikterus entfallen. Wenn er pathologisch ist, deutet er eher auf eine Cholestase hin. Die Möglichkeit der Diskriminierung besteht zum Zeitpunkt der U2 klinisch nicht. Die Möglichkeit der Früherkennung besteht am ehesten bei der U3 im Alter von 3-4 Wochen. Zum Punkt Screening auf Mukoviszidose: Dieses kann entfallen, da es (nach Beschluss) Teil des erweiterten Neugeborenencreenings würde. Dies gilt auch für U3 und U4.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)
Hinweis auf familienzentrierte Hilfen

Diese Position der Patientenvertretung befürwortet die DGKJ.

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.

1. Anamnesen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.

Die DGKJ unterstützt die GKV-SP/KBV-Position.

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle

Die DGKJ spricht sich für die Streichung dieses Spiegelstriches aus, da zwischen U1 und U2 maximal 10 Tage liegen; wenn das Neugeborene schwerwiegend auffällig/erkrankt ist, ist es im Krankenhaus oder gerade entlassen (mit Arztbrief).

- Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
- Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
---------------------	------------------------------

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

<ul style="list-style-type: none"> – Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil: 	<ul style="list-style-type: none"> – Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?
---	--

Die DGKJ plädiert für eine positive Formulierung („Sind die Eltern mit der Entwicklung zufrieden“).

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Screening auf Hüftgelenksdysplasie und –luxation (nur bei Risikofaktoren für Hüftdysplasie)
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Screening auf Mukoviszidose

Krampfanfälle (unter a) sollten hier nicht extra erwähnt werden; sie sind vor der U2 extrem selten und werden durch den vorangehenden Begriff „Schwerwiegende Erkrankungen“ ausreichend erfasst.

- b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen (u.a. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
 - Hüftdysplasie

c) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> – Betreuungssituation – Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.</p>

Position KBV (zusätzlich): Der folgende Elternfragebogen wird den Eltern vor der U2 den Eltern ausgehändigt und dient der Ärztin oder dem Arzt als Informationsgrundlage.

Fragen zur Vorbereitung der Mutter/des Vaters auf das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt:

- Mein / Unser Kind ist meist zufrieden und ausgeglichen.
- Mein / Unser Kind schreit viel.
- Mein / Unser Kind schläft ausreichend.
- Stillen und Füttern gelingen gut.
- Mein / Unser Kind scheint sich normal zu entwickeln.
- Ich bin / wir sind mit unserem Kind zufrieden.
- Ich fühle mich / unsere Familie fühlt sich wohl.
- In meiner / unserer Familie verstehen wir uns gut.
- Alle Familienmitglieder sind gesund.
- Ich habe / Wir haben genügend Unterstützung durch Familie und Freunde.
- Beruflich und finanziell bin ich / sind wir zufrieden.
- Ich / Wir spreche/n in meiner/unserer Muttersprache mit meinem/unserem Kind.

Ich habe folgende Fragen zu meinem Kind: (Leerfeld für Fragen der Eltern)

Wir unterstützen die Position der KBV mit Einsatz des Elternfragebogens. Zusätzlich würden wir für ergänzende Fragen zum Trinkverhalten, insbesondere zum Stillen, plädieren.

Position KBV (zusätzlich)
Orientierende Bewertung der Entwicklung

Eine postnatale Entwicklung hat bei der U2 praktisch noch nicht stattgefunden, daher würden wir die Ergänzung der KBV ablehnen.

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)

Die DGKJ plädiert für die Aufnahme eines weiteren Spiegelstriches: Hydratationszustand (zur Erkennung eines Hungerzustandes).

- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation Atemgeräusch
 - Atemfrequenz (< 50/Minute)
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation Herztöne und Nebengeräusche
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Spontanmotorik
- Muskeltonus
- Opisthotonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen

Sehnenreflexe sind überflüssig, wenn Moro-Reaktion, Galant, Reflex und Schreitautomatismus überprüft werden. Diese sollten an Stelle des Begriffs „Neugeborenenreflexe“ einzeln genannt werden.

- g) Kopf
- Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - abnorme Fontanellengröße
 - Crepitatio capitis

Statt „abnorme Fontanellengröße“ (alle Größen sind normal) schlagen wir vor: „Fontanellentonus“ (Zeichen der Hydratation).

- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
- Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer-, Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung

„Verletzungszeichen“ und „abnorme Größe der Zunge“ würden wir weglassen, da extrem selten.

- i) Ohren
- Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie)
- j) Augen
- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibabys
<ul style="list-style-type: none"> - Vitamin K Prophylaxe prüfen 		

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Information zu Rachitis- und Fluoridprophylaxe - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) |
|--|

Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung. Eine erste Beratung sollte auch hier schon zu Stillen, SIDS, Unfallverhütung (Wickeltisch...) und dem Umgang mit einem Schreibaby (Achtung: Nicht schütteln!) erfolgen. Noch wichtiger ist diese Beratung bei U3, U4, U5.

Zur „Rachitis- und Fluoridprophylaxe“: Wir schlagen „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ vor – zwei Krankheitsentitäten.

§ 5 U3

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U3 gesetzt.
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
 - Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenkssonographie
 - Prüfung der Durchführung des Erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screening auf Mukoviszidose
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung, da wir für die entwicklungsorientierte Aufklärung und Beratung plädieren.

1. Anamnese

Position GKV-SV/ KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese von § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.

Wir unterstützen die Position der GKV-SV/KBV.

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung,
 - Schreit das Kind auffällig?

Statt „Schreit das Kind auffällig?“ schlagen wir „Auffälliges Schreien“ vor.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Erfragen der Farbe des Stuhls fehlt. Begründung: Zur Erkennung eines cholestatisches Ikterus (z.B. Gallengangsatresie) sollte die Stuhlfarbe erfragt werden; es ist nachgewiesen, dass damit das Datum der Diagnosestellung vorzulegen ist.

Position GKV-SV	Position KBV
– Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

Die Karies- und Rachitisprohylaxe sollte ein eigener Punkt sein (wie bei der Position der GKV), aber: Wir schlagen „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ vor – zwei Krankheitsentitäten.

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Screening auf Mukoviszidose

- b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen z. B. (Grauer Star im Kindesalter, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte

Statt „Grauer Star im Kindesalter“: „Kindliche Katarakt“ (Begründung: Fachterminus).

c) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
– Betreuungssituation – Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Die DGKJ unterstützt die KBV-Position aufgrund der standardisierten Fragen.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
– Orientierende Beurteilung der Entwicklung	– Prüfung des Entwicklungsstandes

Wir unterstützen die Position der KBV.

- Grobmotorik:
 - Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten

- Feinmotorik:

Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen

- Perzeption/ Kognition:

Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad

- Soziale/ emotionale Kompetenz:

Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen

Die DGKJ plädiert für ein vereinfachtes Screening des Entwicklungsstandes mit Weglassen der Zeiten und Winkelgrade. Begründung: Zur Grobmotorik: Baumann 2013 „Der Kopf wird knapp zur Horizontalen gehoben.“ Und: Baumann: „Der Kopf wird zur Seite gedreht.“

Zur Perzeption/Kognition: Auf welchen Daten beruht das? Laut Denver-Test liegt P90 hierfür bei 2 ½ Monaten, die U3 findet aber mit 4 bis 6 Wochen statt. Baumann 2013: „verfolgt ihn weniger als 90° mit Kopf- und Augenbewegungen“ (als o weniger als bds. 45°).

Zur Sozialen emotionalen Kompetenz: Dies ist bei U3 noch nicht bei 90 % der Kinder der Fall. Baumann 2013: „Es beobachtet das Gesicht der Mutter, wenn sie mit ihm spricht“.

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Die DGKJ schlägt eine positive Formulierung vor, unterstützt aber die Position der GKV-SV/KBV (keine direkte Frage).

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p> <p><u>Dies entspricht sicher nicht der P90 bei U3.</u></p>

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Auch dies entspricht nicht der P90 bei U3.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Die Beschreibung in diesem Kasten müsste nach Einschätzung der DGKJ von U3 bis U6 stärker differenziert oder allgemeiner gehalten werden.

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

Zur Position der KBV: Bei U3 reagieren Kinder auf laute Geräusche und helles Licht nur sehr inkonstant mit Blinzeln oder Erschrecken; die Position der Patientenvertretung ist vorzuziehen.

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation (siehe U2)
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt

Position KBV (zusätzlich)

- Heiserkeit

Zur Position der KBV: Heiserkeit kommt in dem Alter kaum vor und hat wenig diagnostische Relevanz.

- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (siehe U2)
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien,
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalthämatom
 - abnorme Fontanellengröße
 - Crepitatio capitis
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößen auffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
-----------------	--------------	------------------------------

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Information und Beratung: – Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: – Plötzlicher Kindstod – Unfallverhütung – Umgang mit Schreibaby	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: – Plötzlicher Kindstod – Unfallverhütung – Sucht – Umgang mit Schreibaby
– Vitamin K Prophylaxe prüfen – Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins – Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit – Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen)		

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.

Statt: „Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins“: „Aufklärung über Impfungen / Impfungen / Vorschlag eines Impftermins“.

§ 6 U4

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U4 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Information zu Impfungen
 - Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Die DGKJ empfiehlt, einen weiteren Punkt aufzunehmen: Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings. Begründung: Kinder mit Fettstoffwechselstörungen (bes. MCADD) oder GA I müssen mit einem halben Jahr noch nicht aufgefallen sein und profitieren immer noch vom Screening.

Zusätzlich einen Punkt „Ernährungsberatung“: Die DGKJ empfiehlt, eine Beratung über den idealen Zeitpunkt und die Art der Beikosteinführung zu ergänzen. Mit der Einführung von Beikost inklusive Gluten in kleinen Mengen ab vollendeten 4. Lebensmonat und nicht nach dem 7. Lebensmonat (möglichst unter Weiterführung der Muttermilch) kann das Risiko der Zöliakie beeinflusst werden.

Literatur: Aliment Pharmacol Ther. 2012 Oct;36(7):607-18. Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease. Szajewska H et al

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die KBV/Patientenvertretung-Position.

1. Anamnese

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung/ Verdauung: Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle, Obstipation
 - Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> – Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen 	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

Die Karies- und Rachitisprophylaxe sollte ein eigener Punkt sein (wie bei der Position der GKV), aber: Wir schlagen „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ vor – zwei Krankheitsentitäten.

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
Neugeborenen-Hörscreening

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> – Betreuungssituation – Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Die DGKJ bevorzugt die KBV-Position.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> – Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> – Prüfung des Entwicklungsstandes

Die DGKJ unterstützt die KBV-Position.

- Grobmotorik:
 - Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine
 - Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden.
 - Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben
- Feinmotorik:
 - Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden
- Perzeption/ Kognition:
 - Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm
 - Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen
- Soziale/ emotionale Kompetenz:

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden

Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“)

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Die DGKJ unterstützt die GKV/KBV-Position mit positiver Formulierung (siehe oben).

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p> <p>Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation:</p> <p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p>

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung.

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien,
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe

Die DGKJ vermisst den Punkt: „Befund Hüftsonographie liegt vor / Kontrolle“.

- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dismorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalthämatom
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Strabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

Zu i) Beim Brückner-Text weist eine Seitendifferenz auf eine Trübung der brechenden Medien oder einen Strabismus (nicht „Stabismus“) oder eine Anisometropie hin (daher Semikolon dazwischen nicht sinnvoll.)

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> – Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> – Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit – Plötzlicher Kindstod – Unfallverhütung – Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung – Sprachberatung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> – – Prophylaxe Vitamin K, Vitamin D, Fluorid – Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit – Plötzlicher Kindstod – Unfallverhütung – Sucht – Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung – Sprachberatung
<ul style="list-style-type: none"> – Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) – Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins 		

Die DGKJ unterstützt die KBV-Position. Statt: „Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins“: „Aufklärung über Impfungen / Impfungen / Vorschlag eines Impftermins“.

§ 7 U5

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U5 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen von Sehstörungen
 - Information zu Impfungen
 - Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Statt „Erkennen von Sehstörungen“ plädieren wir für „Erkennen von Seh- und Hörstörungen“. Auch Hörstörungen können bereits jetzt neu erworben sein.

Wir empfehlen, einen weiteren Punkt aufzunehmen: Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings. Begründung: Kinder mit Fettstoffwechselstörungen (bes. MCADD) oder GA I müssen mit einem halben Jahr noch nicht aufgefallen sein und profitieren immer noch vom Screening.

Zusätzlich: Neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die KBV/Patientenvertretung-Position.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Schreit das Kind auffällig (z.B. heiser)? Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Neugeborenen-Hörscreening + erweitertes Neugeborenen-Screening

Wie oben: KBV-Position, aber statt: „Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen“: „Rachitis- und Kariesprophylaxe prüfen“.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Orientierende Beurteilung der Entwicklung	- Prüfung des Entwicklungsstandes

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Grobmotorik:
Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen
Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme
Federn mit den Beinen
- Feinmotorik:
Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen
- Sprache:
Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)
- Perzeption/ Kognition:
Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird
Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich
Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Wie oben: Unterstützung der GKV/KBV-Position, aber positiv formuliert.

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p>

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung.

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Muskeltonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe

Position KBV (zusätzlich)
Klinische Frakturzeichen

Die DGKJ unterstützt diesen Punkt.

- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie (Anmerkung: Siehe oben bei U4)
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

Die DGKJ empfiehlt einen weiteren Punkt aufzunehmen „j) Ohren: - Hörreaktion (z.B. mit Ewing-Rassel). Begründung: Bereits bei der U5 sind erworbene Hörstörungen möglich. Diesen Punkt empfehlen wir auch für die weiteren U-Untersuchungen, einschließlich U7 – und nicht erst bei U8.

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D, Fluorid - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht
<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonende Ernährung 		

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV-Position, mit zusätzlichem Punkt „Karies-Rachitis-Prophylaxe“.

Zu „Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins“, zusätzlich: „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“ – dies ist sozialmedizinisch (Herdenimmunität!) wichtig.

§ 8 U6

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U6 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen von Sehstörungen
 - Information zu Impfungen
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Wir empfehlen zusätzlich für die Aufnahme von „Erkennung von Hörstörungen“.
Zusätzlich: neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“.

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.

(3) Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
 - Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

Die DGKJ unterstützt die GKV-Position, aber mit „Rachitis- und Kariesprophylaxe“.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Die DGKJ plädiert für die KBV-Position.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
--------------------------------------	--------------

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

– Orientierende Beurteilung der Entwicklung	– Prüfung des Entwicklungsstandes
---	-----------------------------------

Die DGKJ unterstützt die KBV-Position.

- Grobmotorik:
Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle
Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen

P90 für kurzes freies Stehen laut Denver-Test: 13 Monate; die U6 findet aber mit 9-12 Monaten statt.

- Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück
- Feinmotorik:
Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger
Klopft 2 Würfel aneinander
- Sprache:
Spontane Äußerung von längeren Silbenketten
Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da)
Ahmt Laute nach
- Perzeption/ Kognition:
Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand
Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe
Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden
Freut sich über andere Kinder

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Die DGKJ unterstützt die GKV-/KBV-Position, aber mit positiver Formulierung.

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch: Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.

Die DGKJ befürwortet die KBV-Position.

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung.

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation (siehe U2)
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Stridor
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien (z.B. Hypospadie, Klitorishypertrophie)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Behinderte Nasenatmung
 - Fehlender Mundschluss
 - Auffälliger Stimmklang (z.B. Heiserkeit und Näseln)
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

[Siehe Anmerkung zum Brückner-Test oben bei U4.](#)

[Zusätzlicher Punkt: j\): siehe U5.](#)

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen - Unfallverhütung

	<ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung 	<ul style="list-style-type: none"> - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zur Zahnpflege (Fluorid) - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

Die DGKJ befürwortet die Position der Patientenvertretung mit zusätzlichem Punkt zur „Sprachberatung“ und „Ernährung“.

Zu Impfungen: Siehe U6.

§ 9 U7

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen von Sehstörungen
 - Information zu Impfungen
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Zusätzlicher Punkt: neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“ sowie das „Erkennen von Hörstörungen“.

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe
 - Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
 -

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind?

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV, die Sprachposition zu erfragen, aber ohne die Frage „Stottert Ihr Kind?“.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer Elternfragebogens.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.

- Grobmotorik:
 - Kann über längere Zeit frei und sicher gehen
 - Geht 3 Stufen im Kinderschritt hinunter, hält sich mit einer Hand fest
- Feinmotorik:
 - Malt flache Spirale
 - Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken
- Sprache:
 - Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa)
 - Versteht und befolgt einfache Aufforderungen
 - Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat

- Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile
- Perzeption/ Kognition:
 - Stapelt 3 Würfel
 - Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/ der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist
 - Kann mit dem Löffel selber essen
 - Hat Interesse an anderen Kindern
- Interaktion/ Kommunikation:
 - Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Die DGKJ unterstützt die Position der GKV/KBV, aber mit positiver Formulierung.

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Speichelfluss - Schnarchen - Auffälliger Stimmklang

„Schnarchen“ gehört zur Anamnese.

- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

Die nonverbalen Formenwiedererkennungstests sind bei der U7 praktisch noch nicht durchführbar.

Die DGKJ plädiert für einen zusätzlichen Punkt j): siehe U6.

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung, Adipositasprävention 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung, Adipositasprävention
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins 		

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV zur Aufklärung/Beratung zur Zahnpflege, Unfallverhütung, Sprachentwicklung und Adipositasprävention und zusätzlichem Punkt „Ernährung“.

§ 10 U7a

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7a gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen von Sehstörungen
 - Information zu Impfungen
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Die DGKJ plädiert dafür, nicht nur über die Impfungen zu informieren, sondern eine Kontrolle der Impfungen durchzuführen („Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“) und gegebenenfalls verpasste Impfungen nachzuholen.

Zusätzlich fehlen die Hörstörungen.

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe
 - Hörvermögen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind?

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV, die Sprachentwicklung abzufragen.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung</p>

	<p>und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>
--	--

Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer Elternfragebogens.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
– Orientierende Beurteilung der Entwicklung	– Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle
 - Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest
- Feinmotorik:
 - Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich
- Sprache:
 - Spricht mindestens Dreiwortsätze
 - Spricht von sich in der Ich-Form
 - Kennt und sagt seinen Rufnamen
- Perzeption/ Kognition:
 - Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele
 - Öffnet große Knöpfe selbst
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird
 - Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen
- Interaktion/ Kommunikation:
 - Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
---------------------	------------------------------

<ul style="list-style-type: none">- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	<ul style="list-style-type: none">- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?
---	--

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation ([siehe U2](#))
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Kieferanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
 - Schnarchen
 - Behinderte Nasenatmung
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> – Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen – Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> – Unfallverhütung – Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> – Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins – Fluoridprophylaxe – Unfallverhütung – Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege – Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten – Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache)

Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung, zusätzlich empfehlen wir, den altersgerechten Impfstatus zu prüfen sowie weitere Punkte aufzunehmen: Medienkonsum, Bewegung/Sport sowie gesunde Ernährung.

§ 11 U8

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Prüfung des Hörvermögens
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Zusätzlicher Punkt: neben der „Information zu Impfungen“ auch die „Überprüfung des altersgerechten Impfstatus“.

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die KBV/Patientenvertretung-Position.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen

Position GKV-SV	Position KBV/Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none">- Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache)- Fluoridprophylaxe prüfen	<ul style="list-style-type: none">- Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?- Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?- Stottert ihr Kind?

Die DGKJ befürwortet die Position der KBV, die Sprachentwicklung des Kindes abzufragen.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none">- Betreuungssituation- Besondere Belastungen in der Familie	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer Elternfragebogens.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none">- Orientierende Beurteilung der Entwicklung	<ul style="list-style-type: none">- Prüfung des Entwicklungsstandes

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV.

- Grobmotorik:
 - Laufrad oder ähnliches Fahrzeug werden zielgerichtet und sicher bewegt
 - Hüpft über ein 20-50 cm breites Blatt
- Feinmotorik:
 - Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Zeichnet geschlossene Kreise

- Sprache:

Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache

Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben

- Perzeption/ Kognition:

Fragt warum, wie, wo, wieso, woher

- Soziale/ emotionale Kompetenz:

Kann sich selbst an- und ausziehen

Gießt Flüssigkeiten ein

Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen

- Interaktion/ Kommunikation:

Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none">– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	<ul style="list-style-type: none">– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Die DGKJ unterstützt die Position der GKV/KBV, aber mit positiver Formulierung.

2. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation ([siehe U2](#))
- Atemfrequenz
- Stridor
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand
- Hinweis auf Rachitis

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation ([siehe U2](#))
- Herzfrequenz
- Rhythmus

e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Leber- und Milzgröße
- Hernien
- auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)

- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten, Vorbeugetest
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Kieferanomalien - Schnarchen

Zusätzlich unter g) „Kieferanomalien“. Die Frage zum „Schnarchen“ gehört zur Anamnese.

- h) Ohren
 - Hörtest mittels Screeningaudiometrie

- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und

	Gebärdensprache – Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)	Gebärdensprache – Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
--	---	---

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV zur entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung zur Unfallprävention, Sprachentwicklung und Medienberatung, aber mit zusätzlichen Punkten „Bewegung/Sport“, „gesunde Ernährung“ sowie „Impfungen/Überprüfung des Impfstatus“.

§ 12 U9

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt: (gemeint ist sicher U9)
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen von Sehstörungen
 - Information zu Impfungen
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Zusätzliche Punkte aus Sicht der DGKJ:

- Erkennen von Hörstörungen
- Früherkennung primär genetischer Formen einer schweren Hypercholesterinämie
Begründung: Entsprechend den aktuellen Leitlinien der APS „S2k-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen (Aktualisierte Fassung, Juli 2014) sollte der bisher in der J1 vorgesehene Suchtest auf das Vorliegen einer primär genetischen Hypercholesterinämie durch eine Bestimmung des Gesamtcholesterins früher und zwar bei der U9 erfolgen, da ab dem Schulalter eine effektive Therapie von primär genetischen Hypercholesterinämien zur Verfügung steht und indiziert ist: „Unabhängig von der Familienanamnese sollte bei jedem Kind oder Jugendlichen einmalig eine Cholesterinbestimmung (Gesamtcholesterin, auch postprandial möglich) im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (vorzugsweise im Vorschulalter bei der U9) angeboten werden, da durch eine allein an der Familienanamnese orientierte Diagnostik die Mehrzahl der Kinder mit ausgeprägter Hypercholesterinämie nicht erkannt wird (Grad C). (St. Konsens)“

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGKJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes:
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen

- Hörvermögen

Position GKV-SV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprophylaxe prüfen - Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache)

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Die DGKJ unterstützt nachdrücklich den Einsatz des Mannheimer Elternfragebogens.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

Die DGKJ befürwortet die Position der KBV.

- Grobmotorik:
 - Hüpft auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand
 - Größere Bälle können aufgefangen werden
 - Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten
- Feinmotorik:
 - Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich
 - Stifthalter wie ein Erwachsener
 - Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden
- Sprache:

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden

Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen

- Perzeption/ Kognition:

Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt

- Soziale/ emotionale Kompetenz:

Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln

Ist bereit zu teilen

Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen

- Interaktion/ Kommunikation:

Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen.

Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none">– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	<ul style="list-style-type: none">– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Die DGKJ unterstützt die Position der GKV/KBV, aber mit positiver Formulierung.

2. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation (siehe U2)
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (siehe U2)
- Herzfrequenz
- Rhythmus

e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)

- Leber- und Milzgröße

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> – Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> – Fluoridprohylaxe prüfen – Unfallverhütung – Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache) – Bewegung und Adipositasprävention 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> – Fluoridprohylaxe prüfen – Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege – Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten – Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache) – Bewegung und Adipositasprävention
– Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins		

Die DGKJ unterstützt die Position der Patientenvertretung, aber mit „Kariesprophylaxe“ sowie zusätzlich: Unfallprävention, Bewegung/Sport sowie gesunde Ernährung.

Empfehlenswert wäre zusätzlich eine Empfehlung für eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung.

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder-Richtlinien

II. Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien

III. Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien

IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien

§ 13 Dokumentation

Zeitlich befristeter Kommentar: Die Dokumentation im Untersuchungsheft (Gelben Heft) wird beibehalten und entsprechend den Änderungen in der Richtlinie angepasst.

(1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte bei der Ärztin oder beim Arzt und im Gelben Heft gemäß der Anlage 1. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu diesen Richtlinien.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Darüber hinaus wird die Teilnahme auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert. gemäß der Anlage Der Kinderarzt ist verpflichtet den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten
--

Die von den Patientenvertretern vorgeschlagene Dokumentation mit Teilnehmerkarten würde die DGKJ befürworten; eine Verpflichtung des Kinder- und Jugendarztes, einen Folge-U-Termin anzubieten, lässt sich rechtlich wohl kaum durchsetzen.

(2) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 2), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2b), an der Filterpapierkarte (Anlage 3) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 4) vorzunehmen, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird.

§ 14 Evaluation

Zur Evaluation spezifischer Fragestellungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, welche Dokumentationen zusätzlich erforderlich sind und in welchem Umfang diese ausgewertet werden.

Anlagen

- Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder (gemäß Anlage 1 bisherige RL)
- Anlage 2 Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (gemäß Anlage 3 bisherige RL)
- Anlage 2b Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose
- Anlage 3 Filterpapierkarte (gemäß Anlage 4 bisherige RL)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Anlage 4 Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (gemäß Anlage 7 bisherige RL)

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Dieser Beschluss tritt mit den noch zu fassenden Beschlüssen zur Änderung der Dokumentation, Evaluation und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie mit der Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose in Kraft.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Stellungnahme

der

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

zur

Überarbeitung der Richtlinien über die Früherkennung
von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des
6. Lebensjahres (Kinderrichtlinien)

Berlin, 17.09.2014

Präsident

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
☎ 0731 / 5006-1600; 📠 0731 / 5006-1602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident
Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München

Schriftführer

Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Magdeburg

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Chefärztin der Abteilung Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Beisitzer

Prof. Dr. med. Veit Roessner
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Universitätsklinikum Dresden

Beisitzerin

Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische
Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters
Universitätsklinikum Aachen

Ehrenpräsidenten

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Renschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Vorsitzender der BAG KJPP, Viersen

Dr. med. Maik Herberhold
Vorsitzender des BKJPP, Bochum

Geschäftsstelle

Katharina Wiebels Ass. iur.
Antje Rößler Dipl. Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
☎ 030 / 28 09 43 86, 📠 030 / 27 58 15 38
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01
Kto-Nr.: 0006788564
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64
BIC (Swift Code): DAAEDED

VR 27791 B Amtsgericht Berlin

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zur Überarbeitung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinderrichtlinien)

Die DGKJP begrüßt die stärkere Berücksichtigung der emotionalen und psychosozialen Entwicklungsbesonderheiten von Kindern im vorliegenden Entwurf der Kinderrichtlinien. Insbesondere begrüßen wir die Möglichkeit zu einer Stellungnahme. Wir Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie fordern seit Jahren eine Berücksichtigung psychischer und sozialer Entwicklungsdimensionen und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen in den Vorsorgeuntersuchungen.

Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sind nicht selten und stellen eine bedeutsame gesundheitsökonomische Herausforderung dar.

In der Studie von Hölling et al. 2014 (KiGGS) wurde in der Altersgruppe von 3-6 Jahren eine Prävalenz von grenzwertig auffälligen oder auffälligen Kindern (Risikogruppe) in Höhe von 17,2% gefunden, die nicht signifikant niedriger war als in der KiGGS-Basiserhebung 2003-2006 (damals 19,3%). Zudem zeigen psychische Störungen im Verlauf von 3 bis 6 Jahren eine hohe Persistenz (Bufferd et al., 2012).

Die kurz vor der Veröffentlichung stehende "Leitlinie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter" (S2k) AWMF Nr.: 028/028 belegt aufgrund der bisherigen Forschungslage und Expertenmeinungen, dass insbesondere die frühe kindliche Entwicklung eng mit der Entwicklung und Interaktion mit der primären Bezugsperson verwoben ist. Die psychische und soziale Entwicklung eines Kindes kann nicht getrennt vom sozialen Umfeld und der Kommunikation mit den Bezugspersonen beurteilt werden. Andererseits ist die Möglichkeit der Korrektur emotionaler und psychosozialer Entwicklungen bei Kindern durch Einflussnahme auf die Bezugspersonen und soziale Faktoren noch möglich und oft schnell zu erreichen.

Bedeutsam ist, dass schon subklinische Symptome eine Relevanz für das ärztliche Handeln haben können, noch bevor die Kriterien einer Störung erreicht sind. Nachweislich kann dann durch gezielte Beratung die Manifestation einer kindlichen Störung verhindert werden.

Durch die Initiativen zu Netzwerken „Frühe Hilfen“, die insbesondere Schnittstellen zwischen dem medizinischen Bereich und Angeboten der Jugendhilfe deutschlandweit schließen sollen, kommt den Kinder- und Jugendärzten als Primärärzten eine herausgehobene Funktion in der Prävention und Frühintervention zu.

Kinderärzte haben als Primärärzte ohnehin eine zentrale Funktion in der Früherkennung von Besonderheiten und Auffälligkeiten in der emotionalen, sozialen und somatischen Entwicklung und in der

Früherkennung von Risikokonstellationen für psychische Störungen.

Im Folgenden nehmen wir zu einzelnen Aspekten des Richtlinien-Entwurfs aus Sicht unseres Fachgebietes Stellung:

1. Es sollten keine unangemessenen Hemmungen bestehen, Eltern nach eigenen psychischen Belastungen zu befragen. Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern bestehen u.a. in psychischen Störungen der Eltern (Sucht, Psychose, Persönlichkeitsstörungen, Depression). Es ist wichtig, dass solche Belastungen (natürlich i.R. der Schweigepflicht) erfragt werden und das bereits ab der U1.
2. Die Bedeutsamkeit der Interaktionsbeobachtung eines Kindes mit den Eltern kann nicht genug betont werden. Sie ist u.E. ab U3 alters- und entwicklungsmäßig richtig platziert, d.h. im beginnenden Lebensalltag der Eltern mit ihrem neugeborenen Kind. Die Checkliste zur Erfassung von Interaktionsproblemen des Kindes mit der primären Bezugsperson ist eher grob gefasst, für den erfahrenen Kinderarzt aber u.E. ausreichend, um seine Beobachtungen strukturiert zu erfassen und ggf. weitere Diagnostik zu initiieren. Die Beobachtung elterlicher Feinfühligkeit gegenüber dem Kind ist zentrale Erkenntnisquelle bei allen inzwischen eingeführten Programmen für Frühe Hilfen und entspricht der oben genannten S2K-Leitlinie unserer Fachgesellschaft zu psychischen Störungen in der frühen Kindheit.
3. Gut gelöst ist im Richtlinien-Entwurf auch, dass die Kinderärzte in Form der Fragebögen, die wissenschaftlich wohl eher als Checklisten zu verstehen sind, einen Interviewleitfaden an die Hand bekommen zur vertiefenden Exploration. So ist die Sozialanamnese in der U3-U6 objektiver zu fassen, wenn ein Elternfragebogen als Ausgangspunkt für vertiefende Gespräche zu Hilfe genommen wird. Dieses Vorgehen ist in strukturierten klinisch-psychiatrischen Interviews breit etabliert und hat sich in der Praxis auch aus zeitökonomischen Gründen bewährt.

Ab der U7 wird seitens der Vertreter der KBV der Mannheimer Elternfragebogen vorgeschlagen. Der Mannheimer Elternfragebogen hat sich in der Longitudinalstudie bei Risikokindern sehr bewährt und kann aus Sicht unseres Fachgebietes als gut eingeführtes Instrument gelten.

Eine Belastung der Eltern mit Fragebögen sollte selbstverständlich begrenzt sein, jedoch ist dieses Instrument u.E. geeignet, Probleme des Kindes zu erkennen und gleichzeitig der wissenschaftlichen Exaktheit für die Praxis gerecht zu werden.

Wünschenswert wäre es, die einzusetzenden Elternfragebögen in mehrere Sprachen der größten Gruppen an Zuwanderer-ethnizitäten übersetzen zu lassen.

4. Wir begrüßen ausdrücklich aus entwicklungspsychiatrischer Sicht die Förderung des Muttersprachgebrauchs. Dieser ist für die emotionale Entwicklung nach der internationalen Literatur essentiell und hat eine psychoprotektive Funktion.
5. Einige Aspekte zum Thema Beratung halten wir für erwähnenswert:
 - a. In der U8 wird die Medienberatung erwähnt, hierzu müsste der Elternfragebogen noch um einige Items ergänzt werden.
 - b. Der Umgang mit Schreibabys sollte ebenfalls Teil der Beratung werden.
 - c. Eine Einladung der Eltern zur Erörterung eigener Fragen ist aus unserer Sicht eine wesentliche Erweiterung des bisherigen Vorgehens und geeignet positive Elternkompetenzen zu fördern.
 - d. Die Vermittlung Früher Hilfen und der Abbau von Stigmatisierungsängsten der Eltern durch den Kinder- und Jugendarzt kann aus unserer Sicht einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass Frühe Hilfen vor allem von besonders bedürftigen Eltern angenommen werden können.

Gerne nehmen wir in einer mündlichen Erörterung zu den o.g. Punkten genauer Stellung.

Für den Vorstand:



Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Präsident der DGKJP

Literatur:

Hölling H. et. al. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu zwei Erhebungszeitpunkten (2003 bis 2006 und 2009 bis 2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie - erste Folgebefragung (KiGGS-Welle 1). Bundesgesundheitsbl 2014 Band 57:807-819

Leitlinie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter" (S2k) AWMF Nr.: 028/028



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine
Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei
Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien):
Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Berlin, 18.09.2014

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 24.07.2014 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, eine Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) - formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) - abzugeben.

Die Überarbeitung geht zurück auf einen Antrag der Krankenkassen im Jahre 2005. Demnach sollte geprüft werden, ob das bestehende Früherkennungsprogramm dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entspricht, ob es Mängel aufweist und ob und inwieweit die Effektivität und Effizienz des Programms verbessert werden können. Die bestehenden Untersuchungsinhalte waren zuletzt in den Jahren 1977 und 1987 grundlegend überarbeitet worden. Eine Weiterentwicklung war hauptsächlich durch die Aufnahme von neuen Untersuchungsterminen und -Bestandteilen (U9, Hüftsonographie, TSH-Screening und erweitertes Neugeborenen-Screening mittels TMS) erfolgt.

Die Überarbeitung erfolgt zweigliedrig, indem sowohl eine Neustrukturierung der bestehenden Untersuchungen vorgenommen als auch die Aufnahme neuer Untersuchungsverfahren geprüft werden sollen. Letzteres betrifft etwa die Prüfung der Einführung einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache.

Wesentliches Merkmal der allgemeinen Neustrukturierung ist eine Gliederung der Richtlinien in Abschnitte wie folgt:

- A) Allgemeines
- B) Früherkennungsuntersuchungen (U1 – U9)
- C) Spezielle Früherkennungsuntersuchungen
- D) Dokumentation und Evaluation

Die Neustrukturierung ergibt sich laut tragenden Gründen aus der schrittweisen Erweiterung des Früherkennungsprogramms um spezifische Früherkennungsuntersuchungen. Im Zusammenhang mit der Neustrukturierung soll die Liste der in Abschnitt A genannten Erkrankungen/Störungen gestrichen werden, da bei den speziellen Früherkennungsuntersuchungen die jeweiligen Zielerkrankungen, auf die diese ausgerichtet sind, benannt werden. Von der U1 bis zur U9 sollen künftig die Erkrankungen/Störungen, auf die diese Untersuchungen ausgerichtet sind, in Form von Zielen und Schwerpunkten zusammengefasst werden. In Abschnitt B sollen künftig auch die Details der U1 – U9 geregelt werden, die bisher durch die zu dokumentierenden Befunde gemäß Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) festgelegt waren. Die Dokumentation im Gelben Heft wird beibehalten und entsprechend den Änderungen in der Richtlinie angepasst.

Die U1 – U9 sollen ebenfalls neu strukturiert werden. Bisher wurden hier diverse Merkmale zur Beurteilung der kindlichen Entwicklung erfasst, die künftig – zwecks besserer Beurteilung – in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst werden sollen. Jede Untersuchung soll folgende Grundstruktur erhalten:

1. Ziele und Schwerpunkte
2. Anamnese
3. Orientierende Beurteilung der Entwicklung [Vorschlag]
4. Eingehende körperliche Untersuchung
5. Information und Beratung

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt eine kontinuierliche und systematische Weiterentwicklung der 1971 eingeführten und seither mehrfach veränderten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Die Änderungen sind eine Konsequenz aus dem sich quantitativ und inhaltlich ändernden Morbiditätsspektrum bei Kindern, weiterentwickelter Methoden der medizinischen Diagnostik und Behandlung sowie gesellschaftlichem und sozialem Wandel. Entsprechend der Bedeutung dieser Dynamik für die Versorgung ist das Thema auch schon Gegenstand der Initiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer gewesen, auf die an dieser Stelle hingewiesen sei [1].

Die Früherkennungsuntersuchungen dienen der frühen Entdeckung und damit frühzeitigen Behandlung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung gefährden, und sind damit der sekundären Prävention zuzuordnen. An dieser grundsätzlichen Ausrichtung ändert sich, was die vorgesehene Neufassung der Untersuchungsinhalte angeht, nichts. Neu hinzu sollen Elemente der primären Prävention und Gesundheitsförderung durch verschiedene Beratungsinhalte im Rahmen vorausschauender oder begleitender Beratung kommen; zu diesem Aspekt wird besonders Stellung genommen.

Allgemeine Hinweise zur sozial-emotionalen Entwicklung:

Bei dem engen Zusammenhang zwischen der körperlichen, geistigen und sozial-emotionalen Entwicklung ist diskussionswürdig, warum in den Grundlagen für die Früherkennungsuntersuchung weiterhin nur die körperliche und geistige Entwicklung benannt wird, nicht aber die seelische Entwicklung. Es stellt sich als Dilemma heraus, dass einerseits diese Entwicklungsstörungen im klinischen Alltag und der Versorgungspraxis eine große Rolle spielen, andererseits die Methoden zur standardisierten, reproduzierbaren und vor allem treffsicheren Früherkennung nicht zur Verfügung stehen. Auch die Therapieverfahren zur Behandlung der Störungen sind in nur geringem Umfang evidenzbasiert. In der Konsequenz sind wiederholte Forderungen nach Ausweitung des Programms im Bereich der sozialen, emotionalen und geistigen Entwicklung an der jeweils fehlenden Evidenz für den Nutzen der Früherkennung solcher Störungen gescheitert, z. B. Früherkennung von Störungen der Sprachentwicklung. Das bedeutet aber nicht, dass nach eigener fachlicher Entscheidung Messinstrumente und Screeningfragebögen nicht von den untersuchenden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit eingesetzt werden können, sowohl als diagnostische Instrumente als auch als Anhaltspunkte für vertiefende Anamnese.

Die Entscheidungen sind im Sinne eines Programms zur sekundären Prävention folgerichtig; entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen sollten durch gezielte Forschungsförderung zukünftig erfolgen. Aufgrund der jetzigen Datenlage sollten Hinweise für Störungen der sozial-emotionalen Entwicklung durchaus genannt werden als Zielerkrankungen. Sie sollten nach klinischer Einschätzung wahrgenommen und bei einem Ausmaß, dass die Entwicklung des Kindes in besonderem Maße beeinträchtigt, dokumentiert und einer gezielten konfirmatorischen, interdisziplinären Diagnostik zugeführt werden. Screeningfragebögen können individuell genutzt werden. Für die generelle Einführung oder als Qualitätsmerkmal der Untersuchung fehlt die erforderliche Evidenz für ihren Nutzen. Unabhängig davon sollte im Sinne der Gesundheitsförderung im Rahmen jeder Früherkennungsuntersuchung die Gelegenheit genutzt werden, gesundheitsfördernde Beratungen oder Beratungsmaterial anzubieten.

Allgemeine Hinweise zu psychosozialen Risikolagen:

Neben der Früherkennung von beginnenden Störungen bei einem Kind werden an mehreren Stellen in der Beschlussfassung bzw. den Kommentaren dazu psychosoziale Risikofaktoren erwähnt, die die gesunde Entwicklung von Kindern beeinträchtigen könnten. Der Zusammenhang zwischen familiären und biographischen Risikofaktoren und der Entstehung von Entwicklungsstörungen ist komplex, statistisch besteht nur ein loser Zusammenhang (geringer prädiktiver Wert der Risikofaktoren). In diesem Bereich geht es daher weniger um die Früherkennung von Krankheiten, sondern um die Möglichkeiten der Ausschöpfung eines Entwicklungspotentials. Die Sichtweise orientiert sich nicht an bereits bestehenden Defiziten, die beim Kind feststellbar wären, sondern an einer Stärkung von familiären Ressourcen. Mehr noch als bei der Früherkennung der Störungen der sozial-emotionalen Entwicklung gilt hier, dass die Verwendung von Screeningfragebögen aufgrund begrenzter Evidenz für den Nutzen als auch aufgrund des besonders hohen Risikos negativer Konsequenzen nicht generell empfohlen werden kann (vgl. Beratungen zur Früherkennung Kindesmisshandlung / Vernachlässigung). Als Arbeitshilfen oder Anhaltspunkte für vertiefende Gespräche können sie durchaus einen Nutzen in der ärztlichen Versorgungspraxis haben.

Eine Erfassung von familiären und sozialen Belastungsfaktoren ist Bestandteil kinder- und jugendärztlichen Anamnesen. Eine verstärkte Beachtung von vermehrtem Hilfebedarf und Beratung über Unterstützungsangebote, insbesondere den Angeboten der Frühen Hilfen, haben durchaus ihren Platz im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen.

Ein formales Screeningverfahren zur Entdeckung von psychosozialen Risikofaktoren kann also nicht Bestandteil der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden; gleichwohl können in der Anamnese Hinweise für erhöhten Hilfebedarf der Familie erhoben und auf entsprechende Unterstützungsangebote hingewiesen werden. Die sogenannte vorbeugende Gesundheitsberatung ist zwar der primären Logik der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen fremd, dennoch sollte die Gelegenheit genutzt werden, Aspekte der Gesundheitsförderung zu platzieren, auch in Hinblick auf die Ausrichtung eines zukünftigen Präventionsgesetzes. Geeignet dafür wäre etwa auch das Aushändigen von Begleitmaterialien zu den Früherkennungsuntersuchungen, wie sie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung stellt. Diese beinhalten kompakte Elterninformationen in mehreren Sprachen, es können dort auch Elternbriefe parallel zu den Früherkennungsuntersuchungen abonniert werden. Auch vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte stehen zahlreiche Aufklärungsmaterialien für Eltern in Form von Flyern oder Broschüren zur Verfügung, darüber hinaus kann auf die Materialien der Deutschen Liga für das Kind verwiesen werden, die insbesondere auch gemeinsam mit der BZgA erstelltes Filmmaterial zur Verfügung stellen [2].

Zu den einzelnen Abschnitten der Kinder-Richtlinie:

Abschnitt A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 (2)

§ 1 (2) des Abschnitts A der Richtlinien hebt in der vorliegenden Fassung ausschließlich auf Gefahrenabwehr ab. Im Sinne einer zukünftig stärker präventiven bzw. gesundheitsfördernden Ausrichtung der Kinderuntersuchungen sollten hier auch die Stärkung der Gesundheit und die Erschließung gesundheitlicher Ressourcen Erwähnung finden.

§ 1 (3)

Eine explizite Erwähnung frühgeborener Kinder (Position Patientenvertretung) ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da deren Belange auch in den beschriebenen allgemeinen Grundsätzen ausreichend beschrieben werden. Auch der Hinweis auf eine Überweisung in Sozialpädiatrische Zentren ist nicht erforderlich, weil in § 119 SGB V die Anspruchsberechtigung ausreichend beschrieben ist (Kinder- und Jugendliche, die von einer Entwicklungsstörung bedroht sind und die durch die lokale Frühförderstelle und den niedergelassenen Arzt nicht ausreichend versorgt werden können).

§ 1 (4)

Die Position der Patientenvertretung, dass sich der Arzt regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern informieren und entsprechende Kooperationen dokumentieren sollte, wird an dieser Stelle als nicht geeignet angesehen. So stellt die ärztliche Information über Angebote Früher Hilfen keine Lösung für solche Fälle dar, bei denen bereits Anzeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung festgestellt werden, um die es in § 1 (4) geht. Im Bundeskinderschutzgesetz, und dort in der Befugnisnorm, ist ausreichend beschrieben, wie bei Verdacht auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung vorzugehen ist. Möglicherweise könnte hier ein Verweis auf das Bundeskinderschutzgesetz erfolgen.

Abschnitt B. Früherkennungsuntersuchungen

§ 3 (2) U1

Pränatale Risikofaktoren, die sich aus der Gesundheit der Mutter ergeben, sollten, gegebenenfalls mit Einverständnis der Mutter, in das Früherkennungsheft übernommen werden, wenn sich hierdurch ein besonderer Versorgungsbedarf des Kindes ergibt. Dies ist in jedem Fall bei den unter der Position GKV-SV/KBV genannten Erkrankungen und Risiken gegeben.

Unter § 3 (2) Nr. 1. „Anamnesen“ sollte statt „Abusus“ allgemeiner der Begriff „Suchtmittelkonsum“ verwendet werden. Dieser sollte in Klammern wie folgt spezifiziert werden: „(Alkohol, Tabak, andere Drogen)“. Eine in ähnliche Richtung weisende Überarbeitung des Mutterpasses ist mit der Änderung der Mutterschafts-Richtlinien vom 3. Februar 2011 erfolgt. Ergänzend sollte zudem auch der Medikamentenkonsum mit abgefragt werden.

Unter § 3 (2) Nr. 2b sollten im Rahmen der Familienanamnese auch mögliche Passivrauchbelastungen im Haushalt abgeklärt werden.

Unter § 3 (2) Nr. 2d „Haut“ sollten noch Hautveränderungen wie Hämangiome oder Pigmentierungsstörungen aufgenommen werden; letztere haben eine Bedeutung für die Diagnostik von neurocutanen Syndromen.

Unter § 3 (2) Nr. 2h „Kopf“ sollte es statt „Caput succedaneum“ besser heißen: „Geburtstraumatische Schädigung wie Caput succedaneum oder Kephalhämatom“

§ 4 U2

Bezüglich § 4 (1) ist anzumerken, dass ein „pathologischer Ikterus (z. B. Gallengangsatre-sie)“ zu diesem Zeitpunkt eher auf eine hämolytische Anämie hinweisen würde. Ein Verdacht auf eine Gallengangsatre-sie würde einen Ikterus prolongatus, der mehr als 14 Tage nach der Geburt weiter besteht, voraussetzen.

§ 4 (2): Die Formulierung einer „entwicklungsorientierten, ärztlichen Aufklärung und Bera-tung“ wird – auch für die nachfolgenden Untersuchungen [siehe entsprechende §§ 5 (2) bis 12 (2)] begrüßt. Sie sollte bei Bedarf um eine Beratung über familienzentrierte Hilfen bzw. Angebote Früher Hilfen ergänzt werden.

§ 4 (2) Nr. 1: Die Position, bei den Anamnesen die Angaben aus der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese zu berücksichtigen und ggf. entsprechende Ergänzungen vorzunehmen, wird unterstützt (siehe auch entsprechende Passagen für die nachfolgenden Untersuchen-gen).

Die Sozialanamnese (§ 4 (2) Nr. 1c) sollte auch mögliche Belastungen bzw. die Zufriedenheit der Eltern/der Erziehungsberechtigten abfragen, um ggf. zu unterstützenden Hilfsangeboten beraten zu können. Diese Abfrage und entsprechende Beratung sollten fortlaufend in allen Kinderuntersuchungen erfolgen.

Wie bei jeder Anamnese bei einem Kind gehören neben der Schwangerschafts- und Ge-burtsanamnese auch die Frage nach Ernährung, nach Schlafrhythmus und Selbstregulation des Säuglings dazu. Ob dies in einem freien Gespräch oder unter Zuhilfenahme eines struk-turierten Leitfadens erfolgt, sollte der Expertise des jeweils untersuchenden Arztes überlas-sen bleiben. Elternfragebögen können nützlich sein zur Strukturierung eines Gespräches, sind im Sinne von Erfassung von Krankheitsrisiken jedoch hochgradig unspezifisch. Die U2 findet am 3. -10. Lebenstag statt, die Eltern-Kind-Interaktion ist zu diesem Zeitpunkt nicht gut beurteilbar; eine junge Familie wird (besonders beim ersten Kind) etwa am 5. Lebenstag den angebotenen Elternfragebogen in vielen Punkten gar nicht sinnvoll beantworten können. Insofern können die Fragen des von der KBV vorgeschlagenen Elternfragebogens dem Arzt als Orientierung für das strukturierte Gespräch mit den Erziehungsberechtigten dienen, für die U2 dürfte er in weiten Teilen jedoch noch zu früh sein. Die Frage nach der muttersprach-lichen Interaktion mit dem Kind kann erst zu einem späteren Zeitpunkt Hinweise auf Integra-tionshemmnisse oder auch auf eine verzögerte Sprachentwicklung geben.

Neben den oben erwähnten allgemeinen gesundheitsfördernden Aufklärungen sollte jedoch besonderes Augenmerk auf die Impfberatung und die Bedeutung der vorbeugenden Prophylaxen (Vitamin K, Vitamin B und Fluorid) und die Qualitätssicherung des metabolischen Neu-geborenen-s Screenings, des Hör- und des Hüftscreenings gelegt werden. Nur von ärztlicher Seite können spezifische medizinische Fragen zu diesen Bereichen beantwortet werden. Die Diagnose schwerer und die Entwicklung erheblich bedrohende Erkrankungen darf über den Wunsch, den quantitativ sehr viel häufigeren Entwicklungsauffälligkeiten bei psychosozialen Belastungen zu begegnen, nicht vernachlässigt werden.

Unter § 4 (2) Nr. 2f „Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)“ sollte der Begriff „Neugeborenenreflexe“ differenzierter ausgeführt werden (Moro-Reaktion, Galantreflex,...).

Unter § 4 (2) Nr. 2g „Kopf“ sollte die Kategorie „abnorme Fontanellengröße“ entfallen, da alle Größen als „normal“ zu bewerten sind: Stattdessen sollte „Fontanellentonus“ als Zeichen der Hydratation aufgenommen werden.

Ergänzend sollte eine „lagebedingte Schädelasymmetrie“ aufgenommen werden.

Unter § 4 (2) Nr. 2h „Mundhöhle, Kiefer, Nase“ sollte die Kategorie „abnorme Größe der Zunge“ wegen ihrer Seltenheit entfallen.

Unter § 4 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchungen“ wird zudem die zusätzliche Aufnahme der Abklärung des Hydratationszustandes zur Erkennung eines Hungerzustandes empfohlen.

Die unter § 4 (2) Nr. 3 vorgeschlagene Spezifizierung der Inhalte einer entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung wird grundsätzlich begrüßt, sollte aber fortlaufend ab der U2 um eine Impfberatung, Informationen zu Prophylaxemöglichkeiten (Vitamin K, Vitamin B und Fluorid) (s. o.), zur Unfallverhütung und bedarfsbezogen um eine Information über Angebote Früher Hilfen ergänzt werden. Statt Beratung zu „Schreibabys“ sollte allgemeiner eine „Beratung zu frühkindlichen Regulationsstörungen“ aufgenommen werden.

Die Formulierung „Rachitis- und Fluoridprophylaxe“ sollte ggf. durch „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ ersetzt werden, womit zwei Krankheitsentitäten beschrieben würden.

§ 5 U3

Auch wenn, wie in den tragenden Gründen beschrieben, noch keine Nutzenbewertung für die gezielte Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion vorliegt, liegt es nahe, den Punkt „Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion“ [§ 5 (1)] aufzunehmen. Insbesondere die Kindbezogenen Merkmale sind sowohl gut zu erheben als auch gut zu beobachten, das regulationsgestörte Kind gibt hochsensitiv eine Störung in der Eltern-Kind-Dyade wieder. In der Regel werden diese Beobachtungen im Rahmen mehrfacher Vorstellungen nicht nur im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, sondern auch bei akuten Erkrankungen, Vorstellungen mit Geschwistern und anderen Anlässen gemacht. Eine langfristige Beziehung und Begleitung der Familie und Kenntnis ihrer Lebenswelt ist dabei in jedem Fall vorteilhaft. Nach der Literatur handelt es sich bei Regulationsstörungen des Säuglings, Fütterstörungen oder Interaktionsstörungen möglicherweise um einen Risikofaktor für eine spätere Vernachlässigung, Misshandlung oder reaktive soziale emotionale Anpassungsstörung. Ob und inwieweit ein zusätzlicher Leitfaden für ein vertiefendes Gespräch Verwendung findet, sollte dem untersuchenden Arzt bzw. der untersuchenden Ärztin überlassen bleiben [3]. Als Anhalt, auf was zu achten wäre, sind die Hinweise nützlich, ohne entsprechende entwicklungspsychologische Fortbildung und Schulung vermutlich jedoch nur begrenzt anwendbar. Die jeweils von der KBV/Patientenvertretung genannten altersbezogenen Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion entsprechen dem entwicklungspsychologischen Wissensstand. Wenn diese positiv benannten Aspekte beobachtet werden können, ist dies sicher ein gutes Zeichen für eine geglückte Eltern-Kind-Bindung. Wenn diese Aspekte während einer Früherkennungsuntersuchung nicht beobachtet werden können, kann dies sowohl der Situation geschuldet als auch ein Hinweis für einen erhöhten Unterstützungsbedarf sein. Der positive prädiktive Wert ist hoch, der negative gering, bzw. es bedarf weiterer vertiefender Beobachtung oder Gespräche.

Zumindest zum jetzigen Zeitpunkt ist die Bindungsforschung weder in der studentischen Ausbildung noch in der Weiterbildungsordnung explizit aufgenommen. Dennoch ist es zweifelsfrei so, dass viele Kinder- und Jugendärzte und familienärztlich tätige Hausärzte in ihrer Alltagspraxis und aus Erfahrungswissen sowie spezifischen Fortbildungen hier hohe Kompetenzen erworben haben.

Im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen keine Hilfsangebote zur Verfügung standen und somit eine frühe Feststellung einer Interaktionsstörung wenig geeignet war, den Eltern Hilfe anzubieten, hat sich dies nun nach der Etablierung der Frühen Hilfen geändert. Dabei han-

delt es sich um wissenschaftlich fundierte Programme mit nachgewiesener Evidenz der Wirksamkeit [4]. Diese Programme zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion und andere Hilfen im Sinne aufsuchender Angebote werden inzwischen qualitätsgesichert von allen Kommunen angeboten, allerdings in unterschiedlicher Ausgestaltung. Der Nachweis der Effizienz wird derzeit in Studien des Deutschen Jugendinstituts im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen untersucht. Zusätzlich können Kinder, die von einer körperlichen oder geistigen Behinderung betroffen sind oder ein hohes Risiko dafür tragen, ein Angebot durch die pädagogische oder interdisziplinäre Frühförderung erhalten, die ebenfalls von der Eingliederungshilfe jeder Kommune für Kinder der Altersgruppe 0-6 Jahre vorgehalten wird.

Die „Rachitis- und Kariesprophylaxe“ sollte unter § 5 (2) Nr. 1a als eigener Punkt aufgenommen werden. Dies gilt gleichermaßen auch für die U6-Untersuchung.

Unter § 5 (2) Nr. 1b „Familienanamnese“ sollte statt „Grauer Star im Kindesalter“ „Kindlicher Katarakt“ als zutreffender Fachterminus aufgenommen werden.

Hinsichtlich der unter § 5 (2) Nr. 1c vorgeschlagenen „Beobachtung der Interaktion“ wird der Vorschlag „Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung“ bevorzugt. Dies gilt gleichermaßen für die entsprechenden Passagen in den nachfolgenden Untersuchungen.

Die unter § 5 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“ zusätzlich vorgeschlagene Abklärung einer „Heiserkeit“ wird für dieses Alter als selten erachtet und besitzt nur wenig diagnostische Relevanz.

Unter § 5 (2) Nr. 3 sollte bei Bedarf eine Beratung zu Angeboten Früher Hilfen ergänzt werden.

Weiterhin wird unter § 5 (2) Nr. 3 aus Sicht der Patientenvertretung eine Aufklärung über „Sucht“ gefordert. Falls damit eine Aufklärung über die Risiken des Passivrauchens (Tabakrauchexposition) gemeint ist, sollte dies im Sinne der gesundheitsfördernden Aufklärung bereits sehr viel früher beginnen, d. h. während der Schwangerschaft und allen weiteren Kontakten. Sollten andere Suchterkrankungen gemeint sein, wäre eine Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung eines Kindes sicher nicht der richtige Ort, hier eine Beratung / Intervention der Eltern anzubinden. Suchterkrankungen von Eltern stellen ein sehr hohes adverses Risiko für Schutz und gute Entwicklung des Kindes dar und sollten als solche im Rahmen der haus- und kinderärztlichen Betreuung wahrgenommen und angesprochen werden.

§ 6 U4

In die Liste der Ziele und Schwerpunkte der U4 sollte unter § 6 (1) zusätzlich der Punkt „Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings“ aufgenommen werden, da Kinder mit Fettstoffwechselstörungen (bes. MCADD) oder GA I mit einem halben Jahr noch nicht aufgefallen sein müssen und immer noch vom Screening profitieren können.

Im Rahmen der U4 sollten bereits erste Impfungen erfolgt sein (6 Wochen Rotaviren, 8 Wochen erste Sechsfachimpfung), insofern ist hier etwas spezifischer hinzuweisen, dass bei noch nicht erfolgten Impfungen diese nachgeholt werden sollten, ggf. sollte die Vorstellung mit dem Impfen verbunden werden, falls noch keine erfolgt ist.

Zur Sozialanamnese, Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion siehe U3. Die Zuhilfenahme eines Elternfragebogens kann als unterstützendes Instrument erfolgen, die Forderung nach einem generellen oder verbindlichen Einsatzes ist wie bei den übrigen Untersuchungen nicht gerechtfertigt.

In § 6 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“ sollte unter Punkt f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven) ein Spiegelstrich „Befund Hüftsonographie liegt vor / Kontrolle“ ergänzt werden.

§ 6 (2) Nr. 2i „Augen“: Da beim Brückner-Test eine Seitendifferenz auf eine Trübung der brechenden Medien oder einen Strabismus (nicht „Stabismus“) oder eine Anisometropie hinweist, ist ein Semikolon zwischen den Begriffen nicht sinnvoll. Entsprechende Anpassungen müssten auch für die nachfolgenden Untersuchungen erfolgen.

Unter § 6 (2) Nr. 3 ist eine „Sprachberatung“ im 3. Lebensmonat missverständlich und wäre ggf. altersgerecht zu modifizieren – z. B. durch „Nachahmen von Lauten“. Eventuell ist damit aber auch „en-face-Kommunikation“ gemeint. Es ist sicherlich wichtig, Eltern auf guten Blickkontakt in der Kommunikation und Nachahmen von Lauten hinzuweisen, dies gelingt vermutlich durch Aufklärungsmaterial wie Broschüren oder kurze Filme besser. Materialien stehen vielfältig zur Verfügung [2].

Die Entwicklungsprüfung sollte orientierend erfolgen, bei Verdacht auf Entwicklungsverzögerung oder -störung müssen weitere confirmatorische Untersuchungen eingeleitet werden. Dieses Vorgehen wurde bereits bei der neu eingeführten U7a gewählt. Eine Entwicklungstestung ist im derzeitigen Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen nicht möglich. Screeningverfahren sind nicht als „Prüfung des Entwicklungsstandes“ zu bezeichnen. Unter diesem Begriff ist in der Regel eine standardisierte Entwicklungsdiagnostik zu verstehen, die mindestens 45 Minuten in Anspruch nimmt, je nach Fragestellung auch deutlich mehr.

Zur Empfehlung der Patientenvertretung zur Beratung zum Thema „Sucht“ s. o. Anmerkung zur U3.

Bezüglich der weiteren Früherkennungsuntersuchungen U5-U9 gelten die bisherigen Anmerkungen entsprechend.

§ 7 U5

Unter § 7 (1) „Ziele und Schwerpunkte der U5“ sollte das Item „Erkennen von Sehstörungen“ um „Erkennen von Seh- und Hörstörungen“ erweitert werden. Dies gilt gleichermaßen für die nachfolgenden Untersuchungen.

Auch hier sollte die Liste um eine „Prüfung der Durchführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings“ ergänzt werden. Entsprechend sollte unter § 7 (2) Nr. 1 „Anamnese“ der Punkt „Neugeborenen-Hörscreening“ um „erweitertes Neugeborenen-Screening“ ergänzt werden.

Der vorgeschlagene Katalog der Hinweise auf Interaktionsstörungen in der U5 bedeutet eine deutliche Überschätzung dessen, was im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung sinnvoll und möglich ist. Es gelten die Ausführungen zu einer nachhaltigen Begleitung und Beobachtung des Kindes in unterschiedlichen Situationen.

Unter § 7 (2) Nr. 2 sollten entsprechend der Position der KBV „Klinische Frakturzeichen“ ergänzt werden.

Ergänzend zur Inspektion der Augen (siehe auch die für die U4 vorgeschlagenen Änderungen) sollte auch eine Untersuchung der Ohren und des Hörvermögens zur Abklärung inwischen erworbener Hörstörungen aufgenommen werden. Dies gilt für die nachfolgenden Untersuchungen entsprechend.

Die von der KBV unter § 7 (2) Nr. 3 vorgeschlagene „Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung“ sollte um einen zusätzlichen Punkt „Karies-Rachitis-Prophylaxe“ ergänzt werden.

§ 8 U6

Hinsichtlich der unter „Sozialanamnese“ aufgeführten Überprüfung des freien Stehens wird darauf hingewiesen, dass die U6 regelhaft zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat (Toleranzgrenze vom 9. – 14. LM) stattfindet, die Überprüfung des kurzen freien Stehens laut Denver-Test jedoch erst ab dem 13. Lebensmonat erfolgen sollte.

Der Vorschlag der KBV zu § 8 (3) Nr. 3 sollte um eine Beratung zur Mundhygiene und zur Ernährung ergänzt werden.

§ 9 U7

Die Position der KBV unter § 9 (2) 1a „Aktuelle Anamnese des Kindes“ zur Sprachentwicklung und Kommunikation wird unterstützt, allerdings unter Wegfall des letzten Spiegelstriches „Stottert Ihr Kind?“ Dies gilt auch für die nachfolgenden Untersuchungen.

Die unter § 9 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“ von der KBV vorgeschlagenen Ergänzungen werden ebenfalls unterstützt – bis auf die Kategorie „Schnarchen“, die der Anamnese zuzuordnen ist.

Bezüglich § 9 (2) Nr. 2 „Eingehende körperliche Untersuchung“: h) „Augen“ ist darauf hinzuweisen, dass der hier vorgesehene nonverbale Formenwiedererkennungstest in der in der U7 zu untersuchenden Altersgruppe noch nicht durchführbar ist.

Ergänzend zur Position der KBV zu § 9 (2) Nr. 3 sollte neben der „Adipositasprävention“ ein eigener Punkt „Ernährung“ aufgenommen werden.

§ 10 U7a

Bei den unter § 10 (2) Nr. 3 angeführten Vorschlägen zu einer entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung sollte auch über Bewegung/Sport, eine gesunde Ernährung sowie Medienkonsum aufgeklärt werden. Dies gilt auch für die nachfolgenden Untersuchungen.

§ 11 U8

Unter § 11 (2) Nr. 2g sollte zusätzlich „Kieferanomalien“ aufgenommen werden, während Fragen zum „Schnarchen“ in die Anamnese gehören (siehe auch U7).

§ 12 U9

In der ersten Zeile muss es unter § 12 (1) „U9“ statt „U8“ heißen.

Ein weiteres Ziel der U9 sollte die Früherkennung primär genetischer Formen einer schweren Hypercholesterinämie darstellen. Dieser Punkt sollte hier entsprechend aufgenommen werden.

Zu § 12 (2) Nr. 3: Der bisher erst in der J1 vorgesehene Suchtest auf das Vorliegen einer primär genetischen Hypercholesterinämie durch eine Bestimmung des Gesamtcholesterins sollte bereits zur U9 erfolgen, da ab dem Schulalter eine effektive Therapie von primär genetischen Hypercholesterinämien zur Verfügung steht und indiziert ist.

Ergänzend wird unter § 12 (2) Nr. 3 die Aufnahme der Themen „Unfallprävention“, „Bewegung/Sport“ sowie „gesunde Ernährung“ vorgeschlagen. „Fluoridprophylaxe“ ist auch hier durch „Kariesprophylaxe“ zu ersetzen. Zusätzlich sollte eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung empfohlen werden.

§ 13

Die von der Patientenvertretung unter „Dokumentation“ vorgeschlagene Verpflichtung des Arztes, „den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten“, ist abzulehnen, auch im Sinne einer freien Arztwahl der Eltern.

Berlin, 18.09.2014



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Literatur

- 1) Thyen, U: Früherkennung in der Kinder- und Jugendmedizin: U1-J1. in: Henke R, Scriba PC, Zepp F (Hrsg.) Prävention – Wirksamkeit und Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2014, erschienen als Band 9 der Reihe Report Versorgungsforschung der Initiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer
- 2) Wie Babys sich entwickeln. Für Eltern mit Kindern von null bis zwei. Deutsche Liga für das Kind: http://www.liga-kind.de/fruehe/311_kurzfilme.php
- 3) Martens-Le Bouar H, Renner I, Belzer F et al (2013). Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. Kinderarztl Prax 84:94–100
- 4) Taubner S, Munder T, Unger A, Wolter S. Zur Wirksamkeit präventiver Früher Hilfen in Deutschland- ein systematisches Review und eine Metaanalyse. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2013; 62: 598- 619

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Ergänzungen seitens der DGKFO	
Seite und Unterpunkt	Noch zu ergänzender Inhalt
Seite 19, § 7, U5 (2), Nr. 2 h	Anomalien des Milchzahndurchbruchs
Seite 25, § 9, U7 (2), Nr. 2 g	Auffälligkeiten im Kieferwachstum
Seite 29, § 10, U7a (2), Nr. 2 g	Auffälligkeiten an Zähnen, Biss und Schleimhaut
Seite 29, § 10, U7a (2), Nr. 3, „Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege“	Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen)
Seite 32, § 11, U8 (2), Nr. 2 g	Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen) Auffälligkeiten an Zähnen, Biss und Schleimhaut
Seite 35, § 12, U9 (2), Nr. 2 g	Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen) Auffälligkeiten an Zähnen, Biss und Schleimhaut
Seite 35, § 12, U9 (2), Nr. 3, „Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege“ sowie „Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten“	Information zur kieferorthopädischen Frühbehandlung bei Kieferanomalien

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ) zum Beschlussentwurf zur Neustrukturierung der Kinder-RL

Allgemeine Bemerkungen

Eine Neustrukturierung der Kinder-RL ist auch aus Sicht der Zahnmedizin notwendig. Gründe sind vor allem die deutliche Verschiebungen im Verteilungsmuster oraler Erkrankungen, insbesondere die Frühkindliche Karies bei sehr kleinen Kindern (Abb. 1, Treuner & Splieth 2013) und die starke Polarisierung des Kariesbefalls in Abhängigkeit zum Sozialstatus (DAJ 2010) sowie Assoziationen mit Kindesvernachlässigung bzw. Kindeswohlgefährdung. Dazu kommen neue Erkenntnisse zu wirksamen Präventionsansätzen wie die effektive Fluoridnutzung und Konzepte zur Kariesrisikogruppenbetreuung (Marinho 2009, EAPD 2008, ADA 2006).



Abb. 1: Die frühkindliche Karies ist als Einbruch der Zahnhartgewebe erkennbar. Hinzu kommen eine Entzündung des Zahnfleisches (Gingivitis), oftmals deutlich sichtbarer Zahnbelag sowie krei-dig-weiße Entkalkungen des Zahnschmelzes (Initialläsionen) als eindeutige Indikatoren für eine bestehende Kariesaktivität.

Karies der Zähne bleibt trotz der Präventionserfolge der letzten Jahre die **häufigste chronische Erkrankung des Kindesalters**. 50% der Vorschulkinder in Deutschland sind davon betroffen (DAJ 2010) und etwa 10-15% der Kleinkinder leiden zusammen mit ihren Familien unter der schweren Form der frühkindlichen Karies (Treuner & Splieth 2013, Robke 2008, Rojas 2013, Hippke und Zabel 2011). Grundsätzlich fehlt in der Kinder-RL eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung, die zeitlich nahe bei der U5 (6.-9. Lebensmonat) liegen müsste. Dies muss durch einen Zahnarzt erfolgen, weil die im Katalog der U-Untersuchungen aufgeführten Punkte, die die Mundhöhle betreffen, zahnärztliches Fachwissen wie die Kariesdiagnose erfordern und auch ein zügiges therapeutisches Einschreiten nötig ist. Es besteht Konsens, dass eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ab dem 30. Lebensmonat, d.h. nach Abschluss der Entwicklung der 1. Dentition zu spät greift, weil Risiken für die Zähne bereits mit deren Durchbruch wirksam werden. Grundsätzlich sind die Empfehlungen zur zahngesunden Lebensweise zu vage und sollten zumindest in einer SOP für die Kinderärzte konkretisiert werden.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Redaktionelle Kommentare

(s. auch konkrete Anmerkungen im angehängten „01_..._DGKiZ“)

Grundsätzlich sollte die Rachitis- von der Kariesprophylaxe inhaltlich getrennt werden. Der Umstand, dass die Wirkstoffe gegen beide Erkrankungen oral verabreicht werden, rechtfertigt nicht die inhaltliche Vermengung, die zudem noch semantisch unlogisch ist, weil von Rachitis(=Krankheit) und Fluorid-(=Wirkstoff)prophylaxe gesprochen wird.

Zudem werden Begriffe im Text unkorrekt verwendet („Zahnleiste“ ist eine embryonale anatomische Struktur, meint hier aber „Alveolarfortsatz“ oder „Kieferkamm“).

Die Erkennung von Fehlbildungen der Kiefer/Gaumen sollte bereits bei der U1 oder U2 erfolgen.

Formale Kommentare

Die einzelnen U-Untersuchungen werden jeweils gemäß folgender Grundstruktur neu systematisiert:

1. Ziele und Schwerpunkte
2. Anamnese
3. Orientierende Beurteilung der Entwicklung
4. Eingehende körperliche Untersuchung
5. Information und Beratung

Sowohl die neue Gesamtstruktur, als auch die Systematik der einzelnen U-Untersuchungen bewertet die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde als sinnvoll, angesichts der angestrebten Etablierung eines Verweises zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung durch Pädiater.

Ebenfalls positiv erscheint, dass die Untersuchungszeiträume und Toleranzgrenzen der U-Untersuchungen nicht verändert wurden und weiterhin eine Kompatibilität mit den im Versorgungskonzept für Frühkindliche Karies vorgeschlagenen Zeitangaben aufweisen. Es ist geplant, die Dokumentation der U-Untersuchungen im Gelben Heft beizubehalten und dieses entsprechend den Änderungen in der Richtlinie anzupassen (vgl. Kapitel 2.3.1, Seite 7, "*Tragende Gründe*").

Inhaltliche Kommentare

Die Kariesprävalenz im bleibenden Gebiss konnte in den letzten 30 Jahren bei Jugendlichen um 90% reduziert werden, Karies im Milchgebiss um ca. 50% (IDZ 2006, DAJ 2010, Ziller et al. 2012). Es gibt eindeutige wissenschaftliche Belege aus vielen Ländern und vielen Studien, dass Kariesprävention eine Erfolgsgeschichte ist. Dies wurde durch kollektive Maßnahmen wie Fluoridierung von Zahnpasten und Speisesalz, gruppenprophylaktische Maßnahmen und Individualprophylaxe erzielt, deren Erfolge wissenschaftlich unstrittig sind (Marinho 2009, Guindy et al. 2000, Kowash et al. 2000 & 2006, Bratthall et al. 1996). Allerdings gibt es im GKV-Katalog eine deutliche Lücke bei der zahnmedizinischen Prävention für Kleinkinder beim Zahndurchbruch bis zum 30. Lebensmonat. Dies ist umso erstaunlicher, da die im Sozialgesetzbuch V in den Paragraphen 21 (Gruppenprophylaxe) und 22 (Individualprophylaxe) für Deutschland sehr erfolgreich ausgestaltet wurden und von einem noch anhaltenden Kariesrückgang gefolgt wurden (DAJ 2010). Die in der GKV seit langem verankerten Leistungen wie die zahnärztliche Untersuchung und Individualprophylaxe (IP) ab 6 Jahren werden von Patienten und Zahnärzten exzellent angenommen (>90%, Tab. 1) und die Einführung der IP und die kontinuierliche Erhöhung der Inanspruchnahme fallen zeitlich mit kontinuierlichen Kariesreduktionen in der bleibenden Dentition zusammen (DAJ 2010).

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Tab.1: Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen incl. Untersuchung und Prävention

Bevölkerung und GKV-Versicherte im Alter unter 6 Jahren in Deutschland (Stand: 31.12.2010)

Alter (in Jahren)	Bevölkerung insgesamt	Anzahl GKV-Versicherte	Derzeitige Inanspruchnahmequote in %	Inanspruchnahmequote bei derzeitiger Inanspruchnahmequote
unter 1	678.233	567.494	4,7	26.672
1 - 2	670.614	561.119	21,1	118.396
2 - 2,5	345.059	288.719	46,3	133.677
2,5 - 3	345.059	288.719	50,5	145.803
3 - 4	691.188	578.333	62,0	358.567
4 - 5	678.967	568.108	76,3	433.466
5 - 6	690.501	577.759	94,7	547.137
0 - 2 ½	1.693.906	1.417.331	19,7	278.745
2 1/2 – 6	2.405.715	2.012.919	73,8	1.484.974

Grundlage: Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes (Stand: 31.12.2010), BMG-Statistik KM6 (01.07.2010), Abrechnungsdaten aus ausgewählten KZVen (Jahr 2010)

Die zahnärztliche Frühuntersuchung (FU) wurde erst 2004 in den GKV-Katalog für Kinder ab 30 Monaten aufgenommen, aber die Neueinführung von Präventionskonzepten auf Bevölkerungsebene benötigt einige Zeit, bis dies bei Patienten und Zahnärzten greift. Wie bei den Leistungen der IP ist ein kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme der FU zu verzeichnen, der eine Ausdehnung der Prävention von der bleibenden Dentition auf das Milchgebiss bei Patienten und Zahnärzten dokumentiert, aber aufgrund einer fehlenden Frühuntersuchung unter 2 ½ Jahren sind die Inanspruchnahmeraten hier deutlich suboptimal.

Für die Weiterentwicklung der Kinderrichtlinien scheint es sinnvoll, die erfolgreichen Elemente der IP und FU in einer letzten Stufe auf den Beginn des Zahndurchbruchs im Milchgebiss vorzuziehen, um die bestehende Präventionslücke bei Kleinkindern und die daraus resultierende Frühkindliche Karies mit häufigen Narkosesanierungen zu reduzieren.

Einführung einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Fragenkatalog zum Thema: „Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchung“

A. Allgemeine Fragen zum Kinder-Früherkennungsprogramm

1. *Gibt es Ihres Erachtens eine geeignetere Konzeption für Kinder- Früherkennungsuntersuchungen im deutschen Versorgungskontext als das bisher etablierte Programm (ärztliche Untersuchungen in bestimmten Altersabschnitten) und ist eine bessere Nutzenbilanz (Akzeptanz, Wirksamkeit etc.) belegt? Wenn ja, stellen Sie bitte die Grundzüge dar.*

Die Kariesprävention in Deutschland stellt eine Erfolgsgeschichte dar und im Sozialgesetzbuch V sind in § 21 und § 22 die Grundstruktur von Gruppen- und Individualprophylaxe vorgegeben. Die Umsetzung hat zu einem enormen Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen geführt (DAJ 2010), die sich anscheinend in das Erwachsenenalter fortsetzen (IDZ 2006) und lässt damit für Struktur und Inhalt auf gute etablierte Programme schließen.

Mit beiden Ansätzen wird bereits versucht, die bestehende Präventionslücke zwischen 0-3 Jahren zu schließen. Das bisherige Konzept, die zahnärztliche Prävention bei Kleinkindern in die ärztlichen Kinderfrüherkennungs-/U-Untersuchungen einzugliedern, ist in den letzten zwei Jahrzehnten nicht erfolgreich gewesen. Im Gegensatz zu den um ca. 75% reduzierten Karieswerten für das Alter der zahnärztlichen Individualprophylaxe (DAJ 2010), konnten die Karieswerte bei Kleinkindern nur minimal gesenkt werden (SozMin 2013). In den 6 Jahren des Durchbruchs der bleibenden Dentition entwickeln die Kinder mit 0,5 Zähnen genau so viele kariöse Defekte, wie in nur 3 Jahren beim Durchbruch des Milchgebisses (SozMin

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

2013). Während für das Alter der Zahnärztlichen Individual- und Gruppenprophylaxe in Deutschland herausragende Erfolge gefeiert werden (DAJ 2010), tritt die von den Pädiatern verantwortete Kariesprävention bei Kleinkindern seit 2 Dekaden auf der Stelle und es wird ein erschreckendes Maß Frühkindlicher Karies deutschlandweit dokumentiert.

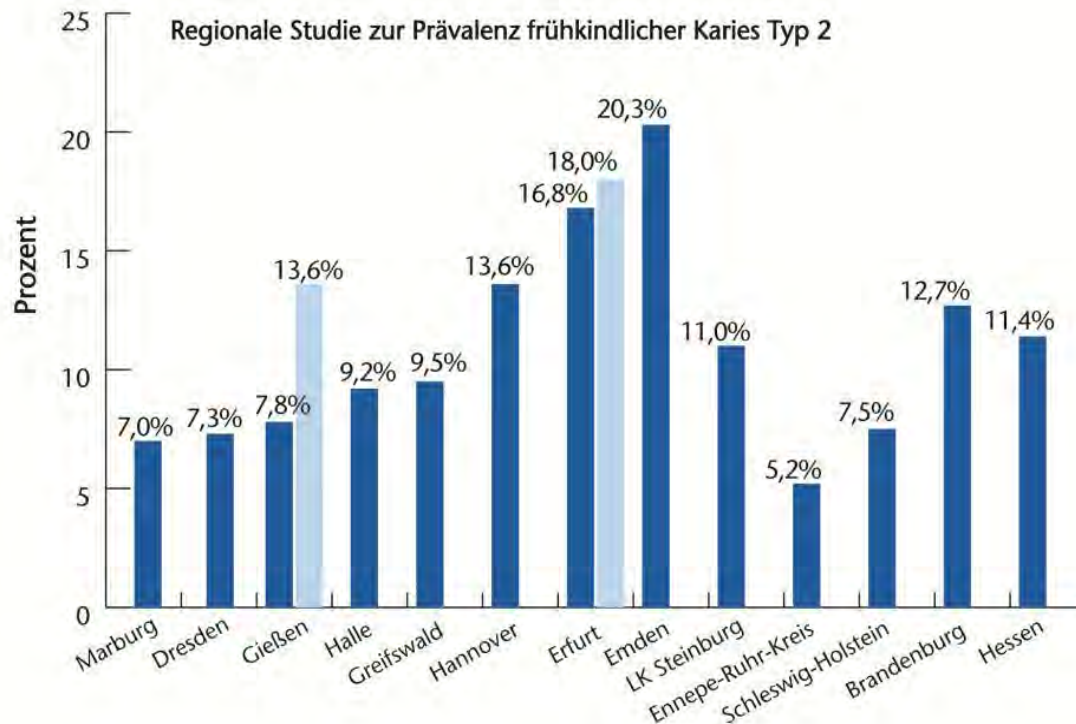


Abb. 2: Regionale Studien zur Prävalenz der frühkindlichen Karies in Deutschland (Treuner & Splieth 2013)

Aktivitäten zur Früherkennung bzw. Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten lagen in Deutschland in der alleinigen Verantwortung der Kinderärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung U1 bis U7. Zwar ist in den Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen seit 1999 verankert, dass durch die Kinderärzte während der U3 (4.-5. Lebenswoche), U5 (6.-7. Lebensmonat) und U6 (10.-12. Lebensmonat) Ernährungshinweise mit Bezug zur Mundgesundheit (U3, U5), sowie Hinweise zur Zahnpflege (U6) zu geben sind, allerdings ergab eine Untersuchung, dass bei der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung nur 34,6 Prozent der befragten Mütter Hinweise zur Zahngesundheit ihrer Kinder erhielten (Strippel 2004). Auf die Notwendigkeit eines Zahnarztbesuches wird bisher weder in den Richtlinien noch in den Beratungen eingegangen. Zwischen Anspruch und Versorgungsalltag besteht eine deutliche Divergenz (Strippel 2004).

Im Gegensatz zur nicht in der ärztlichen Ausbildung enthaltenen Kompetenzentwicklung für die Bereiche „Orale Erkrankungen und Prävention“ umfasst die Ausbildung zum Zahnarzt/Zahnärztin und zur zahnärztlichen Prophylaxehelferinnen routinemäßig:

- Kariesrisikofaktoren zu analysieren,
- Eltern und Kinder fachkompetent zu beraten
- im Zahnarztstuhl präventiv-therapeutische Maßnahmen wie Putzübungen, professionelle Zahnbelagsentfernung, Fluoridierungen und Versiegelungen vorzunehmen.

Präventive Betreuungsansätze, die sich auch an Kinder vor dem 30. Lebensmonat und ihre Eltern richten, sind auf Seiten der Zahnärzteschaft bereits vorhanden, wie eine Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zur Behandlung jüngerer Kinder in der Zahnarztpraxis darstellen konnte (Kettler & Splieth 2013). In dieser Studie zeigte sich, dass 85,5 Prozent

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

aller Zahnärzte in Deutschland bei der Befundung jüngerer Kinder dokumentieren, ob eine Initialkaries vorhanden ist. Die Ernährungsgewohnheiten erfragen 85,1 Prozent der Zahnärzte. Obwohl Zahnärzte bereits heute über die eingehende Untersuchung hinaus Ernährungsberatungen gezielt für Kinder dieser Altersgruppe durchführen und Eltern anleiten, auch zuhause nach frühen Zeichen der Karies bei ihren Kindern zu schauen, stellt die frühkindliche Karies weiterhin ein großes Versorgungsproblem dar.

Diese Maßnahmen werden seit Jahren freiwillig in der Zahnarztpraxis mit dem zahnärztlichen Kinderpass dokumentiert (BZÄK 2012).

2. Welche derzeit in den Kinder-Richtlinien geregelten Inhalte des Kinderfrüherkennungsprogramms halten Sie für erhaltenswert, welche für überarbeitungsbedürftig, und warum?

Die kinderärztlichen Leistungen sind wichtig und etabliert, genau wie die zahnärztliche Prävention ab 30 Monaten. Mit einem Verweissystem sollten die Pädiater im Rahmen einer veränderten Kinder richtlinie Kleinkinder mit Durchbruch des Milchgebisses (6.-9. Lebensmonat, Abb. 3) an eine fachspezifische zahnmedizinische Frühuntersuchung/-prävention (FU 1 oder FP) überweisen. Zahnmedizinische Frühprävention (FU oder FP) sollte eine Anamnese zu Kariesrisikofaktoren, die Inspektion der Mundhöhle einschließlich der Zähne, die Dokumentation von Zahnstatus, Plaque und Gingivitis, Beratung zur Kariesätiologie, zahngesunden Ernährung, adäquaten Mundhygiene und häuslichen Fluoridnutzung sowie eine praktische Putzübung enthalten. Bei erkennbaren kariösen (Initial)Läsionen sollte eine therapeutische Lokalf luoridierung vorgenommen werden. Alle diese Elemente sind bereits im GKV-Katalog der zahnärztlichen Individualprophylaxe (IP) enthalten.

Die erste FU sollte, wie bei der bisherigen FU und IP üblich, von Recallbesuchen (FU 2 & 3) gefolgt werden (Abb. 3).

Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU)	Intervall für FU 1 / FU 2 / FU 3																																	Intervall für FU 4 FU 5 FU 6			
	FU 1						FU 2												FU 3												FU 4						
Lebensmonat (L.M.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
U-Untersuchungen gem. Kinderuntersuchungsheft						U5				U6																											U7a
Durchbruchzeiten der Milchzähne i ₁ = Mittlerer Milchschneidezahn i ₂ = Seitlicher Milchschneidezahn m ₁ = Milcheckzahn m ₂ = Zweiter Milchbackenzahn						i ₁	i ₂																														

Abb. 3: Konzept zur Ausdehnung der zahnärztlichen Frühuntersuchung/-prävention mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes

3. Welche Untersuchungsbestandteile halten Sie für obligat und welche für fakultativ?

Die unter 2. aufgelisteten Punkte sollten obligat sein. Bei erkennbaren kariösen (Initial)Läsionen sollte eine therapeutische Lokalf luoridierung (IP 4) vorgenommen werden, für die sehr hohe wissenschaftliche Evidenzgrade vorliegen (EAPD 2008, Marinho 2009, Borutta et al. 2006, Weintraub et al. 2006).

4. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach modifiziert oder Zielerkrankungen, die konkretisiert werden müssen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten speziellen Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Eine Umbenennung der bestehenden FU (Frühuntersuchung) in FP (Frühprophylaxe) würde eine Analogie zur bestehenden IP (Individualprophylaxe) herstellen. Dabei sollten die Inhalte

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

der Dokumentation von Plaque und Gingivitis sowie die praktische Putzübung enthalten gestärkt werden und in Analogie zur IP klar formuliert werden.

5. Halten Sie zusätzliche Maßnahmen für sinnvoll?

s. 2.-4.

6. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach nur für bestimmte Risikogruppen angeboten werden sollen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Karies ist eine Volkserkrankung, an der annähernd 100% der Bevölkerung erkranken (IDZ 2006), die aber auch nahezu voll vermieden werden kann, so dass Kariesprävention für die gesamte Population bereits mit dem ersten Milchzahn beginnen sollte. Zum Zeitpunkt der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (FU), die erst ab dem 30. Lebensmonat der Kinder einsetzen, waren allerdings schon 17 Prozent der Kinder an einer Frühkindlichen Karies beispielsweise in Erfurt erkrankt (Borutta et al. 2010), was sich bis zur Einschulung auf ca. 50 % erhöht (DAJ 2010).

Damit ist für die Kariesprävention keine Eingrenzung auf Risikogruppen sinnvoll. Lediglich die therapeutische Lokalfluoridierung (IP4) sollte bei Kleinkindern wie jetzt schon ab dem 30. Lebensmonat nur bei kariösen (Initial)Läsionen bereits im ersten Lebensjahr vorgenommen werden können.

Im Gegensatz zu den fehlenden Präventionsleistungen beim Zahnarzt bis zum 30. Lebensmonat, sind restaurative Leistungen im GKV-Katalog enthalten. Die Analyse dieses Leistungsgeschehens verdeutlicht, dass bereits bei Kindern unter 2 ½ Jahren füllungstherapeutische Leistungen in nennenswertem Umfang erforderlich sind: Bei Kindern von 1 bis unter 2 Jahren werden in rund 10 von 100 Fällen Füllungen von Zahnärzten erbracht, bei Kindern von 2 bis unter 3 Jahren bereits in rund 27 von 100 Fällen und bei den 2 ½ bis unter 6-Jährigen in rund 53 von 100 Fällen.

7. Welche Strategien empfehlen Sie zur Erhaltung bzw. Steigerung der Inanspruchnahmerate der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen?

Die Inanspruchnahme der zahnärztlichen IP-Leistungen stieg kontinuierlich nach ihrer Einführung auf jetzt sehr gute Werte (>90%, Tab. 1). Seit der Einführung der FU im Jahr 2004 ist ein ähnlicher Effekt erkennbar.

In sozial-epidemiologischen Untersuchungen ist eine Polarisierung des Erkrankungsrisikos in Bevölkerungsschichten mit niedriger Bildung und niedrigem sozialen Status festzustellen. Zwei Prozent der Kinder vereinten 52 Prozent des Kariesbefalls auf sich. Die Kinder mit Karies bekamen länger die Nuckelflasche verabreicht. Die Eltern waren oft jünger als 20 Jahre und hatten einen signifikant niedrigeren Sozialstatus (Borutta et al. 2010). Darüber hinaus gibt es aber auch eine relevante Bevölkerungsgruppe in der sogenannten Mittelschicht, bei deren Kindern auf Grund fehlender Information über die Erkrankungsursachen, die frühkindliche Karies gehäuft festzustellen ist (Robke & Buitkamp 2002). Die frühkindliche Karies ist aufgrund der Anzahl der betroffenen Zähne, des Schweregrads der Zerstörung, dem geringen Alter der Kinder und der daraus resultierenden geringen Kooperationsfähigkeit das größte kinderzahnheilkundliche Problem, das häufig nur durch eine umfassende zahnärztliche Behandlung in Vollnarkose gelöst werden kann.

Daher ist zu überlegen, ob wie bei einigen U-Untersuchungen, auch die Zahnärztliche Früherkennung/-prävention verpflichtend sein sollte, um die anhand des zahnärztlichen Befundes gut erkennbaren Fälle von Kindesvernachlässigung und –wohlgefährdung einzudämmen.

8. Würden Sie eine andere als die bisherige Dokumentation der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich Ziel, Inhalt und Form befürworten? Wenn ja, wie könnte eine neue Dokumentation strukturiert werden?

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Die Dokumentation analog zu den Leistungen der Untersuchung (01), Frühuntersuchung (FU) und IP ist ausreichend, sollte nur eben auf 6.-9. Lebensmonat vorgezogen werden.

9. Haben Sie darüber hinausgehende weitere Anregungen zu dem Programm?

Keine

B. Fragen zur jeweiligen, konkreten Maßnahme des Früherkennungsprogramms:

Voraussetzung 1:

Es soll sich um eine Krankheit handeln, die wirksam behandelt werden kann.

1. *Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)*

Karies, Frühkindliche (ECC); durchschnittliche Prävalenz von 10-15% bei 3Jährigen (Abb. 2, Treuner & Splieth 2013). Die Kariesrate erhöht sich bis zur Einschulung auf ca. 50% (DAJ 2010) und auf annähernd 100% bei Erwachsenen (IDZ 2006). Die Inzidenz liegt damit also jährlich bei über 10 %. Karies ist damit die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter.

In Deutschland schwankt die ECC-Prävalenz zwischen 5,2 und 20,3 Prozent, weltweit zwischen 3 und 45 Prozent (Robke 2008, Hippke und Zabel 2011, 3 Borutta et al. 2010).

Alle vorliegenden Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Lebensphase zwischen 0 und 3 Jahren bis zum Durchbruch des voll entwickelten Milchzahngewebes prägend und von hoher Bedeutung für das weitere Kariesrisiko im Milch- und bleibendem Gebiss ist (Splieth et al. 2009). Kinder mit frühkindlicher Karies entwickeln auch im Erwachsenenalter signifikant mehr Karies (Isaksson et al. 2013; Jordan et al. 2012). Dies konstatieren auch Bauer, Neumann und Saekel (2009) und mahnen zu verstärkter Aufmerksamkeit auf diesen Versorgungsbereich.

Auch die epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ 2010) macht deutlich, dass der sehr erfreuliche Kariesrückgang bei den 12-Jährigen nicht im Gleichklang mit der Entwicklung bei den 6 bis 7-Jährigen stattfindet. Zwar profitiert auch diese Altersgruppe von der Prävention, jedoch stagniert in einigen Bundesländern die Kariesprävalenz. In der Zwischenbilanz zu den von der Bundeszahnärztekammer herausgegebenen Mundgesundheitszielen bis zum Jahre 2020 wird festgestellt, dass der Anteil naturgesunder Gebisse bei den 6 bis 7-Jährigen im Jahre 2009 bei 53,9 Prozent liegt. Die Zielvorgabe den Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6-Jährigen auf mindestens 80 Prozent zu erhöhen, ist damit ambitioniert formuliert.

2. *Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?*

Karies ist eine der wohl am besten präventivmedizinisch untersuchten Erkrankungen mit einer guten Evidenzlage, insbesondere für Fluoridnutzung sowohl durch professionelle Fluoridapplikationen als auch das häusliche tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpaste (Bratthall et al. 1996, Marinho 2009, EAPD 2008). Die Wirksamkeit dieser Konzepte und Maßnahmen resultierte in einer Kariesreduktion von ca. 90% in den letzten 3 Jahrzehnten (DAJ 2010).

3. *Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?*

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Karies schreitet von der deutlichen Initiailläsion zum kariösen Defekt (Abb. 1), einer tiefen Karies mit Pulpabeteiligung zur Pulpanekrose mit akuter Abszedierung und dann chronischer Fistelung fort. Alle Erkrankungsstadien sind gut diagnostizierbar und auch therapierbar. Sie sind seit Jahrzehnten im GKV-Katalog als zahnärztliche Leistungen etabliert. Bei den Milchzähnen ist allerdings häufig nur eine Extraktion bei pulpaler Beteiligung möglich.

Vor diesem Hintergrund ist es aus heutiger wissenschaftlicher Sicht absolut erstaunlich, dass in der Diskussion um relevante Zielerkrankungen im Jahr 2006 die Prävention und Therapie der Milchzahnkaries im Kontext der "standardisierten klinischen Untersuchung" in Frage gestellt wurde (Seite 13, II, "Zusammenfassende Dokumentation"). Die Zitate aus dem NHMCR, dass „ es unklar ist, ob Milchzahnkaries behandelt werden soll“ sind als unethisch zu betrachten, da eine Nichtbehandlung von Milchzahnkaries ganz eindeutig wissenschaftlich evident viele akute Abszedierungen und Einschränkung der Lebensqualität bei kleinen Kindern in Kauf nimmt (Pine et al. 2006). Außerdem ist es unzulässig, die Zustände der Mangelwirtschaft im englischen NHS auf das deutsche GKV-System zu übertragen.

Auch das Zitat des USPTF, dass die „Evidenz unzureichend für eine Empfehlung für oder gegen (I) eine Risikobewertung zur Prävention von Zahnkaries ist“ und „keine validierten Assessmenttools oder –algorithmen vorliegen“ trifft eigentlich nicht den Kern, da Karies eine chronische Volkserkrankung mit einer Prävalenz von 100% im Erwachsenenalter ist. Daher sollte die Früherkennungsuntersuchung/-prävention vom ersten Zahn nicht auf eine Risikogruppe beschränkt werden, sondern allen Kindern ermöglicht werden. Nur die therapeutische Lokalfluoridierung (IP4) sollte für Kleinkinder auf die vom Zahnarzt diagnostizierte kariöse (Initial)Läsion (Abb. 1) beschränkt bleiben.

4. Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?

Karies ist in der Regel eine progressive Erkrankung, die, wie unter 3. beschrieben, untherapiert zum Zahnverlust führt. In den Frühstadien ist Karies deutlich besser und kostengünstiger zu therapieren ist.

Die Folgen der Frühkindlichen Karies sind vielfältig und reduzieren die Lebensqualität und Entwicklung der Kinder beträchtlich:

- die Zahnzerstörung mit Komplikationen wie Schmerzen und starken Entzündungen sowie ein vorzeitiger Verlust der Milchzähne,
- ein gestörter Durchbruch der bleibenden Zähne, da sich der Kieferknochen an der Stelle wieder schließt, an der der Milchzahn zu früh ausgefallen ist,
- Schädigung der bleibenden Zahnkeime, da Entzündungen der Milchzähne die darunter im Kiefer liegenden heranreifenden bleibenden Zähne befallen können,
- Kieferentwicklungsstörungen,
- eine gestörte Sprachentwicklung,
- ein gestörtes Kau- und Schluckvermögen,
- ein ungesundes Ernährungsverhalten,
- Defizite im Bereich der psychosozialen Entwicklung der kleinen Kinder, denn Zahnverlust im Frontzahnbereich führt auch zur Störung bei der Entwicklung sozialer Kontakte; nicht selten erleben Kinder mit Frontzahnverlust soziale Ausgrenzung,
- Therapieprobleme, da Kleinkinder häufig nur über eine eingeschränkte Behandlungsbereitschaft verfügen und oftmals eine Schmerzanamnese verbunden mit Zahnarztangst vorliegt, weshalb die Behandlung der frühkindlichen Karies häufig unter Vollnarkose stattfindet.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

5. Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?

Karies kann in einem erheblichen Maße präventiv reduziert werden. Kariöse Initialläsionen (Abb. 1) können minimalinvasiv durch Fluoridtouchierungen inaktiviert oder remineralisiert werden. Weitere kariöse Defekte können sehr erfolgreich vermieden werden.

Das Ziel einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung ab dem ersten Zahn wäre es daher, die frühkindliche Karies deutlich zu reduzieren und (Initial)Läsionen frühzeitig zu therapieren.

Voraussetzung 2:

Vor- oder Frühstadien sollen durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sein.

6. Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?

Ja, denn es existieren sehr viele Studien, die eine gute Diagnostizierbarkeit von kariösen Initialläsionen und beginnender Defektbildung belegen. Die Ausbildung zum Zahnarzt qualifiziert seit langem zu einer hohen Kompetenz, Prävention, Diagnostik und Therapie von kariösen (Initial)Läsionen (Abb. 1) adäquat zu sicher zu stellen, was in der (kinder)ärztlichen Ausbildung nicht vermittelt wird.

7. Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/ Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.

Das Vorliegen von frühkindliche Karies einschließlich der Initialläsionen kann mit einer exzellenten Reproduzierbarkeit ($> 0,85$, Abb. 1) klinisch vom Zahnarzt diagnostiziert werden. Nötig sind dazu die Inspektion der Mundhöhle, die Diagnose von sichtbarer Plaque sowie das Vorliegen einer Gingivitis als auch die Untersuchung der Zähne. Falsch positive oder negative Diagnosen kommen dabei für das Gesamtgebiss nicht vor.

8. Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität).

Gerade bei kleinen Kindern können kariöse Defekte und in Folge Gebissdestruktion und Zahnschmerzen mit deutlichen Reduktionen der Lebensqualität einhergehen (Pine et al. 2006). Die Neuorientierung der Zahnmedizin einschließlich der Früherkennung, Prävention und Frühtherapie von kariösen Läsionen in der zahnärztlichen Praxis haben in den letzten Jahrzehnten in vielen Ländern zu beachtlichen Kariesreduktionen bei Kindern und Jugendlichen geführt (DAJ 2010). Neben den positiven Effekten bei den Patienten gibt es zahlreiche Publikationen, die für die Kariesprävention eine günstige Kosten-Nutzen-Bilanz ausweisen (Splieth & Flessa 2008).

9. Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?

Karies ist eine klar zu diagnostizierende und zu therapierende Erkrankung, insbesondere die meist auf den Bukkalflächen der oberen Schneidezähne liegenden (Initial)Läsionen der Frühkindlichen Karies (Abb. 1). Falsch positive oder negative Befunde kommen bei der Diagnostik durch einen Zahnarzt faktisch nicht vor und Patienten werden nicht durch eine falsche Kariesdiagnose belastet, da die Diagnose von Initialläsion und Defekt eindeutig sind.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Voraussetzung 3:

Die Krankheitszeichen sollen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.

10. Vorgehen bei auffälligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchung möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.

Die kariöse Initialläsion (Abb. 1) hat diagnostisch den großen Vorteil, dass das Vorhandensein von Karies als Erkrankung eindeutig belegt ist, aber in diesem z. T. reversiblen Stadium die Progression präventiv-therapeutisch durch non-invasive Maßnahmen wie Belagsentfernung und Lokalfluoridierung gestoppt oder sogar remineralisiert werden kann. Eine Problematik von Kosten oder Belastungen für die Patienten durch falsch positive Diagnosen stellt sich damit nicht.

11. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?

s. Punkt 10

Voraussetzung 4:

Genügend Ärzte und Einrichtungen sollen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

12. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?

Aufgrund des gut funktionierenden zahnärztlichen Präventionssystems innerhalb der GKV ab dem 30. Lebensmonat bestehen exzellente Bedingungen, äquivalente Leistungen der Frühuntersuchung bzw. -prävention und Individualprophylaxe (IP) altersmäßig vorzuverlagern. Es erscheint realistisch, in absehbarer Zeit die extrem hohen Inanspruchnahmeraten der IP (Tab. 1) auch für Kleinkinder zu erreichen, wenn die zahnärztliche Frühuntersuchung auf den Durchbruch des ersten Milchzahnes vorgezogen wird.

Der alternative Ansatz einer zugehenden Gruppenprophylaxe über die Kinderkrippen muss ebenfalls verfolgt werden. So hat die DAJ im Jahr 2012 eine Empfehlung „Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige“ veröffentlicht, die auch Handlungsanleitungen zur Förderung der Mundgesundheit in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege einschließt. Allerdings werden gerade die unter 3-Jährigen gruppenprophylaktisch derzeit nur ungenügend erreicht, da noch nicht einmal 25 Prozent dieser Kinder eine betreute Einrichtung besuchen. Außerdem ist der präventiv-therapeutische Einsatz der sehr wirksamen Fluoridapplikationen seit Jahren in der Gruppenprophylaxe mit nur 10-20% ausgesprochen mangelhaft (DAJ 2013) und damit wohl zu einem großen Teil von suboptimaler Wirkung.

13. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?

Zahnärzte und zahnmedizinische Prophylaxeassistentinnen weisen durch ihre Ausbildung seit vielen Jahren eine hohe Kompetenz in der zahnmedizinischen Prävention auf. Die bisherige Leistungsdokumentation in der FU und IP sind etabliert und ausreichend. Die unabhängigen Reihenuntersuchungen des ÖGD bestätigen außerdem, dass Deutschland mit einer

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Synergie aus Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis auf einem sehr erfolgreichen Weg ist.

14. Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)? Einschätzung der Wirtschaftlichkeit:

Wie die bestehende Frühuntersuchung ab dem 30. Lebensmonat oder der Individualprophylaxe ab 6 Jahren wäre eine freiwillige Teilnahme denkbar. Bei der IP ist dies inzwischen eine bevölkerungsweit angenommene Maßnahme (> 90%, Tab. 1). Um zügiger die Kariesrisikogruppe zur zahnärztlichen Prävention zu leiten, ist ein Verweissystem über die Pädiater anzustreben. Da alle Kinder aber prinzipiell kariesgefährdet sind und Karies in den höheren Altersgruppen ein Prävalenz von annähernd 100 % erreicht und gerade Frühkindliche Karies oft mit Kindesvernachlässigung einher geht, sollte auch eine verpflichtende Teilnahme gerechtfertigt sein.

Untersuchungen zur Prävention von Frühkindlicher Karies oder der Fluoridapplikation weisen sehr klar eine sehr gutes Kosten-Nutzenverhältnis aus (Kowash et al. 2006, Splieth & Flessa 2008, Schmelzer 2002).

15. Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nichtärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?

Der in der zahnärztlichen Prävention klar von der Bundeszahnärztekammer geregelte Delegationsrahmen hat sich seit vielen Jahren bewährt und zahnmedizinische Prophylaxeassistentinnen stehen in den Praxen in großer Zahl zur Verfügung. Die zahnärztliche Untersuchung und damit die Diagnostik der kariösen (Initial)Läsion im Rahmen einer zahnärztlichen Frühuntersuchung ist natürlich den Zahnärzten vorbehalten und nicht delegierbar.

16. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungsuntersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?

Die Kosten der jetzt schon im GKV-Katalog enthaltenen zahnärztlichen Untersuchung (01) belaufen sich auf 18 Punkte pro Fall. Die Aufstockung zur Frühuntersuchung einschließlich Beratung zu Kariesursachen und –prävention (FU ab 30. Lebensmonat, 25 Pkt) würde eine Differenz von 7 Punkten vergütet. Eine Ausweitung mit Erhebung eines Mundhygienestatus und praktischen Putzübungen könnte sich an der IP 1 und 2 unter Berücksichtigung der anfänglich geringen Zahnzahl und vereinfachten Erhebung orientieren (20 bzw. 17 Pkt). Die präventiv-therapeutische Lokalfleuridierung (IP4) bei Risikokindern beliefe sich auf 12 Punkte.

17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?

Es besteht für die 0–2½jährigen (ca. 1,4 Mio Kinder, Tab. 1) bereits der Anspruch auf eine Untersuchung (01). Bei einer Aufstockung um drei Frühuntersuchungen einschließlich Beratung zu Kariesursachen und –prävention (identisch zu FU ab 30. Lebensmonat) würden eine zusätzliche Vergütung für 7 Punkten pro Kind und Besuch fällig. Bei den augenblicklichen Ausschöpfungsraten von 20% würde sich die Belastung für das GKV-System auf 5,9 Mio Pkt belaufen. Bei einer verpflichtenden Teilnahme für die FU1 und danach ähnlich hohen Inanspruchnahme wie bei der Individualprophylaxe ab 6 Jahren würden sich die Mehrkosten auf ca. 11,7 Mio Pkt belaufen. Eine Ausweitung mit Erhebung eines Mundhygienestatus und praktischen Putzübungen würde analog zur IP 1 und 2 für ca. 20 Pkt pro Fall würde initial mit 20% Ausschöpfung 5,6 Mio Pkt kosten.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Die präventiv-therapeutische Lokalfluoridierung (IP4) bei Kindern mit kariösen (Initial)Läsionen für ca. 12 Pkt pro Fall kostet bei der zur Zeit festgestellten Prävalenz von 10-15% und einer Ausschöpfungsrate von 20 % nur 0,4 Mio Pkt. Bei einer verpflichtenden Teilnahme und der Lokalfluoridierung von allen Kindern mit (Initial)Karies würde dies ca. 2 Mio Pkt ausmachen.

18. Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?

Die in der zahnärztlichen Prävention sehr einfach durchzuführenden Kosten-Nutzenanalysen weisen durchgängig eine sehr positive Bilanz von 1:1 bis 1:>100 aus (Kowash et al. 2006, Splieth & Flessa 2008, Schmelzer 2002). Dabei weisen kollektive Präventionsmaßnahmen wie Salz- oder Trinkwasserfluoridierung, aber auch Fluorideinbürstungen und –touchierungen in der Gruppenprophylaxe sehr günstige Kosten-Nutzen-Bilanzen auf (Splieth & Flessa 2008, Schmelzer 2002). Allerdings wird in der deutschen Gruppenprophylaxe die Fluoridapplikation mit 10-20% aus unverständlichen Gründen weit unter dem optimalen Rahmen eingesetzt (DAJ 2013). Für die deutlich kostenintensivere individuelle Prävention mit 1:1-Betreuung sinkt natürlich die Kosten-Nutzen-Bilanz. Allerdings konnte auch für Fluoridierungsmaßnahmen in der Zahnarztpraxis und die individuelle Prävention von Frühkindlicher Karies (Splieth & Flessa 2008, Kowash et al. 2006) positive Kosten-Nutzen-Bilanzen festgestellt werden. Diese verbessern sich insbesondere bei einer Lebenszeitbetrachtung (Splieth & Flessa 2008), da das Kariesgeschehen in der Kindheit stark mit dem Kariesbefall im Erwachsenenalter korreliert ist und damit hohe Folgekosten vermieden werden können. Außerdem werden auf der Nutzenseite akute Komplikationen wie Antibiotikagaben oder stationäre Aufenthalte wegen Abszedierungen, Kosten der Narkosesanierungen, Lückenhalter und KFO-Behandlungen aufgrund von frühzeitigen Extraktionen der Milchzähne etc. systematisch unterschätzt.

Gerade die zahnmedizinische Prävention ist insgesamt ein Beispiel für ein sehr günstiges Kosten-Nutzenverhältnis in finanzieller Hinsicht, aber auch bezüglich der Lebensqualität.

Literatur

ADA (American Dental Association Council on Scientific Affairs): Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendation. J Am Dent Assoc 137: 1151-1159 (2006)

Bauer J, Neumann T, Saekel R: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Verlag Hans Huber, Bern (2009)

Borutta A, Kneist S, Kischka P et al.: Die Mundgesundheit von Kleinkindern in Beziehung zu relevanten Einflussfaktoren. Dtsch Zahnärztl Z 57: 682-687 (2002)

Borutta A, Möbius S, Hufnagl S, Reuscher G: Kariesinhibierende Wirkung von Fluoridlacken bei Vorschulkindern mit erhöhtem Kariesrisiko - Ergebnisse nach zweijähriger Beobachtungszeit. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 28: 103 (2006)

Borutta A, Wagner M, Kneist S: Bedingungsgefüge der frühkindlichen Karies. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 32: 58-63 (2010)

Bratthall D, Hänsel Petersson G, Sundberg H: Reasons for the caries decline: what do the experts believe? Eur J Oral Sci 104, 416-425, 430-432 (1996)

BZÄK (Bundeszahnärztekammer, Hrsg.): Rahmenempfehlungen der Bundeszahnärztekammer zur Umsetzung Zahnärztlicher Kinderpässe. Aktualisierte Empfehlungen durch den Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der BZÄK auf Grundlage der Kernforderungen der ‚Arbeitsgruppe Kinderpässe‘ (2001) sowie der Zuarbeiten der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (2011), verabschiedet durch die Kombinierte Koordinierungskonferenz der Referenten für Alters- / Behindertenzahnheilkunde und der Referenten für Präventive Zahnheilkunde, Mainz, 23. März 2012

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Hrsg.). Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe Jahresauswertung Schuljahr 2011/2012, http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Dokumentation/Doku_2011_2012_nur_Zahlen.pdf, Eingesehen 15.11.2013
- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Hrsg.). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. Bonn: DAJ (2010)
- Deichsel M, Rojas G, Lüdecke K, Heinrich-Weltzien R.: Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg. Bundesgesundheitsbl 55:1504-1511 (2012)
- EAPD (European Academy for Paediatric Dentistry). Guidelines on Prevention of Early Childhood Caries. EAPD Board 2008
- Guindy JS, Weber C, Meyer J: Die Zahngesundheit von 7- und 12-jährigen Schülerinnen und Schülern im Kanton Solothurn. Acta Med Dent Helv 5: 119-124 (2000)
- Hippke A, Zabel C.: Karies bei ein- und zweijährigen Krippenkindern. Dent Diss, Hamburg (2010)
- IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2006)
- Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK: Caries Prevalence in Swedish 20-Year-Olds in Relation to Their Previous Caries Experience. Caries Research 47:234-242 (2013).
- Jordan RA, Becker N, Zimmer S: Early childhood caries und Kariesrisiko im bleibenden Gebiss – Ergebnisse nach 14,8 Jahren. Autorenreferateband, 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, P15 (2012)
- Kettler N, Splieth Ch: Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information Nr. 1/13, Köln (2013)
- Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. Br Dent J 188: 201-205 (2000)
- Kowash MB¹, Toumba KJ, Curzon ME: Cost-effectiveness of a long-term dental health education program for the prevention of early childhood caries. Eur Arch Paediatr Dent 7:130-5 (2006)
- Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A: Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 3:CD002279 (2002)
- Marinho VC. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. Eur Arch Paediatr Dent 10:183-91 (2009)
- Pine CM, R. V. Harris, G. Burnside and M. C. W. Merrett: An investigation of the relationship between untreated decayed teeth and dental sepsis in 5-year-old children. Br Dent J 14; 200:45-7 (2006)
- Robke FJ, Buitkamp M: Häufigkeit der Nuckelflaschenkaries bei Vorschulkindern in einer westdeutschen Großstadt. Oralprophylaxe 24 (2): 59-65 (2002)
- Robke FJ.: Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit. Prävalenz von Karies, Zahn- und Kieferfehlstellungen bei norddeutschen Vorschulkindern. J Orofacial Orthop 69 (1): 5-19 (2008)
- Rojas G, Deichsel M, Lüdecke K, Heinrich-Weltzien R: Ergebnisse einer landesweiten Studie im Land Brandenburg (www.Brandenburgerkinderzaehne.de/Veroeffentlichungen.294.0.html) (2013)
- Rozier RG. Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. J Dent Educ 65 (10): 1063-1072 (2001)
- Schmelzer J: Einschätzung der Effektivität von Individual-Prophylaxeprogrammen zur Verbesserung der Mundhygiene. Prophylaxeimpuls 6, 167-173 (2002)
- Sozmin MV (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales): Ergebnisse der Zahnärztlichen Reihenuntersuchungen des ÖGD (2013)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Splieth C, Fleßa S: Modelling lifelong costs of caries with and without fluoride use. *Eur J Oral Sci.* 116:164-9 (2008) (dt: Splieth CH, Fleßa S, Berndt CH. Modellierung der Lebenszeitkosten der Karies unter Einfluss von Fluoridprophylaxe. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde* 32:82-88 (2010))

Splieth Ch, Treuner A, Berndt C: Orale Gesundheit im Kleinkindalter. *Präv Gesundheitsf* 4: 119-123 (2009)

Strippel H: Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt. Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckelflaschenkaries. Juventa, Weinheim und München (2004)

Treuner A, Splieth Ch: Frühkindliche Karies – Fakten und Prävention. *Zahnärztliche Mitteilungen* 17: 44-50 (2013)

Weintraub JA et al.: Fluoride varnish efficacy in preventing early childhood caries. *Journal of Dental Research* 85: 172-176 (2006)

Ziller S, Oesterreich D, Micheelis W: Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 – Zwischenbilanz und Ausblick. In: *Prävention und Versorgung*. Kirch W, Hoffmann Th, Pfaff H (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart, New York: 1002-1023 (2012)

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40; S. 1013) beschlossen.

I. Die Kinder-Richtlinien werden wie folgt neu gefasst:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Inhalt

A. <u>Allgemeines und Anspruchsberechtigung</u>	3
§ 1 <u>Grundlagen</u>	3
B. <u>Früherkennungsuntersuchungen</u>	3
I. <u>Untersuchungszeiträume</u>	3
§ 2 <u>Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen</u>	3
II. <u>Untersuchungen</u>	4
§ 3 <u>U1</u>	4
§ 4 <u>U2</u>	6
§ 5 <u>U3</u>	9
§ 6 <u>U4</u>	12
§ 7 <u>U5</u>	16
§ 8 <u>U6</u>	19
§ 9 <u>U7</u>	23
§ 10 <u>U7a</u>	26
§ 11 <u>U8</u>	29
§ 12 <u>U9</u>	32
C. <u>Spezielle Früherkennungsuntersuchungen</u>	36
I. <u>Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	36
II. <u>Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien</u> ...	36
III. <u>Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	36
IV. <u>Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	36
§ 13 <u>Dokumentation</u>	36
§ 14 <u>Evaluation</u>	36

Stand: 24.07.2014

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

(1) Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

(2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

(3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Für frühgeborene Kinder sowie für Kinder, die von einer dauerhaften Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Behinderung bedroht sind, ist die Möglichkeit der Überweisung in ein SPZ nach § 119 SGB V zu prüfen.

(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Die Ärztin oder der Arzt hat sich regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern (Frühe Hilfen) in seinem Einzugsgebiet zu informieren. Soweit insofern Kooperationen und Netzwerkkontakte bestehen, sind diese schriftlich zu dokumentieren.

(5) Untersuchungen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

B. Früherkennungsuntersuchungen

I. Untersuchungszeiträume

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	
U2	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
U3	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
U4	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
U5	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat
U7	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
U7a	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
U8	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
U9	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat

II. Untersuchungen

§ 3 U1

(1) Ziele und Schwerpunkte: Die U1 soll unmittelbar (möglichst innerhalb der ersten 30 Minuten) nach der Geburt durchgeführt werden. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, soll die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen. Diese Untersuchung hat im Wesentlichen zum Ziel, lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und augenfällige Schäden festzustellen und notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten. Folgende Ziele und Schwerpunkte werden gesetzt:

- a) Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen
- b) Erkennen von Geburtstraumata
- c) Erkennen von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen
- d) Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- e) Entscheidung über die weitere Versorgung des Neugeborenen

(2) Die Untersuchungsinhalte umfassen die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die im Folgenden unter „Sonstiges“ aufgeführten Inhalte.

1. Anamnesen

Position GKV-SV/ KBV	Position Patientenvertretung
<p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Dauermedikation - Besondere psychische und/oder 	<p>a) Perinatalanamnese:</p> <p>Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.</p>

Stand: 24.07.2014

<ul style="list-style-type: none">– soziale Belastungen– Mehrlingsschwangerschaft– (Poly-)Hydramnion– Oligohydramnion– Gestationsdiabetes– Abusus– Antikörpersuchtest positiv– akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft– GBS-Status der Mutter	
--	--

2. Geburtsanamnese:

- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Vollendete SSW
- Geburtsmodus: spontan, Sektio, vaginale Operation
- Kindslage: Schädellage, Beckenendlage, Querlage
- pH-Wert (Nabelarterie)
- soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik

b) Familienanamnese

- behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangen Kind
- Allergien bei den Eltern oder Geschwisterkindern (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma)

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

a) Apgar-Wert 5'/10'

b) Körpermaße

- Gewicht
- Körperlänge

c) Reifezeichen

d) Haut

- auffällige Blässe
- Petechien
- Hämatom
- Ikterus
- Zyanose
- Turgor

e) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Schlüsselbeine intakt

f) Herz, Kreislauf

- Auskultation
- Extremitätenpulse tastbar

g) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)

- Anomalien
- Leber- und Milzgröße

h) Kopf

- Caput succedaneum (Kephalhämatom)
- Schädelnähte

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- i) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Hüften (Faltenasymmetrie)
 - Spontanaktivität
 - Muskeltonus
 - j) Augen, Ohren, Nase, Mund
3. Sonstiges
- Prüfung der Durchführung der Vitamin K Prophylaxe

§ 4 U2

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U2 gesetzt.
- Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen
 - Erkennen und Vermeidung früher lebensbedrohlicher Komplikationen
 - Prüfung der Durchführung des erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screening auf Mukoviszidose
 - Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Position Patientenvertretung (zusätzlich)
Hinweis auf familienzentrierte Hilfen

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnesen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
 - Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Screening auf Hüftgelenksdysplasie und –luxation (nur bei Risikofaktoren für Hüftdysplasie)
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Screening auf Mukoviszidose

- b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen (u.a. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
 - Hüftdysplasie

- c) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none">– Betreuungssituation– Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Position KBV (zusätzlich): Der folgende Elternfragebogen wird den Eltern vor der U2 den Eltern ausgehändigt und dient der Ärztin oder dem Arzt als Informationsgrundlage.

Fragen zur Vorbereitung der Mutter/des Vaters auf das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt:

- Mein / Unser Kind ist meist zufrieden und ausgeglichen.
- Mein / Unser Kind schreit viel.
- Mein / Unser Kind schläft ausreichend.
- Stillen und Füttern gelingen gut.
- Mein / Unser Kind scheint sich normal zu entwickeln.
- Ich bin / wir sind mit unserem Kind zufrieden.
- Ich fühle mich / unsere Familie fühlt sich wohl.
- In meiner / unserer Familie verstehen wir uns gut.
- Alle Familienmitglieder sind gesund.
- Ich habe / Wir haben genügend Unterstützung durch Familie und Freunde.
- Beruflich und finanziell bin ich / sind wir zufrieden.
- Ich / Wir spreche/n in meiner/unserer Muttersprache mit meinem/unserem Kind.

Ich habe folgende Fragen zu meinem Kind: (Leerfeld für Fragen der Eltern)

Position KBV (zusätzlich)
Orientierende Bewertung der Entwicklung

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang

- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz (< 50/Minute)
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - abnorme Fontanellengröße
 - Crepitatio capitis
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer-, Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
-----------------	--------------	------------------------------

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibabys
<ul style="list-style-type: none"> - Vitamin K Prophylaxe prüfen - Information zu Rachitis- und Fluoridprophylaxe - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

§ 5 U3

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U3 gesetzt.

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
- Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenksonographie
- Prüfung der Durchführung des Erweitertes Neugeborenen-Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screening auf Mukoviszidose
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

Position GKV-SV/ KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese von § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung, Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen 	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Screening auf Mukoviszidose

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen z. B. (Grauer Star im Kindesalter, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
- c) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten
 - Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten
- Feinmotorik:
 - Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen
- Perzeption/ Kognition:
 - Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none"> - Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil: 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p>

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt

Position KBV (zusätzlich)
- Heiserkeit

- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien,
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dismorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalthämatom
 - abnorme Fontanellengröße
 - Crepitatio capitis
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibaby 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht - Umgang mit Schreibaby
<ul style="list-style-type: none"> - Vitamin K Prophylaxe prüfen - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

§ 6 U4

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U4 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Information zu Impfungen
- Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Ernährung/ Verdauung: Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle, Obstipation
- Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
Neugeborenen-Hörscreening

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Orientierende Beurteilung der Entwicklung	- Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:

Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine
Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden.

Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben

- Feinmotorik:

Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden

- Perzeption/ Kognition:

Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen

- Soziale/ emotionale Kompetenz:

Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden

Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“)

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p> <p>Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation:</p> <p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p>

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien,
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephahämatom
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung - Sprachberatung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin K, Vitamin D, Fluorid - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht - Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung - Sprachberatung
<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins 		

§ 7 U5

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U5 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Schreit das Kind auffällig (z.B. heiser)? Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)

Position GKV-SV	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen 	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
- Neugeborenen-Hörscreening

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen
 - Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme
 - Federn mit den Beinen
- Feinmotorik:
 - Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen
- Sprache:
 - Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)
- Perzeption/ Kognition:
 - Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird
 - Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich
 - Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch: Stimmung/Affekt:

Stand: 24.07.2014

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Stridor
- Thoraxkonfiguration

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation
- Herzfrequenz
- Rhythmus
- Femoralispulse

e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Anomalien
- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe

Position KBV (zusätzlich)
Klinische Frakturzeichen

- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D, Fluorid - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht
<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonende Ernährung 		

§ 8 U6

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U6 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen von Sehstörungen

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

(3) Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Orientierende Beurteilung der Entwicklung	- Prüfung des Entwicklungsstandes

• Grobmotorik:

- Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle
- Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen
- Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück

• Feinmotorik:

- Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger
- Klopf 2 Würfel aneinander

• Sprache:

- Spontane Äußerung von längeren Silbenketten
- Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da)
- Ahmt Laute nach

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Perzeption/ Kognition:
Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand
Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe
Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden
Freut sich über andere Kinder

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt: Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt. Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.</p> <p>Kontakt/Kommunikation: Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt. Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt. Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation: Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen. Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen). Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren. Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.</p>

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute	Das Kind reagiert angemessen auf laute

Stand: 24.07.2014

Geräusche, helles Licht und Berührung.

Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien (z.B. Hypospadie, Klitorishypertrophie)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Behinderte Nasenatmung
 - Fehlender Mundschluss
 - Auffälliger Stimmklang (z.B. Heiserkeit und Näseln)
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
- Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen - Unfallverhütung - Sprachberatung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen - Unfallverhütung - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zur Zahnpflege (Fluorid) - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

§ 9 U7

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe
 - Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

– Stottert ihr Kind?

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> – Betreuungssituation – Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> – Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> – Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Kann über längere Zeit frei und sicher gehen
 - Geht 3 Stufen im Kinderschritt hinunter, hält sich mit einer Hand fest
- Feinmotorik:
 - Malt flache Spirale
 - Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken
- Sprache:
 - Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa)
 - Versteht und befolgt einfache Aufforderungen
 - Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat
 - Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile
- Perzeption/ Kognition:
 - Stapelt 3 Würfel
 - Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/ der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist
 - Kann mit dem Löffel selber essen
 - Hat Interesse an anderen Kindern
- Interaktion/ Kommunikation:
 - Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none">- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	<ul style="list-style-type: none">- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Speichelfluss - Schnarchen - Auffälliger Stimmklang

h) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
- Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
- Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung, Adipositasprävention 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung, Adipositasprävention
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins 		

§ 10 U7a

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7a gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe
 - Hörvermögen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind?

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle
 - Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest
- Feinmotorik:
 - Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich
- Sprache:
 - Spricht mindestens Dreiwortsätze

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Spricht von sich in der Ich-Form
- Kennt und sagt seinen Rufnamen
- Perzeption/ Kognition:
 - Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele
 - Öffnet große Knöpfe selbst
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird
 - Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen
- Interaktion/ Kommunikation:
 - Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none">- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	<ul style="list-style-type: none">- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Kieferanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
 - Schnarchen
 - Behinderte Nasenatmung
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Fluoridprophylaxe - Unfallverhütung - Mundhygiene und zahnchonende Ernährung, Zahnpflege - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache)

§ 11 U8

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Prüfung des Hörvermögens
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese,	Die Untersuchung umfasst die Anamnese,

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
---	--

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen

Position GKV-SV	Position KBV/Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none"> - Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache) - Fluoridprophylaxe prüfen 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind?

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:

LaufRAD oder ähnliches Fahrzeug werden zielgerichtet und sicher bewegt
Hüpft über ein 20-50 cm breites Blatt

- Feinmotorik:

Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten
Zeichnet geschlossene Kreise

- Sprache:

Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache

Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Perzeption/ Kognition:
Fragt warum, wie, wo, wieso, woher
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
Kann sich selbst an- und ausziehen
Gießt Flüssigkeiten ein
Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren.
Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen
- Interaktion/ Kommunikation:
Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
 - Hinweis auf Rachitis
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten, Vorbeugetest
 - Asymmetrien

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Kieferanomalien - Schnarchen

- h) Ohren
- Hörtest mittels Screeningaudiometrie
- i) Augen
- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion r/l
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und Gebärdensprache - Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung) 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und Gebärdensprache - Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)

§ 12 U9

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes:

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen

Position GKV-SV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprophylaxe prüfen - Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache)

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

• Grobmotorik:

Hüpft auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand

Größere Bälle können aufgefangen werden

Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- **Feinmotorik:**
Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich
Stifthaltung wie ein Erwachsener
Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden
- **Sprache:**
Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden
Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen
- **Perzeption/ Kognition:**
Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt
- **Soziale/ emotionale Kompetenz:**
Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln
Ist bereit zu teilen
Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen
- **Interaktion/ Kommunikation:**
Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen.
Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Herzfrequenz
- Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprohylaxe prüfen - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung und Adipositasprävention 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprohylaxe prüfen - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung und Adipositasprävention
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 		

Stand: 24.07.2014

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder-Richtlinien

II. Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien

III. Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien

IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien

§ 13 Dokumentation

Zeitlich befristeter Kommentar: Die Dokumentation im Untersuchungsheft (Gelben Heft) wird beibehalten und entsprechend den Änderungen in der Richtlinie angepasst.

(1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte bei der Ärztin oder beim Arzt und im Gelben Heft gemäß der Anlage 1. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu diesen Richtlinien.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Darüber hinaus wird die Teilnahme auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert, gemäß der Anlage Der Kinderarzt ist verpflichtet den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten
--

(2) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 2), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2b), an der Filterpapierkarte (Anlage 3) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 4) vorzunehmen, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird.

§ 14 Evaluation

Zur Evaluation spezifischer Fragestellungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, welche Dokumentationen zusätzlich erforderlich sind und in welchem Umfang diese ausgewertet werden.

Anlagen

- Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder (gemäß Anlage 1 bisherige RL)
- Anlage 2 Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (gemäß Anlage 3 bisherige RL)
- Anlage 2b Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose
- Anlage 3 Filterpapierkarte (gemäß Anlage 4 bisherige RL)
- Anlage 4 Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (gemäß Anlage 7 bisherige RL)

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

DGSPJ, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Dr. med. Christian Fricke
Präsident

Geschäftsstelle:
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Methodenbewertung
Frau Dr. Sybill Thomas
PF 120606
10596 Berlin

Telefon 030.40005886
Fax 030.40005887
e-mail: geschaeftsstelle@dgspj.de
www.dgspj.de

Per Mail an: sybill.thomas@g-ba.de
Cc: kinder-rili@g-ba.de; st-gab@awmf.org

Berlin, 18.9.2014

Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) / Stellungnahme

Sehr geehrte Frau Dr. Thomas,
sehr geehrte Damen und Herren,

für die Möglichkeit zur Beschlussempfehlung zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien Stellung nehmen zu können bedanken wir uns.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) begrüßt die vorgelegte Beschlussempfehlung als Fortschreibung der bestehenden Früherkennungs-untersuchungen. Die DGSPJ setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass psychosoziale Faktoren für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern stärker berücksichtigt werden und die jetzigen Früherkennungs-untersuchungen weiter im Sinne von Präventionsinstrumenten entwickelt werden

Wichtige Risikofaktoren für eine gesundheitsschädigende Entwicklung sollten frühzeitig erkannt und entsprechende Weichen gestellt werden. Dies betrifft gleichermaßen Umweltbedingungen, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren ebenso wie Verhaltens- und Teilleistungsstörungen. Um diese Faktoren gezielt identifizieren zu können, plädieren wir für die Einführung validierter sozialpädiatrischer Fragebögen.

Neben der individuellen Beratung der Eltern sind Vernetzung mit Angeboten der „Frühen Hilfen“ ebenso erforderlich wie die Einleitung von therapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen. Die DGSPJ hätte sich daher noch weit mehr präventive Elemente gewünscht.

Wir unterstützen die Ihnen bereits zugegangene Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Einige aus unserer Sicht wesentliche Anmerkungen haben wir in den Text der Beschlussempfehlung in grüner Farbe (unterstrichen) eingefügt. Für Fragen und weitergehende Gespräche stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

Dr. med. Christian Fricke
Präsident DGSPJ

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013) beschlossen.

I. Die Kinder-Richtlinien werden wie folgt neu gefasst:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)

Inhalt

A. <u>Allgemeines und Anspruchsberechtigung</u>	3
§ 1 <u>Grundlagen</u>	3
B. <u>Früherkennungsuntersuchungen</u>	4
I. <u>Untersuchungszeiträume</u>	4
§ 2 <u>Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen</u>	4
II. <u>Untersuchungen</u>	4
§ 3 <u>U1</u>	4
§ 4 <u>U2</u>	6
§ 5 <u>U3</u>	10
§ 6 <u>U4</u>	14
§ 7 <u>U5</u>	18
§ 8 <u>U6</u>	21
§ 9 <u>U7</u>	25
§ 10 <u>U7a</u>	29
§ 11 <u>U8</u>	32
§ 12 <u>U9</u>	35
C. <u>Spezielle Früherkennungsuntersuchungen</u>	39
I. <u>Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	39
II. <u>Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien</u> ...	39
III. <u>Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	39
IV. <u>Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien</u>	39
§ 13 <u>Dokumentation</u>	39
§ 14 <u>Evaluation</u>	39

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

(1) Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

(2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass identifizierte Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

(3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit oder eines Risikos für das gesunde Aufwachsen des Kindes, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich **im** Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Für frühgeborene Kinder sowie für Kinder, die von einer dauerhaften Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Behinderung bedroht sind, ist die Möglichkeit der Überweisung in ein SPZ nach § 119 SGB V zu prüfen.

Aus Sicht der DGSPJ ist die Position der Patientenvertretung eine sinnvolle Ergänzung, da nicht nur das Vorliegen einer Krankheit, sondern auch erkennbare Risikofaktoren für die Manifestation einer Krankheit erfasst und einer möglichen therapeutischen Intervention zugeführt werden sollen.

(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder –misshandlung, einer drohenden Kindeswohlgefährdung oder eines Risikos für das gesunde Aufwachsen des Kindes hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Die Ärztin oder der Arzt hat sich regelmäßig und umfassend über Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern (Frühe Hilfen) in seinem Einzugsgebiet zu informieren. Soweit insofern Kooperationen und Netzwerkkontakte bestehen, sind diese schriftlich zu dokumentieren.

Die Position der Patientenvertretung unterstützen wir nicht, stattdessen können wir uns eine Ergänzung von (4) vorstellen: „...einzuleiten.(Beispiel: Frühe Hilfen).

DGSPJ: Ergänzung s. Text. Zusätzlich: „Eingeleitete Maßnahmen (z.B. Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft gem. § 4 Abs.2 KKG bzw. Überleitung in Frühe Hilfen oder Information des Jugendamts nach §4 Abs.3 KKG sind gemäß sozialpädiatrischem Anhaltsbogen zu dokumentieren.

(5) Untersuchungen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

B. Früherkennungsuntersuchungen

I. Untersuchungszeiträume

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	
U2	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
U3	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
U4	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
U5	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat
U7	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
U7a	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
U8	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
U9	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat

II. Untersuchungen

§ 3 U1

(1) Ziele und Schwerpunkte: Die U1 soll unmittelbar (möglichst innerhalb der ersten 30 Minuten) nach der Geburt durchgeführt werden. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, soll die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen. Diese Untersuchung hat im Wesentlichen zum Ziel, lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und augenfällige Schäden festzustellen und notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten. Folgende Ziele und Schwerpunkte werden gesetzt:

- a) Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen
- b) Erkennen von Geburtstraumata
- c) Erkennen von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen
- d) Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- e) Entscheidung über die weitere Versorgung des Neugeborenen

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

(2) Die Untersuchungsinhalte umfassen die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die im Folgenden unter „Sonstiges“ aufgeführten Inhalte.

1. Anamnesen

Position GKV-SV/ KBV	Position Patientenvertretung
<p>a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt hat die Angaben aus dem Mutterpass mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <p>1. Schwangerschaftsanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none">- Diabetes- Dauermedikation- Besondere psychische und/oder soziale Belastungen- Mehrlingsschwangerschaft- (Poly-)Hydramnion- Oligohydramnion- Gestationsdiabetes- Abusus- Antikörpersuchtest positiv- akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft- GBS-Status der Mutter	<p>a) Perinatalanamnese:</p> <p>Es erfolgt keine Übernahme der Angaben aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft.</p>

Klares Votum für die Übernahme der Daten, die bis zur SEU bei möglichen Entwicklungsverzögerungen oder Teilleistungsproblematiken von erheblicher Bedeutung sein können.

2. Geburtsanamnese:

- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Vollendete SSW
- Geburtsmodus: spontan, Sektio, vaginale Operation
- Kindslage: Schädellage, Beckenendlage, Querlage
- pH-Wert (Nabelarterie)
- soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik

b) Familienanamnese

- behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangen Kind
- Allergien bei den Eltern oder Geschwisterkindern (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma)

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

- a) Apgar-Wert 5'/10'
- b) Körpermaße
- Gewicht

- Körperlänge
 - c) Reifezeichen
 - d) Haut
 - auffällige Blässe
 - Petechien
 - Hämatom
 - Ikterus
 - Zyanose
 - Turgor
 - e) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Schlüsselbeine intakt
 - f) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Extremitätenpulse tastbar
 - g) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - h) Kopf
 - Caput succedaneum (Kephalhämatom)
 - Schädelnähte
 - i) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Hüften (Faltenasymmetrie)
 - Spontanaktivität
 - Muskeltonus
 - j) Augen, Ohren, Nase, Mund
3. Sonstiges
- Prüfung der Durchführung der Vitamin K Prophylaxe

§ 4 U2

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U2 gesetzt.
- Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen
 - Erkennen und Vermeidung früher lebensbedrohlicher Komplikationen
 - Prüfung der Durchführung des erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screening auf Mukoviszidose
 - Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Hinweis auf familienzentrierte Hilfen

Diese Position der Patientenvertretung befürwortet die DGSPJ.

(2)

Position GKV-SV

Position KBV/ Patientenvertretung

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
--	---

1. Anamnesen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
- Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Screening auf Hüftgelenkdysplasie und –luxation (nur bei Risikofaktoren für Hüftdysplasie)
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Screening auf Mukoviszidose

b) Familienanamnese

- Augenerkrankungen (u.a. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte
- Hüftdysplasie

c) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Position KBV (zusätzlich): Der folgende Elternfragebogen wird den Eltern vor der U2 den Eltern ausgehändigt und dient der Ärztin oder dem Arzt als Informationsgrundlage.

Fragen zur Vorbereitung der Mutter/des Vaters auf das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt:

- Mein / Unser Kind ist meist zufrieden und ausgeglichen.
- Mein / Unser Kind schreit viel.
- Mein / Unser Kind schläft ausreichend.
- Stillen und Füttern gelingen gut.
- Mein / Unser Kind scheint sich normal zu entwickeln.
- Ich bin / wir sind mit unserem Kind zufrieden.
- Ich fühle mich / unsere Familie fühlt sich wohl.
- In meiner / unserer Familie verstehen wir uns gut.
- Alle Familienmitglieder sind gesund.
- Ich habe / Wir haben genügend Unterstützung durch Familie und Freunde.
- Beruflich und finanziell bin ich / sind wir zufrieden.
- Ich / Wir spreche/n in meiner/unserer Muttersprache mit meinem/unserem Kind.

Ich habe folgende Fragen zu meinem Kind: (Leerfeld für Fragen der Eltern)

DGSPJ befürwortet die Verwendung des validierten sozialpädiatrischen Anhaltsbogens.

Position KBV (zusätzlich)
Orientierende Bewertung der Entwicklung

2. Eingehende körperliche Untersuchungen

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz (< 50/Minute)
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Femoralispulse

- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien

- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen

- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalthämatom
 - abnorme Fontanellengröße
 - Crepitatio capitis

- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer-, Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung

- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie)

- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößen auffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibabys

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Maßnahmen		
<ul style="list-style-type: none"> - Vitamin K Prophylaxe prüfen - Information zu Rachitis- und Fluoridprophylaxe - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

Die DGSPJ unterstützt die Position der Patientenvertretung. Eine erste Beratung sollte auch hier schon zu Stillen, SIDS, Unfallverhütung (Wickeltisch...) und dem Umgang mit einem Schreibaby (Achtung: Nicht schütteln!) erfolgen. Noch wichtiger ist diese Beratung bei U3, U4, U5.

§ 5 U3

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U3 gesetzt.
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
 - Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenkssonographie
 - Prüfung der Durchführung des Erweiterten Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screenings auf Mukoviszidose
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Die DGSPJ unterstützt die Position der KBV/Patientenvertretung, da wir für die entwicklungsorientierte Aufklärung und Beratung plädieren.

1. Anamnese

Position GKV-SV/ KBV	Position Patientenvertretung
Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.	Die Angaben zur Geburtsanamnese von § 3 werden berücksichtigt oder ergänzt.

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung,
 - Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:
 - Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Screening auf Mukoviszidose

b) Familienanamnese

- Augenerkrankungen z. B. (Grauer Star im Kindesalter, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte

Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Die DGSPJ unterstützt die KBV-Position aufgrund der standardisierten Fragen im sozialpädiatrischen Erhebungsbogen.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des altersgemäßen Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten
 - Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten
- Feinmotorik:
 - Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen
- Perzeption/ Kognition:
 - Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none"> - Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil: 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p> <p>Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation:</p> <p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p>

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Auskultation
- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Stridor
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt

Position KBV (zusätzlich)

- Heiserkeit

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation
- Herzfrequenz
- Rhythmus
- Femoralispulse

e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)

- Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
- Anomalien
- Nabelveränderungen
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
- Asymmetrien,
- Schiefhaltung
- Spontanmotorik
- Muskeltonus
- Opisthotonus
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe, klinische Frakturzeichen

g) Kopf

- Fehlhaltung
- Dymorphiezeichen
- Schädelnähte
- Kephalhämatom
- abnorme Fontanellengröße
- Crepitatio capitis

h) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
- Kiefer- Gaumenanomalie
- Verletzungszeichen
- abnorme Größe der Zunge
- behinderte Nasenatmung
- orofacialer Hypotonus

i) Ohren

- Fehlbildungen (z.B. Ohrfisteln, Anhängsel)

j) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z.B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößen auffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
- Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibaby 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht - Umgang mit Schreibaby
<ul style="list-style-type: none"> - Vitamin K Prophylaxe prüfen - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

Der Begriff „Eltern- Kind- Hilfen“ sollte ersetzt werden durch „familiäre Hilfsangebote, z.B. Frühe Hilfen“ (=etabliertes finanziertes System)

§ 6 U4

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U4 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Information zu Impfungen
 - Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung/ Verdauung: Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle, Obstipation
 - Schreit das Kind auffällig?

Position GKV-SV	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen 	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

- Die Ärztin oder der Arzt dokumentiert und prüft ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden:

Neugeborenen-Hörscreening

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Die DGSPJ bevorzugt die KBV-Position unter Verwendung des sozialpädiatrischen Anhaltsbogens

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine
 - Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden.
 - Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben
- Feinmotorik:
 - Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden
- Perzeption/ Kognition:
 - Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm
 - Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden
 - Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“)

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none"> - Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil: 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in</p>

positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel, ggf. erfragen)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien,
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeltonus, Sehnenreflexe, Neugeborenenreflexe

- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - abnorme Fontanellengröße

- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und der Zahnleisten
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus

- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung - Sprachberatung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - - Prophylaxe Vitamin K, Vitamin D, Fluorid - Stillen / Ernährung/ Mundgesundheit - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht - Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung - Sprachberatung
<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins 		

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

§ 7 U5

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U5 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Schreit das Kind auffällig (z.B. heiser)? Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Orientierende Beurteilung der Entwicklung	- Prüfung des Entwicklungsstandes

Die DGSPJ unterstützt die Position der KBV.

- Grobmotorik:

Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen

Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme

Federn mit den Beinen

- Feinmotorik:

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen

- Sprache:

Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)

- Perzeption/ Kognition:

Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)

- Soziale/ emotionale Kompetenz:

Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird

Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich

Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Zur Beobachtung der Interaktion:

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe

Position KBV (zusätzlich)

Klinische Frakturzeichen

- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D, Fluorid - Stillen / Ernährung - Plötzlicher Kindstod - Unfallverhütung - Sucht
<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) s.o. - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonende Ernährung 		

§ 8 U6

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U6 gesetzt:
- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - Erkennen von Sehstörungen
 - Information zu Impfungen
 - Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

(3) Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle

Position GKV-SV	Position KBV
- Rachitis- und Fluoridprophylaxe prüfen	Die Prüfung der Rachitis- und Fluoridprophylaxe ist in die entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung integriert.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie	Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt.

Die DGSPJ plädiert für die KBV-Position.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
- Orientierende Beurteilung der Entwicklung	- Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle
 - Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen
 - Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück
- Feinmotorik:
 - Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger
 - Klopft 2 Würfel aneinander
- Sprache:
 - Spontane Äußerung von längeren Silbenketten
 - Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da)
 - Ahmt Laute nach
- Perzeption/ Kognition:
 - Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand
 - Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung
- Soziale/ emotionale Kompetenz:

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Bescher mit etwas Hilfe

Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden

Freut sich über andere Kinder

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)
<p>Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:</p> <p>Stimmung/Affekt:</p> <p>Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation mit der primären Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.</p> <p>Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.</p> <p>Kontakt/Kommunikation:</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.</p> <p>Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.</p> <p>Regulation/Stimulation:</p> <p>Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.</p> <p>Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z.B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).</p> <p>Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.</p> <p>Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.</p>

Zur Beobachtung der Interaktion:

Position KBV	Position Patientenvertretung
Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.	Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Anomalien (z.B. Hypospadie, Klitorishypertrophie)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - abnorme Fontanellengröße
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Behinderte Nasenatmung
 - Fehlender Mundschluss
 - Auffälliger Stimmklang (z.B. Heiserkeit und Näseln)
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
- Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z.B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen - Unfallverhütung - Sprachberatung 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe Vitamin D prüfen - Unfallverhütung - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Hinweise zur Zahnpflege (Fluorid) - Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (Eltern-Kind-Hilfen) 		

§ 9 U7

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle

-

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind?

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gesprächs hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Die DGSPJ unterstützt die Anwendung eines validierten Fragebogens.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Kann über längere Zeit frei und sicher gehen
 - Geht 3 Stufen im Kinderschritt hinunter, hält sich mit einer Hand fest
- Feinmotorik:
 - Malt flache Spirale
 - Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Sprache:
Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa)
Versteht und befolgt einfache Aufforderungen
Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat
Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile
- Perzeption/ Kognition:
Stapelt 3 Würfel
Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/ der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist
Kann mit dem Löffel selber essen
Hat Interesse an anderen Kindern
- Interaktion/ Kommunikation:
Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Speichelfluss - Schnarchen - Auffälliger Stimmklang

- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li bei Trübung der brechenden Medien; Stabismus; Anisometropie
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung, Adipositasprävention 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung, Adipositasprävention
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins 		

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

§ 10 U7a

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7a gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/ Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Fluoridprophylaxe
 - Hörvermögen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? - Stottert ihr Kind?

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der</p>

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

	kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.
--	--

Die DGSPJ unterstützt die Anwendung eines validierten Fragebogens.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
– Orientierende Beurteilung der Entwicklung	– Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle
Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest
- Feinmotorik:
Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich
- Sprache:
Spricht mindestens Dreiwortsätze
Spricht von sich in der Ich-Form
Kennt und sagt seinen Rufnamen
- Perzeption/ Kognition:
Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele
Öffnet große Knöpfe selbst
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird
Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen
- Interaktion/ Kommunikation:
Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
– Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	– Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Kieferanomalie
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
 - Schnarchen
 - Behinderte Nasenatmung
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen - Aufklärung über 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins - Fluoridprophylaxe - Unfallverhütung - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung,

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins	(Laut- und Gebärdensprache)	Zahnpflege – Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten – Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache)
---	-----------------------------	--

§ 11 U8

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Prüfung des Hörvermögens
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen

Position GKV-SV	Position KBV/Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none"> – Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache) – Fluoridprophylaxe prüfen 	<ul style="list-style-type: none"> – Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? – Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? – Stottert ihr Kind?

Die DGSPJ befürwortet die Position der KBV, die Sprachentwicklung des Kindes abzufragen. Gleichzeitig sollte bei Migrationsstatus nach der zuhause überwiegend gesprochenen Sprache gefragt werden.

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
--------------------------------------	--------------

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>
---	---

[Zur Position der KBV bzw. dem Mannheimer Elternfragebogen. Siehe Kommentar zu U7.](#)

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:
 - Laufrad oder ähnliches Fahrzeug werden zielgerichtet und sicher bewegt
 - Hüpft über ein 20-50 cm breites Blatt
- Feinmotorik:
 - Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten
 - Zeichnet geschlossene Kreise
- Sprache:
 - Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache
 - Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben
- Perzeption/ Kognition:
 - Fragt warum, wie, wo, wieso, woher
- Soziale/ emotionale Kompetenz:
 - Kann sich selbst an- und ausziehen
 - Gießt Flüssigkeiten ein
 - Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen
- Interaktion/ Kommunikation:
 - Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
<ul style="list-style-type: none"> - Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil: 	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Stridor
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
 - Hinweis auf Rachitis
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation
 - Herzfrequenz
 - Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten, Vorbeugetest
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen

Position KBV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Kieferanomalien

- Schnarchen

h) Ohren

- Hörtest mittels Screeningaudiometrie

i) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
- Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
- Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV/	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und Gebärdensprache - Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung) 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ Laut- und Gebärdensprache - Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)

§ 12 U9

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt: (gemeint ist sicher U9)

- Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- Erkennen von Sehstörungen
- Information zu Impfungen
- Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2)

Position GKV-SV	Position KBV/ Patientenvertretung
Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie Information und Beratung.	Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes:

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen

Position GKV-SV (zusätzlich)
<ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprophylaxe prüfen - Redeflussstörungen (z.B. Stottern, unverständliche Sprache)

b) Sozialanamnese

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungssituation - Besondere Belastungen in der Familie 	<p>Die Sozialanamnese wird unter Zuhilfenahme des Elternfragebogens durchgeführt. (Mannheimer)</p> <p>Hinweise für die Ärztin oder den Arzt</p> <p>Die elterliche Einschätzung zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes ist eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung. Ziel der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes muss es auch sein, Fehlentwicklungen des Kindes im Gespräch mit der Mutter rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung auf das Gespräch anlässlich der Untersuchung des Kindes wird empfohlen, der Mutter den „Mannheimer Elternfragebogen“ an die Hand zu geben. Der Fragebogen dient zur Unterstützung des Arzt-Eltern-Gespräches hinsichtlich der kindlichen Entwicklung, nicht zur ärztlichen Diagnostik.</p>

Die DGSPJ unterstützt die Anwendung eines validierten Fragebogens.

Position GKV-SV/ Patientenvertretung	Position KBV
<ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Beurteilung der Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Entwicklungsstandes

- Grobmotorik:

Hüpft auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand

Größere Bälle können aufgefangen werden

Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- **Feinmotorik:**
Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich
Stifthaltung (**Pinzette**)- **Daumen-Zeigefinger-Opposition**
Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden
- **Sprache:**
Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden
Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen
- **Perzeption/ Kognition:**
Mindestens 3 Farben/ **Mengen/ Größen** werden erkannt und richtig benannt
- **Soziale/ emotionale Kompetenz:**
Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln
Ist bereit zu teilen
Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen
- **Interaktion/ Kommunikation:**
Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen.
Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern

Position GKV-SV/KBV	Position Patientenvertretung
- Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:	- Sind Sie mit der Entwicklung des Kindes zufrieden?

2. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z.B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemfrequenz
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
- d) Herz, Kreislauf

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

- Auskultation
- Herzfrequenz
- Rhythmus
- e) Abdomen, Genitale (incl. Analregion)
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Sehnenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z.B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z.B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

3.

Position GKV-SV	Position KBV	Position Patientenvertretung
Information und Beratung: <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Beratung über weitere Maßnahmen 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprohylaxe prüfen - Unfallverhütung - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung und Adipositasprävention 	Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Fluoridprohylaxe prüfen - Mundhygiene und zahnschonende Ernährung, Zahnpflege - Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (Laut- und Gebärdensprache) - Bewegung und Adipositasprävention
<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung über Impfungen/ ggf. Vorschlag eines Impftermins 		

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenen Screening gemäß Anlage 2 der bisherigen Kinder-Richtlinien

II. Screening auf Mukoviszidose gemäß Anlage 2b der bisherigen Kinder-Richtlinien

III. Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte gemäß Anlage 5 der bisherigen Kinder-Richtlinien

IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen gemäß Anlage 6 der bisherigen Kinder-Richtlinien

§ 13 Dokumentation

Zeitlich befristeter Kommentar: Die Dokumentation im Untersuchungsheft (Gelben Heft) wird beibehalten und entsprechend den Änderungen in der Richtlinie angepasst.

(1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte bei der Ärztin oder beim Arzt und im Gelben Heft gemäß der Anlage 1. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu diesen Richtlinien.

Position Patientenvertretung (zusätzlich)

Darüber hinaus wird die Teilnahme auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert. gemäß der Anlage Der Kinderarzt ist verpflichtet den Eltern einen nächsten U-Termin anzubieten
--

(2) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 2), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2b), an der Filterpapierkarte (Anlage 3) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 4) vorzunehmen, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird.

§ 14 Evaluation

Zur Evaluation spezifischer Fragestellungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, welche Dokumentationen zusätzlich erforderlich sind und in welchem Umfang diese ausgewertet werden.

Anlagen

- Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder (gemäß Anlage 1 bisherige RL)
- Anlage 2 Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (gemäß Anlage 3 bisherige RL)
- Anlage 2b Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose
- Anlage 3 Filterpapierkarte (gemäß Anlage 4 bisherige RL)
- Anlage 4 Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (gemäß Anlage 7 bisherige RL)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 24.07.2014

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Dieser Beschluss tritt mit den noch zu fassenden Beschlüssen zur Änderung der Dokumentation, Evaluation und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie mit der Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose in Kraft.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
**GESELLSCHAFT FÜR NEONATOLOGIE UND
PÄDIATRISCHE INTENSIVMEDIZIN e. V.**



www.gnpi.de

Der Präsident

Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss Methodenbewertung

Wegelystraße 8

10623 Berlin

➔ **Prof. Dr. Rolf F. Maier**
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Marburg
Baldingerstrasse
35043 Marburg
Telefon: +49 6421 58-66229
Fax: +49 6421 58-68970
Email: rolf.maier@med.uni-marburg.de

Datum: 18.09.2014

Nachrichtlich: DGKJ-Geschäftsstelle, Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin

AWMF-Geschäftsstelle, Ubiestraße 20, 40223 Düsseldorf

Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Stellungnahme der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin zum Beschlussentwurf des GBA

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie besten Dank für die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zum o. g. Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Nach eingehender Diskussion schließt sich der Vorstand der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) vom 17.09.2014 an und unterstützt und bekräftigt die darin vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen.

Darüber hinaus schlägt der Vorstand der GNPI noch folgende weitere Modifikationen vor:

Zeitraster für Frühgeborene: Nach dem vorgesehenen Zeitplan liegen die Termine für die Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U4 bei Frühgeborenen teilweise noch vor dem errechneten Geburtstermin. Dadurch sind die in der Richtlinie aufgeführten Kriterien hinsichtlich Anamnese und Untersuchungsbefunden für diese Patientengruppe nicht zutreffend. Wir empfehlen deshalb, bei extrem unreifen Frühgeborenen das Zeitraster für die ersten Vorsorgeuntersuchungen zu verschieben oder alternativ einen Vermerk im Vorsorgeheft zu hinterlegen, dass die aufgeführten Kriterien für extrem unreife Frühgeborenen nicht anwendbar sind.

Mitglieder des Vorstandes:

Präsident:

Vizepräsidentin:

Schatzmeister:

Sekretär:

Pädiatrische Beirätin:

Pädiatrischer Beirat:

Pädiatrischer Beirat:

Vertreterin der Kinderkrankenschwestern:

Past-Präsident:

Vorstands-Assistenz:

Prof. Dr. R. F. Maier, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Marburg, Baldingerstraße, 35043 Marburg

Prof. Dr. U. Felderhoff-Müser, Klinik für Kinderheilkunde I, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen

Dr. A. von der Wense, Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg

Dr. D. M. Olbertz, Klinikum Südost Rostock, Abteilung Neonatologie, Südring 81, 18059 Rostock

Prof. Dr. A. Berger, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Österreich

Prof. Dr. T. Nicolai, Univ.-Klinik München, Dr. von Haunersches Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 30337 München

Prof. Dr. C. von Schnakenburg, Klinik für Kinder und Jugendliche, Klinikum Esslingen GmbH, Hirschlandstraße 97, 73730 Esslingen

A. Völkner, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena, Kochstr. 2, 07743 Jena

Prof. Dr. E. Herting, Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, UK S-H, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Prof. Dr. C. Peter, Klinik für Neonatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover



Dokumentation des Base excess (BE): Wir empfehlen, zusätzlich zum pH auch den Base excess im Nabelarterienblut bei der U1 zu dokumentieren (analog zur Dokumentation im Mutterpass). Begründung: Für die Bewertung einer fetalen Azidose ist die Unterscheidung zwischen einer respiratorischen und einer metabolischen Ursache von Bedeutung.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Für den Vorstand der GNPI

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. F. Maier', positioned to the left of a vertical line.

Prof. Dr. med. Rolf F. Maier

Präsident der Gesellschaft für Neonatologie
und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Grieshammer, Tino

Betreff: WG: G-BA Beschlussempfehlung zu den Kinderrichtlinien: Stellungnahme der DGKJ

Von: Kieslich, Matthias [<mailto:Matthias.Kieslich@kgu.de>]

Gesendet: Dienstag, 23. September 2014 11:39

An: info

Betreff: WG: G-BA Beschlussempfehlung zu den Kinderrichtlinien: Stellungnahme der DGKJ

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

als Gesellschaft für Neuropädiatrie würden wir uns dem Votum der DGKJ anschließen und noch folgende Ergänzung einbringen:

Bei der U3 und U4 sind die Muskeleigenreflexe keineswegs durch die einzeln aufzuführenden Primitivreflexe zu ersetzen. Dies ist inhaltlich nicht korrekt.

Herzliche Grüße

Matthias Kieslich

Univ.-Prof. Dr. Matthias Kieslich
Pädiatrische Neurologie
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum der J. W. Goethe Universität
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt/Main
Tel: 069-6301-5560
Fax: 069-6301-5765

Von: "Claudia Günther, Geschäftsstelle Gesellschaft für Neuropädiatrie" [info@neuropaediatric.com]

Gesendet: Sonntag, 14. September 2014 12:15

An: Plecko Barbara; Schara, Ulrike; Matthias Kieslich

Betreff: Fwd: G-BA Beschlussempfehlung zu den Kinderrichtlinien: Stellungnahme der DGKJ

Anfang der weitergeleiteten E-Mail:

Von: DGKJ | Info <info@dgkj.de>

Datum: 4. September 2014 13:29:23 MESZ

An: hans-henning.flechtner@med.ovgu.de, bernd.tillig@vivantes.de,
udo.rolle@kgu.de, berthold.hauffa@uni-essen.de, liese_j@ukw.de,
brigitte.stiller@universitaets-herzzentrum.de, peter.moeller@klinikum.wolfsburg.de,
cfricke@werner-otto-institut.de, rolf.maier@med.uni-marburg.de,
claudia.roll@kinderklinik-datteln.de, barbara.plecko@kispi.uzh.ch,
florian.heinen@med.uni-muenchen.de, stephan.buderus@marien-hospital-bonn.de,
b.rodeck@ckos.de, peter.hoyer@uk-essen.de, hansen.gesine@mh-hannover.de,
angelika.eggert@charite.de, dominik.schneider@klinikumdo.de,
michael.borte@sanktgeorg.de, dfoell@uni-muenster.de

Anlage 4 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Kopie: info@dgkch.de, geschaeftsstelle@dgkjp.de, theisen@dgpk.org,
w.seel@dgked.de, geschaeftsstelle@dgspe.de, info@neuropaediatric.com,
Martin.Classen@klinikum-bremen-ldw.de, 'DGKJ | Olbrisch' <g.olbrisch@dgkj.de>

Betreff: G-BA Beschlussempfehlung zu den Kinderrichtlinien: Stellungnahme der DGKJ

MAILING AN DIE VOM G-BA angefragten Konventgesellschaften
für eine Stellungnahme zur Beschlussempfehlung zu den Kinderrichtlinien + weitere Schwerpunkt-/ZW-
Gesellschaften

Sehr geehrte Damen und Herren,
Sie wurden ebenso wie die DGKJ vom G-BA zur Stellungnahme zu seiner Beschlussempfehlung zu den
Kinderrichtlinien aufgefordert.
Angehängt erhalten Sie den Entwurf der Stellungnahme der DGKJ zu Ihrer Information. (Die Kommentare der DGKJ
sind rot geschrieben).
Über einige Punkte wird der DGKJ-Vorstand in seiner Sitzung nächste Woche beraten.

Wir werden den Beschlussentwurf in einem Anschreiben insgesamt begrüßen, weil er zumindest in die richtige
Richtung geht (Ausbau der Früherkennungsuntersuchungen zu Präventionsinstrumenten mit stärkerer Betonung der
psychosozialen Aspekte).

Angehängt erhalten Sie ebenso eine bei G-BA angeforderte Word-Datei zur Vereinfachung einer möglichen
Stellungnahme von Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen
Gabriele Olbrisch

Dr. Gabriele Olbrisch
- Geschäftsführung -
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0 | Fax +49 30 3087779-99
g.olbrisch@dgkj.de | www.dgkj.de

www.rettet-die-kinderstation.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Eingetragen beim Amtsgericht Berlin unter VR26463B.
Sitz des Vereins: Berlin. USt.-IdNr. 27/663/60401. Vorstand i.S.d. § 26 BGB:
Prof. Dr. Norbert Wagner, Präsident; Prof. Dr. Michael Weiß, Schatzmeister.



Geschäftsstelle DGPP, Sektion für Phoniatrie und Pädaudiologie
Univ.-Klinikum Schleswig-Holstein, Ratzeburger Allee 160, D-23562 Lübeck

An die
Geschäftsstelle der AWMF
z.H. Frau Weber

Lübeck, 17. September 2014

Nachrichtlich: An den G-BA, z.H. Frau Dr. Sybille Thomas

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) vom 23. 08. 2014 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Kinder-Richtlinien

Die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) begrüßt die Neufassung der Kinderrichtlinien und deren Anpassung an moderne medizinische Prinzipien und Prozeduren, die sie auch als in Einklang mit der „Children and Youth Version“ der „International Classification of Functioning, Disability and Health der Weltgesundheitsorganisation“ (2007) stehend empfindet.

Insbesondere begrüßen wir die Verankerung des Neugeborenenhörscreenings und diesbezüglicher Durchführungskontrollen in den Kinderrichtlinien. Als erfreulich empfinden wir auch die Ersetzung subjektiver und nicht standardisierter Hörprüfverfahren während verschiedener Kindervorsorgeuntersuchungen durch eine Screening-Audiometrie während der U8, selbst wenn sich in der diesbezüglichen Nutzenbewertung durch die dafür eingesetzte Arbeitsgruppe keine Evidenz fand. Gleichzeitig weisen wir daraufhin, dass Letztere lediglich geeignet erscheint, Hörverluste ab ca. 30-35 dB HL zu erfassen, da in der pädiatrischen Praxis schwerlich die für eine Kinderaudiometrie notwendigen Schallschutzbedingungen gewährleistet werden können. Da zudem eine pädaudiologische Expertise fehlt wie beispielsweise die Kenntnis der Vertäubungsregeln und Anwendung von

Präsident:
Prof. Dr. R. Schönweiler
c/o Sektion für
Phoniatrie und Pädaudiologie
UKSH
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck
Telefon: 0451 / 500 4751
Telefax: 0451 / 500 6792
rainer.schoenweiler@phoniatrie.
uni-luebeck.de

Schriftführer:
Prof. Dr. M. Fuchs
Sektion für
Phoniatrie und Pädaudiologie
Univ. HNO-Klinik
Liebigstraße 10-14
D-04103 Leipzig
Telefon: 0341 / 97 21 800
Telefax: 0341 / 9 72 18 09
Michael.fuchs@medizin.uni-
leipzig.de

Schatzmeister:
Univ.-Prof. Dr. P. Zorowka
Klinik für HSS
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
Telefon: 0043/512/504 232 18
Telefax: 0043/512/504 232 17
Patrick.zorowka@i-med.ac.at

Geschäftsstelle:
B. Reinecke, B.Sc.
c/o Sektion für
Phoniatrie und Pädaudiologie
UKSH
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck
Telefon: 0451 / 500 4751
Telefax: 0451 500 4595
sekretariat@dgpp.de
www.dgpp.de

Knochenleitungsmessungen, besteht die Gefahr, dass geringgradige, einseitige oder seitendiskrepante Hörstörungen übersehen werden. Deshalb regen wir – im Sinne der betroffenen Kinder, aber auch aus medikolegalen Gründen – an, dass bei jedweder Befundauffälligkeit eine Abklärung durch einen Phoniater-Pädaudiologen oder einen pädaudiologisch qualifizierten HNO-Arzt erforderlich ist. Eine solche Formulierung würden wir gern in die Neufassung der Kinderrichtlinien aufgenommen sehen, in Analogie zu den Formulierungen für das Neugeborenenhörscreening.

Bezüglich der Erkennung von Auffälligkeiten oder Störungen der kindlichen Sprachentwicklung bedauern wir die Beschränkung auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache (also spezifische Sprachentwicklungsstörungen ohne Komorbiditäten), für die es naturgemäß kein Screening geben kann. Lediglich auf Sprachentwicklungsstörungen ganz allgemein oder auf „Sprachauffälligkeiten“ kann gescreent werden. „Umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache“ sind eine Ausschlussdiagnose, die den Ausschluss von Hörstörungen und weiterer sprachentwicklungsrelevanter Komorbiditäten erfordert, was nicht durch ein Screening, sondern nur durch eine Differentialdiagnostik geleistet werden kann. Dass allerdings ein Screening auf Sprachentwicklungsstörungen allgemein oder auf „Sprachauffälligkeiten“ sogar im nichtmedizinischen Umfeld im Rahmen flächendeckender Sprachscreenings erfolgreich durchgeführt werden kann und dass bereits valide Screeninginstrumente entwickelt wurden, ist auch für Deutschland stichhaltig belegt (Neugebauer & Becker-Mrotzek et al. 2013). Daher war die Fragestellung des G-BA an das IQWiG, den Nutzen eines Screenings auf „*umschriebene* Störungen des Sprechens und der Sprache“ statt auf „Störungen des Sprechens und der Sprache *allgemein*“ zu bewerten, unglücklich gewählt und es ist bedauerlich, dass entsprechend der Neufassung der Kinder-Richtlinien dem Pädiater in seinen Vorsorgeuntersuchungen, in denen regelhaft auch der Sprachentwicklungsstatus eines Kindes beurteilt werden muss, kein anderes Instrument als die Anamnese in die Hand gegeben wird. Denn es ist seine tägliche, bei den Kindervorsorgeuntersuchungen zu beantwortende Entscheidungsfrage: Um welche Art einer Sprachauffälligkeit handelt es sich hier? Bedarf sie eher einer Therapie oder einer pädagogischen / heilpädagogischen Sprachförderung? Die Entscheidung gegen ein Sprachscreening, z. B. während der U8, ist umso schwerer vor dem Hintergrund zu verstehen, dass die U7a speziell eingeführt wurde, um Auffälligkeiten oder Störungen der kindlichen Sprachentwicklung frühzeitig identifizieren und ggf. zu intervenieren. Da andererseits der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte eine „Überdiagnose“ und „Übertherapie“ (im Dt. Ärzteblatt auch als „Wildwuchs“ bezeichnet) von Sprachauffälligkeiten im Kindesalter beklagt, wäre es eigentlich sinnvoll gewesen, den praktisch tätigen Pädiatern ein valides Sprachscreening-Instrument an die Hand zu geben. Wir hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dies am Ende doch noch berücksichtigt.

Verwunderlich ist auch der tendenziöse Tenor der Nutzenbewertung eines Screenings auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder, die sich zwar auf den diesbezüglichen IQWiG-Bericht stützt, aber wesentliche Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen der letzten Dekaden ignoriert und eigentlich Folgendes aussagt: Die Natur von Sprachentwicklungsstörungen ist nicht recht klar, die Prävalenz ist es auch nicht. Es gibt keine scharfe Definition, diagnostizieren kann man sie auch nicht sicher, und die Wirksamkeit einer Therapie ist nicht belegt. Bei diesem Fazit wundert es einen doch sehr, warum die Krankenkassen dann überhaupt Sprachdiagnostik und -therapie in großem Umfang bezahlen. Die Einführung eines Sprachscreenings, z. B. in die U8, hätte hier sicher neben einer höheren

Entscheidungssicherheit und Trennschärfe für den Arzt auch für die Krankenkassen eine Erleichterung bedeutet.

Im Folgenden nehmen wir Stellung (a) zur Neufassung der Früherkennungsuntersuchungen im Allgemeinen sowie zu (b) den Tragenden Gründen zur Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache und zu (c) denen zum Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr sowie der (d) Nutzenbewertung eines Screenings auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und (e) der eines Screenings auf erworbene Hörstörungen bei Kinder zwischen 2 Jahren und 5 Jahren (Vollendung des 6. Lebensjahres). Wir nutzen dazu auch die Expertise von Frau Prof. Katrin Neumann, die zum DGPP-Vorstand gehört und in der Arbeitsgruppe Kinderrichtlinien als Sachverständige für Sprache und Hören bei Kindern fungiert. Wir möchten zudem darum bitte, ihre Mitarbeit in der AG Kinder als bänkeübergreifend berufene Sachverständige in das Dokument „sammeldownload“, z. B. in Tab. A-3 auf S. 466 oder auf S. 473, mit aufzunehmen, um die Abbildung einer expliziten Expertise für Sprache und Hören bei Kindern und unserer Fachgesellschaft dokumentiert zu sehen.

Nachfolgend finden Sie unsere Stellungnahme zu spezifischen Inhalten:

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung und B. Früherkennungsuntersuchungen

1. S. 5, Punkt 2. b): Familienanamnese: ergänzen durch „familiäre Hörstörungen“. Das erscheint sinnvoll, da das Neugeborenenhörscreening ja idealerweise bis zum 3. Lebensstag durchgeführt sein sollte – und damit vor der U2 – und man bis dahin schon wissen sollte, ob eine familiäre Hörstörung vorliegt.
2. S. 11, Kasten „Position KBV/ Patientenvertretung (zusätzlich)“: Kontaktlächeln und Kopfwendung auf Ansprache erscheinen zu früh. Verlässliche Kopfwendungen zu Schallquellen gibt es erst ab 3.-4. Lebensmonat. Dafür gibt es ausreichend Belege in der Literatur.

S. 11, Tabelle unter „Zur Beobachtung der Interaktion“, Position KBV „Das Kind reagiert ausgeglichen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.“: Das Wort „ausgeglichen“ sollte durch „angemessen“ ersetzt werden. Dasselbe gilt für den gleichen Satz in den entsprechenden Kästen auf S. 14, S. 18 und S.21.
3. S. 14, oben: Item „Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.“ Unglücklich formuliertes Item, auch wenn es aus einer validierten Entwicklungsskala stammt. Es müsste heißen „Schallquellen zu lokalisieren“. Geräusche sind nur ein möglicher Schall; es gibt auch Klänge und Töne. Und es müssen keine bekannten Geräusche sein. Neue Schalle erzeugen im kindlichen Hirn viel stärkere Antworten. Es kommt auf die erwartete oder erfahrene Relevanz des Schalls an.
4. S. 16 und 23, jeweilige Tabellen unter 3.: Kritisch erscheinen die Items zur Sprachberatung, insbesondere in der U4 (s. 16) und der U6 (S. 23). Was wird da beraten? Das jeweilige Item erscheint wie eine Blackbox. Es wäre angemessen, das Wort Sprachberatung mit Inhalten zu füllen wie: Kommunikation mit dem Kind in der

Muttersprache. Responsivität und Reziprozität zur Förderung von präverbaler Entwicklung und Bindungsverhalten. Es sollte bereits hier auch auf die wichtige Rolle der Literacy (Wertigkeit von Buch und Schrift in der Familie) und des narrativen Vorlesens hingewiesen werden.

5. S. 17, Mitte (U5): Item „Rhythmische Silbenketten (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)“. Äußerst unglücklich formuliertes Beispiel, auch wenn es aus einer validierten Entwicklungsskala stammt, da es reduplizierendes Babbeln (Doppelsilben) bringt. Die kommen in dem Alter (U5) noch nicht regelhaft, ja nicht einmal bei den meisten Kindern (schon gar nicht als 90. bis 95. Perzentil) vor, wobei rhythmische Silbenketten in dem Alter durchaus erworben sind. Man versteht dann auch nicht den Unterschied zu den Items „Spontane Äußerung von längeren Silbenketten“ und „Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da)“ auf S. 20 (U6)
6. S. 20 unten, Item „Produziert Doppelsilben (z.B. ba-ba, da-da)“: Diese Item ist korrekt. Aber wo ist der Unterschied zur U5? Auch dort wird im Beispiel ein reduplizierendes Babbeln angegeben, was nicht korrekt ist. Das 95. Perzentil für diese Leistungen haben Kinder erst im Alter der U6 (also hier) erreicht und nicht bereits im Alter der U5.
7. S. 21, 5. Zeile: „Becher“ statt „Bescher“
8. S. 22, h) Mundhöhle, Kiefer, Nase, Item „Behinderte Nasenatmung“: ergänzen durch „, Schnarchen“
9. S. 23, 28 und 30: Wird der Stridor, der als Item in allen vorherigen Us vorkam, wirklich noch als Extra-Item für die U6 (21.-24. Lebensmonat) bzw. die U7a (34.-36. Lebensmonat) und die U8 (46.-48. Lebensmonat) benötigt? Wenn, wäre er ja auffällig und z. B. auf ein Asthma bronchiale oder einen Pseudokrapp hinweisend. Muss der Arzt wirklich daran erinnert werden, ihn zu bemerken?
10. S.26, Position der KBV zu den Items Speichelfluss, Schnarchen, auffälliger Stimmklang: wird von der DGPP unterstützt.
11. S. 26 und S. 29, jeweils Item Sprachberatung in Tabelle 3., Positionen der KBV und der Patientenvertretung: Was genau wird hier beraten? Hier sollten vor allem die Inhalte des Heidelberger Elterntrainings beraten werden, die bestens validiert und als hocheffektiv belegt sind (Buschmann et al. 2008). Wenn beraten werden soll, dass die Kinder sowohl in ihrer Muttersprache gefördert werden sollen als auch in der deutschen Sprache (falls nicht monolingual aufwachsend), sollte auch Beratungsinhalt sein, dass bei Migrationshintergrund die Deutschsprachkenntnisse der Mutter verbessert werden sollen, z. B. in Kursen ("Wann hat die Mutter Deutsch sprechen gelernt?" und "Wann hat die Mutter Deutsch lesen und schreiben gelernt"? sind die besten Prädiktoren für den Deutschsprachzuwachs der Kinder mit Migrationshintergrund im hessischen Kindersprachscreening KiSS.2). Auch sollte in der U7a (s.29) bereits mit Blick auf den späteren Schulerfolg auf die Förderung der deutschen Verkehrssprache hingearbeitet werden (z. B. durch rechtzeitigen Besuch von Kindertagesstätten). Es bedarf eigentlich nur noch in Ausnahmefällen des explizite Rats, das Kind in der (nicht-deutschen) Muttersprache zu fördern, selbst wenn das Kind darin schlecht ist, sondern es muss in der Verkehrssprache voran kommen, sonst hat es schlechte Voraussetzungen für Schulerfolg und Sozialkontakte. Die meisten Kinder

sprechen ab Kindergartenbesuch mehr und lieber Deutsch als ihre Muttersprache. Beraten werden sollte auch zur wichtigen Rolle der Literacy und des narrativen Vorlesens.

12. S. 26, U7a: Item „Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten“: ergänzen durch „, z.B. der Sprachentwicklung“, da wichtig in diesem Alter
13. S. 27 und S. 30, jeweils Tabelle unter a), Items: Die Position der KBV zu den Items „Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?“, „Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?“, „Stottert ihr Kind?“ wird durch die DGPP unterstützt. Sie ist präziser als die der GKV-SV auf S. 30. Jedes Item ist validiert (Neumann & Euler, 2009).
14. S. 30, unten, Item „Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben.“: Unglücklich formuliertes Item, auch wenn es aus einer validierten Entwicklungsskala stammt. Es sollte heißen „...zeitlichem Ablauf und logischem Zusammenhang“.
15. S. 32, Tabelle unter g): DGPP: unterstützt die Position der KBV bezüglich der Items „Kieferanomalien“ und „Schnarchen“
16. S. 32: Zur Screeningaudiometrie ggf. den Zusatz bringen, dass nur Hörstörungen ab 35 dB sicher identifiziert werden (ähnlich wie im Neugeborenenhörscreening), vor allem, da die Schallschutzbedingungen in kinderärztlichen Praxen nicht eingehalten werden können.
17. S. 32 und 35, jeweilige Tabelle unter 3., Item Sprachberatung“, zu den Positionen der KBV und der Patientenvertretung: Was genau wird hier beraten? Wenn beraten werden soll, dass die Kinder sowohl in ihrer Muttersprache gefördert werden sollen als auch in der deutschen Sprache (falls nicht monolingual aufwachsend), sollte auch Beratungsinhalt sein, dass bei Migrationshintergrund die Deutschsprachkenntnisse der Mutter verbessert werden sollen, z. B. in Kursen. Hier sollte auch, mit Blick auf den späteren Schulerfolg, nicht mehr die Förderung der (nicht-deutschen) Muttersprache im Vordergrund stehen, sondern die in der deutschen Verkehrssprache (z. B. durch Besuch von Kindertagesstätten, Sportvereinen, Musikschulen). Es bedarf eigentlich nur noch in Ausnahmefällen des explizite Rats, das Kind in der (nicht-deutschen) Muttersprache zu fördern, selbst wenn das Kind darin schlecht ist, sondern es muss in der Verkehrssprache voran kommen, sonst hat es schlechte Voraussetzungen für Schulerfolg und Sozialkontakte. Beraten werden sollte auch zur wichtigen Rolle der Literacy und des narrativen Vorlesens.
18. S. 32, Item "Medienberatung (TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)", Positionen der KBV und der Patientenvertreter: Dieses Item sollte bzgl. seiner Evidenz für eine Schädigung zumindest kritisch überdacht, evtl. weggelassen werden.
19. S. 33, Tabelle unter a), Position der GKV-SV zu Redeflussstörungen: Bitte dieselben Items nehmen wie von der KBV für die U7, U7a und U8 vorgeschlagen: "Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?", "Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?", "Stottert ihr Kind?"

Tragende Gründe, Punkt 2.1.1, Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache (S. 42)

und

Nutzenbewertung eines Screenings auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (S. 58-70)

Zu diesem Thema hatte die Sachverständige für Sprache und Hören bei Kindern, Frau Prof. Katrin Neumann, die Mitglied des DGPP-Vorstandes ist, eine Reihe von Updates zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten eingebracht, die nicht berücksichtigt werden konnten, einerseits auf Grund dissenter Positionierungen, andererseits wegen der Nichtaufnahmemöglichkeit neuer Inhalte, nachdem der Berichtserstattungszeitraum abgeschlossen war. Dieser umfasste den Zeitraum bis zum Abschluss der IQWiG-Berichte, auf den sich der Text der „Tragenden Gründe“ hier bezieht. Für eine mögliche Noch-Einbeziehung oder eine künftige Berücksichtigung werden nachfolgend die durch die Sachverständige eingebrachten Positionen aufgeführt.

Diese sind, wo sie sich auf den Text direkt beziehen, als Textkommentare im Dokument „sammeldownload...Stellungnahme DGPP“ enthalten und dort, wo sie Zusammenfassungen oder Updates betreffen, nachfolgend aufgeführt. Eine längere Passage findet sich auch im Text der Nutzenbewertung des Dokuments „sammeldownload...Stellungnahme DGPP“, findet sich aber hier zur besseren Verständlichkeit noch einmal mit niedergeschrieben. Da sich die Aussagen und Argumentationen der „Tragenden Gründe“ und der Nutzenbewertung gleichen, wird hier nur auf die ausführlichere Nutzenbewertung eingegangen.

Update zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten

Eine Sprachentwicklungsstörung (SES) liegt bei erheblichen zeitlichen und inhaltlichen Abweichungen nach unten von der normalen Sprachentwicklung im Kindesalter vor. Die Abweichungen können Sprachproduktion und/oder Sprachverständnis auf einer oder mehreren linguistischen Ebenen (phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantisch, morphologisch-syntaktisch, pragmatisch-kommunikativ) betreffen. Von SES abzugrenzen sind weitere, während der kindlichen Entwicklung auftretende sprachassoziierte Probleme, die keinen Krankheitscharakter haben. Solche sind umgebungsbedingte sprachliche Auffälligkeiten z. B. bei sozial deprivierten Kindern, Zwillingskindern, die viel auf sich allein gestellt sind und Kindern aus bildungsfernen sozialen Schichten, aber auch ein unzureichender Erwerb der Verkehrssprache Deutsch bei Mehrsprachigkeit (de Langen Müller et al. 2011, Neumann et al. 2008, 2009). Als umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS) wird die Teilmenge der SES bezeichnet, bei denen Komorbiditäten ausgeschlossen sind und monosymptomatisch nur die Sprachentwicklungsstörung vorliegt.

Durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie die interdisziplinäre Sk2-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen, unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen veröffentlicht (de Langen-Müller et al. 2011, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf). Diese erst im Dezember 2011 und damit nach der Fertigstellung des IQWiG-Abschlussberichts publizierte

Leitlinie, wurde ebenfalls vom G-BA gesichtet. Sie empfiehlt im Rahmen der Diagnostik die Anamnese durch die Befragung der Eltern, die Beobachtung des Kindes und die klinische Einschätzung der sprachlichen Leistungen des Kindes. Die Bestimmung des Sprachentwicklungsstandes über verschiedene Sprachentwicklungstests und die differenzialdiagnostische Abklärung der nonverbalen Intelligenz gehören zum diagnostischen Vorgehen. Auch der Ausschluss einer Hörstörung und eine entwicklungsneurologische Untersuchung sind notwendig. Ein EEG wird nur bei ausgeprägter rezeptiver Störung, bei fehlendem Therapiefortschritt und bei Entwicklungsrückschritten gefordert.

Diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer UESS (F80.1 und 80.2) sind entsprechend dieser Leitlinie und in Anlehnung an die ICD-10 (Dilling et al. 2008):

1. Die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm des Kindes.
2. Die durch strukturierter Verhaltensbeobachtung und linguistischer Analysen erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen bedeutsam unterhalb der Fähigkeiten der Altersgruppe. (Anmerkung: Das doppelte Diskrepanzkriterium mit Einbezug des IQ wird bei Kindern im Vorschulalter der Praxis häufig nicht gerecht und daher kritisch diskutiert. Einem Kind mit einem niedrigen IQ und einer mit kognitiven Störungen assoziierten SES eine Therapie vorzuenthalten, ist im Vorschulalter nicht zu empfehlen, da bei diesen Kindern dieser Altersgruppe zumindest ein Behandlungsversuch unternommen werden sollte, auch, um späteren Vorwürfen einer „verpassten Chance“ vorzubeugen.)
3. Verwendung und Verständnis nonverbaler Kommunikation liegen innerhalb der Altersnorm.
4. Normalitätsannahme: Es fehlen neurologische, sensorische, emotionale, soziale oder körperliche Störungen, die die Sprachproblematik erklären können. Eine Intelligenzminderung (IQ <85, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) besteht nicht.

In der ICD-10 (Dilling et al. 2008) wird zusätzlich das sog. doppelte Diskrepanzkriterium zwischen den kognitiven und den sprachlichen Leistungen definiert: Bei einer UESS liegen Sprachverständnis und/oder Sprachproduktion des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus. Die Intelligenz ist zumindest durchschnittlich (IQ >84) (s. o. Kriterien 1 und 4), gleichzeitig liegen die rezeptiven/expressiven sprachlichen Leistungen 1 bis 1,5 Standardabweichungen unterhalb des nonverbalen IQ. Diskrepanzkriterien werden hinsichtlich ihres klinischen Nutzens allerdings in der Literatur als problematisch angesehen und wurden daher in den o.g. Leitlinien nicht berücksichtigt.

Reine Aussprachestörungen, die die größte Störungsgruppe unter den kindlichen Kommunikationsstörungen bilden (Broomfield & Dodd, 2004) und in der ICD-10 als Artikulationsstörungen (F80.0) bezeichnet, beinhalten sowohl phonetische als auch phonologische Störungen, isoliert oder in Kombination. Sie nehmen eine Zwischenstellung zwischen UESS und anderweitigen Defiziten im primären Spracherwerb ein, da einige dieser Störungen zu den UESS zählen, andere nicht. Isolierte phonetische Störungen, d.h. die mangelnde Fähigkeit, einen Laut altersgemäß peripher sprechmotorisch zu bilden (Artikulationsstörungen) gehören nicht zu den UESS, da sie keine gravierenden Erwerbsstörungen des Sprachsystems darstellen, sprachliche Fertigkeiten im Normbereich voraussetzen und eine andere Ätiologie, Therapierbarkeit und Prognose als UESS zeigen. Phonetische Störungen treten auch im Zusammenhang mit Komorbiditäten auf, z. B. bei Spaltbildungen und Hochtönenverlust. Bei phonologischen Störungen, die immer zu den UESS

zählen, ebenso bei phonetisch-phonologischen Störungen kann der Sprachlaut nicht adäquat im sprachlichen Kontext eingesetzt werden.

UESS beinhalten nach der ICD-10 auch auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS), die nicht zu den UESS gezählt werden dürfen, da sie ein eigenständiges Störungsbild darstellen. UESS können mit AVWS assoziiert sein; in diesem Falle komplizieren sich beide Störungsbilder.

Epidemiologie von Sprachentwicklungsstörungen

Die Prävalenz von UESS im Kindesalter wird für den angloamerikanischen Sprachraum nach den ICD-Kriterien mit 5% bis 7% angegeben (American Psychiatric Association's DSM-IV, 1994; Tomblin et al., 1997) und auch für den deutsche Sprachraum so erwartet, auch wenn hier uneinheitliche Angaben und Klassifikationskriterien existieren (Kiese-Himmel, 1999, 2008; von Suchodoletz, 2003). Für den angelsächsischen Sprachraum werden für Sprachentwicklungsstörungen allgemein Prävalenzen zwischen 3 % und 15 % berichtet (Canning & Lyon 1989; Thomson & Polnay 2002), am häufigsten zwischen 6 % und 8 %. Schwere Störungen sollen bei etwa 1 % der Kinder auftreten. Das Geschlechterverhältnis wird zumeist mit 1.3:1 bis 3:1 zu Ungunsten der Jungen angegeben (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders 2008; Shriberg et al. 1999; Tallal et al. 2001; Thomson & Polnay 2002, Tomblin et al. 1997). In einem systematischen Übersichtsartikel von Stromswold (1998) bewegten sich die Angaben zwischen 1.3:1 und 5.9:1.

Für Deutschland liegen zur Ermittlung der Prävalenz von SES nur lokale oder regionale Untersuchungen vor, häufig basierend auf Erhebungen aus Kindergärten und Schulen. Insgesamt werden aber in Abhängigkeit vom Erhebungsverfahren und der Definition auch hier Prävalenzen mit 6 % und 15 % angegeben (Sachse 2005; Tröster & Reineke 2007). May (1990, zit. n. Tröster & Reineke 2007, 172) fand bei 15,1 % der 4-bis 6-jährigen Sprachstörungen, darunter 13,3 % mit Artikulationsstörungen. Grimm et al. (2004) gaben für 1490 monolingual Deutsch aufwachsende Kinder eine Inzidenz von 9,7% SES und 19,8 % Verdachtskinder an.

Verlauf von Sprachentwicklungsstörungen

Sprachentwicklungsstörungen allgemein und damit auch UESS stellen ein Langzeitproblem für die Betroffenen dar (Conti-Ramsden & Botting, 1999). Sie beeinträchtigen die schulische und Gesamtentwicklung eines Kindes nachhaltig, bilden sich ohne Intervention meist nicht vollständig zurück und bedürfen einer fachspezifischen Diagnostik und Behandlung. Etwa 40-80 % der Kinder, die im Vorschulalter mit einer UESS diagnostiziert wurden, weisen auch 4-5 Jahre später noch Symptome auf (Aram & Nation, 1980; Aram et al., 1984; Kiese-Himmel, 1997; Kiese-Himmel & Kruse, 1998; Stark et al., 1984). 40% bis 75% der Kinder mit UESS haben später Probleme im Schriftspracherwerb. UESS-Symptome können den Schul- und beruflichen Werdegang negativ beeinflussen (Conti-Ramsden et al., 2008a, b; Durkin et al., 2008) und bis ins Erwachsenenalter persistieren. Restdefekte bei behandelten und unbehandelten UESS wurden bis zu 28 Jahre nach Erstdiagnose nachgewiesen (Felsenfeld et al., 1992, 1994).

Orientiert man sich an den Grenzsteinen der kindlichen Sprachentwicklung (de Langen-Müller et al. 2011) und an den seriös berichteten Prävalenzzahlen von 5-8% von UESS (s. u.), so sind die o.g. statistischen Kriterien geeignet, die mit Sprachtests ermittelten Fertigkeiten auf den einzelnen linguistischen Ebenen zu erfassen und Überdiagnose und Übertherapie zu

vermeiden. Nach testkonstruktiven Kriterien erstellte Sprachtests mit belegten Gütekriterien liegen im deutschen Sprachraum in ausreichendem Maße vor. Damit bestehen Goldstandards für die meisten zu erwerbenden linguistischen Fertigkeiten (Wortschatz und Grammatik auf produktiver und rezeptiver Ebene) und bemessen sich lediglich im Bereich phonologischer Störungen vor allem an qualitativen Kriterien. Allerdings ist ihre strenge Anwendung im klinischen Alltag einzufordern. Eine gute Übereinstimmung zwischen Expertenbewertungen kann erreicht werden durch die Bildung eines Konsensurteils basierend auf den Testwerten streng algorithmisierter, validierter Referenztests, die testkonstruktiv geforderte Gütekriterien erfüllen, und (Video-)Audioaufnahmen sowie prävalenzbasierte Vorgaben von Grundraten (Auffälligkeitsraten) (Neumann et al. 2011, Neumann & Euler, 2009, 2010a,b).

Bewertung von Früherkennungsuntersuchungen auf Sprachentwicklungsstörungen und Sprachentwicklungsauffälligkeiten im Kindergarten- und Vorschulalter

In der Beauftragung des IWQIG, den Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache zu bewerten, liegt eine grundlegende Schwachstelle, die maßgeblich das Ergebnis des IQWiG-Berichts und damit das oben dargestellte Fazit prägt. Ein Sprachscreening kann lediglich Sprachentwicklungsstörungen (SES) allgemein identifizieren, nicht aber umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (UESS), die eine Teilmenge der SES darstellt. UESS sind eine Ausschlussdiagnose, die erst dann gestellt werden kann, wenn sprachrelevante Komorbiditäten ausgeschlossen sind. Als solche gelten nach der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO): (a) Intelligenzminderungen (F70-F79), (b) Hörstörungen (H90-H91; F80.20), (c) andere Sinnes- und Mehrfachbehinderungen, (d) tiefgreifende Entwicklungsstörungen, z. B. Autismus (F84.0-F84.1), (e) Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.-), z. B. selektiver Mutismus (F94.0), (f) sprachentwicklungsrelevante Syndrome und (g) Störungen der motorischen Funktionen (F82.-). Die Komorbiditäten werden mit F80.9 und mit der Grund- bzw. zusätzlichen Erkrankung oder Störung kodiert (Neumann et al., 2008, 2009). Der Ausschluss dieser Komorbiditäten kann allerdings nicht Ergebnis eines Screenings sein, sondern bedarf einer dezidierten fachärztlichen Diagnostik. Oft sind Komorbiditäten nämlich nicht offensichtlich, z. B. Hörstörungen (daher beinhaltet ein logopädisches Rezeptformular auch ein Audiogramm, und jede logopädische Behandlung einer SES bedarf einer vorherigen audiometrischen Untersuchung).

Der G-BA-Auftrag hätte ein Screening auf Sprachentwicklungsstörungen allgemein beinhalten sollen. Sinnvoll wäre auch die Untersuchung eines Screenings auf Sprachentwicklungsauffälligkeiten gewesen, da dies die Fragestellung ist, die sich dem Pädiater in den Vorsorgeuntersuchungen stellt und seine Interventionsentscheidungen beeinflusst. Diese Unterscheidung in sprachlich regelrecht entwickelte und sprachlich auffällige Kinder lässt sich valide in verschiedenen deutschsprachigen Kurzttests treffen: KiSS.2 (Neumann 2010a,b, 2013, (DESK 3-6, Tröster et al. 2004), HASE (Brunner & Schöler, 2002), SSV (Grimm, 2003) (Neumann et al. 2011; Neugebauer & Becker-Mrotzek et al. 2013).

Mit dem KiSS.2 steht ein in Hessen flächendeckend eingesetztes Screening zur Verfügung, das im Alter der U8 mit hohen Validitätswerten zwischen (a) sprachlich normal entwickelten Kindern, (b) Kindern mit umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten (mangelhafte Sprachanregung oder Kinder mit Migrationshintergrund und unzureichendem Erwerb der Verkehrssprache Deutsch) und (c) Kindern mit Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung

trennt. Hierzu liegen belastbare Daten und Vierfeldertafeln vor (Neumann 2013, Mrowinski et al. 2013). Kinder der Gruppe (b) benötigen eine pädagogische Sprachförderung, Kinder der Gruppe (c) eine umfangreiche Sprachentwicklungsdiagnostik und bei Bestätigung der Verdachtsdiagnose eine medizinische Intervention. Ein solches Screening würde in der Altersklasse, in der die meisten Sprachtherapien verordnet werden, dem Pädiater in der Vorsorgeuntersuchung als wertvolle Entscheidungshilfe dienen. Er muss diese Entscheidung ansonsten ohnehin treffen, ungeachtet all der vom IQWiG-Bericht aufgeführten unsicheren Parameter, was zur Verunsicherung vieler Pädiater und zu Überdiagnose und Übertherapie führt.

Für die anderen oben genannten Verfahren müsste die Trennung zwischen Gruppen (b) und (c) entweder durch den Einsatz weiterer Tests getroffen werden, oder eine Zuweisung zur medizinischen Abklärung müsste nach nicht eingetretenem Sprachfördererfolg erfolgen.

Literatur

American Psychiatric Association. (1994). American Psychiatric Association's DSM-IV: Diagnostic and statistical manual (4. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Aram, D. M., Ekelman, B. L. & Nation, J. E. (1984). Preschoolers with language disorders: 10 years later. *Journal of Speech and Language Research*, 27, 232–244.

Aram, D. M. & Nation, J. E. (1980). Preschool language disorders and subsequent language and academic difficulties. *Journal of Communication Disorders*, 13, 159–170.

Broomfield, J. & Dodd, B. (2004). Children with speech and language disability: caseload characteristics. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 303–324.

Brunner, M. & Schöler, H. (2002). HASE – Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung. Wertingen: Westra.

Canning, P. M. & Lyon, M. E. (1989). Young Children with Special Needs: Prevalence and Implications in Nova Scotia. *Canadian Journal of Education*, 14, 368–380.

Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (1999). Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1195–1204.

Conti-Ramsden, G., Durkin, K., Simkin, Z. & Knox, E. (2008a). Specific language impairment and school outcomes. I: Identifying and explaining variability at the end of compulsory education. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 7, 1–21.

Conti-Ramsden, G., Durkin, K., Simkin, Z. & Knox, E. (2008b). Specific language impairment and school outcomes. II: Educational context, student satisfaction, and post-compulsory progress. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 7, 1–20.

de Langen-Müller U, Kiese-Himmel C, Neumann K, Noterdaeme M, Kauschke C (2011) Interdisziplinäre S2k-Leitlinie Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). AWMF-Registernummer 049/006, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-006.html>, gelesen am 06. 03. 2014

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 6. Aufl. Bern: Hans Huber.

Durkin, K., Wadman, R. & Conti-Ramsden, G. (2008). Self-esteem, shyness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 938–952.

Felsenfeld, S., Broen, P. A. & McGue, M. (1992). A 28-year-follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: linguistic and personality results. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1114–1125.

Felsenfeld, S., Broen, P. A. & McGue, M. (1994). A 28-year follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: educational and occupational results. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1341–1353.

Grimm, H. (2003). *Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)*. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, H., Aktas, M., Jungmann, T., Peglow, S., Stahn, D. & Wolter, E. (2004). Sprachscreening im Vorschulalter: Wie viele Kinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? *Frühförderung Interdisziplinär*, 23, 108–117.

Kiese-Himmel, C. (1997). Sprachentwicklungsgestörte Kinder im Vorschulalter: knapp 4 Jahre später. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 25, 73–81.

Kiese-Himmel, C. (1999). Ein Jahrhundert Forschung zur gestörten Sprachentwicklung. *Sprache – Stimme – Gehör*, 23, 128–137.

Kiese-Himmel, C. (2008). Entwicklung sprach- und kommunikationsgestörter Kinder, am Beispiel von „Late Talkers“ sowie Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. In M. Hasselhorn & R. K. Silbereisen (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kindesalters (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C: Theorie und Forschung. Serie V: Entwicklungspsychologie, Band 4, S. 693–730)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Kiese-Himmel, C. & Kruse, E. (1998). A follow-up report of German kindergarten children and preschoolers with expressive developmental language disorders. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 23, 69–77.

Neugebauer, U., & Becker-Mrotzek, M. (2013). *Die Qualität von Sprachstandsverfahren im Elementarbereich. Eine Analyse und Bewertung*. Köln: Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2008). Statistics on voice, speech, and language. Gelesen unter <http://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/vsl.asp>

Neumann K, Holler-Zittlau I, van Minnen S, Sick U, Zaretsky Y, Euler HA (2011) Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung (2011). Sensitivität-Spezifität des Kindersprachscreenings (KiSS). *HNO (eHNO)* 59, 97-109.

Neumann K, Keilmann A, Kiese-Himmel C, Rosenfeld J, Schönweiler R (2008) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. In: AWMF Leitlinien-Register. Gelesen am 06. 03. 2014 unter <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/049-006.htm>

Neumann K, Keilmann A, Rosenfeld J, Schönweiler R, Zaretsky Y, Kiese-Himmel C (2009) Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern (gekürzte Fassung). *Kindheit und Entwicklung*, 18, 222-231.

Neumann, K, de Langen-Müller U, Noterdaeme M, Kauschke C, Kiese-Himmel C (2013) Diagnostik von (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen. In S. Wirth, U. Creutzig, W. Kiess, R. Krauspe, B. Lawrenz, T. Mandel, H.-J. Mentzel, T. Niehues, H. Ott, C. F. Poets, U. Querfeld, P. Schmitzenbecher, R. Trollmann, J. Weil, K.-P. Zimmer (Hrsg.). Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin. (Q21., S. 1-24). München: Elsevier, Urban & Fischer. ISBN: 978-3-437-22379-2

Neumann, K. & Euler, H. A. (2009) Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2008. Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main.

Neumann, K. & Euler, H. A. (2010a) Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht an das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit für das Jahr 2009. Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main.

Neumann K & Euler HA (2010b) Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Studienlage zum Sprachstandserfassungsverfahren für vier- bis viereinhalbjährige Kinder Kindersprachscreening, Version 2 (KiSS.2) Frankfurt am Main: Universitätsklinikum Frankfurt am Main.

Neumann, K. (2013). Schlussbericht zum BMBF-Vorhaben „Ein Screening-Verfahren zur flächendeckenden Erfassung des Sprachstandes vier- bis viereinhalbjähriger Kinder. Optimierung, Validierung, Erweiterung, elektrophysiologische Fundierung“, Förderkennzeichen: DLR 01GJ0982. Bochum: Universitätsklinikum

Sachse, S. (2005). Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), Früherkennung von Entwicklungsstörungen (S. 155–189). Göttingen: Hogrefe.

Shriberg, L. D., Tomblin, J. B. & McSweeney, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1461–1481.

Stark, R. E., Bernstein, L. E., Condino, R., Bender, M., Tallal P. & Carts, H. (1984). Four-year follow-up study of language impaired children. *Annals of Dyslexia*, 34, 49–68.

Stark, R. E., Bernstein, L. E., Condino, R., Bender, M., Tallal P. & Carts, H. (1984). Four-year follow-up study of language impaired children. *Annals of Dyslexia*, 34, 49–68.

Stromswold, K. (1998). Genetics of spoken language disorders. *Human Biology*, 70, 293–320.

Tallal, P., Hirsch, L. S., Realpe-Bonilla, T., Miller, S., Brzustowicz, L. M., Bartlett, C. & Flax, J. F. (2001). Familial aggregation in specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 1172–1182.

Thomson, C. & Polnay, L. (Eds.) (2002). *Community paediatrics* (3. ed.). Edinburgh: Elsevier.

Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245–1260.

Tröster, H. & Reineke, D. (2004). DESK 3-6. Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten. Göttingen: Hogrefe.

Tröster, H. & Reineke, D. (2007). Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 171-179.

von Suchodoletz, W. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Monatsschrift Kinderheilkunde, 151, 31–37.

Tragende Gründe, Punkt 2.1.2, Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (S.43)

und

Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen bei Kinder zwischen 2 Jahren und 5 Jahren (Vollendung des 6. Lebensjahres) (S. 407-422)

Auch zu diesem Punkt hatte die Sachverständige für Sprache und Hören bei Kindern, Frau Prof. Katrin Neumann, die Mitglied des DGPP-Vorstandes ist, eine Reihe von Updates zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten eingebracht, die nicht berücksichtigt werden konnten, einerseits auf Grund dissenter Positionierungen, andererseits wegen der Nichtaufnahmemöglichkeit neuer Inhalte, nachdem der Berichtserstattungszeitraum abgeschlossen war. Dieser umfasste den Zeitraum bis zum Abschluss einer Literaturrecherche durch die Arbeitsgruppe Kinderrichtlinien. Die Sachverständige wurde erst gegen Ende der Erarbeitung der Literaturrecherche berufen. Für eine mögliche Noch-Einbeziehung oder eine künftige Berücksichtigung werden nachfolgend die durch die Sachverständige eingebrachten Positionen aufgeführt.

Diese sind, wo sie sich auf den Text direkt beziehen, als Textkommentare im Dokument „sammeldownload...Stellungnahme DGPP“ enthalten und dort, wo sie Zusammenfassungen oder Updates betreffen, nachfolgend aufgeführt. Da sich die Aussagen und Argumentationen der Tragenden Gründe und der Nutzenbewertung gleichen, wird hier nur auf die ausführlichere Nutzenbewertung eingegangen.

S. 417, Satz „In diesem Zusammenhang werden Angaben zur Prävalenz von beidseitigen permanenten Hörstörungen > 40dB gemacht: 1,27/1.000 (95%-KI: 1,03; 1,49) sind angeborene Hörstörungen (davon 18% mit progredienten Verlauf), 0,22/1.000 (95%-KI: 0,13; 0,32) sind erworben bzw. haben sich erst später entwickelt.“: Hier wird folgende Ergänzung empfohlen: „Für alle Hörstörungen, einschließlich der geringgradigen und unilateralen, wird die Prävalenz mit 3,49 pro Tausend angegeben, von denen 1,89 pro Tausend nach dem Neugeborenenhörscreening identifiziert wurden. Der *yield* eines Einschulungshörscreenings war durch die Einführung eines Neugeborenenhörscreenings von 1.11 pro Tausend auf etwa 0,34 pro Tausend gefallen.“

S. 417, Satzfragment „Ohne universelles Neugeborenen-Hörscreening wurden bei einem SES 1,11 minpro 1.000“: unvollständiger Satz; sollte wahrscheinlich komplett entfernt werden.

S. 419, Antwort auf Frage 3: Ergänzungsvorschlag: Ein Screening auf eine Otitis media mit Erguss würde immer nur eine Momentaufnahme der wechselnden Mittelohrzustände und ggf. damit zusammenhängenden Hörstörungen bei dem meist passageren Störungsbild liefern und daher eine schlechte Validitätswerte aufweisen.

S. 420, Antwort auf Frage 4: Ergänzungsvorschlag: Zu beachten ist zudem, dass die Tympanometrie eine Mittelohrfunktionsprüfung und keine Hörprüfung ist und nur mäßig mit schwellenaudiometrischen Tests und schlecht mit TEOAE-Messungen korreliert (Nozza et al. 1997). Auch die Sensitivitäts- und Spezifitätswerte der Vorhersage von Paukenergüssen durch Tympanogramme vom Typ B nach *Jerger* sind mit Werten um 80% als eher mäßig zu bewerten

(Fishpool et al. 2009, Liu et al. 2008). Nach Einlage von Paukenröhrchen ist die Tympanometrie nicht durchführbar.

S. 420, Satz: „Ob ein geringgradiger Hörverlust die Entwicklung des Kindes beeinträchtigt ist unklar.“: Dieser Satz ist inhaltlich nicht richtig und sollte ersetzt werden durch „Aber auch ein geringergradiger Hörverlust kann die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (Bess et al. 1998).“

S. 421, Satz „Dieses Ergebnis wird durch die identifizierten Übersichtsarbeiten und evidenzbasierte Leitlinie bestätigt.“: Welche evidenzbasierte Leitlinie soll das sein, die Fragestellung nach dem Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen beantwortet? Eine solche ist uns nicht bekannt. Bitte benennen Sie diese hier.

S. 421, Satz „Daraus kann nicht geschlossen werden, dass es keinen Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen im Vorschulalter gibt.“: Dieser Satz müsste unserer Auffassung nach lauten: „Es kann also nicht geschlossen werden, dass es keinen Nutzen eines Screenings auf erworbene Hörstörungen im Vorschulalter gibt, sondern dieser bemisst sich an der Frage, von welchem yield an ein solches Hörscreening als sinnvoll und effektiv angesehen wird.“

Ergänzungsvorschlag: „Allerdings zeigten Bamford et al., dass auch nach Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings eine Audiometrie bei Kindern im Alter von 5 – 6 Jahren einen yield von 0,34/1000 ergibt, d. h. bei einer Untersuchung von 10.000 Kinder werden 3 – 4 Kinder mit permanenten Hörstörungen (> 20 dB) identifiziert.“

S. 421, Satz „In den zwei Publikationen zum populationsbasierten Screening auf Otitis media mit Erguss wird aufgrund der Datenlage die Einführung eines Screenings explizit nicht empfohlen.“: Ergänzungsvorschlag nach „Screenings“: „auf dieses Störungsbild“

S. 421, Satz „Bamford et al. haben sich primär...“: Ergänzungsvorschlag nach „Bamford“: (2007)

Update zum neusten Wissensstand sowie Ergänzung und Präzisierung von Textinhalten

Late-onset- und *progrediente* Hörstörungen machen 20->30% kindlicher permanenter Hörstörungen aus (Fortnum et. al 2001, Bamford et al 2007, Watkin & Baldwin 2011). Das Gros der Hörstörungen vom zweiten Lebenshalbjahr bis ins Vorschulalter entsteht als erworbene, meist *passagere* Hörstörung infolge von Mittelohrbelüftungsproblemen und Mittelohrentzündungen mit resultierenden Paukenergüssen und/oder chronischen Mittelohrentzündungen, die zu Schalleitungsstörungen führen. Bei tympanalem Unterdruck entstehen Hörverluste von 10 bis 30 dB, beim Paukenerguss von 20 bis 50 dB (Schönweiler 1992). Zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr entwickeln 10 bis 30 % der Kinder Paukenergüsse mit resultierender Schalleitungsstörung, im Vorschulalter sind es noch 10 bis 20 % und im Schulalter 5-10 % (Fiellau-Nikolajsen 1983, Northern & Downs 2002). Häufig fluktuiert der Hörverlust, so dass die Jahreshörbilanz entscheidend ist bezüglich einer Beeinträchtigung der Sprachentwicklung (Neumann 2014). Daher sind bei länger als drei Monaten bestehenden Paukenergüssen Paukendrainagen und gegebenenfalls eine Adenotomie indiziert (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie 2005). Nur ein kleiner Teil mittelohrbedingter Hörstörungen persistiert allerdings in spätere Altersperioden hinein. Aus persistierenden Tubenbelüftungsstörungen resultieren dann entweder eine

chronische Mittelohrentzündung mit Trommelfeldefekt und möglicher Funktionsbeeinträchtigung der Gehörknöchelchenkette oder ein chronischer Tubenmittelohrkatarrh mit nachfolgender Trommelfellretraktion und ggf. Adhäsivprozess (narbige Verwachsung des Trommelfells mit der gegenüberliegenden Paukenhöhlenwand). Gleichzeitig können auch hier die Ossikel verkleben und vernarben, was sie zunehmend in ihrer Bewegung hemmt. Als Endzustand kann eine Paukensklerose entstehen, bei der die impedanzanpassende und schallverstärkende Mittelohrfunktion durch bindegewebige und verkalkende degenerative Prozesse weitgehend aufgehoben ist.

Eine neuere große britische Kohortenstudie gibt die Prävalenz von Hörstörungen im Einschulungsalter mit 3,65 pro Tausend an (Watkin & Baldwin 2012), was die Daten von (Bamford et al. 2007) stützt. Der *yield* für ein post-neonatales Hörscreening wurde hier mit 0,2/1000 beziffert, mit einer Reduktion von 1.8/1000 auf 0.2/1000 durch das Neugeborenen-Hörscreening. Der *yield* einer reaktiven Vorstellung wurde mit 0.8/1000 als effektiverer Weg angesehen als ein zweites universelles Hörscreening. Die Autoren schlussfolgerten aber, dass sogar mit einem implementierten Neugeborenen-Hörscreening post-neonatale Identifikationswege erhalten und deren Verbesserungen untersucht werden sollten.

Das Schuleingangsscreening der o.g.10-Jahres-Kohorte aus 35.668 britischen Kindern, die ein Neugeborenen-Hörscreening erhalten hatten, ergab, dass 1,51/1000 an einem mittel- oder höhergradigen beidseitigen Hörverlust litten, wobei nur 0,9/1000 Kinder mit diesem Hörverlustgrad durch das Neugeborenenhörscreening identifiziert worden waren. Die Autoren hielten daher postneonatale Vorgehenspfade für nötig, um diejenigen angeborenen Hörschäden aufzufinden, die (a) das Screening verpassten (0,11/1000), (b) wegzogen (0,25/1000) und (c) eine *late-onset*-Hörstörung hatten (0.25/1000). Ein zusätzlicher postneonataler *yield* von 1,2/1000 ergab sich für geringgradige oder einohrige Hörstörungen. Für alle Hörstörungsgrade insgesamt hatten 51% der Kinder mit permanenten Hörstörungen eine Identifikation durch postneonatale Maßnahmen nötig (Watkin & Baldwin 2011).

In einer neueren Studie aus Shanghai (Lü et al. 2011) bestanden von 21.427 Kindern mit bestandenem Neugeborenen-Hörscreening 445 (2,08%) ein nachfolgendes Hörcreening im Vorschulalter nicht; unter diesen wurden 16 Fälle mit einer behandlungsbedürftigen, bis dahin nicht bekannten Hörstörung identifiziert, was einem *yield* von 0.75/1000 entspricht. Eine weitere chinesische Studie aus der Provinz Hubei ergab ähnliche Zahlen (Chen et al. 2013). Hier bestanden von 28.546 Kindern, die im Neugeborenenhörscreening unauffällig waren, 540 (1.89%) ein späteres Hörscreening (Alter 4.86 ± 1.67) nicht. Unter diesen wurden 22 Fälle permanenter, zuvor nicht bekannter Hörstörungen identifiziert, was einem *yield* von erworbenen bzw. progredienten oder late-onset-Hörstörungen von 0.77/1000 entspricht. Bei einer Geburtskohorte von 700.000 Kindern würde das in Deutschland 539 Fällen entsprechen. Dies unterstützt die oben getroffene Aussage, dass es auch in Deutschland eine relevante Anzahl von Hörstörungen gibt, die erst nach der Geburt auftreten und mit dem Neugeborenen-Hörscreening noch nicht erfasst werden können, wobei auch ein geringgradiger Hörverlust die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen kann (Fitzpatrick et al. 2014).

Ein möglicher Kritikpunkt dieser Nutzenbewertung ist, dass erst Screenings ab einem Alter von zwei Jahren in der Literaturrecherche berücksichtigt wurden. Unter deutschen Fachleuten wurde jahrelang diskutiert, ein zweites Hörscreening um den ersten Geburtstag einzuführen, da sich hier die meisten progredienten Hörstörungen bereits manifestiert haben. Ein

Screening-Instrument, der LittleEARS® Auditory Questionnaire – LEAQ, wurde genau für diese Fragestellung (U6) entwickelt und validiert (Coninx et al.2006, Schäfer 2013). Man hätte also auch jüngere Altersbereiche mit in die Fragestellung einschließen sollen und müsste hier eventuell noch einmal eine Nachbewertung anschließen.

Watkin P, Baldwin M. The longitudinal follow up of a universal neonatal hearing screen: the implications for confirming deafness in childhood. *Int J Audiol* 51 (2012): 519–528
[Arch Dis Child](#). 2011 Jan;96(1):62-6. doi: 10.1136/adc.2010.185819. Epub 2010 Nov 2.

Die Autoren verglichen den Verlauf dreier 10-Jahres-Kohorten bezüglich der Identifikation behandlungsbedürftiger Hörstörungen im Einschulungsalter. Eingeschlossen wurden a) 35.668 Kinder, die ein Neugeborenen-Hörscreening erhalten hatten, b) 31.538 Kinder ohne Neugeborenen-Hörscreening in der Vorgeschichte und 32.890 Kinder, die ein Risikoscreening durchlaufen hatten. Das Einschulungsscreening war zu 89% sensitiv für mittel- und hochgradige Hörstörungen, zu 79% für einohrige Hörverluste und zu 49% für geringgradige Hörstörungen. Das Neugeborenen-Hörscreening hatte den Altersmedian der Diagnose einer kindlichen Hörstörung von 218 auf 16 Alterswochen reduziert, aber für Kinder, deren Hörstörungen nicht neonatal identifiziert wurden, hatte es keine Verringerung des Diagnosealters in den letzten 25 Jahren ergeben. Die Autoren bezifferten die Prävalenz kindlicher Hörstörungen zum Einschulungstestalter mit 3.65/1000 und errechneten den *yield* eines neonatalen Screenings mit 1,79/1000. Die Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings hatte den *yield* eines post-neonatalen Screenings von 1.8/1000 auf 0.2/1000 reduziert. Die Autoren betrachteten daher eine reaktive Vorstellung mit einem *yield* von 0.8/1000 als effektiveren Weg der Identifikation einer kindlichen Hörstörung. Dennoch schlussfolgerten sie, dass sogar mit einem implementierten Neugeborenen-Hörscreening post-neonatale Identifikationswege erhalten und deren Verbesserungen untersucht werden sollten.

Literatur

Bess FH1, Dodd-Murphy J, Parker RA. Children with minimal sensorineural hearing loss: prevalence, educational performance, and functional status. *Ear Hear*. 1998 Oct;19(5):339-54.

Chen G, Fu S, Luo S, Zhang W, Yang G. Screening of delayed-onset hearing loss in preschool children in the mid-south of China. *Int J Audiol*. 2013; 52(8): 568-71.

Coninx F, Weichbold V, Tsiakpini L, Autrique E, Bescond G, Tamas L, Compagnol A, Georgescu M, Koroleva I, Le Maner-Idrissi G, Liang W, Madell J, Mikić B, Obrycka A, Pankowska A, Pascu A, Popescu R, Radulescu L, Rauhamäki T, Rouev P, Kabatova Z, Spitzer J, Thodi Ch, Varzic F, Vischer M, Wang L, Zavala JS, Brachmaier J (2009) Validation des LittleEARS® Auditory Questionnaire an normal hörenden Kindern. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 73, 1761–1768

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. S2-Leitlinie: Periphere Hörstörungen im Kindesalter (2005) AWMF-Registernummer 049/010, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-010.html>, gelesen am 26. 02. 2014

Fiellau-Nikolajsen M. Epidemiology of secretory otitis media. A descriptive cohort study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983; 92 (2): 172-7.

Fishpool SJ, Kuhanendran D, Swaminathan D, Praveen CV. An assessment of the validity of tympanometry compared to myringotomy performed under a nitrous oxide-free general

anaesthetic. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 266 (2009): 373-376. doi: 10.1007/s00405-008-0765-y. Epub 2008 Jul 30.

Fitzpatrick EM1, Whittingham J, Durieux-Smith A. Mild bilateral and unilateral hearing loss in childhood: a 20-year view of hearing characteristics, and audiologic practices before and after newborn hearing screening. *Ear Hear*. 2014; 35(1):10-8.

Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DH, Davis AC, Bamford JM. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: a questionnaire based ascertainment study. *Br Med J* 2001; 323 (7312), 536-9.

Hoth S, Mühler R, Neumann K, Walger M. Objektive Audiometrie im Kindesalter. Heidelberg: Springer. im Druck

Liu SL, Liu WY, Wang GX, Zhang YM, Zhang J, Sun P, Jiang SM, Zhang L, Gao J. [Diagnostic procedures for pediatric otitis media with effusion]. [Article in Chinese] *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 43 (2008): 900–902

Lü J1, Huang Z, Yang T, Li Y, Mei L, Xiang M, Chai Y, Li X, Li L, Yao G, Wang Y, Shen X, Wu H. Screening for delayed-onset hearing loss in preschool children who previously passed the newborn hearing screening. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011; 75(8): 1045-9.

Neumann K, Gross M, Böttcher P, Euler HA, Spormann-Lagodzinski M, Polzer M. Effectiveness and efficiency of a universal newborn hearing screening in Germany. *Folia Phoniatr Logop* 2006; 58(6): 440-55.

Northern JL, Downs MP. *Hearing in children* (5. ed.), 2002, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins

Nozza RJ, Sabo DL, Mandel EM. A role for otoacoustic emissions in screening for hearing impairment and middle ear disorders in school-age children. *Ear Hear* 18 (1997): 227-239

Schäfer K (2013) Screening mit dem LittleEARS® (MED-EL) Hörfragebogen - Eine empirische Untersuchung zur Möglichkeit eines zweiten Horscreenings für Kinder im Alter von 10-12 Monaten im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung U6. Dissertationschrift, Köln: Universität Köln.

Schönweiler R. Eine Untersuchung an 1300 Kindern zur Inzidenz und Therapie von Hörstörungen bei kindlichen Sprachstörungen. *Laryngo-Rhino-Otologie* 1992; 71 (12) 637-43.

Sohn W. Schwerhörigkeit in Deutschland, repräsentative Hörscreening-Untersuchung bei 2000 Probanden in 11 Allgemeinpraxen. *Z Allg Med* 2001; 77: 143-147.

Walker A, Nassar G. The role of the school entry hearing screen in identifying childhood hearing impairment in reception age children. *Int J Audiol*, under review

Watkin PM, Baldwin M. Identifying deafness in early childhood: requirements after the newborn hearing screen. *Arch Dis Child*. 2011 J96(1): 62-6.

Watkin P, Baldwin M. The longitudinal follow up of a universal neonatal hearing screen: the implications for confirming deafness in childhood. *Int J Audiol* 2012; 51 (7): 519-28.

Yoshinaga-Itano C1, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics* 1998; 102(5): 1161-71.

Für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)

Lübeck, den 17. September 2014

A handwritten signature in blue ink, reading "R. Schönweiler". The signature is written in a cursive style with a prominent initial "R" and a long horizontal stroke extending from the end of the name.

Prof. Dr. Rainer Schönweiler

Präsident der DGPP



Mündliche Anhörung

gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten
bei Kindern: Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neu-
strukturierung)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 12. März 2015
von 11.02 Uhr bis 12.47 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stellungnahmeberechtigte Institution	Teilnehmer
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. Michael Kölch
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)	Prof. Dr. Werner Hosemann
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)	Prof. Dr. Tamme W. Goecke
Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI)	Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)	Elke Mattern Prof. Dr. Monika Greening
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	Dr. Klaus Rodens Dr. Gabriele Olbrisch
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Dr. Tobias Freund
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V. (DGPP)	Prof. Dr. Rainer Schönweiler Dr. Barbara Arnold
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)	Prof. Dr. Christian Splieth
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)	Dr. Christian Fricke

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Beginn der Anhörung 11.02 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum):

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Meine Damen und Herren, ich darf Sie als Unterausschussvorsitzender hier beim G-BA herzlich begrüßen. Es geht um die Änderung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Ich freue mich darüber, dass Sie heute so zahlreich erschienen sind. Das heißt, wir haben heute eine große Anhörung. Es ist nicht die erste Anhörung, die wir machen, aber die Zahl derjenigen, die sich auch mündlich zu Wort melden können, ist für uns relativ hoch.

Ich darf versuchen, festzustellen, wer anwesend ist. Ich darf dazu bemerken, dass wir uns hier beim Unterausschuss auch bei anderen Anhörungen geeinigt haben, auf Titel insgesamt zu verzichten. Ich weiß zwar, dass nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts der Dokortitel kein Teil des Namens ist, aber trotzdem einer der beliebtesten Vornamen, die es in Deutschland gibt. Falls einer meint, er sollte mit seinem Titel angedredet werden, dann mag er das sagen, dann werde ich das vermerken. Ich habe als Ersten für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Herrn Freund, für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Herrn Goecke, für die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie Herrn Hosemann, für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Herrn Rodens und Frau Olbrisch, für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Herrn Kölch, für die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie Herrn Schönweiler und Frau Arnold, für die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin Herrn Fricke, für die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Herrn Splieth, für die Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin Frau Felderhoff-Müser, für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft Frau Mattern; Frau Greening ist nicht da. Dann darf ich Vollständigkeit feststellen und Sie noch einmal herzlich begrüßen.

Ich erlaube mir, vorab noch eine allgemeine Vorbemerkung zu machen, die mit der Anhörung unmittelbar nichts zu tun hat. Ich habe feststellen dürfen, müssen, können, dass sich in der Frage der Kinder Richtlinien die eine oder andere Organisation brieflich an die beiden anderen unparteiischen Kollegen gewandt hat. Ich habe selbstverständlich nichts gegen eine schriftliche, gegebenenfalls auch mit einem Gesprächswunsch versehene Meinungsäußerung einer für den G-BA gesellschaftlich relevanten Ärzteorganisation, wie Sie das alle sind, jenseits der Person des Unterausschussvorsitzenden. Allein ein kurzer Blick in das Organigramm des G-BA zeigt, dass es drei unparteiische Mitglieder gibt, denen wiederum vom Plenum die selbstständige Leitung jeweils eines Unterausschusses zugewiesen worden ist. In meiner Person sind das Zahnärzte, Psychotherapie und eben die Methodenbewertung, bei der auch die Kinder-Richtlinien liegen. Während es im Bundestag das berühmte Struck'sche Gesetz gibt, das besagt, dass kein Gesetz den Bundestag nach der dritten Lesung so verlässt, wie es ursprünglich eingebracht ist, gilt dieses Gesetz für den G-BA nur äußerst bedingt. In weit über 90 Prozent aller Fälle in meiner nun siebenjährigen Amtszeit entscheidet das Plenum so, wie es vom Unterausschuss nach mehr oder minder langen Beratungen eingebracht worden ist. Das bedeutet auch, dass die dann beschlossenen Richtlinien weit überwiegend allein vom jeweiligen zuständigen Unterausschuss vorbereitet worden sind. Nach dieser Vorbemerkung überlasse ich es selbstverständlich weiterhin Ihnen, mit welchem Unparteiischen Sie im Lichte dieser Aufgabenverteilung in Zukunft Kontakt aufnehmen wollen. – So weit meine persönliche Vorbemerkung.

Ich darf als Nächstes darauf hinweisen, dass wir ein Wortprotokoll führen. Das heißt, alles, was Sie jetzt sagen, wird für die Ewigkeit festgehalten. Sie können zukünftig noch Ihren Enkeln zeigen, was

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Sie am heutigen Tag beim G-BA insgesamt geäußert haben; denn das wird im Rahmen der Dokumentation des Beratungsverfahrens auch veröffentlicht werden.

Für die Anhörung haben wir in unserer Vorplanung, die allerdings unverbindlich ist, 150 Minuten vorgesehen, das heißt zweieinhalb Stunden. Gehen Sie bitte davon aus, dass wir alle Ihre schriftlichen Stellungnahmen aufmerksam gelesen, gewürdigt und in unseren Herzen bewogen haben. Wir haben hier eine Unterlage, die 157 Seiten umfasst und mit jedem Ihrer Argumente, die Sie vorgebracht haben, dem Für oder Wider, in der jeweiligen Arbeitsgruppe abgewogen ist. Das schlägt sich auch in unserer Verfahrensordnung nieder, die diese Anhörung insgesamt regelt. Ich darf sie zitieren:

Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären

– also wir vom Plenum an Sie –

und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Nun habe ich bereits darauf hingewiesen, es ist nicht die erste Anhörung, die wir machen. Wir wissen, dass es die Damen und Herren immer wieder dazu drängt, auch schriftliche Stellungnahmen zu wiederholen. Ich will das nicht kategorisch verneinen, ich bitte aber, auch angesichts der Zahl der Stellungnehmer dafür Sorge zu tragen, dass das nicht in epischer Breite erfolgt, sondern tatsächlich stringent wirklich das Wichtigste und das, was Ihnen am meisten am Herzen liegt, hier vielleicht noch einmal einzubringen.

Zum Vorgehen haben wir uns intern eben vorbesprochen. Wir haben uns der Übersichtlichkeit halber dafür entschieden, sämtliche Us einzeln aufzurufen, damit es da kein großes Durcheinander gibt und wir jeweils zuordnen können, was Sie uns vortragen. Das heißt, ich werde mir erlauben, U1 bis U9 insgesamt aufzurufen. Es gibt eine Besonderheit. Im Rahmen der Kinder-Richtlinien wird auch das Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache und das Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern von zwei bis fünf Jahren „verhackstückt“. Das Erstere würde ich gern zusammen mit der U6 und das Zweite zusammen mit der U8 aufrufen wollen.

Stellungnahmen abgegeben und damit hier anhörungsberechtigt sind bei der ersten Frage, also Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Ich bitte, sich bei diesem Punkt auf diese drei Organisationen zu beschränken. Bei den erworbenen Hörstörungen hat sich wiederum die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie gemeldet. Insoweit bitte ich, dass sich dort auch nur diese Gesellschaft meldet.

Ich darf mit der großen Arbeit anfangen und rufe U1 auf. Wer meldet sich?

Herr Dr. Freund (DEGAM): Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin hat eine eher allgemeinere und übergreifendere Stellungnahme zu einem Punkt der ersten Paragraphen abgegeben. Rein vom Verfahren: Ich kann mich da nicht zu U1 oder U9 melden, sondern wenn, dann übergreifend. Die Frage wäre, wann Sie das vorgesehen haben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Gegen Ende haben wir eine allgemeine Runde, wo jeder zu Wort kommen kann. Ich würde es gerne darunter subsummieren wollen, wenn Sie damit einverstanden sind. – Wer möchte als Allererstes?

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI): Wir schließen uns der schriftlichen Stellungnahme der DGKJ an, würden aber zusätzlich gerne vermerkt haben, dass der Base Excess vom Mutterpass in die Richtlinien, also in die kindliche Untersuchung, übernommen wird, weil man damit metabolische oder respiratorische Ursachen einer ganz frühen Störung schon einmal ausschließen kann.

Ich kann im Prinzip gleich alles loswerden, was ich zu diesen Themen habe. Die Neonatologen geben insgesamt zu bedenken, dass es bei den Untersuchungen U1 bis U4 bei extrem früh Geborenen so ist, dass wir diese Richtlinien gar nicht anwenden können. Wir hätten gerne irgendwo einen Vermerk, ein Sternchen oder einen Hinweis, dass diese ganzen Dinge für sehr kleine Frühgeborene nicht gelten und das Ganze erst ab einem korrigierten Alter zu werten ist. Wenn ein Kind zu früh, nach der 24. Schwangerschaftswoche, auf die Welt kommt, kann ich die U1 bis U4 im Prinzip nicht werten, wenn ich den noch nicht vorhandenen errechneten Geburtstermin habe.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Wir hatten in unserer Kommentierung schon beschrieben, dass der Untersuchungsumfang für diejenigen, die bei der U1 an vorderster Front sind, zu umfangreich ist. Ich möchte darauf noch einmal hinweisen. Das ist sicherlich für Hebammen – neben mir sitzt eine Vertreterin der Hebammen – ein viel zu umfangreiches Paket. Das muss auf das Grundsätzliche zurückgestutzt werden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Fricke.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Es geht mir noch einmal um die Übernahme der Daten aus dem Mutterpass. Da hatten wir ein klares Votum, das in das gelbe Heft oder das Nachfolgeheft zu übernehmen, weil das auch für die spätere Entwicklung der Kinder ganz wichtige Informationen sind.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Kölch.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Von unserer Seite aus zur U1. Das, was wir geschrieben haben, noch einmal unterstrichen: Wir müssen Eltern die Sorge vor den Fragen nach psychosozialen Belastungsfaktoren nehmen, weil es für den weiteren Verlauf wichtig ist, dies frühzeitig zu erheben. Man sollte hier nicht den Stigmaaspekt sehen, sondern tatsächlich die Möglichkeit in der Hilfe und Entlastung für Eltern, wenn das angesprochen wird.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Was Herr Kölch gesagt hat, kann ich nur unterstützen. Ich bin einer derjenigen, der als niedergelassener Jugendarzt jeden Tag 20 Vorsorgen macht. Wären solche Items schon in den jetzigen Vorsorgeuntersuchungen enthalten, wäre einem Kind sicher ein Battered-Child-Syndrom erspart gewesen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Wortmeldungen zur U1? – Das ist nicht der Fall. Dann darf ich zur U2 übergehen. – Ich sehe hier keine Wortmeldungen. Dann kommen wir zur U3. – Herr Fricke.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Hier geht es auch schon um den Fragebogen, der als Unterstützung für die Vorstellung beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt eingesetzt werden kann, nicht im Sinne eines vorgestellten standardisierten Evaluierungsinstruments, sondern zur Unterstützung und Strukturierung der Fragen und der anamnestischen Angaben, die für die Einschätzung des Kindes wichtig sind, weil die konkrete Untersuchungssituation und der Eindruck, den man in dieser bezüglich der Entwicklung des Kindes gewinnen kann, halt nur ein Ausschnitt ist. Die strukturierte Erfassung der

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Angaben bzw. der Eindrücke der Eltern ist ein ganz wichtiges Instrument, um Entwicklungsauffälligkeiten erkennen zu können. Dies ist eine grundsätzliche Aussage, die auch für die anderen Früherkennungsuntersuchungen gilt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank dafür. – Herr Kölch.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Ich möchte es unterstützen und vonseiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf hinweisen, dass die strukturierte vs. unstrukturierte Erfassung auch für den Anschlussbereich wichtig ist – frühe Hilfen und Ähnliches – und es diese Diskussion dort genauso gegeben hat und sich gezeigt hatte, dass ein Handlungsleitfaden oder diese Strukturierung, wie immer man es nennen möchte, wichtig ist, weil sonst das Risiko besteht, dass es übersehen wird.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Kölch, herzlichen Dank.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ich möchte ins gleiche Horn stoßen. Im Bereich unserer selektiven Vorsorgen sind solche Fragebogen schon implementiert. Die Rückmeldung von den Eltern ist übrigens durch die Bank positiv, nicht negativ. Es gab in den letzten Wochen schon Rückmeldungen von Eltern, dass sie froh gewesen wären, wenn auch beim ersten Kind ein solcher Fragebogen da gewesen wäre und vieles erspart geblieben wäre, weil man auf Dinge aufmerksam gemacht worden wäre, die so untergegangen sind. Also: ein Plädoyer für diese Fragebögen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Rodens, herzlichen Dank. – Frau Mattern.

Frau Mattern (DGHWi): Auch ich möchte etwas zur Sozialanamnese sagen, um die geht es wahrscheinlich, wenn die Kinder befragt werden sollen, und um den Anschluss zu frühen Hilfen. Ich möchte zu bedenken geben, dass wir die Stellungnahme zwar gemacht haben, ich aber nicht weiß, ob aus unserer Stellungnahme etwas aufgenommen wurde. Uns war nämlich aufgefallen, dass die Fragen, die dort formuliert sind, nicht wissenschaftlich hinterlegt sind und auch keine Quellenangaben vorhanden waren, sodass wir eigentlich gar nicht richtig wissen, was da gefragt wird. Es gab zum Beispiel keine Frage für die Eltern: Wollen Sie selber Unterstützung haben? Die fehlte uns ganz besonders.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Goecke.

Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG): Welcher Fragebogen wird genommen? Hier steht der Mannheimer Fragebogen drin. Ich sehe es ähnlich wie die Hebammenvertreterin. Ich glaube, darüber kann man die Problemfamilie nicht erfassen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wir nehmen das so auf. Das ist Ihre Stellungnahme dazu.

Frau Mattern (DGHWi): Ich würde gern unterstützen, dass man die so nicht erfassen kann.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Freund.

Herr Dr. Freund (DEGAM): Auch wir unterstützen die Verwendung von Fragebögen als weiteren Schritt zur Standardisierung von Dokumentation und Qualitätssicherung. – Dies noch als Stellungnahme.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Jetzt kommt doch eine lebhaftere Diskussion auf. – Herr Fricke.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Wenn ich das noch kommentieren darf: Man kann natürlich über Fragebögen als Instrument trefflich streiten. Zum Mannheimer Fragebogen ist zu sagen, das ist ein evaluiertes Instrument, es ist gut eingeführt und hat sich in der Praxis bewährt. Nochmals der Hinweis darauf: Es soll nicht als standardisiertes Evaluierungsinstrument mit einem Score oder Ähnlichem eingesetzt werden, sondern als Unterstützung für die fundierte Anamneseerhebung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung. Das, glaube ich, muss man auseinanderhalten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Wortmeldungen zur U3 sehe ich nicht. Dann kommen wir zur U4. – Keine Wortmeldungen. Wir kommen zur U5.

Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK): Bei der U5 wäre es vielleicht sinnvoll – dies ergänzend zu unserer Stellungnahme –, darüber nachzudenken, ob nicht ein Verweis in die Zahnmedizin erfolgen sollte. Bei der U6 hatten wir das angemerkt, aber der erste Zahn kommt im Prinzip mit sechs Monaten. Es gibt eine spannende Frage. Wir haben große Erfolge bei der Prävention im bleibenden Gebiss, da gibt es eine Kariesreduktion um 70 Prozent in den letzten 15 Jahren. Im Milchgebiss sind das in diesem Zeitraum insgesamt nur 35 Prozent. Wenn man die Kariesreduktionen für das Alter von null bis drei Jahren und drei bis sechs Jahren aufsplittet, so haben wir mit Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe 50 Prozent Kariesreduktion im Milchgebiss in den letzten 15 Jahren hinbekommen. Im Milchgebiss, null bis drei Jahre, haben wir eine deutliche Präventionslücke. Dort gibt es eine Kariesreduktion nur um 26 Prozent. Dies sind Daten aus Mecklenburg-Vorpommern, die aber, denke ich, generalisiert werden können, denn Mecklenburg-Vorpommern hat ähnliche Daten wie Deutschland insgesamt. Karies ist eine Volkserkrankung. In diesem Raum wird wahrscheinlich niemand kariesfrei sein und keine Füllung haben. Das heißt, es wäre relativ wichtig, dort ein Verweiskästchen einzufügen. Der Pädiater sollte sicherlich die Inspektion in der Mundhöhle machen, im Prinzip Zähne feststellen.

Bei der U6 hatten wir initial darauf abgehoben, den Verweis zum Zahnarzt zu machen, weil es erkennbare Probleme gibt, Initialdefekte, zum Beispiel Plaque plus die Gingivitis, in dem Setting der U zu erkennen. Karies ist eben eine hochprävalente Volkserkrankung. Im Augenblick haben wir Möglichkeiten, diese Kinder natürlich irgendwie im GKV-System zu therapieren. Aber null bis drei Jahre oder Vier- oder Fünfjährige heißt üblicherweise, dass das nicht im Zahnarztstuhl geht, sondern dass man da eine Narkose braucht. Das heißt, wir haben im GKV-System die hochpreisigen Varianten Narkose, Füllung, Extraktion, Lückenhalter, Gebissanierung, aber es fehlt der präventive Ansatz. Wenn ich mir überlege, wie die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und auch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde motiviert sind, ist vielleicht gerade bei einer Erkrankung, die wir in den letzten 30 Jahren um 90 Prozent im bleibenden Gebiss reduziert haben, der Ansatz wichtig, die Null- bis Dreijährigen im Prinzip nicht einem erheblichen Erkrankungsmaß auszusetzen.

Wenn man es sich ansieht: Ein Zahnarzt – eine deutschlandweit repräsentative Untersuchung – bohrt heute im Prinzip bei einem bis zu Zwölfjährigen, von null bis zwölf Jahren, sechsmal häufiger im Milchgebiss als im bleibenden Gebiss. In den ersten drei Jahren, null bis drei Jahren, wird im Schnitt pro Kind ein halber Zahn kariesakkumuliert, und in den sechs Jahren bleibendes Gebiss, sechs bis zwölf Jahre, auch bloß ein halber. Das heißt, wir haben eine ganz deutliche Präventionslücke in der Zahnmedizin zwischen null und drei Jahren. Die ist sehr unerfreulich. Wir wissen eigentlich, wie es geht. Wir haben den restaurativen Anteil im Paket mit drin, aber der macht keinen glücklich, bei zwei-, drei-, vier-, fünfjährigen Kindern unbedingt Narkosen zu machen. Deswegen wäre ein Verweis, zahnärztliche Untersuchung, zahnärztliche Prävention, aus meiner Sicht sehr wünschenswert und hilfreich. – Danke sehr.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Splieth, herzlichen Dank. – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Wir hätten noch ein zusätzliches Item in der präventiven Beratung, was sicher sinnvoll schon ab der U5 implementiert werden sollte. Das ist der UV-Schutz. Malignome der Haut nehmen deutlich zu. Man kann nicht früh genug anfangen, darüber die Eltern zu beraten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Das war U5. Dann rufe ich U6 auf. Ich wiederhole die Besonderheit, dass sich zum Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache nur die drei Organisationen zu Wort melden können, die stellungnahmeberechtigt waren.

Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP): Wir begrüßen sehr, dass Kinderärzte so sorgfältige Sprachuntersuchungen durchführen. Das ist der Startpunkt für die gesamte Versorgung. Wir glauben auch, dass es mit einem Screeningverfahren, Fragebögen oder wie auch immer, möglich ist, das zu machen. Allerdings sollte man herausstellen, dass man nicht nur die umschriebene oder auch spezifisch genannte Sprachentwicklungsstörung damit erfasst, sondern jede medizinisch relevante krankheitsbedingte Sprachstörung. Ob es sich um eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung ohne Komorbidität handelt, muss dann die weitere Diagnostik ergeben. Häufig werden relevante Sprachstörung und umschriebene Sprachentwicklungsstörung gleichgesetzt. Das stimmt so nicht. Auch eine hörstörungsbedingte oder anderweitig begründete Sprachstörung kann medizinisch relevant sein. Wir würden uns wünschen, dass das noch besser formuliert wird.

Zu den Fragebögen. Wir hatten die Fragebögen kritisiert; ich wiederhole unsere Stellungnahme nicht, die haben Sie durchgearbeitet. Es gibt natürlich noch weitere Möglichkeiten außer dem FRAKIS, das zu machen. Da werden Sie sich für einen guten Fragebogen entscheiden.

Uns ist wichtig, dass man, nachdem man festgestellt hat, dass dort eine Störung sein könnte, die Überweisung zu den zuständigen Fachärzten mit hineinnimmt. Ich habe mir aus dem Alltag heraus folgende Fachärzte als besonders relevant notiert: HNO-Heilkunde, Kopf-Hals-Chirurgie, Phoniatrie/Pädaudiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Augenheilkunde. Vielleicht kann man das noch mit hineintun. – Das ist das, was ich zu unserer Eingabe sagen kann. Ich darf mich ja nicht wiederholen.

Es gibt einen neuen Aspekt, und ich möchte hinterfragen, ob er für Sie relevant ist. Ich weiß nicht, wie Sie ihn bewerten. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte plant eine dreistufige Versorgungsstruktur, bei der, so habe ich das verstanden, das Sprachscreening im Bereich der U-Untersuchung der Startpunkt ist, praktisch die erste Stufe. Dann kommen weitere Untersuchungen hinzu, die überwiegend durch Kinder- und Jugendärzte und Sozialpädiater geleistet werden. Ist das hier ein relevanter Aspekt, wie bewerten Sie das? Kennen Sie das? Muss das noch einmal neu diskutiert werden, oder gehört es hier gar nicht hinein? Ist es wert, dass man hier noch einmal darüber nachdenkt und es diskutiert?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Noch einmal: Ihre Wortmeldungen werden nach dem normalen Gang der Dinge protokolliert und niedergeschrieben. Dieses Wortprotokoll wird in die zuständige Arbeitsgruppe eingespeist. Diese Arbeitsgruppe wird in den nächsten Tagen tagen. Dann wird es wieder in den Unterausschuss eingespeist. Wenn es etwas Relevantes sein sollte, was ich ad hoc nicht beurteilen kann, dann wird es auf diesem, wenn Sie so wollen, preußischen Beamtengang bewertet und, wenn es etwas sein sollte, auch eingeführt werden.

Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP): Ich möchte nur mit einem Wort unsere Sorge erläutern. Ich darf darüber sprechen, aber ich habe es noch nicht schriftlich. So wie ich es verstanden habe – das kann

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

auch falsch sein –, sind Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Phoniater/Pädaudiologen bei der Abklärung des Hörens nicht mehr primär beteiligt, sondern nach meiner Information, die aber mündlich ist, soll das in sozialpädiatrischen Zentren passieren. Das ist der Grund, weswegen ich es hier zur Sprache bringe und zur Diskussion stelle, wie weit das einen Bezug zu der U-Untersuchung hat.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wir unterhalten uns zuvörderst über den Entwurf der Kinder-Richtlinien. Das ist auch das, was die Anhörung im Moment bewegt, und das ist das, worum auch Sie insgesamt kreisen sollten.

Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP): Das gleich eingeschränkt, ist mir bewusst.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Fricke.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Vielleicht kann ich aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie das ganz kurz kommentieren. Was Kollege Schönweiler anspricht, ist ein Papier, das wir seitens der Sozialpädiater gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte erarbeitet haben. Es geht darum, Kriterien zu definieren, ab wann sinnvollerweise Überweisungen durch Kinderärzte in die sozialpädiatrischen Zentren erfolgen sollten, als Hilfestellung und Definition überschneidender Arbeitsgebiete. Das ist damit gemeint. Es geht dabei aus meiner Wahrnehmung überhaupt nicht um das Thema, dass andere Fachbereiche ausgeschlossen werden sollen. Vielmehr ist es ein Arbeitspapier, das sich mit den unterschiedlichen Aufgabenverteilungen und den Institutionen innerhalb der pädiatrischen Kollegen und des pädiatrischen Klientels befasst. Natürlich gibt es dann diverse Schnittstellen auch zu anderen Fachgebieten. Aber der primäre Fokus liegt nur auf dem Thema Überweisung durch Kinder- und Jugendärzte in sozialpädiatrische Zentren, Hilfestellung für Kriterien, gerade bei Entwicklungsauffälligkeiten. – Das ist aus meiner Sicht dazu zu sagen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Splieth.

Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK): Zur U6 hatten wir in der Stellungnahme geschrieben, dass wir es für wichtig halten, mit einem Jahr einen Verweis an den Zahnarzt zu haben. Der G-BA kann jetzt sicherlich darüber nachdenken, ob er diesen Verweis auf Pathologie basiert, das heißt, der Pädiater müsste im Prinzip Veränderungen wie Karies und Ähnliches erkennen. Wenn die dann da sein sollten, dann wäre das eigentlich eine Überweisung in die Narkose, was aus meiner Sicht nicht so sehr sinnvoll ist. Das ist natürlich besser, als wenn erst eine Krankenseinweisung wegen eines akuten Abszesses passiert, aber das würde eigentlich immer etwas Restauratives bedingen. Aus meiner Sicht wäre es zentral wichtig, bei der U6 den Verweis auch zur Prävention zu machen, zur Früherkennungsuntersuchung beim Zahnarzt, im Prinzip Zahnkontrolle, um dort Plaque und Gingivitis erkennen zu können. Aufgrund der Hochprävalenz von Karies und auch der gut kalkulierbaren gesundheitsökonomischen Vorteile von zahnmedizinischer Prävention, die in fast keinem anderen medizinischen Bereich so gut dargestellt sind, ist es sinnvoll, einen generellen Verweis zu machen, um dort in einem etwas besseren Setting bei Plaque, Gingivitis, Mundspiegelausleuchtung erheblich zielgerichteter arbeiten zu können.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Splieth. – Ich sehe keine Wortmeldung mehr. Wir kommen zur U7.

Herr Prof. Dr. Hosemann (DGHNO-KHC): Ich bin mir nicht sicher, ob ich aufgerufen bin, dazu etwas zu sagen. Aber hier wurde gerade die Schnittstellenproblematik angesprochen, und da fühle ich mich genötigt, etwas zu sagen. Ich möchte nur sagen, jenseits von U7-Teste sollten abschließende Hör-

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

teste in den Händen von Phoniatern oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzten sein, und das muss auch irgendwo vermerkt werden können. Nicht dass das hier im Nebel von interdisziplinären Schnittstellen untergeht.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wir haben Ihre Wortmeldung protokolliert, das ist gar keine Frage, Herr Hosemann. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen mehr. Wir kommen zur U7a. Ulla Schmidt hatte sie damals angeregt, und sie war in einem halben Jahr fertig. – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Spätestens hier darf ich noch einmal ein Plädoyer für den Mannheimer Fragebogen abliefern. Alles, was vorher gesagt wurde, trifft für dieses Alte sicher nicht mehr zu. Da bringt er etwas.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Damit kommen wir zur U8.

Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP): Unser Rat dazu noch einmal: Die Kinderärzte werden sich ein Screeningverfahren aussuchen, das sie durchführen können, das praktikabel ist. Ob das nun objektiv oder subjektiv computergestützt sein wird oder nicht, wird man sehen. Man muss nur wissen, dass die Erkennungsgrenze wirklich bei 30 dB bis 35 dB ist, also geringgradige, Grenze mittelgradige Schwerhörigkeit kann man nicht erkennen. Das muss man einfach wissen. Wenn irgendjemand von Ihnen hier 35-dB-Schwerhörigkeit hätte, dann hätte er sicher ein Handicap. Das ist ungefähr so, als wenn man sich die Finger in die Ohren steckt. Dies nur als klinischer Anhaltspunkt, was das überhaupt bedeutet. Aber das geht nicht anders. Trotzdem ist das eine wertvolle Untersuchung, und die brauchen wir. Aber die Grenze muss man mit einem Nebensatz hineinbringen.

Was noch nicht drin ist – das haben wir noch nicht erwähnt – ist die einseitige Schwerhörigkeit. Die kann ohne Vertäubung, ohne seitengetrennte Hörprüfung, ohne dass die Gegenseite mit einem Rauschen maskiert wird, nicht festgestellt werden. Wir übersehen bei solchen Verfahren notgedrungen – das ist kein Makel – die einseitige Schwerhörigkeit, die manchmal, wenn es die dominante Seite betrifft – bei Rechtshändern die rechte Seite, wenn sich ein Kind rechtshändig entwickelt –, dann auch besonders problematisch sein kann. Das heißt, die Kinder verstehen dann nicht mehr richtig. Ich möchte nur noch einmal darauf hinweisen, dass man diese Grenze beachtet.

Ich komme zu den Kriterien für „auffällig“. Was ist auffällig? Wie viel dB in welchen Frequenzen, wie viel Frequenzen, die geprüft werden, sollen auffällig sein, um dann ein gesamtauffälliges Ergebnis zu dokumentieren? Wie soll das geregelt werden? Auch das sollte man mit definieren, wenn es geht. Dies nur als Anregung.

Die Weiterüberweisung zu den Fachärzten – das ist mehrfach gesagt worden – finde auch ich an dieser Stelle wichtig zu erwähnen.

Ein letzter Punkt. Kann man das evaluieren? Es wird sehr viel mit dem Neugeborenenhörscreening verglichen. Es ist in Analogie dazu, dass man für die später aufgetretenen Schwerhörigkeiten, vielleicht genetisch determinierten Schwerhörigkeiten, noch einmal nachscreenet. Kann man das auch evaluieren? Gibt es eine Möglichkeit, Fälle zu zählen, auszuwerten, so wie das jetzt für das Neugeborenenhörscreening gemacht wird? Dies ist eine Anregung, die noch nicht in dem Papier steht.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Herr Kölch.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Von unserer Seite, wie schon schriftlich, aber nicht weit ausgeführt und ohne es zu sehr zu wiederholen, der Hinweis: Es gibt gute epidemiologische Daten über problematischen Medienkonsum oder Beschallung, Fernsehen etc. pp. und die sozialen Risiken, die daraus

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

entstehen, auch Lernstörungen. Es geht darum, hier den Punkt Medienberatung aufzunehmen, gerade auch für die sozial gefährdeten Familien. Dies halten wir für extrem wichtig.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Herr Fricke.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Ich weise auf die Erfragung der zu Hause gesprochenen Sprache auf dem Hintergrund des Migrationsstatus hin. Wir haben zunehmend gerade in den Metropolen einen ganz hohen Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund. Das müsste unseres Erachtens explizit Berücksichtigung finden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Zur U8 keine weiteren Wortmeldungen? – Dann kommen wir zur U9. – Ich sehe keine Wortmeldung. Ich hatte versprochen, dass Sie jetzt die Gelegenheit haben, sich in einer allgemeinen Runde zu Wort zu melden. Danach schließen sich die Fragen an, die sich hier aus der Korona ergeben. Wer möchte eine allgemeine, übergreifende – nicht Sämtliches, was schriftlich vorgetragen ist, wiederholende – Stellungnahme abgeben?

Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG): Vorher noch eine Frage: Was ist mit dem erweiterten Neugeborenen-Screening? Sprechen wir noch darüber?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Nein, nicht jetzt. Das ist jetzt nicht Sache dieser Anhörung. – Herr Freund war der Erste, der sich für die allgemeine Runde gemeldet hat.

Herr Dr. Freund (DEGAM): Die Stellungnahme bezieht sich auf eine Formulierung im Beschlussentwurf, die ganz vorne steht. Es geht um die im aktuellen Beschlussentwurf für § 1 Abs. 5 vorgesehene Änderung der Erbringungs Voraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte gegenüber der zuletzt gültigen Fassung vom 16. Dezember 2010. Die Stellungnahme ist bereits schriftlich abgegeben, daher nur kurz zwei Ergänzungen. Zum einen ist beabsichtigt – dies vielleicht für die hier Anwesenden, die die Stellungnahme nicht kennen –, die Formulierung:

Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können ...

zu ersetzen durch die Formulierung:

Untersuchungen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können ...

Die DEGAM lehnt diese Beschlussempfehlung ab und schlägt dafür alternativ folgenden Beschlussentwurf vor:

Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

Das heißt, da würden wir natürlich mitgehen, dass „Ärztinnen oder Ärzte“ hineingenommen werden.

Zwei Worte zur Begründung. Es ist unbestritten, dass es einer Qualifikation, einer Erfahrung, Kenntnissen in diesem Bereich bedarf, um Früherkennung durchzuführen. Das kommt aber bereits in der aktuellen Fassung vor. Das heißt, mit dem „sollen“ ist es bereits ausgedrückt. Ganz entscheidend: Es existiert definitiv insbesondere für Deutschland keine wissenschaftliche Evidenz, welche eine Ver-

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

schärfung der Erbringungsvoraussetzungen begründen oder auch nur nahelegen würde. Zudem ist aus der aktuellen Begründung der Beschlussvorlage und auch aus den bisherigen Stellungnahmen nicht ersichtlich, wie es zu dieser Neuformulierung gekommen ist. Wir sind uns, glaube ich, alle einig, Früherkennung für Kinder sollte flächendeckend und wohnortnah zur Verfügung stehen und vor allem niederschwellig sein. Da gibt es, wie bei uns bereits in der schriftlichen Stellungnahme erwähnt, Probleme, in verschiedenen sozialen Schichten gibt es unterschiedliche Inanspruchnahmen.

Zusätzlich einen Satz, der nicht in der schriftlichen Stellungnahme steht. Wir wissen, dass die aktuelle Versorgungssituation so ist, dass wir von einem Rückgang der Ärztedichte im Allgemeinen im ländlichen Raum ausgehen müssen. Da ist es sicherlich kontraproduktiv, die Erbringungsvoraussetzungen weiter hochzuschrauben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Freund. – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ein paar kurze Sätze aus meiner Sicht zusammenfassend. Die Zeiten haben sich geändert, und das gilt insbesondere für den ganzen psychosozialen Raum, in dem die Kinder aufwachsen. Wir haben nicht mehr 1970, als die Früherkennungsuntersuchungen angefangen haben. Wir haben 2015. Es haben sich andere krankheitsfördernde Faktoren entwickelt, Medienkonsum, Sucht usw., es gibt neue Verhältnisse in Familien, Patchwork, die Erkrankungsspektren haben sich geändert, wir haben „neue Morbiditäten“ als geflügeltes Wort. Dieser Herausforderung müssen sich diese Richtlinien stellen. Wir brauchen dafür auch das entsprechende Instrumentarium. Dies ist am Schluss mein Plädoyer. Diese Richtlinien müssen anders aussehen, als sie zuvor waren. Das werden sie auch, aber sie müssen unserem Qualitätsanspruch und dem Anspruch, den wir den Kindern schulden, genügen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Herr Splieth.

Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK): Ich bin seit 25 Jahren Zahnarzt und seit 22 Jahren Kinderzahnarzt. In dieser Zeit konnte ich miterleben, dass wir im Bereich Prävention ganz mutig vorangegangen sind und wirklich eine Erfolgsgeschichte in Deutschland hingelegt haben. Meine Doktorarbeit hat Deutschland und die USA verglichen. Vor 25 Jahren waren wir im Vergleich zu den USA ziemlich lausig. Inzwischen können wir auf das deutsche System stolz sein. Die einzige Lücke ist null bis drei Jahre. Da haben wir für die Kinder eigentlich kein vernünftiges Angebot, und wir haben viel zu viel zerstörte Zähne und viel zu viele Reduktionen der Lebensqualität. Ich habe erfahren – ich weiß nicht, ob das richtig ist –, dass die Beratungen vom G-BA zur Änderung der Kinder-Richtlinien schon zehn Jahre laufen, das heißt, es wird wahrscheinlich keiner hier im Saal die nächste Richtlinie erleben.

(Heiterkeit)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Erleben hoffe ich schon, bei aller Liebe und Freundschaft.

(Heiterkeit)

Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK): Vielleicht als Fachvertreter sie mitgestalten dürfen. Wir haben hier ja ganz Junge dabei. – Ich denke, es wäre jetzt an der Zeit, zu sagen, bei null bis drei Jahren haben wir ein strukturelles Problem. Es wird sicherlich diskutiert: Man könnte das vielleicht in der Gruppenprophylaxe machen, oder gehört es überhaupt in den Leistungskatalog der GKV, sich dort zu engagieren? Ich muss sagen, die Null- bis Dreijährigen sind bei den derzeitigen Kitaplätzen im Augenblick zu 25 Prozent zu erreichen. Das heißt, das über Gruppenprophylaxe zu machen, wird in absehbarer Zeit nicht gelingen. Es ist sicherlich eine wichtige zweite Säule, da etwas zu tun, aber wir müssen endlich dahin kommen, dass Pädiater erkennen und verweisen und bei dieser Gruppe die Risikofak-

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

toren tatsächlich früh erkannt werden und gegengesteuert wird. Wenn wir das jetzt nicht mit einem Verweis – der zunächst eigentlich nichts kostet – machen, werden wir in den nächsten zehn, fünfzehn Jahren international wieder dastehen, dass wir an diese Kinder nicht herankommen und dass wir das Problem eigentlich nicht lösen, was ich sehr bedauern würde.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Was dann eine Thematik für die nächste Doktorarbeit ist. – Herr Hosemann.

Herr Prof. Dr. Hosemann (DGHNO-KHC): Ich möchte ganz knapp und klar nicht nur, aber vorwiegend bei apparativ-technischen Untersuchungen ein Votum für stringente Erbringungsvoraussetzungen aussprechen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Kölch.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Ich möchte Herrn Rodens bei der Veränderung des Spektrums unterstützen und dass dem auch in der Richtlinie Rechnung getragen wird, indem nicht der Begriff „geistig“, sondern „psychosozial“ verwendet wird, so wie es auch im Präventionsgesetz stehen wird. Aus unserer fachlichen Sicht heraus unterstreiche ich, dass die frühen Regulationsstörungen, bei denen wir aus den epidemiologischen Untersuchungen wissen, dass sie zu späteren, weiteren Problemen führen, und die Interaktion von Eltern – natürlich auch Müttern – sich in der Richtlinie als zu beobachtende Punkte wiederfinden. Das ist für uns aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiater von enormer Wichtigkeit.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich weiß nicht, was im Präventionsgesetz stehen wird. Da sind Sie mir voraus. Ich habe nur eine Vergangenheit und weiß, dass drei Präventionsgesetze gescheitert sind.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Ich korrigiere den Satz dazu: im Entwurf des Präventionsgesetzes.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Okay. – Herr Fricke.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Eine kurze Bemerkung anschließend an meine Vorredner. Ungeachtet dessen, wie das Präventionsgesetz letztendlich aussehen wird, finden wir es, wie auch schon formuliert, wichtig, dass die Früherkennungsuntersuchungen sehr stark die präventiven Bemühungen unterstützen. In diesem Kontext weise ich darauf hin, dass wir an mehreren Stellen deshalb eingefügt haben, dass eine Vernetzung mit den frühen Hilfen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen strukturell angebahnt werden sollte. Wir haben jetzt auf Bundesebene die Initiative, dass der Bereich SGB V und der Kinder- und Jugendbereich stärker miteinander in Vernetzung gebracht werden sollen, um gerade die Effektivität dieser Maßnahmen zu erhöhen. Hier sollten auch die Früherkennungsuntersuchungen einen entsprechenden Beitrag leisten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Felderhoff-Müser.

Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI): Ich würde mich gern meinen Vorrednern anschließen und auch betonen, wie wichtig es ist, schon zur U2 diese sozialen Faktoren zu berücksichtigen und genauestens zu erheben, auch im Hinblick auf die Gewaltprävention in den Familien. Wir beobachten zunehmend, dass die Gewalt steigt und gerade Neugeborene und sehr junge Säuglinge sehr gefährdet sind.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Goecke.

Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG): Ich muss den Punkt der Aufklärung der Eltern zum Neugeborenen-screening etwas zuspitzen. Die Geburtshelfer oder die Ärzte, die die Geburt begleiten, sind dafür verantwortlich, dass das Neugeborenen-screening durchgeführt wird. Das ist 2010 an das Gendiagnostikgesetz angepasst worden. Die Voraussetzung, dass wir alle junge Mütter oder Eltern entsprechend dem Gendiagnostikgesetz zu dem erweiterten Neugeborenen-screening aufklären, kann nicht der Realität entsprechen. Deshalb ist in der Richtlinie, so wie sie 2010 vorgelegt worden ist, nicht ganz klar, wie man so etwas in der Klinik umsetzen kann und soll. Wir haben in den Kliniken nicht die personellen und strukturellen Voraussetzungen, dass immer der Geburtshelfer, der dabei gewesen ist, erstens die fachliche Kompetenz hat, nämlich Facharzt ist, und zweitens entsprechend die Patienten dann über das erweiterte Neugeborenen-screening aufklären kann. Da bedarf es sicherlich noch einer Nachregulierung.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich habe diese Wortmeldung aufgenommen, sie wird auch protokolliert, es ist aber jetzt nicht unmittelbar unser Beratungsthema. Das Neugeborenen-screening ist von diesem Unterausschuss im Jahr 2010 beschlossen worden, das ist gar keine Frage. – Weitere Wortmeldungen, was das Allgemeine angeht? – Wenn das nicht der Fall ist, dann würde ich gerne den Damen und Herren links und rechts von mir das Wort für etwaige Fragen geben. Links von mir sitzen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Patientenvertretung sitzt auf der rechten Seite, ebenso der GKV-Spitzenverband. Das IQWiG ist natürlich auch dabei, das ist überhaupt keine Frage. Es ist allerdings Gast, aber ein gern gesehener Gast bei uns. – Die GKV.

GKV: Ich habe eine Frage bezüglich der zahnmedizinischen Versorgung. Sie sprechen insbesondere die kleinen Kinder an. Es gibt eine Gruppenprophylaxe, die im Setting-Ansatz stattfindet, in Kitas usw. Da würde man die, die Risikogruppen sind, aus sozial eher schwächeren Bereichen, deutlich besser erreichen. Gibt es bestimmte Gründe, dass Sie jetzt eine Individualprophylaxe fordern?

Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK): Noch zur Information: Ich bin seit 15 Jahren mit dem Jugendzahnärztlichen Dienst in Greifswald koordiniert. Wir machen seit 15 Jahren ganz intensiv auch mit unseren Studentengruppen Prophylaxe. Es ist ein wunderbares Instrumentarium. Wir haben in den letzten Jahren mit dieser Methode sowohl den Kariesdurchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern als auch in Deutschland eindrucksvoll überholt. Ich bin seit 15 Jahren auch in der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, und ich mache seit November die Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in ganz Deutschland, es sind repräsentative Zahlen. Ich halte es für ein sehr wichtiges Feld. Ich engagiere mich dort. Das ist ein Teil unseres Forschungsfelds.

Ich habe mich mit einem Kollegen von Ihnen aus einer IKK unterhalten, der sagte mir ungefähr genau dasselbe: Gruppenprophylaxe ist so toll, und Setting-Ansatz. – Er kam aus Schleswig-Holstein. Schleswig-Holstein hat eine Krippenquote von 25 Prozent. Das heißt, wenn Sie einen Setting-Ansatz machen, sind schon einmal 75 Prozent der Kinder draußen. Zweiter – politischer – Punkt, um den gestritten wird, ist: Wer darf jetzt bei den knappen Krippenplätzen sein Kind in die Krippe stecken? Wenn ich Politiker wäre und gewählt werden möchte, wären es natürlich die Steuerzahler, die berufstätigen Frauen, die auch Steuern zahlen, die in den GKV-Bereich einzahlen, die Krankenversicherungsbeiträge einzahlen. Die haben, wenn sie arbeiten und Beiträge und Steuern zahlen, natürlich ein Recht, dass sie unterstützt werden und einen Krippenplatz bekommen. Wer ist damit automatisch draußen? Hartz-IV-Mütter, die ihr Kind dann zu Hause betreuen. Das heißt, Ihre Risikogruppe wird in vielen Bundesländern politisch aus den Kitas herausgedrückt, und die sitzt mit dem Kind zu Hause.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Es gibt alternative Ansätze. Mecklenburg-Vorpommern hat zum Beispiel über frühe Hilfen sehr viele Krippenplätze. Unter Frau Schwesig ist im Prinzip durchgesetzt worden, dass Kinder – ein unschönes Wort – „zwangsbekrippt“ werden müssen, wenn tatsächlich festgestellt wird, dass die Entwicklung des Kindes in der Kita besser verläuft als zu Hause. Das ist aber ein ziemlich brutaler Ansatz, der in Nordrhein-Westfalen, in vielen westlichen Gefilden, nicht gefahren wird, schon allein deswegen nicht, weil die Krippenplätze nicht da sind. Wenn man von Bayern, der Herdprämie, redet: Bayern hat gar keinen öffentlichen Gesundheitsdienst. Es gibt keine Jugendzahnärzte in Bayern. Ich mache die Untersuchungen. Die haben keinen Zahnarzt, den sie losschicken können. Dort werden für meine Untersuchungen alle fünf bis sieben Jahre Teams eingestellt. Das heißt, Bayern hat keine Ressourcen, um tatsächlich an das Kind zu kommen, und wenn, dann sitzen dort nicht die Risikokinder, sondern die Kinder von berufstätigen Müttern, die tendenziell ein bisschen besser sind. Das heißt, ich glaube nicht, dass es in den nächsten zehn Jahren realistisch ist, dass wir „Zwangsbekripping“ in ganz Deutschland durchsetzen, dass wir unsere Brennpunktfamilien dazu verdonnern, und das von Steuergeldern, die diejenigen zahlen, die als Mütter dann arbeiten, aber keinen Krippenplatz haben. Das heißt, das wird auf lange Zeit Wunschdenken sein. Deswegen ist es wichtig, alle Ressourcen zu nutzen. – Das ist der Punkt Setting und Risikogruppen. Das ist auf absehbare Zeit nicht realistisch.

Zweiter Punkt. Wenn Sie Geburtenzahlen anschauen, stellen Sie fest, junge Mütter, die berufstätig sind, bekommen meistens ein einziges Kind und das erste Kind, sie haben nicht fünf andere Kinder, an denen man schon trainieren kann, und sie wohnen nicht bei Oma, Tante, wo auch das Wissen über Kinderbetreuung, Zähneputzen und einfache Hygienemaßnahmen weitergegeben wird. Da sind die Hebammen sehr wichtig. Das heißt, wir haben einen Abriss von Tradition, und Frauen, die Lehrerinnen sind, Väter, die Architekten sind, wissen nicht, wie man mit diesem kleinen Kind oral umgeht: Zähneputzen, Zahnpasta, Trauma, Festhalten, wann anfangen oder nicht. Das heißt, auch in unserer Mittelschicht haben wir ein ganz deutliches Problem, dass das Wissen über viele Sachen nicht weitergegeben wird. Ich habe hier gehört: Prävention, Prävention, Prävention, andere Faktoren. – Wir helfen allen Eltern, auch Mittelschichteltern, auch die bekommen von der Hebamme Unterstützung, wie das Stillen geht, weil sie es vorher nicht können. Dort haben wir ein generelles Problem, was dafür spricht, tatsächlich die Ressourcen im GKV-System, Pädiater und Zahnärzte, die da sind, zu nutzen, um an die Kinder heranzukommen. Wenn wir das nicht machen, gibt es keine Information. Wir haben eine Studie Cottbus gegen Greifswald, Proletarier- gegen Akademikerstadt, gemacht. Auch die Akademikerstadt Greifswald hat bei der normalen Stichprobe ein sehr dürftiges Wissen dazu gehabt, wie kleine Kinder zu ernähren, zu pflegen sind, wie bei ihnen Zähne geputzt werden und was kindliche Karies ist. Das war nicht doll. Deswegen haben wir ein Risikoproblem, das wir auch nicht nur über die Gruppenprophylaxe lösen können.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich weiß nicht, ob Sie bei dieser Klassifikation den Beifall aller Cottbuser bekommen, aber gut.

(Heiterkeit)

Das sollte Ihr Problem sein. – Frau Mattern zur Frage der GKV.

Frau Mattern (DGHWi): Ich habe keine Anmerkung, sondern es bezieht sich eher auf Sie. Wir erreichen als Familienhebammen genau die Familien, von denen Sie meinten, dass man sie nicht erreichen kann. Ich sehe das Problem – das ist jetzt vielleicht gemein – eher darin, dass die Zahnärzte, zu denen wir ein halbjähriges Kind schicken würden, sich erstaunen würden. Ich glaube, dass es da noch ein Problem gibt. Wir können sie gerne zu den Zahnärzten schicken, aber ich ernte bei uns dann eher Verwunderung.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Noch eine Anmerkung.

Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK): Direkt dazu. Da werden wieder der Süden und der Mann und der Westen nicht erfreut sein. Wir haben eine repräsentative Umfrage unter Zahnärzten gemacht, wer das Kind als Barriere oder als Problem sieht. Das ist der typische West-Mann. Der hat auch Kinderzahnheilkunde im Studium nicht so wahnsinnig gelernt. Der kreuzt das freiwillig an. Das sind Daten, die uns der West-Mann gegeben hat. Am fröhlichsten gegenüber dem Kind ist witzigerweise der Ost-Mann, und der hat Kinderzahnheilkunde gelernt. Es gibt durchaus – nicht alle Zahnärzte, aber es gibt eine Subspezialisierung Kinderzahnheilkunde – in jedem Territorium – allein in München 23 – Praxen Kinderzahnheilkunde, die darauf spezialisiert sind, das gut abzuarbeiten. Darin sehe ich kein Problem mehr.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Es sollten aber Fragen und Antworten aus der Korona an die Damen und Herren Sachverständigen sein. – Die Patientenvertretung.

PatV: Ich danke Ihnen, Frau Mattern, für Ihre Frage. Das wäre auch meine erste Frage gewesen. Zum Elternfragebogen hatten Sie nach dem wissenschaftlichen Hintergrund gefragt. Das ist genau die Frage, die ich gerne Herrn Fricke und Herrn Kölch stellen möchte. Es geht hier um den Elternfragebogen – nicht den Mannheimer Fragebogen –, der in der U2 bis U6 eingesetzt werden soll. Auf welcher Evidenzgrundlage befürworten Sie diese Einführung?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Kölch.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Es wurde vorhin schon erwähnt. Es ist eher im Sinne einer Checkliste zu sehen, wie wir es auch aus dem Bereich frühe Hilfen und Ähnlichem übertragen können, wo wir über Ankerpunkte Hinweise haben, was sich als am praktikabelsten gezeigt hat. Das ist durchaus etwas, wo man Analogien herstellen kann und sagen kann, das sind Punkte, die darüber abgefragt werden müssen. Wenn Sie eine Evidenz darüber haben wollen, wenn Sie eine epidemiologische Studie dazu machen wollten und dann die Varianz und Ähnliches ermitteln wollten, so werden Sie das mit dem Fragebogen wahrscheinlich nicht hinbekommen. Aber im Sinne des Präventionsgedankens sind das Ankerpunkte, die quasi eine Gesprächshandlungsleitlinie geben und vorstrukturieren. Da gibt es die Analogie – das ist belegt, auch durch die Ulmer Arbeitsgruppe, die „Skala elterlicher Feinfühligkeit“ und Ähnliches –, dass diese Instrumente ganz gut trennen oder ganz gut dahin führen, dass man das erheben kann, was man erheben möchte.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Sie hatten auch Herrn Fricke gefragt.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Ich kann dem nur zustimmen. Ich habe dazu keine andere Aussage.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Die Patientenvertretung hatte sich wieder gemeldet.

PatV: Ich habe zu diesem Thema insgesamt vier Fragen. Die schließen alle aneinander an. Unsere Frage ist, ob man das nicht auch in einem guten strukturierten Gespräch zwischen Kinderarzt und Eltern machen kann oder ob man dafür notgedrungen diesen Fragebogen braucht, der eben keine Evidenzgrundlage hat. Als Patientenvertreter sehen wir es schon mit relativ großer Sorge, welche Fragen da gestellt werden. Sie haben da zum Beispiel Fragen, die sehr in das Detail der Eltern und des Familienlebens gehen, wie: „Wie sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden?“, und solcherlei Dinge, die der Kinderarzt da abfragt. Wir sehen da schon die Gefahr einer Stigmatisierung und die Gefahr, dass das kontraproduktiv ist, weil genau die Familien, die Sie dadurch erreichen wollen, sich

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

im Moment in einer U-Untersuchung noch sehr sicher fühlen. Wir haben sehr hohe Teilnahmeraten bei den Früherkennungsuntersuchungen. Wenn diese Familien aber feststellen, dass in den Früherkennungsuntersuchungen nicht nur das Kind untersucht wird, sondern sozusagen auch die Eltern begutachtet werden, dann könnte das kontraproduktiv sein, indem diese Eltern abgeschreckt werden.

Herr Rodens, Sie haben gesagt, dass Sie ein sehr positives Feedback auf die Fragebögen haben. In der organisierten Selbsthilfe habe ich durchaus ein völlig anderes Feedback bekommen, dass Eltern sich durch diese Fragebögen tatsächlich bedrängt fühlen. Meine Frage ist, ob auch Sie die Gefahr eines kontraproduktiven Effekts und der Stigmatisierung sehen.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Ein ganz klares Nein. Wir wissen das wirklich aus den Untersuchungen heraus. Ein wichtiger Punkt, den Sie angemerkt haben, ist die Begutachtung. Es geht sicherlich nicht um eine Begutachtung. Das wäre der völlig falsche Ansatz. Vielmehr geht es – das wissen wir auch aus ganz anderen Bereichen der Medizin, auch der psychosozialen Medizin – darum, Fragen zu generieren. Da haben wir die guten Erfahrungen – da kann ich die Ausführungen von Herrn Rodens unterstreichen, es gilt auch in meinem Fachgebiet –, dass das Fragen bei den Familien, die ein Problem haben, eher entlastend wirkt, dass man es gefragt werden darf, dass es ein Thema ist, über das gesprochen werden kann, und eher das Nichtfragen dazu führt, dass es einen Vorbehalt gibt oder man sich sogar stigmatisiert fühlt, weil man glaubt, man darf es ja nicht äußern, und Ähnliches. Wenn daraus eine Begutachtung wird, wäre das etwas völlig anderes. Aber ich denke, das ist nicht intendiert. Wir haben auch aus unserem Fachgebiet heraus eher sehr gute Erfahrungen damit, dass man das fragt. Sie haben natürlich recht, in einem strukturierten Gespräch ist das zu erfassen. Das Problem ist – ich wiederhole mich da mit dem, was ich vorhin gesagt habe –, dass diese strukturierten Gespräche so häufig nicht funktionieren. Der Fragebogen gibt die Sicherheit, dass diese strukturierten Gespräche stattfinden. Das ist der Hintergrund für diese Fragen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Wir setzen diese Fragebögen schon in bestimmten Verträgen ein. Die Reaktion ist eigentlich nie schlecht gewesen. Diese Fragebögen bleiben übrigens in der Praxis. Wenn Eltern das wollen, bekommen sie sie auch wieder mit. Die bleiben nicht im U-Heft. Das ist ganz wichtig. Es ist ein Türöffner, so möchte ich das eher bezeichnen, ein Türöffner für Probleme, die sonst, wenn man nicht strukturiert fragt, nicht auf den Tisch gekommen wären. Das habe ich schon mehrfach erlebt. Auch ich habe am Anfang die Ängste gehabt, die Sie haben. Die gelebte Praxis zeigt, dass es ein Riesenfortschritt ist. Das muss ich aus der Erfahrung des letzten Jahres, seitdem wir diese Fragebögen drin haben, sagen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Der GKV-Spitzenverband:

GKV-SV: Auch ich hätte eine Frage zu dem Fragebogen. Sie haben gesagt, das ist ein validierter Fragebogen. Soweit mir das bekannt ist, ist er nicht für diese Altersgruppe, für die er im Rahmen der U-Untersuchung jetzt angewendet werden soll, validiert. Der ist für ältere Kinder validiert. Ich weiß nicht, ob wir da falsch informiert sind. Gibt es da irgendwelche Publikationen?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer möchte antworten? – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Es geht, glaube ich, um zwei verschiedene Fragebögen. Sie meinen einmal den Mannheimer Fragebogen, der die Älteren betrifft. Der ist für die ganz Kleinen nicht validiert.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Aber bei den Kleinen geht es um einen anderen Fragebogen, Papouschek usw. Das sind zwei Paar Stiefel.

GKV-SV: Der Fragebogen, der ab der U7 für Kinder unter sieben Jahren eingesetzt wird. Der Mannheimer Fragebogen, den ich kenne, der validiert ist, ist für Kinder mit sieben, acht Jahren, also ältere Kinder, validiert.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Gibt es Antwortmöglichkeiten?

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Da bin ich im Moment überfragt. Für die Älteren ist er validiert, das ist richtig. Für die Vier-, Fünfjährigen? Ich bin kein Wissenschaftler, das ist das Problem. Da müssten wir Herrn Esser selber fragen. Aber das kann man ja.

(GKV-SV: Soweit ich weiß!)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): „Soweit ich weiß.“ Es gibt vielleicht noch weitere Antworten, die Licht in das Dunkel bringen. Ansonsten ist die Sache im Augenblick nicht klärbar.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Die Frage der Validierung mit der Altersgruppe ist richtig. Aber man muss hier betonen, was ich vorhin schon gesagt habe: dass es nicht darum geht, den Fragebogen einzusetzen, um dort irgendwelche Scores herauszuarbeiten. Vielmehr soll der Fragebogen zur Unterstützung des strukturierten Gesprächs eingesetzt werden, was natürlich auch ohne einen Fragebogen ablaufen könnte, wenn denn im Praxisalltag genügend Zeit und Raum dafür bestehen würde, was aber nicht der Fall ist. Das heißt, dieses Instrument ist aus unserer Sicht deshalb wertvoll und sinnvoll, weil es gerade im Praxisalltag ermöglicht, ein Anamnesegespräch in einer Weise vorzubereiten und zu unterstützen, dass genau die Punkte berücksichtigt werden, die sonst vielleicht unter den Tisch fallen würden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Damit beantwortet? – Das ist der Fall. Dann habe ich eine Wortmeldung der Patientenvertretung.

PatV: Ich habe noch mehrere Fragen, aber ich würde die eine vorziehen, weil wir gerade bei dem Fragebogen sind. Die Frage richtet sich an die Herren Rodens, Kölch und Fricke sowie an Frau Mattern. Grundsätzlich haben wir hier einen Systemwechsel. Bislang sind die Früherkennungsuntersuchungen sekundärpräventiv, jetzt stark primärpräventiv. Wie beurteilen Sie diesen Systemwechsel? Zweite Frage dazu: Welche Evidenz gibt es für solche primärpräventive Beratung durch Ärzte? Dritte Frage: Sie haben die neue Morbidität aufgerufen. Sind Sie mit der Möglichkeit des Verweises in frühe Hilfen und sozialpädiatrische Zentren zufrieden, und welche Möglichkeiten sehen Sie, diesen Systemwechsel SGB V/SGB XIII zu vollziehen bzw. zu realisieren?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Die Frage richtete sich an eine Dame und drei Herren. Sie können antworten, Sie müssen aber nicht antworten. Frau Mattern, bitte.

Frau Mattern (DGHWi): Wir arbeiten als Familienhebammen schon längere Zeit mit der sozialen Arbeit über die frühen Hilfen zusammen. Was hier gerade als Primärprävention bezeichnet wird, ist für die frühen Hilfen schon Sekundärprävention. Sonst wären wir als Familienhebammen da gar nicht drin, weil wir nicht so viele sind, die das auch primär schaffen könnten. Es gibt bereits Fragebogen, die eingesetzt werden oder die erarbeitet wurden sowohl für die soziale Arbeit als auch für die frühen Hilfen und die im Moment über eine Dokumentationsvorlage der Familienhebammen verbreitet sind. Sie beruhen auf Erkenntnissen von Kindler, der herausgefunden hat, wann Eltern vermehrt dazu nei-

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

gen, ihre Kinder zu misshandeln, zu vernachlässigen oder so etwas. Wenn es einen Fragebogen gibt, der gerade nicht validiert ist und nicht evidenzbasiert ist, warum nimmt man diesen und greift nicht auf das zurück, was in den frühen Hilfen gerade Usus ist? Die Kinder-Richtlinien müssten sich auch auf das Kinderschutzgesetz beziehen. Da gibt es im Art. 1 den § 4, nach dem alle verpflichtet sind, mit den Eltern zusammen auszuhandeln: Brauchen sie Hilfen, brauchen sie keine?, und wo auch die Ärzte die Möglichkeit haben, eine insofern erfahrene Fachkraft hinzuzuziehen, wenn sie nicht wissen, ob es sich um Kindeswohlgefährdung handelt oder nicht. Wir haben angeregt, auch dies in die Kinder-Richtlinien aufzunehmen. Dann würde das passend sein. Ich verstehe schon, dass der Fragebogen dafür da ist, ein strukturiertes Gespräch anzubieten. Sie haben aber diese Zeit nicht. Ich stelle mir vor, der Fragebogen wird den Eltern vorab gegeben. Wenn sie das Kreuzchen links machen, wird darauf eingegangen, wenn es rechts ist, nicht. Dann frage ich mich: Was bringt das? Dann würde auch ich eher das Problem der Stigmatisierung sehen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das wird im Zweifelsfall nicht von jedem so gesehen, der jetzt antworten will. Herr Rodens, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Das sehe ich anders; aber darauf will ich jetzt nicht eingehen. – Ganz kurz zu Ihnen: Ja, es ist ein Shift zu primärpräventiven Instrumenten. Den halte ich für schon lange geboten und jetzt für eine Chance. Sie wollten Beispiele, wo vielleicht eine Kommunikation bewirkt hat, dass etwas viel besser geworden ist. Ich nenne den plötzlichen Kindstod. Das ist für mich ein klassisches Beispiel, wie durch Kommunikation nicht nur Ärzte, aber vor allem Ärzte und wir Pädiater bewirkt haben, dass durch diese neuen Erkenntnisse eine schlimme Situation auf ein Viertel, ein Fünftel dessen reduziert wurde, was vor 20 Jahren war. Das ist ein klassisches Beispiel.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ja, bitte.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Vielleicht einige Sätze ganz kurz zu Ihren Fragen. Zum einen hatte ich das vorhin schon gesagt: Wir vonseiten der DGSPJ begrüßen natürlich diesen Shift in frühere Bereiche der Prävention. Der Kinderarzt bzw. die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind diejenigen, die neben den Familienhebammen die Kinder als Erste und über einen langen Zeitraum sehen und begleiten und die Familien relativ gut kennen, durch häufige Besuche, bzw. auch die Interaktionen zwischen Eltern und Kindern gut einschätzen können. Deshalb sind die kinderärztlichen Praxen die medizinischen Angelpunkte, um präventive Maßnahmen einzuleiten. Sie haben natürlich völlig recht, dass die Vernetzung – das habe ich eben auch schon gesagt – mit den frühen Hilfen bzw. der Jugendhilfe – Sozialgesetzbuch VIII – eng verknüpft werden muss bzw. enger werden muss und vorangetrieben werden muss. An den Gesprächen, die jetzt anstehen, sind wir aktiv beteiligt. Das sind Aufgaben, da ist noch eine Menge auf den Weg zu bringen. Das sehen wir auch.

Sie fragten auch nach der Zuweisung zu sozialpädiatrischen Zentren. Da würde ich pro domo sprechen: Wir haben hohe Zuweisungsraten. Die Zahl der Zentren ist auf 150 gestiegen. Die Inanspruchnahmequote ist hoch. Die Kapazitäten sind aber begrenzt. Alle Zentren haben Wartezeiten. Deshalb müssen wir natürlich – das habe ich eben auch bezüglich dieses Qualitätspapiers gesagt – definieren: Wann sollen Kinder in die Zentren kommen? Da sind wir mit den niedergelassenen Kollegen im Austausch und in engem Kontakt. Grundsätzlich sind diese Strukturen dafür da. Die sollten wir nutzen. Die Arbeit der sozialpädiatrischen Zentren muss weiterhin noch enger vernetzt werden mit den Elementen der frühen Hilfen. Auch da gibt es in Kürze ein erstes Treffen einer überregionalen Bundesarbeitsgemeinschaft. Da werden die sicherlich noch einiges investieren, um es voranzutreiben. Bezogen auf das Thema, das wir hier behandeln, geht es uns darum, dass die Wege möglichst früh gebahnt werden und dass Strukturen in den Früherkennungsuntersuchungen angelegt sind, damit die

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Verknüpfung gelingt und damit es nicht dazu kommt, dass wir zwei parallele Systeme haben, die sich um dieselben Klienten oder Patienten kümmern und aneinander vorbeiarbeiten. Das wäre Ressourcenverschwendung, und das wäre völlig kontraproduktiv. Insofern ist das ein ganz wichtiger Punkt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Kölch.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Zur Frage der primären Prävention. Man kann auch die umgekehrte Terminologie der indizierten und universellen Prävention verwenden. Wir wissen, dass universelle Prävention nicht immer gut ist. Man braucht sich nur den Jugendsuchtbereich oder die Ernährungsberatung bei Jugendlichen anzuschauen. Hier, denke ich, ist es aber etwas anderes. Alle Daten zu Kinderschutz und Ähnlichem haben gezeigt: Ich komme gar nicht anders an die Kinder heran als über eine primäre Prävention, weil das genau der Punkt ist, wo die Kinder – und dann eben in der Kinderarztpraxis – auftauchen. Deswegen, denke ich, gibt es hierzu keine Alternative. Denn die induzierte Prävention ist der nächste Schritt. Das wären die frühen Hilfen. Das ist genau der Punkt. Deswegen halte ich die universelle Prävention für hoch sinnvoll.

Durch die Kinder-Richtlinien im SGB V, in das das SGB VIII quasi hineinregiert hat, ohne die gesetzliche Grundlage zu haben, wird an die frühen Hilfen angeschlossen; dies sehe ich positiv. Diese frühen Hilfen müssen natürlich, da sie lokal ausgestaltet sind, lokal auch gelebt werden; das ist das große Problem. Andererseits ist positiv, wenn man sich die letzten Jahre anschaut, auch die Auswertung des nationalen Zentrums, dass es durchweg bessere Vernetzungen gibt, als man es noch vor drei oder vier Jahren gehabt hat. Wenn ich jetzt analog pro domo sprechen würde, würde ich mir als Fachgesellschaft vorstellen können, dass man sagt: Es gibt auch Kinder, die in diesem Bereich an die niedergelassenen Kollegen auch aus meinem Fachgebiet oder an die psychiatrischen Institutsambulanz verwiesen werden. Das ist sicherlich nicht das, was ich unbedingt unterschreiben würde, aber was sicherlich trotzdem sinnvoll ist: die sozialpädiatrischen Zentren.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Jetzt muss ich ein bisschen zögern. Die Patientenvertretung hatte gerade in der Frage die Personen, die antworten sollten, eingegrenzt. Wenn ich das richtig mitbekommen habe, Herr Freund, waren Sie nicht aufgerufen. Ich frage aber die Patientenvertretung: Haben Sie etwas dagegen, wenn sich Herr Freund jetzt noch meldet? – Nein. Herr Freund, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Freund (DEGAM): Aus unserer Sicht, aus Sicht der Familienmedizin, ist es begrüßenswert, dass es diesen Shift zur Primärprävention gibt. Das ist, glaube ich, ein entscheidendes Statement, genauso die Verknüpfung zu frühen Hilfen. Das ist sicher etwas, was wir begrüßen.

Vielleicht noch etwas zu den Fragebögen. Das war, glaube ich, ein entscheidender Punkt, auch das, was Sie gesagt haben. Ich sehe es ähnlich. Es ist eigentlich eine Einladung oder eine Aufforderung zur strukturierten Anamnese. Was natürlich nicht sein darf, ist, dass das Vertrauensverhältnis zum Arzt verlorengeht. Das ist natürlich uns in der Familienmedizin besonders wichtig. Wir haben eine besondere Situation in der Versorgung, weil wir die Eltern in der Regel mitbetreuen. Es ist sehr selten, dass uns Kinder vorgestellt werden, ohne dass wir die Eltern mitbetreuen. Daraus ergeben sich Chancen, zum Beispiel, dass man bestimmte Dinge, die in den Elternfragebögen gefragt werden, bereits kennt. Es gibt natürlich immer wieder Risiken, die wiederum durch den Fragebogen behoben werden könnten, dass man bestimmte Dinge gerade nicht anspricht, weil man die Eltern betreut. Insofern sehe ich es eher als eine Chance zu der strukturierten Anamnese.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Jetzt hat die Patientenvertretung noch einmal die Möglichkeit zur Frage.

PatV: Ich wollte eine Rückfrage an Herrn Fricke stellen. Sie hatten zu dem Elternfragebogen gesagt, dass vor allen Dingen das Zeitargument eine Rolle spielt, dass nicht genügend Zeit ist, das einfach nur in dem Gespräch zu machen, und dass deswegen der Fragebogen das Gespräch unterstützt. Wir denken, dass der Fragebogen teilweise sehr intime Informationen von den Eltern abfragt. Er ist gleichzeitig hochgradig unspezifisch und lässt viel Spielraum für Fehlinterpretationen. Die Erfahrung aus der Perspektive der Betroffenen, der Patienten ist, dass es teilweise passiert, dass Mütter etwas ankreuzen und das ganz anders meinen, als es der Arzt auffasst, und dass dann das Gespräch dazu verwendet wird, die Fehlinterpretation geradezurücken, und somit Zeit von dem eigentlichen Gespräch verlorenght. Ich frage Sie, ob es nicht vielleicht sinnvoller ist, anstatt jetzt zu versuchen, das Zeitproblem, das wir durchaus sehen, durch einen unspezifischen Fragebogen zu kompensieren, der für Fehlinterpretationen anfällig ist, den Ärzten genügend Zeit für dieses Gespräch zu geben.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Grundsätzlich ist es so, dass natürlich in jedem Fall, ob mit oder ohne Fragebogen, genügend Zeit da sein muss, vom System her und von der Vergütung her, dass die Fragen geklärt werden können, die anstehen und die für die Entwicklung des Kindes, die Rahmenbedingungen, wichtig sind. – Das vorneweg.

Ich bin jemand, der seit drei Jahrzehnten in Kliniken, in sozialpädiatrischen Zentren arbeitet. Ich kenne auch die Praxis von den Kollegen und aus Praxisvertretungszeiten. Wir versenden in unseren Einrichtungen sehr viele Fragebögen. Die Erfahrung zeigt, dass sehr wenig Zeit dafür verwendet wird, etwaige Fehleintragungen zu interpretieren oder irgendetwas zu korrigieren. Man geht auch nicht jede einzelne Frage im Sinne von Scores durch. Wenn Sie einen Fragebogen haben, bei dem am Ende ein Score herauskommt, ein Cut-off-Wert, wo eine Störung definiert wird oder eine Diagnose unterstützt wird, haben Sie eine ganz andere Situation. Hier geht es darum, bestimmte Punkte anzureißen, vorzubereiten und den Arzt auf bestimmte Punkte zu sensibilisieren, zusätzlich zu dem Gespür, das er im Alltag sowieso hat. Das ist aus meiner Sicht eine Ergänzung. So sehe ich das. Die Erfahrungen sprechen aus meiner Sicht nicht für die Befürchtungen, die Sie äußern. Ich kann sie nachvollziehen, aber das ist eigentlich nicht der Alltag.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Jetzt geht die rechte Seite, von mir aus gesehen, deutlich in Führung. – Der GKV-Spitzenverband hat das Wort.

GKV-SV: Zu Scores und Fragebogen: Soweit mir bekannt ist, gibt es auch für den Mannheimer Fragebogen einen Score. Das ist keiner ohne Score. Er ist aber nicht veröffentlicht.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer möchte antworten? – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ich antworte, weil ich glaube, dass ich diesen Fragebogen in der Praxis am häufigsten verwende. Der Score spielt nicht die entscheidende Rolle. Die entscheidende Rolle spielt die Türöffnerfunktion, und die hat sich mehr als bewährt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragestellungen? – Die Patientenvertretung.

PatV: Es tut mir leid, ich muss noch eine Frage an Herrn Fricke stellen. Es geht um die Übernahme der Daten aus dem Mutterpass. Sie hatten ausgeführt, dass Sie das für sinnvoll erachten. Als Patientenvertretung sehen wir auch, dass bestimmte Daten aus dem Mutterpass durchaus übernommen

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

werden sollten, und zwar die, die für die Gesundheit des Kindes eine Rolle spielen. Es gibt dort allerdings auch den einen Punkt, der heißt: besondere psychische Belastungen der Mutter. Diesen Punkt wollen wir als Patientenvertretung nicht übernehmen, und zwar weil wir auch dort die Gefahr der Stigmatisierung sehen. Ich kann aus meinem Erfahrungsbereich in der Selbsthilfe von schwerstbehinderten Kindern sagen: Es ist so, dass zum Beispiel die schwere Behinderung eines Kindes oft automatisch als besondere psychische Belastung der Mutter kodiert wird. Das ist sozusagen ein Automatismus; es wird gesagt: Die Frau hat ein mehrfach schwerbehindertes Kind; da schreiben wir sofort: besondere psychische Belastung der Mutter. Wir sehen hier die Gefahr der Stigmatisierung. Es gibt auch hier keine Evidenzgrundlage. Insofern wollte ich Sie fragen, wenn Sie befürworten, dass alle Daten aus dem Mutterpass so übernommen werden, wie eine besondere psychische Belastung überhaupt definiert werden soll.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Zum Schluss war es eine Frage.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Sie sprechen einen durchaus schwierigen Punkt an: Wie wird das definiert? Das ist schon klar. Auf der anderen Seite haben wir natürlich, gerade wenn es um die psychische Erkrankung der Eltern geht, die Situation, dass wir in diesen Familien sehr viele Kinder haben, die in ihrer Entwicklung extrem gefährdet sind. Wir behandeln genauso wie die Kinder- und Jugendpsychiater Kinder – dazu kann Herr Kölch sicher etwas sagen – aus diesen Familien zu einem sehr hohen Prozentsatz, die später nicht nur auffällig, sondern auch krank werden. Insofern ist natürlich die Erfassung solcher Risiken durchaus ein wichtiger Punkt. Letztendlich ist die Frage, wie die psychische Belastung der Mutter definiert wird. Das ist natürlich ein Punkt, der – da haben Sie natürlich völlig recht – schwierig ist. Das müsste man vielleicht noch genauer definieren. Aber dass es ein klarer Risikofaktor ist, ist völlig unbestritten.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Auch wer nicht gefragt ist, darf antworten.

Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP): Dass es keine Evidenz gibt, würde ich so nicht unterschreiben. Es gibt relativ gute Evidenzgrade für die psychische Gesundheit des Kindes, auch für die frühe psychische Gesundheit des Kindes und den Zusammenhang mit psychosozialen Risiken. Das wissen wir. Dazu gibt es wunderbare Studien aus Großbritannien, die die BELLA-Studie in Deutschland repliziert hat, auch relativ neu repliziert hat, und auch zu wirklich manifesten psychischen Erkrankungen von Eltern. Da haben wir selber auch genug Studien durchgeführt. Das Risiko ist kumulativ für das Kind erhöht, gerade auch in diesem frühen Altersbereich. Wie man das definiert – da würde ich Ihnen Recht geben –, das ist vielleicht ein anderer Punkt. Da könnte man sich sehr gut darauf beziehen, was in den Studien, sei es Melzer, sei es Ravens-Sieberer – als Risikofaktoren in der internationalen Literatur ausgearbeitet ist. Das wäre zum Beispiel ein Lösungsvorschlag.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich habe eben vernommen, dass die Patientenvertretung sich wieder gemeldet hat.

PatV: Die Frage der Stigmatisierung betrifft auch den anderen hier inkriminierten Bereich, nämlich des Abusus, wo sich auch die Frage stellt, wie das definiert werden soll. Wir haben den großen Fortschritt, dass wir künftig bei der U1 die Zahl der unvollendeten Schwangerschaften nicht mehr abfragen. Insofern ist das schon ein Schritt. Ich frage deshalb Frau Mattern und Herrn Goecke in diesem Zusammenhang, wie damit umgegangen wird, auch hinsichtlich der Evidenzen und auch hinsichtlich der Frage der Übernahme des Befunds Gestationsdiabetes. Gibt es dafür Evidenzen, dass das in der Fortschreibung sinnvoll ist?

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Ich habe noch eine Frage an Frau Felderhoff-Müser. Sie hatten zur U1 bemerkt, dass für Frühchen, für sehr früh Geborene im Prinzip diese Us nicht relevant sein können. Es begegnet uns in der Praxis häufig, dass für diese die Us nicht durchgeführt werden und nicht durchgeführt werden können. Gleichzeitig bekommen sie zum Teil Probleme, weil die Jugendämter kontrollieren; die Teilnahme wird ja kontrolliert. Gibt es alternative Vorschläge?

Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI): Das kann ich gerne beantworten. Da haben wir uns, glaube ich, missverstanden. Wir haben in der schriftlichen Stellungnahme dargelegt – das wollte ich bekräftigen –, dass wir die auf keinen Fall streichen wollen, dass aber die Kriterien nicht gelten können. Wir tragen zum Beispiel in der Praxis ein: Kind stationär Schwangerschaftswoche. Aber wir können bestimmte Entwicklungsschritte wie Kontaktaufnahme natürlich erst berücksichtigen, wenn das Kind in einem korrigierten Alter ist. Ich glaube, es wäre wichtig, einen Vermerk zu machen, dass man bei extrem früh Geborenen im ersten Lebensjahr den errechneten Termin nimmt und nicht den Geburtstermin, weil wir hier zum Teil eine Diskrepanz von drei bis vier Monaten haben und die U1 bis U4 in diesem Fall tatsächlich noch vor dem errechneten Geburtstermin stattfinden. Auf keinen Fall sollten wir diese Untersuchungen nicht durchführen, aber es muss klar sein, dass wir dort Kinder haben, die zu früh geboren sind. Da sind die Kriterien zum Teil einfach verschoben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war die zweite Frage, die zuerst beantwortet worden ist. Jetzt kommen wir zur ersten Frage, und die soll von Herrn Goecke und von Frau Mattern beantwortet werden. Ich gehe davon aus, gnädige Frau, dass Sie die Ehre des Ankommandos haben. Frau Mattern, Sie haben das Wort.

Frau Mattern (DGHWi): Ich kann mich nicht erinnern, dass in dem Entwurf, den wir bekommen haben, stand, dass Abusus und so etwas aus dem Mutterpass übernommen werden soll. Es gab etwas, was übernommen werden sollte, aber nicht das. Das ist jetzt wieder eine Anmerkung. Ich weiß gar nicht, wo wir im Moment stehen. Ich wäre sonst dagegen. Denn wenn im gelben Heft steht, dass die Mutter einen Abusus hat, finde ich das fürchterlich; ich kann gar nicht anders darauf antworten. Es ist immer noch die Frage, ob der Wunsch der Patientenvertreter durchgekommen ist, dass die gelben Hefte nicht von Ämtern eingesammelt werden, wenn zum Beispiel der Kinderwagen im Sozialfall an Eltern ausgegeben wird. Das ist nicht so vorgesehen. Ich weiß, das gelbe Heft gehört den Eltern, der Mutterpass auch, und trotzdem kommt es häufig vor, dass Mutterpass und das gelbe Heft vorgelegt werden müssen, weil daran gesehen wird: Das Kind ist geboren, und es lebt. Wenn darin steht, dass die Mutter einen Abusus hat, kann ich mir nicht vorstellen, dass das gut sein kann.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Goecke, Sie haben das Wort.

Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG): Ich denke, es ist aus medizinischer Sicht schon sinnvoll, zumindest einige Risiken zu übernehmen. Es wurde der Gestationsdiabetes angesprochen. Da wissen wir, dass die Kinder ein erhöhtes Risiko haben, später Diabetes zu bekommen. Das hängt auch viel mit den psychosozialen Faktoren zusammen. Daher sollte der Abusus aufgeführt werden. Denn wenn in einer Familie ein Abusus ist – das sind nicht die zwei oder drei Zigaretten, die geraucht werden, sondern Medikamentenabusus und andere Abususformen –, dann haben wir schon ein Problem mit diesen Familien, darüber den psychosozialen Aspekt zu erkennen. Ich begrüße aber sehr, was in der Überarbeitung festgehalten worden ist: dass nicht mehr das komplette gelbe Heft an die Ämter abgegeben werden soll; denn darüber kann eine Stigmatisierung entstehen. Das ist richtig.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Gibt es weitere Fragen? – Die Patientenvertretung.

PatV: Es war eine schöne Überleitung, Frau Mattern, dass Sie das angesprochen haben. Das ist für die Patientenvertretung ein großes Anliegen. Wir machen die Erfahrung, dass Eltern von Jugendämtern oder Kitas nach dem gelben Heft gefragt werden. Wir versuchen deshalb, eine Lösung zu finden, dass die Eltern die Möglichkeit erhalten, die Teilnahme an den U-Untersuchungen zu dokumentieren, ohne dass alle anderen Informationen gleichzeitig weitergegeben werden. Herr Rodens, Sie haben das in Ihrer schriftlichen Stellungnahme auch sehr befürwortet. Ich wollte nachfragen, ob Sie sich vorstellen können, wie diese Umsetzung erfolgen kann, wie das mit einer Art Teilnahmekarte funktionieren kann, dass man eine perforierte Seite im gelben Heft hat, die man heraustrennen kann, wo dokumentiert wird, dass an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen wurde. Eine Frage an den ärztlichen Datenschutz gerichtet: Ist es nicht auch im Interesse der Ärzte, dass das gelbe Heft im Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt verbleibt und die Dokumentation der Ärzte nicht in Kitas und Jugendämtern herumschwirrt?

Herr Dr. Rodens (DGKJ): In vielem gebe ich Ihnen recht. Das gelbe Heft hat nirgendwo anders etwas zu suchen. Da sind wir, glaube ich, einer Meinung. Dazu brauche ich nicht mehr zu sagen.

Was Ihren Vorschlag der Teilnahmekarte angeht, müsste man sich erst einmal damit anfreunden. Es ist sicher irgendwo vorstellbar, es ist nur wieder ein bürokratischer Aufwand, wie eben so oft. Das ist aber das Einzige, was mich daran stören würde.

Ganz kurz zurück zu Abusus/psychischen Belastungen. Das ist aus meiner Sicht schon wichtig, dann aber in einem Vertrauensverhältnis. Das fetale Alkoholembryopathiesyndrom ist nichts Seltenes. Wir als Pädiater brauchen – weg vom Battered-Child-Syndrom und vom Schütteltrauma – darüber Informationen. Das gehört heute zur Differentialdiagnose ganz enorm dazu. Wie wir das im Vertrauensschutz regeln, ist eine andere Geschichte. Aber diese Information ist wichtig, ich kann es nicht anders sagen, und zwar in Bezug auf die Kinder und das Einschätzen der Kinder. Ich kann mich nicht darauf einlassen, diese Information ganz wegzulassen. Irgendwo muss diese Information für uns handhabbar sein, in dem Wissen, wie wir die Kinder abschätzen sollen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Sie haben fast ein Alleinstellungsmerkmal: wiederum die Patientenvertretung.

PatV: Das bedauern wir; die andere Seite könnte sich gern auch engagieren. – Wir haben eine intensive Diskussion über die Frage gehabt, zu welchem Zeitpunkt die U1 stattfinden kann, soll, muss. Dazu hatten Sie sich in Ihrer schriftlichen Stellungnahme geäußert, Frau Mattern. Die Frage in dem Zusammenhang, den wir behandeln – Stigmatisierung, Abusus –, ist, ob 30 Minuten oder 60 Minuten nach der Geburt, die möglicherweise für die Mutter noch gar nicht abgeschlossen ist, der richtige Zeitpunkt ist, über solche delikaten Grundsatzfragen zu reden, die ein Leben lang Bedeutung haben können. Sie haben eben auf Gestationsdiabetes als Risikofaktor auch für späteren Diabetes hingewiesen, wir wissen, wie das gelbe Heft gehandelt wird und dass die Kinder das über ihre ganze Jugend und ihr frühes Erwachsenenalter als Grunddokument besitzen. Ist nicht die erste halbe Stunde nach der Entbindung ein zu früher Zeitpunkt, um solche hoch relevanten Lebensfragen wie Abusus, Gestationsdiabetes und anderes zu definieren?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich habe eine Meldung.

Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP): Aber zu einem anderen Thema.

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich habe das gerade mitbekommen.

Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP): Ich möchte nur unterstützen, dass das gelbe Heft ein wichtiges Kommunikationsmittel zwischen Ärzten ist. Phoniater und Pädaudiologen sehen sich das gelbe Heft sehr genau an. Hier geht es um das Risiko bei der Sprachentwicklung, um die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer angeborenen Schwerhörigkeit. Das wird ganz erheblich durch die Komorbiditäten, die erkannt worden sind, die dokumentiert worden sind, mitbestimmt. Wir sehen da hinein. Das können uns die Eltern nicht alles so sagen. Es geht nicht um die stigmabelasteten Dinge, sondern um viele andere Dinge auch. Wenn ich bestimmte Dinge, protokolliert von Kinderärzten, lese, dann weiß ich, an was ich denken muss. Ich weiß, dass Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Diagnosen höher sind. Ich mache andere Untersuchungen. Das ist ganz wichtig. Das gelbe Heft ist immer da. Die Eltern legen uns das vor, und ich weiß sofort: Was hat der Kinderarzt schon festgestellt, wo muss ich rückerufen? Wir rufen auch die Kollegen an und hinterfragen das. Das ist ein ganz wichtiger Einstieg.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war eine Antwort auf die vorherige Frage. Nun kommen wir zur jetzigen Frage. Frau Felderhoff-Müser, Sie waren angesprochen.

Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI): Ich würde das gerne insofern kommentieren, als die U1 für uns eine Art Sicherheitsfaktor darstellt. Das hat nichts damit zu tun, dass man eine halbe Stunde nach der Geburt solche delicate Daten unbedingt aufschreiben möchte. Aber wenn man in großen Kliniken arbeitet, 5.000 Geburten betreut, dann rutscht das eine oder andere durch. Zunehmend mehr kommt es dazu, dass die Kinder entbunden werden, die Mütter bleiben vielleicht eine Nacht oder gehen gar ambulant nach Hause. Dann gehen diese wichtigen Informationen in diesem täglichen Geschäft ganz einfach verloren. Daher ist es wichtig, dass man einen Zeitpunkt festlegt, und zwar den frühestmöglichen Zeitpunkt, zu dem diese Daten erhoben werden sollen. Es kann durchaus sein, dass man bei der U2 oder der U3 dem noch hinterherlaufen muss. Ich glaube, das ist der etwas simple Grund, das so zu machen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Herr Goecke.

Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG): Man muss sich die Frage stellen: Was wird bei der U1-Untersuchung untersucht? Da geht es nicht um eine kindliche Untersuchung auf mögliche Folgen des Abusus der Mutter. Da geht es erst einmal um die Vitalität des Kindes: Wie stabil ist das Kind? Es kommt die körperliche Untersuchung dazu, die in der Regel durch die Hebamme durchgeführt wird. Aber wie Frau Mattern oder der Verband es formuliert hat: Nach einer halben Stunde kann es durchaus sein, dass die Geburt noch gar nicht abgeschlossen ist, weil die Plazenta, der Mutterkuchen, noch gar nicht da ist. Deswegen ist es eine Untersuchung, die im Kreißsaal durchgeführt werden muss, bei einer vitalen Bedrohung früher, als wenn es dem Kind offensichtlich gut geht. Aber ich würde nicht unbedingt sehen, dass das innerhalb von 30 Minuten gemacht werden muss, aber innerhalb des Kreißsaals, wenn sich die Patientin dort aufhält, wäre das zu begrüßen. So wird es auch gemacht.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Mattern.

Frau Mattern (DGHWi): Gut, dass ich jetzt nach Ihnen dran bin. Für Hebammen oder Geburtshelfer ist die Geburt mit der Geburt des Kindes nicht abgeschlossen. Sie ist erst abgeschlossen, nachdem die Plazenta da ist, und das kann bestimmt noch eine Stunde dauern. Aber die Frauen verbleiben nach der Geburt, nachdem die Plazenta geboren ist, noch zwei Stunden im Kreißsaal. Wenn innerhalb dieser Zeit die U1 gemacht wird, müsste das ausreichen. Es ist zwar formuliert, dass es darum

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

geht, lebensbedrohliche Zustände und augenfällige Schäden zu finden, aber das machen wir natürlich nicht erst nach zwei Stunden. Das passiert in der gesamten Zeit, sodass die U keine lebensbedrohliche Situation verändert. Das wäre dann längst geschehen. Deswegen hatten wir das so gesagt.

Aber die Frau wird nicht – das möchte ich auseinanderhalten – nach Abusus befragt, wenn ich das jetzt hoffentlich richtig verstanden habe, sondern es wird aus dem Mutterpass übernommen. Als Vertreterin der Hebammenwissenschaften bin ich immer noch strikt dagegen, dass es übernommen wird, weil mit dem U-Heft viel zu viel in die Öffentlichkeit gegangen wird, und wenn es die Sozialarbeiterin ist und die Frau, Hartz-IV-Empfängerin, von der Kinder- und Jugendhilfe besucht wird. Die schaut sich das U-Heft an. Das kann so nicht sein. Es wäre aber eine Möglichkeit, dass die Patientinnen den Mutterpass zu den Kinder- und Jugendärzten bringen, vielleicht bei der U3. Dann könnten sie die Daten mit ihr besprechen. Aber dass sie quasi öffentlich gemacht werden, halte ich für ungut.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Die Patientenvertretung.

PatV: Ich wollte Herrn Rodens eine Frage nach dem SPZ stellen. Uns als Patientenvertretung ist es sehr wichtig, dass im Bewusstsein aller Ärzte eine Überweisung in das SPZ verankert wird, weil es nach unserer Erfahrung sehr wichtig sein kann. Im SPZ sind sowohl pädagogische als auch medizinische Mitarbeiter. Wenn Sie ein Kind mit einer erheblichen Entwicklungsverzögerung haben, mit einer schweren Epilepsie usw., dann finden die Familien nach unserer Erfahrung im SPZ die erste gute Anlaufstelle, wo sie rundum betreut werden können. Da wollte ich Sie fragen, was Ihre Erfahrungen im Praxisalltag sind, ob Sie auch dieses Feedback von Eltern bekommen, dass das SPZ für sie sehr wichtig ist.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ja. – Reicht Ihnen das?

Frau Dr. Bert (stellv. Vorsitzende): Es gibt noch eine Frage vonseiten der Patientenvertreter.

PatV: Ich habe eine letzte Frage zu dem Punkt, den Sie angesprochen haben, Herr Fricke, zur U8, Muttersprachlichkeit bei Migrantinnen. Das haben wir intensiv diskutiert und sind nicht richtig zu Ergebnissen gekommen. Sie haben auch in Ihrer Stellungnahme angesprochen, Muttersprachlichkeit bei Migrantinnen zu berücksichtigen. Wie ist hier Ihr Vorschlag? Wie soll das geregelt werden? Wie soll das in der Praxis stattfinden?

Frau Dr. Bert (stellv. Vorsitzende): Herr Fricke.

Herr Dr. Fricke (DGSPJ): Ich habe keinen konkreten Vorschlag, wie man das im Detail regeln kann. Das ist aus unserer Sicht ein Punkt, der Berücksichtigung finden muss und im Alltag nicht immer adäquat Berücksichtigung findet. Gerade bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerung und Schwierigkeiten, sich in Gruppen zu integrieren, sehen wir das schon als einen Faktor. Grundsätzlich sind wir im Moment seitens unserer Fachgesellschaft dabei, das ganze Thema Migrationsstatus in ganz anderer Weise zu berücksichtigen. Das liegt daran, dass wir in den sozialpädiatrischen Zentren natürlich sehr viele Kinder sehen und überwiesen bekommen, bei denen ein Teil ihrer Probleme mit dem Migrationsstatus, den kulturellen Besonderheiten usw. zusammenhängt.

Das ist auch ein Thema – wenn man es ein bisschen weiterführt –, wo man an bestimmte Familien kulturell nur herankommt, wenn man sie beispielsweise über die Kitas erreicht, also gar nicht so sehr über das medizinische System. Aber wir müssen das berücksichtigen, wir müssen in unserem Alltag, was die Übersetzung angeht – das ist noch einmal ein ganz anderes Thema; das sprengt im Rahmen der kinderärztlichen Praxis die Möglichkeiten –, sehr viel stärker auf professionelle Dolmetscher zu-

Anlage 5 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

rückgreifen, als das bisher der Fall ist, weil wir viele Dinge nicht so adäquat erfassen. Die Übersetzung durch Familienangehörige, Freunde usw. bringt eine ganz andere Interessenslage mit hinein. Das ist ein ganz großes Thema. Aber ein Aspekt ist zumindest, dies im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung zu berücksichtigen und als Thema mit auf der Agenda zu haben. Das ist damit gemeint.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Schönweiler.

Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP): Ich möchte das unterstützen. Diese Frage ist insofern wichtig, weil sie dazu beiträgt, die Ursache einer Sprachentwicklungsstörung festzustellen, also einmal die medizinischen Untersuchungen vom Hören bis zur geistigen Entwicklung, Gehirnfunktion, und natürlich den Gebrauch der verschiedenen Sprachen in der Familie. Das ist eine ganz wichtige Frage. Das wird in der Regel auch strukturiert abgefragt, weil das Teil dieser Diagnostik ist. Das ist ganz wichtig und selbstverständlich.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich lasse eine Pause einkehren, ob sich noch jemand meldet. – Es meldet sich niemand mehr. Dann darf ich mich bei Ihnen herzlich bedanken. Ich freue mich, dass Sie so zahlreich gekommen sind. Ich danke Ihnen für Ihre freimütige Art, hier Antworten zu geben. Das hat uns sehr geholfen. Die weiteren Beratungen hatte ich Ihnen bereits skizziert. Insoweit ist schon darauf hingewiesen worden, dass wir zehnjährigen Geburtstag haben, was die Kinder-Richtlinien angeht. Wir wollen den elfjährigen nicht feiern. Das ist insgesamt unser Ausblick.

Dann bleibt mir nichts anderes übrig, als Ihnen auf Wiedersehen zu sagen. Kommen Sie gut nach Hause, wo immer Sie zu Hause sind.

Die Anhörung ist damit beendet.

Schluss der Anhörung: 12.47 Uhr

Würdigung, der am 12. März 2015 mündlich vorgetragenen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die

- **Änderungen der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)**

1. Vorgaben in der Verfahrensordnung zur Auswertung von mündlichen Stellungnahmen

Gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO bedarf die mündliche Stellungnahme keiner gesonderten Auswertung, soweit sie Inhalte der abgegebenen schriftlichen Stellungnahmen wiederholt.

Gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 5 VerfO dient die Anhörung in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 4 VerfO ist über die mündliche Stellungnahme und ihre Beratung eine Niederschrift zu fertigen, aus der insbesondere

- a) die Teilnehmer und ihre jeweilige Funktion,
- b) die im Namen der angehörten Organisationen vorgetragenen wesentlichen Einwände und Änderungsvorschläge sowie
- c) die Stellungnahmen von Sachverständigen in ihren Grundzügen

hervorgehen müssen. Satz 2 dieser Regelung sieht vor, dass § 10 Abs. 3 entsprechend gilt.

Danach sollen die (...) Stellungnahmen durch den Unterausschuss oder gegebenenfalls das Plenum ausgewertet werden. Hierüber ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der

- a) die in die Erörterung einbezogenen Stellungnahmen,
- b) die Ergebnisse der Ausschussberatung zu den einzelnen Stellungnahmen und
- c) die wesentlichen Gründe für die Nichtberücksichtigung von Einwänden oder Änderungswünschen zu dem Entwurf

hervorgehen müssen.

Im 1. Kapitel § 13 VerfO wird die letztgenannte Regelung aufgegriffen. Danach erstellt der Unterausschuss eine Beschlussvorlage für das Plenum, der die Niederschriften nach § 10 Abs. 3 und gegebenenfalls § 12 Abs. 4 beizufügen sind und aus der hervorgehen muss,

- a) welche Änderungen der Beschlussvorlage der Unterausschuss aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen empfiehlt und
- b) mit welcher Begründung er geforderte Änderungen nicht befürwortet.

2. Hinweise zur Auswertung

In der nachstehenden Tabelle sind die mündlichen Stellungnahmen vollständig abgebildet. Fragen der Mitglieder des UA MB sind kursiv dargestellt, damit die Antworten besser nachvollzogen werden können.

Einleitende Ausführungen und Bezugnahmen in den Wortbeiträgen, die aufgrund der Umsortierung ihre Aussagekraft verloren haben, wurden nicht in die Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens übernommen.

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
U1		
Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI):	<p>Wir schließen uns der schriftlichen Stellungnahme der DGKJ an, würden aber zusätzlich gerne vermerkt haben, dass der Base Excess vom Mutterpass in die Richtlinien, also in die kindliche Untersuchung, übernommen wird, weil man damit metabolische oder respiratorische Ursachen einer ganz frühen Störung schon einmal ausschließen kann.</p> <p>Ich kann im Prinzip gleich alles loswerden, was ich zu diesen Themen habe. Die Neonatologen geben insgesamt zu bedenken, dass es bei den Untersuchungen U1 bis U4 bei extrem früh Geborenen so ist, dass wir diese Richtlinien gar nicht anwenden können. Wir hätten gerne irgendwo einen Vermerk, ein Sternchen oder einen Hinweis, dass diese ganzen Dinge für sehr kleine Frühgeborene nicht gelten und das Ganze erst ab einem korrigierten Alter zu werten ist. Wenn ein Kind zu früh, nach der 24. Schwangerschaftswoche, auf die Welt kommt, kann ich die U1 bis U4 im Prinzip nicht werten, wenn ich den noch nicht vorhandenen errechneten Geburtstermin habe.</p>	<p>Aufgrund der schriftlichen Stellungnahme wurde der Vorschlag umgesetzt.</p> <p>Der Hinweis wird begrüßt. Der Beschlussentwurf und das Gelbe Heft werden entsprechend angepasst.</p>
Herr Dr. Rodens (DGKJ):	<p>Wir hatten in unserer Kommentierung schon beschrieben, dass der Untersuchungsumfang für diejenigen, die bei der U1 an vorderster Front sind, zu umfangreich ist. Ich möchte darauf noch einmal hinweisen. Das ist sicherlich für Hebammen – neben mir sitzt eine Vertreterin der Hebammen – ein viel zu umfangreiches Paket. Das muss auf das Grundsätzliche zurückgestutzt werden.</p>	<p>Aufgrund der schriftlichen Stellungnahme wurde der Vorschlag umgesetzt.</p>
Herr Dr. Fricke (DGSPJ):	<p>Es geht mir noch einmal um die Übernahme der Daten aus dem Mutterpass. Da hatten wir ein klares Votum, das in das gelbe Heft oder das Nachfolgeheft zu übernehmen, weil das auch für die spätere Entwicklung der Kinder ganz wichtige Informationen sind.</p>	<p>Aufgrund der schriftlichen Stellungnahme wurde der Vorschlag umgesetzt.</p>
Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP):	<p>Von unserer Seite aus zur U1. Das, was wir geschrieben haben, noch einmal unterstrichen: Wir müssen Eltern die Sorge vor den Fragen nach psychosozialen Belastungsfaktoren nehmen, weil es für den weiteren Verlauf wichtig ist, dies frühzeitig zu erheben. Man sollte hier nicht den Stigmaaspekt sehen, sondern tatsächlich die Möglichkeit in der Hilfe und Entlastung für Eltern, wenn das angesprochen wird.</p>	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
Herr Dr. Rodens (DGKJ):	Was Herr Kölch gesagt hat, kann ich nur unterstützen. Ich bin einer derjenigen, der als niedergelassener Jugendarzt jeden Tag 20 Vorsorgen macht. Wären solche Items schon in den jetzigen Vorsorgeuntersuchungen enthalten, wäre einem Kind sicher ein Battered-Child-Syndrom erspart gewesen.	
U2		
Keine Wortmeldung		
U3		
Herr Dr. Fricke (DGSPJ):	Hier geht es auch schon um den Fragebogen, der als Unterstützung für die Vorstellung beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt eingesetzt werden kann, nicht im Sinne eines vorgestellten standardisierten Evaluierungsinstruments, sondern zur Unterstützung und Strukturierung der Fragen und der anamnestischen Angaben, die für die Einschätzung des Kindes wichtig sind, weil die konkrete Untersuchungssituation und der Eindruck, den man in dieser bezüglich der Entwicklung des Kindes gewinnen kann, halt nur ein Ausschnitt ist. Die strukturierte Erfassung der Angaben bzw. der Eindrücke der Eltern ist ein ganz wichtiges Instrument, um Entwicklungsauffälligkeiten erkennen zu können. Dies ist eine grundsätzliche Aussage, die auch für die anderen Früherkennungsuntersuchungen gilt.	Die KBV begrüßt die Position. Diese wird zudem unterstützt von der DGKJP, DGKJ und DEGAM.
Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP):	Ich möchte es unterstützen und vonseiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf hinweisen, dass die strukturierte vs. unstrukturierte Erfassung auch für den Anschlussbereich wichtig ist – frühe Hilfen und Ähnliches – und es diese Diskussion dort genauso gegeben hat und sich gezeigt hatte, dass ein Handlungsleitfaden oder diese Strukturierung, wie immer man es nennen möchte, wichtig ist, weil sonst das Risiko besteht, dass es übersehen wird.	KBV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. An der Diskussion wird deutlich, dass die Bezeichnung „Fragebogen“ den gewählten Ansatz nicht treffend charakterisiert. Um die Zielstellung, die Anamnese zu strukturieren, damit nichts „übersehen wird“, besser abzubilden, wird die Bezeichnung „Checkliste für das Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt“ als Oberbegriff für die von der KBV für die Anamnese vorgeschlagenen, jeweils altersbezogenen Items (ab der U3) gewählt.

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
<p>Herr Dr. Rodens (DGKJ):</p>	<p>Ich möchte ins gleiche Horn stoßen. Im Bereich unserer selektiven Vorsorgen sind solche Fragebogen schon implementiert. Die Rückmeldung von den Eltern ist übrigens durch die Bank positiv, nicht negativ. Es gab in den letzten Wochen schon Rückmeldungen von Eltern, dass sie froh gewesen wären, wenn auch beim ersten Kind ein solcher Fragebogen da gewesen wäre und vieles erspart geblieben wäre, weil man auf Dinge aufmerksam gemacht worden wäre, die so untergegangen sind. Also: ein Plädoyer für diese Fragebögen.</p>	
<p>Frau Mattern (DGHwi):</p>	<p>Auch ich möchte etwas zur Sozialanamnese sagen, um die geht es wahrscheinlich, wenn die Kinder befragt werden sollen, und um den Anschluss zu frühen Hilfen. Ich möchte zu bedenken geben, dass wir die Stellungnahme zwar gemacht haben, ich aber nicht weiß, ob aus unserer Stellungnahme etwas aufgenommen wurde. Uns war nämlich aufgefallen, dass die Fragen, die dort formuliert sind, nicht wissenschaftlich hinterlegt sind und auch keine Quellenangaben vorhanden waren, sodass wir eigentlich gar nicht richtig wissen, was da gefragt wird. Es gab zum Beispiel keine Frage für die Eltern: Wollen Sie selber Unterstützung haben? Die fehlte uns ganz besonders.</p>	<p>KBV: Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Die vorgeschlagene Frage wird in den Checklisten aufgenommen. Überdies unterstreicht der Vorschlag den gewählten Schwerpunkt der KBV, welcher nicht auf eine testtheoretische Optimierung sondern auf eine umfassende und strukturierte Anamnese abzielt, wie sie auch von der DGSPJ, der DGKJP, der DGKJ und der DEGAM begrüßt wird.</p> <p>Zudem gibt es ausreichend Evidenz, dass der sozioökonomische Status der Familie, das Familienklima und psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen der Eltern Einfluss auf Stress und psychische Belastungen und Erkrankungen bei Kindern haben. Fehlende Ressourcen oder krankheitsbedingte Veränderungen der Eltern haben Auswirkungen auf das Verhalten gegenüber ihren Kindern, insbesondere auf Feinfühligkeit, Kommunikation, Interaktion und Bindungsverhalten. Solche Checklisten helfen dem Arzt/der Ärztin belastende familiäre Faktoren systematisch abzufragen und Orientierung zum weiteren Vorgehen zu</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
		geben.
Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG):	Welcher Fragebogen wird genommen? Hier steht der Mannheimer Fragebogen drin. Ich sehe es ähnlich wie die Hebammenvertreterin. Ich glaube, darüber kann man die Problemfamilie nicht erfassen.	Siehe schriftliche Stellungnahmen.
Frau Mattern (DGHWi):	Ich würde gern unterstützen, dass man die so nicht erfassen kann.	Siehe schriftliche Stellungnahmen.
Herr Dr. Freund (DEGAM):	Auch wir unterstützen die Verwendung von Fragebögen als weiteren Schritt zur Standardisierung von Dokumentation und Qualitätssicherung. – Dies noch als Stellungnahme.	
Herr Dr. Fricke (DGSPJ):	Wenn ich das noch kommentieren darf: Man kann natürlich über Fragebögen als Instrument trefflich streiten. Zum Mannheimer Fragebogen ist zu sagen, das ist ein evaluiertes Instrument, es ist gut eingeführt und hat sich in der Praxis bewährt. Nochmals der Hinweis darauf: Es soll nicht als standardisiertes Evaluierungsinstrument mit einem Score oder Ähnlichem eingesetzt werden, sondern als Unterstützung für die fundierte Anamneseerhebung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung. Das, glaube ich, muss man auseinanderhalten.	Die KBV begrüßt die Stellungnahme in der Zusammenschau mit den Erfahrungen der DGKJ positiver Rückmeldungen von den Eltern. Zudem verweist sie darauf, dass keine Scores und Cut-off-Werte verwendet werden.
U4		
Keine Wortmeldung		
U5		
Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK):	Bei der U5 wäre es vielleicht sinnvoll – dies ergänzend zu unserer Stellungnahme –, darüber nachzudenken, ob nicht ein Verweis in die Zahnmedizin erfolgen sollte. Bei der U6 hatten wir das angemerkt, aber der erste Zahn kommt im Prinzip mit sechs Monaten. Es gibt eine spannende Frage. Wir haben große Erfolge bei der Prävention im bleibenden Gebiss, da gibt es eine Kariesreduktion um 70 Prozent in den letzten 15 Jahren. Im Milchgebiss sind das in diesem Zeitraum insgesamt nur 35 Prozent. Wenn man die Kariesreduktionen für das Alter von null bis drei Jahren und drei bis sechs Jahren aufsplittet, so haben wir mit Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe 50 Prozent Kariesreduktion im Milchgebiss in den letzten 15 Jahren hinbekommen. Im Milchgebiss, null bis drei Jahre, haben wir eine deutliche Präventionslücke. Dort gibt es eine Kariesreduktion nur um 26 Pro-	KZBV: Verweis zum Zahnarzt gemäß der mündlichen Anhörung: Die von der DGZMK vorgeschlagene Ergänzung im Rahmen der U5 dient der besseren Verzahnung von pädiatrischer und zahnmedizinischer Versorgung. Diese Abklärung

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>zent. Dies sind Daten aus Mecklenburg-Vorpommern, die aber, denke ich, generalisiert werden können, denn Mecklenburg-Vorpommern hat ähnliche Daten wie Deutschland insgesamt. Karies ist eine Volkserkrankung. In diesem Raum wird wahrscheinlich niemand kariesfrei sein und keine Füllung haben. Das heißt, es wäre relativ wichtig, dort ein Verweiskästchen einzufügen. Der Pädiater sollte sicherlich die Inspektion in der Mundhöhle machen, im Prinzip Zähne feststellen.</p> <p>Bei der U6 hatten wir initial darauf abgehoben, den Verweis zum Zahnarzt zu machen, weil es erkennbare Probleme gibt, Initialdefekte, zum Beispiel Plaque plus die Gingivitis, in dem Setting der U zu erkennen. Karies ist eben eine hochprävalente Volkserkrankung. Im Augenblick haben wir Möglichkeiten, diese Kinder natürlich irgendwie im GKV-System zu therapieren. Aber null bis drei Jahre oder Vier- oder Fünfjährige heißt üblicherweise, dass das nicht im Zahnarztstuhl geht, sondern dass man da eine Narkose braucht. Das heißt, wir haben im GKV-System die hochpreisigen Varianten Narkose, Füllung, Extraktion, Lückenhalter, Gebissanierung, aber es fehlt der präventive Ansatz. Wenn ich mir überlege, wie die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und auch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde motiviert sind, ist vielleicht gerade bei einer Erkrankung, die wir in den letzten 30 Jahren um 90 Prozent im bleibenden Gebiss reduziert haben, der Ansatz wichtig, die Null- bis Dreijährigen im Prinzip nicht einem erheblichen Erkrankungsmaß auszusetzen.</p> <p>Wenn man es sich ansieht: Ein Zahnarzt – eine deutschlandweit repräsentative Untersuchung – bohrt heute im Prinzip bei einem bis zu Zwölfjährigen, von null bis zwölf Jahren, sechsmal häufiger im Milchgebiss als im bleibenden Gebiss. In den ersten drei Jahren, null bis drei Jahren, wird im Schnitt pro Kind ein halber Zahn kariesakkumuliert, und in den sechs Jahren bleibendes Gebiss, sechs bis zwölf Jahre, auch bloß ein halber. Das heißt, wir haben eine ganz deutliche Präventionslücke in der Zahnmedizin zwischen null und drei Jahren. Die ist sehr unerfreulich. Wir wissen eigentlich, wie es geht. Wir haben den restaurativen Anteil im Paket mit drin, aber der macht keinen glücklich, bei zwei-, drei-, vier-, fünfjährigen Kindern unbedingt Narkosen zu machen. Deswegen wäre ein Verweis, zahnärztliche Untersuchung, zahnärztliche Prävention, aus meiner Sicht sehr wünschenswert und hilfreich. – Danke sehr.</p>	<p>ist Bestandteil der bereits jetzt als Leistung erbringbaren Untersuchung 01 U BEMA-Z und führt nicht zu einer Vorverlagerung der in Nr. 6 Früherkennungs-RL ZÄ geregelten Altersgrenze. Da der Spiegelstrich selbst keine körperliche Untersuchung regelt, sondern einen Verweis vom Arzt zum Zahnarzt, wird er unter § 7 Abs. 2 Nr. 3 verankert.</p> <p>Die Dokumentation des Verweises über ein Kästchen im Rahmen der U5 bis U9 wird entsprechend angepasst.</p>
<p>Herr Dr. Rodens (DGKJ):</p>	<p>Wir hätten noch ein zusätzliches Item in der präventiven Beratung, was sicher sinnvoll schon ab der U5 implementiert werden sollte. Das ist der UV-Schutz. Malignome der Haut nehmen deutlich zu. Man kann nicht früh genug anfangen, darüber die Eltern zu beraten.</p>	<p>KBV und Patientenvertretung begrüßen diesen Vorschlag. Der UV-Schutz wird als Beratungsthema in der U5 aufgenommen.</p>

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
U6 und Screening auf umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache		
<p>Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP):</p>	<p>Wir begrüßen sehr, dass Kinderärzte so sorgfältige Sprachuntersuchungen durchführen. Das ist der Startpunkt für die gesamte Versorgung. Wir glauben auch, dass es mit einem Screeningverfahren, Fragebögen oder wie auch immer, möglich ist, das zu machen. Allerdings sollte man herausstellen, dass man nicht nur die umschriebene oder auch spezifisch genannte Sprachentwicklungsstörung damit erfasst, sondern jede medizinisch relevante krankheitsbedingte Sprachstörung. Ob es sich um eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung ohne Komorbidität handelt, muss dann die weitere Diagnostik ergeben. Häufig werden relevante Sprachstörung und umschriebene Sprachentwicklungsstörung gleichgesetzt. Das stimmt so nicht. Auch eine hörstörungsbedingte oder anderweitig begründete Sprachstörung kann medizinisch relevant sein. Wir würden uns wünschen, dass das noch besser formuliert wird.</p> <p>Zu den Fragebögen. Wir hatten die Fragebögen kritisiert; ich wiederhole unsere Stellungnahme nicht, die haben Sie durchgearbeitet. Es gibt natürlich noch weitere Möglichkeiten außer dem FRAKIS, das zu machen. Da werden Sie sich für einen guten Fragebogen entscheiden.</p> <p>Uns ist wichtig, dass man, nachdem man festgestellt hat, dass dort eine Störung sein könnte, die Überweisung zu den zuständigen Fachärzten mit hineinnimmt. Ich habe mir aus dem Alltag heraus folgende Fachärzte als besonders relevant notiert: HNO-Heilkunde, Kopf-Hals-Chirurgie, Phoniatrie/Pädaudiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Augenheilkunde. Vielleicht kann man das noch mit hineintun. – Das ist das, was ich zu unserer Eingabe sagen kann. Ich darf mich ja nicht wiederholen.</p> <p>Es gibt einen neuen Aspekt, und ich möchte hinterfragen, ob er für Sie relevant ist. Ich weiß nicht, wie Sie ihn bewerten. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte plant eine dreistufige Versorgungsstruktur, bei der, so habe ich das verstanden, das Sprachscreening im Bereich der U-Untersuchung der Startpunkt ist, praktisch die erste Stufe. Dann kommen weitere Untersuchungen hinzu, die überwiegend durch Kinder- und Jugendärzte und Sozialpädiater geleistet werden. Ist das hier ein relevanter Aspekt, wie bewerten Sie das? Kennen Sie das? Muss das noch einmal neu diskutiert werden, oder gehört es hier gar nicht hinein? Ist es wert, dass man hier noch einmal darüber nachdenkt und es diskutiert?</p> <p>...</p> <p>Ich möchte nur mit einem Wort unsere Sorge erläutern. Ich darf darüber sprechen, aber ich habe es noch nicht schriftlich. So wie ich es verstanden habe – das kann auch falsch sein –, sind Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Phoniater/Pädaudiologen bei der Abklärung des Hörens nicht mehr primär beteiligt, sondern nach meiner Information, die aber mündlich ist, soll das in sozialpädiatrischen</p>	<p>Für eine weitergehenden, gezielten Diagnostik oder Therapie wird auf die Regelung im §1 Abs. 3 verwiesen.</p> <p>Die KBV und die Patientenvertretung haben die Sprachberatung ab der U5 in der ‚Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung‘ verortet.</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>Zentren passieren. Das ist der Grund, weswegen ich es hier zur Sprache bringe und zur Diskussion stelle, wie weit das einen Bezug zu der U-Untersuchung hat.</p> <p>...</p> <p>Das gleich eingeschränkt, ist mir bewusst.</p>	
Herr Dr. Fricke (DGSPJ):	<p>Vielleicht kann ich aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie das ganz kurz kommentieren. Was Kollege Schönweiler anspricht, ist ein Papier, das wir seitens der Sozialpädiater gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte erarbeitet haben. Es geht darum, Kriterien zu definieren, ab wann sinnvollerweise Überweisungen durch Kinderärzte in die sozialpädiatrischen Zentren erfolgen sollten, als Hilfestellung und Definition überschneidender Arbeitsgebiete. Das ist damit gemeint. Es geht dabei aus meiner Wahrnehmung überhaupt nicht um das Thema, dass andere Fachbereiche ausgeschlossen werden sollen. Vielmehr ist es ein Arbeitspapier, das sich mit den unterschiedlichen Aufgabenverteilungen und den Institutionen innerhalb der pädiatrischen Kollegen und des pädiatrischen Klientels befasst. Natürlich gibt es dann diverse Schnittstellen auch zu anderen Fachgebieten. Aber der primäre Fokus liegt nur auf dem Thema Überweisung durch Kinder- und Jugendärzte in sozialpädiatrische Zentren, Hilfestellung für Kriterien, gerade bei Entwicklungsauffälligkeiten. – Das ist aus meiner Sicht dazu zu sagen.</p>	<p>Die Patientenvertretung begrüßt die SN. Die Vorschläge der Patientenvertretung zum Verweis in SPZ werden die hier dargestellte Problematik verbessern.</p>
Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK):	<p>Zur U6 hatten wir in der Stellungnahme geschrieben, dass wir es für wichtig halten, mit einem Jahr einen Verweis an den Zahnarzt zu haben. Der G-BA kann jetzt sicherlich darüber nachdenken, ob er diesen Verweis auf Pathologie basiert, das heißt, der Pädiater müsste im Prinzip Veränderungen wie Karies und Ähnliches erkennen. Wenn die dann da sein sollten, dann wäre das eigentlich eine Überweisung in die Narkose, was aus meiner Sicht nicht so sehr sinnvoll ist. Das ist natürlich besser, als wenn erst eine Krankenhauseinweisung wegen eines akuten Abszesses passiert, aber das würde eigentlich immer etwas Restauratives bedingen. Aus meiner Sicht wäre es zentral wichtig, bei der U6 den Verweis auch zur Prävention zu machen, zur Früherkennungsuntersuchung beim Zahnarzt, im Prinzip Zahnkontrolle, um dort Plaque und Gingivitis erkennen zu können. Aufgrund der Hochprävalenz von Karies und auch der gut kalkulierbaren gesundheitsökonomischen Vorteile von zahnmedizinischer Prävention, die in fast keinem anderen medizinischen Bereich so gut dargestellt sind, ist es sinnvoll, einen generellen Verweis zu machen, um dort in einem etwas besseren Setting bei Plaque, Gingivitis, Mundspiegelausleuchtung erheblich zielgerichteter arbeiten zu können.</p>	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
U7		
Herr Prof. Dr. Hosemann (DGHNO-KHC):	Ich bin mir nicht sicher, ob ich aufgerufen bin, dazu etwas zu sagen. Aber hier wurde gerade die Schnittstellenproblematik angesprochen, und da fühle ich mich genötigt, etwas zu sagen. Ich möchte nur sagen, jenseits von U7-Teste sollten abschließende Hörteste in den Händen von Phoniatern oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzten sein, und das muss auch irgendwo vermerkt werden können. Nicht dass das hier im Nebel von interdisziplinären Schnittstellen untergeht.	
U7a		
Herr Dr. Rodens (DGKJ):	Spätestens hier darf ich noch einmal ein Plädoyer für den Mannheimer Fragebogen abliefern. Alles, was vorher gesagt wurde, trifft für dieses Alte sicher nicht mehr zu. Da bringt er etwas.	
U8 und Screening auf erworbene Hörstörungen bei Kindern von zwei bis fünf Jahren		
Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP):	<p>Unser Rat dazu noch einmal: Die Kinderärzte werden sich ein Screeningverfahren aussuchen, das sie durchführen können, das praktikabel ist. Ob das nun objektiv oder subjektiv computergestützt sein wird oder nicht, wird man sehen. Man muss nur wissen, dass die Erkennungsgrenze wirklich bei 30 dB bis 35 dB ist, also geringgradige, Grenze mittelgradige Schwerhörigkeit kann man nicht erkennen. Das muss man einfach wissen. Wenn irgendjemand von Ihnen hier 35-dB-Schwerhörigkeit hätte, dann hätte er sicher ein Handicap. Das ist ungefähr so, als wenn man sich die Finger in die Ohren steckt. Dies nur als klinischer Anhaltspunkt, was das überhaupt bedeutet. Aber das geht nicht anders. Trotzdem ist das eine wertvolle Untersuchung, und die brauchen wir. Aber die Grenze muss man mit einem Nebensatz hineinbringen.</p> <p>Was noch nicht drin ist – das haben wir noch nicht erwähnt – ist die einseitige Schwerhörigkeit. Die kann ohne Vertäubung, ohne seitengetrennte Hörprüfung, ohne dass die Gegenseite mit einem Rauschen maskiert wird, nicht festgestellt werden. Wir übersehen bei solchen Verfahren notgedrungen – das ist kein Makel – die einseitige Schwerhörigkeit, die manchmal, wenn es die dominante Seite betrifft – bei Rechtshändern die rechte Seite, wenn sich ein Kind rechtshändig entwickelt –, dann auch besonders problematisch sein kann. Das heißt, die Kinder verstehen dann nicht mehr richtig. Ich möchte nur noch einmal darauf hinweisen, dass man diese Grenze beachtet.</p> <p>Ich komme zu den Kriterien für „auffällig“. Was ist auffällig? Wie viel dB in welchen Frequenzen, wie viel Frequenzen, die geprüft werden, sollen auffällig sein, um dann ein gesamtauffälliges Ergebnis zu dokumentieren? Wie soll das geregelt werden? Auch das sollte man mit definieren, wenn es</p>	<p>Der Hinweis wird begrüßt. Die Tragenden Gründe werden entsprechend angepasst.</p> <p>Aufgrund der schriftlichen Stellungnahme wurde der Vorschlag umgesetzt. Der Be-</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>geht. Dies nur als Anregung. Die Weiterüberweisung zu den Fachärzten – das ist mehrfach gesagt worden – finde auch ich an dieser Stelle wichtig zu erwähnen. Ein letzter Punkt. Kann man das evaluieren? Es wird sehr viel mit dem Neugeborenenhörscreening verglichen. Es ist in Analogie dazu, dass man für die später aufgetretenen Schwerhörigkeiten, vielleicht genetisch determinierten Schwerhörigkeiten, noch einmal nachscreent. Kann man das auch evaluieren? Gibt es eine Möglichkeit, Fälle zu zählen, auszuwerten, so wie das jetzt für das Neugeborenenhörscreening gemacht wird? Dies ist eine Anregung, die noch nicht in dem Papier steht.</p>	<p>schlussentwurf und die Tragenden Gründe wurden entsprechend konkretisiert.</p>
<p>Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP):</p>	<p>Von unserer Seite, wie schon schriftlich, aber nicht weit ausgeführt und ohne es zu sehr zu wiederholen, der Hinweis: Es gibt gute epidemiologische Daten über problematischen Medienkonsum oder Beschallung, Fernsehen etc. pp. und die sozialen Risiken, die daraus entstehen, auch Lernstörungen. Es geht darum, hier den Punkt Medienberatung aufzunehmen, gerade auch für die sozial gefährdeteren Familien. Dies halten wir für extrem wichtig.</p>	<p>Die KBV und die Patientenvertretung haben das Thema in der U8 in der ‚Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung‘ aufgenommen. Der Beschlussentwurf und die Tragenden Gründe wurden entsprechend angepasst.</p>
<p>Herr Dr. Fricke (DGSPJ):</p>	<p>Ich weise auf die Erfragung der zu Hause gesprochenen Sprache auf dem Hintergrund des Migrationsstatus hin. Wir haben zunehmend gerade in den Metropolen einen ganz hohen Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund. Das müsste unseres Erachtens explizit Berücksichtigung finden.</p>	<p>Die Patientenvertretung begrüßt die SN und verweist darauf, dass es an Konzepten zur Förderung der Muttersprachlichkeit und der Beratung nicht-deutsch-sprachiger Eltern fehlt. Diese zu entwickeln ist eine wichtige künftige Gestaltungsaufgabe, die es in den Tragenden Gründen abzubilden gilt.</p>
U9		
Keine Wortmeldung		

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
Allgemeine Wortmeldungen		
Herr Dr. Deisler (UP-Vorsitzender):	Ich hatte versprochen, dass Sie jetzt die Gelegenheit haben, sich in einer allgemeinen Runde zu Wort zu melden. Danach schließen sich die Fragen an, die sich hier aus der Corona ergeben. Wer möchte eine allgemeine, übergreifende – nicht Sämtliches, was schriftlich vorgetragen ist, wiederholende – Stellungnahme abgeben?	
Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG):	Vorher noch eine Frage: Was ist mit dem erweiterten Neugeborenenenscreening? Sprechen wir noch darüber?	
Herr Dr. Deisler (UP-Vorsitzender):	Nein, nicht jetzt. Das ist jetzt nicht Sache dieser Anhörung. – Herr Freund war der Erste, der sich für die allgemeine Runde gemeldet hat.	
Herr Dr. Freund (DEGAM):	<p>Die Stellungnahme bezieht sich auf eine Formulierung im Beschlusssentwurf, die ganz vorne steht. Es geht um die im aktuellen Beschlusssentwurf für § 1 Abs. 5 vorgesehene Änderung der Erbringungs Voraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte gegenüber der zuletzt gültigen Fassung vom 16. Dezember 2010. Die Stellungnahme ist bereits schriftlich abgegeben, daher nur kurz zwei Ergänzungen. Zum einen ist beabsichtigt – dies vielleicht für die hier Anwesenden, die die Stellungnahme nicht kennen –, die Formulierung: Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können ... zu ersetzen durch die Formulierung: Untersuchungen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können ...</p> <p>Die DEGAM lehnt diese Beschlussempfehlung ab und schlägt dafür alternativ folgenden Beschlusssentwurf vor: Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.</p> <p>Das heißt, da würden wir natürlich mitgehen, dass „Ärztinnen oder Ärzte“ hineingenommen werden. Zwei Worte zur Begründung. Es ist unbestritten, dass es einer Qualifikation, einer Erfahrung,</p>	<p>KBV: Die Stellungnahme wird gewürdigt. Entsprechend der Würdigung der diesbezüglichen schriftlichen Stellungnahme wird folgende Erläuterung dazu in die Tragenden Gründe aufgenommen:</p> <p>In § 1 Abschnitt 5 Satz 1 wurde eine Klarstellung hinsichtlich der Anforderungsvoraussetzung an durchführende Ärzte vorgenommen. Wie auch bislang können nur diejenigen Ärzte die U-Untersuchungen durchführen, welche die berufsrechtlichen, personellen sowie apparativen Voraussetzungen erfüllen. Da insbeson-</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>Kenntnissen in diesem Bereich bedarf, um Früherkennung durchzuführen. Das kommt aber bereits in der aktuellen Fassung vor. Das heißt, mit dem „sollen“ ist es bereits ausgedrückt. Ganz entscheidend: Es existiert definitiv insbesondere für Deutschland keine wissenschaftliche Evidenz, welche eine Verschärfung der Erbringungsvoraussetzungen begründen oder auch nur nahelegen würde. Zudem ist aus der aktuellen Begründung der Beschlussvorlage und auch aus den bisherigen Stellungnahmen nicht ersichtlich, wie es zu dieser Neuformulierung gekommen ist. Wir sind uns, glaube ich, alle einig, Früherkennung für Kinder sollte flächendeckend und wohnortnah zur Verfügung stehen und vor allem niederschwellig sein. Da gibt es, wie bei uns bereits in der schriftlichen Stellungnahme erwähnt, Probleme, in verschiedenen sozialen Schichten gibt es unterschiedliche Inanspruchnahmen.</p> <p>Zusätzlich einen Satz, der nicht in der schriftlichen Stellungnahme steht. Wir wissen, dass die aktuelle Versorgungssituation so ist, dass wir von einem Rückgang der Ärztedichte im Allgemeinen im ländlichen Raum ausgehen müssen. Da ist es sicherlich kontraproduktiv, die Erbringungsvoraussetzungen weiter hochzuschrauben.</p>	<p>dere die berufsrechtlichen Vorgaben keine Ausnahmen gestatten, wird dies in der neuen Formulierung (Austausch von „sollen“ durch „dürfen“) auch entsprechend abgebildet. Daraus ergibt sich eine Konkretisierung im Wortlaut, jedoch keine inhaltliche Änderung zum bisher üblichen Vorgehen.</p>
<p>Herr Dr. Rodens (DGKJ):</p>	<p>Ein paar kurze Sätze aus meiner Sicht zusammenfassend. Die Zeiten haben sich geändert, und das gilt insbesondere für den ganzen psychosozialen Raum, in dem die Kinder aufwachsen. Wir haben nicht mehr 1970, als die Früherkennungsuntersuchungen angefangen haben. Wir haben 2015. Es haben sich andere krankheitsfördernde Faktoren entwickelt, Medienkonsum, Sucht usw., es gibt neue Verhältnisse in Familien, Patchwork, die Erkrankungsspektren haben sich geändert, wir haben „neue Morbiditäten“ als geflügeltes Wort. Dieser Herausforderung müssen sich diese Richtlinien stellen. Wir brauchen dafür auch das entsprechende Instrumentarium. Dies ist am Schluss mein Plädoyer. Diese Richtlinien müssen anders aussehen, als sie zuvor waren. Das werden sie auch, aber sie müssen unserem Qualitätsanspruch und dem Anspruch, den wir den Kindern schulden, genügen.</p>	<p>Die KBV begrüßt diese Stellungnahme.</p>
<p>Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK):</p>	<p>Ich bin seit 25 Jahren Zahnarzt und seit 22 Jahren Kinderzahnarzt. In dieser Zeit konnte ich miterleben, dass wir im Bereich Prävention ganz mutig vorangegangen sind und wirklich eine Erfolgsgeschichte in Deutschland hingelegt haben. Meine Doktorarbeit hat Deutschland und die USA verglichen. Vor 25 Jahren waren wir im Vergleich zu den USA ziemlich lausig. Inzwischen können wir auf das deutsche System stolz sein. Die einzige Lücke ist null bis drei Jahre. Da haben wir für die Kinder eigentlich kein vernünftiges Angebot, und wir haben viel zu viel zerstörte Zähne und viel zu viele Reduktionen der Lebensqualität. Ich habe erfahren – ich weiß nicht, ob das richtig ist –, dass die</p>	<p>Die KZBV begrüßt diese Stellungnahme.</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>Beratungen vom G-BA zur Änderung der Kinder-Richtlinien schon zehn Jahre laufen, das heißt, es wird wahrscheinlich keiner hier im Saal die nächste Richtlinie erleben.</p> <p>...</p> <p>Vielleicht als Fachvertreter sie mitgestalten dürfen. Wir haben hier ja ganz Junge dabei. – Ich denke, es wäre jetzt an der Zeit, zu sagen, bei null bis drei Jahren haben wir ein strukturelles Problem. Es wird sicherlich diskutiert: Man könnte das vielleicht in der Gruppenprophylaxe machen, oder gehört es überhaupt in den Leistungskatalog der GKV, sich dort zu engagieren? Ich muss sagen, die Null- bis Dreijährigen sind bei den derzeitigen Kitaplätzen im Augenblick zu 25 Prozent zu erreichen. Das heißt, das über Gruppenprophylaxe zu machen, wird in absehbarer Zeit nicht gelingen. Es ist sicherlich eine wichtige zweite Säule, da etwas zu tun, aber wir müssen endlich dahin kommen, dass Pädiater erkennen und verweisen und bei dieser Gruppe die Risikofaktoren tatsächlich früh erkannt werden und gegengesteuert wird. Wenn wir das jetzt nicht mit einem Verweis – der zunächst eigentlich nichts kostet – machen, werden wir in den nächsten zehn, fünfzehn Jahren international wieder dastehen, dass wir an diese Kinder nicht herankommen und dass wir das Problem eigentlich nicht lösen, was ich sehr bedauern würde.</p>	
<p>Herr Prof. Dr. Hosemann (DGHNO-KHC):</p>	<p>Ich möchte ganz knapp und klar nicht nur, aber vorwiegend bei apparativ-technischen Untersuchungen ein Votum für stringente Erbringungsvoraussetzungen aussprechen.</p>	
<p>Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP):</p>	<p>Ich möchte Herrn Rodens bei der Veränderung des Spektrums unterstützen und dass dem auch in der Richtlinie Rechnung getragen wird, indem nicht der Begriff „geistig“, sondern „psychosozial“ verwendet wird, so wie es auch im Präventionsgesetz stehen wird. Aus unserer fachlichen Sicht heraus unterstreiche ich, dass die frühen Regulationsstörungen, bei denen wir aus den epidemiologischen Untersuchungen wissen, dass sie zu späteren, weiteren Problemen führen, und die Interaktion von Eltern – natürlich auch Müttern – sich in der Richtlinie als zu beobachtende Punkte wiederfinden. Das ist für uns aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiater von enormer Wichtigkeit.</p> <p>...</p> <p>Ich korrigiere den Satz dazu: im Entwurf des Präventionsgesetzes.</p>	<p>Die KBV begrüßt in dieser Stellungnahme den psychosozialen, präventiven Ansatz und die folgenden Stellungnahmen der DGSPJ und GNPI (DGKJ Seite 21, DGKJP Seite 21, DEGAM Seite 22).</p>
<p>Herr Dr. Fricke (DGSPJ):</p>	<p>Eine kurze Bemerkung anschließend an meine Vorredner. Ungeachtet dessen, wie das Präventionsgesetz letztendlich aussehen wird, finden wir es, wie auch schon formuliert, wichtig, dass die Früherkennungsuntersuchungen sehr stark die präventiven Bemühungen unterstützen. In diesem</p>	<p>Die Patientenvertretung begrüßt diese Stellungnahme. Mit dem Vorschlag einer Zusam-</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>Kontext weise ich darauf hin, dass wir an mehreren Stellen deshalb eingefügt haben, dass eine Vernetzung mit den frühen Hilfen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen strukturell angebahnt werden sollte. Wir haben jetzt auf Bundesebene die Initiative, dass der Bereich SGB V und der Kinder- und Jugendbereich stärker miteinander in Vernetzung gebracht werden sollen, um gerade die Effektivität dieser Maßnahmen zu erhöhen. Hier sollten auch die Früherkennungsuntersuchungen einen entsprechenden Beitrag leisten.</p>	<p>menarbeit in den Netzwerken Früher Hilfen wird dieser Problematik entgegengewirkt.</p>
<p>Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI):</p>	<p>Ich würde mich gern meinen Vorrednern anschließen und auch betonen, wie wichtig es ist, schon zur U2 diese sozialen Faktoren zu berücksichtigen und genauestens zu erheben, auch im Hinblick auf die Gewaltprävention in den Familien. Wir beobachten zunehmend, dass die Gewalt steigt und gerade Neugeborene und sehr junge Säuglinge sehr gefährdet sind.</p>	
<p>Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG):</p>	<p>Ich muss den Punkt der Aufklärung der Eltern zum Neugeborenenenscreening etwas zuspitzen. Die Geburtshelfer oder die Ärzte, die die Geburt begleiten, sind dafür verantwortlich, dass das Neugeborenenenscreening durchgeführt wird. Das ist 2010 an das Gendiagnostikgesetz angepasst worden. Die Voraussetzung, dass wir alle junge Mütter oder Eltern entsprechend dem Gendiagnostikgesetz zu dem erweiterten Neugeborenenenscreening aufklären, kann nicht der Realität entsprechen. Deshalb ist in der Richtlinie, so wie sie 2010 vorgelegt worden ist, nicht ganz klar, wie man so etwas in der Klinik umsetzen kann und soll. Wir haben in den Kliniken nicht die personellen und strukturellen Voraussetzungen, dass immer der Geburtshelfer, der dabei gewesen ist, erstens die fachliche Kompetenz hat, nämlich Facharzt ist, und zweitens entsprechend die Patienten dann über das erweiterte Neugeborenenenscreening aufklären kann. Da bedarf es sicherlich noch einer Nachregulierung.</p>	
<p>Herr Dr. Deisler (UP-Vorsitzender):</p>	<p>Ich habe diese Wortmeldung aufgenommen, sie wird auch protokolliert, es ist aber jetzt nicht unmittelbar unser Beratungsthema. Das Neugeborenenenscreening ist von diesem Unterausschuss im Jahr 2010 beschlossen worden.</p>	
<p>GKV:</p> <p><i>Ich habe eine Frage bezüglich der zahnmedizinischen Versorgung. Sie sprechen insbesondere die kleinen Kinder an. Es gibt eine Gruppenprophylaxe, die im Setting-Ansatz stattfindet, in Kitas usw. Da würde man die, die Risikogruppen sind, aus sozial eher schwächeren Bereichen, deutlich besser erreichen. Gibt es bestimmte Gründe, dass Sie jetzt eine Individualprophylaxe fordern?</i></p>		

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
<p>Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK):</p>	<p>Noch zur Information: Ich bin seit 15 Jahren mit dem Jugendzahnärztlichen Dienst in Greifswald koordiniert. Wir machen seit 15 Jahren ganz intensiv auch mit unseren Studentengruppen Prophylaxe. Es ist ein wunderbares Instrumentarium. Wir haben in den letzten Jahren mit dieser Methode sowohl den Kariesdurchschnitt in Mecklenburg-Vorpommern als auch in Deutschland eindrucksvoll überholt. Ich bin seit 15 Jahren auch in der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, und ich mache seit November die Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in ganz Deutschland, es sind repräsentative Zahlen. Ich halte es für ein sehr wichtiges Feld. Ich engagiere mich dort. Das ist ein Teil unseres Forschungsfelds.</p> <p>Ich habe mich mit einem Kollegen von Ihnen aus einer IKK unterhalten, der sagte mir ungefähr genau dasselbe: Gruppenprophylaxe ist so toll, und Setting-Ansatz. – Er kam aus Schleswig-Holstein. Schleswig-Holstein hat eine Krippenquote von 25 Prozent. Das heißt, wenn Sie einen Setting-Ansatz machen, sind schon einmal 75 Prozent der Kinder draußen. Zweiter – politischer – Punkt, um den gestritten wird, ist: Wer darf jetzt bei den knappen Krippenplätzen sein Kind in die Krippe stecken? Wenn ich Politiker wäre und gewählt werden möchte, wären es natürlich die Steuerzahler, die berufstätigen Frauen, die auch Steuern zahlen, die in den GKV-Bereich einzahlen, die Krankenversicherungsbeiträge einzahlen. Die haben, wenn sie arbeiten und Beiträge und Steuern zahlen, natürlich ein Recht, dass sie unterstützt werden und einen Krippenplatz bekommen. Wer ist damit automatisch draußen? Hartz-IV-Mütter, die ihr Kind dann zu Hause betreuen. Das heißt, Ihre Risikogruppe wird in vielen Bundesländern politisch aus den Kitas herausgedrückt, und die sitzt mit dem Kind zu Hause.</p> <p>Es gibt alternative Ansätze. Mecklenburg-Vorpommern hat zum Beispiel über frühe Hilfen sehr viele Krippenplätze. Unter Frau Schwesig ist im Prinzip durchgesetzt worden, dass Kinder – ein unschönes Wort – „zwangsbekrippt“ werden müssen, wenn tatsächlich festgestellt wird, dass die Entwicklung des Kindes in der Kita besser verläuft als zu Hause. Das ist aber ein ziemlich brutaler Ansatz, der in Nordrhein-Westfalen, in vielen westlichen Gefilden, nicht gefahren wird, schon allein deswegen nicht, weil die Krippenplätze nicht da sind. Wenn man von Bayern, der Herdprämie, redet: Bayern hat gar keinen öffentlichen Gesundheitsdienst. Es gibt keine Jugendzahnärzte in Bayern. Ich mache die Untersuchungen. Die haben keinen Zahnarzt, den sie losschicken können. Dort werden für meine Untersuchungen alle fünf bis sieben Jahre Teams eingestellt. Das heißt, Bayern hat keine Ressourcen, um tatsächlich an das Kind zu kommen, und wenn, dann sitzen dort nicht die Risikokinder, sondern die Kinder von berufstätigen Müttern, die tendenziell ein bisschen besser sind. Das heißt, ich glaube nicht, dass es in den nächsten zehn Jahren realistisch ist, dass wir „Zwangs-</p>	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>bekripping“ in ganz Deutschland durchsetzen, dass wir unsere Brennpunktfamilien dazu verdonnern, und das von Steuergeldern, die diejenigen zahlen, die als Mütter dann arbeiten, aber keinen Krippenplatz haben. Das heißt, das wird auf lange Zeit Wunschdenken sein. Deswegen ist es wichtig, alle Ressourcen zu nutzen. – Das ist der Punkt Setting und Risikogruppen. Das ist auf absehbare Zeit nicht realistisch.</p> <p>Zweiter Punkt. Wenn Sie Geburtenzahlen anschauen, stellen Sie fest, junge Mütter, die berufstätig sind, bekommen meistens ein einziges Kind und das erste Kind, sie haben nicht fünf andere Kinder, an denen man schon trainieren kann, und sie wohnen nicht bei Oma, Tante, wo auch das Wissen über Kinderbetreuung, Zähneputzen und einfache Hygienemaßnahmen weitergegeben wird. Da sind die Hebammen sehr wichtig. Das heißt, wir haben einen Abriss von Tradition, und Frauen, die Lehrerin sind, Väter, die Architekten sind, wissen nicht, wie man mit diesem kleinen Kind oral umgeht: Zähneputzen, Zahnpasta, Trauma, Festhalten, wann anfangen oder nicht. Das heißt, auch in unserer Mittelschicht haben wir ein ganz deutliches Problem, dass das Wissen über viele Sachen nicht weitergegeben wird. Ich habe hier gehört: Prävention, Prävention, Prävention, andere Faktoren. – Wir helfen allen Eltern, auch Mittelschichteltern, auch die bekommen von der Hebamme Unterstützung, wie das Stillen geht, weil sie es vorher nicht können. Dort haben wir ein generelles Problem, was dafür spricht, tatsächlich die Ressourcen im GKV-System, Pädiater und Zahnärzte, die da sind, zu nutzen, um an die Kinder heranzukommen. Wenn wir das nicht machen, gibt es keine Information. Wir haben eine Studie Cottbus gegen Greifswald, Proletarier- gegen Akademikerstadt, gemacht. Auch die Akademikerstadt Greifswald hat bei der normalen Stichprobe ein sehr dürftiges Wissen dazu gehabt, wie kleine Kinder zu ernähren, zu pflegen sind, wie bei ihnen Zähne geputzt werden und was kindliche Karies ist. Das war nicht doll. Deswegen haben wir ein Risikoproblem, das wir auch nicht nur über die Gruppenprophylaxe lösen können.</p>	
<p>Frau Mattern (DGHWi):</p>	<p>Ich habe keine Anmerkung, sondern es bezieht sich eher auf Sie (Vorredner). Wir erreichen als Familienhebammen genau die Familien, von denen Sie meinten, dass man sie nicht erreichen kann. Ich sehe das Problem – das ist jetzt vielleicht gemein – eher darin, dass die Zahnärzte, zu denen wir ein halbjähriges Kind schicken würden, sich erstaunen würden. Ich glaube, dass es da noch ein Problem gibt. Wir können sie gerne zu den Zahnärzten schicken, aber ich ernte bei uns dann eher Verwunderung.</p>	<p>Die Patientenvertretung begrüßt diese Stellungnahme, die gut verdeutlicht, dass insbesondere bei sozial Benachteiligten der regelmäßige Verweis auf weitere, hier zahnärztliche, Untersuchungen, nicht hilfreich ist. Es bedarf dazu eines eigenen Methodenpro-</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
		gramms, dessen Nutzen belegt ist.
Herr Prof. Dr. Splieth (DGZMK):	Direkt dazu. Da werden wieder der Süden und der Mann und der Westen nicht erfreut sein. Wir haben eine repräsentative Umfrage unter Zahnärzten gemacht, wer das Kind als Barriere oder als Problem sieht. Das ist der typische West-Mann. Der hat auch Kinderzahnheilkunde im Studium nicht so wahnsinnig gelernt. Der kreuzt das freiwillig an. Das sind Daten, die uns der West-Mann gegeben hat. Am fröhlichsten gegenüber dem Kind ist witzigerweise der Ost-Mann, und der hat Kinderzahnheilkunde gelernt. Es gibt durchaus – nicht alle Zahnärzte, aber es gibt eine Subspezialisierung Kinderzahnheilkunde – in jedem Territorium – allein in München 23 – Praxen Kinderzahnheilkunde, die darauf spezialisiert sind, das gut abzuarbeiten. Darin sehe ich kein Problem mehr.	
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Ich danke Ihnen, Frau Mattern, für Ihre Frage. Das wäre auch meine erste Frage gewesen. Zum Elternfragebogen hatten Sie nach dem wissenschaftlichen Hintergrund gefragt. Das ist genau die Frage, die ich gerne Herrn Fricke und Herrn Kölch stellen möchte. Es geht hier um den Elternfragebogen – nicht den Mannheimer Fragebogen –, der in der U2 bis U6 eingesetzt werden soll. Auf welcher Evidenzgrundlage befürworten Sie diese Einführung?</i></p>		
Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP):	Es wurde vorhin schon erwähnt. Es ist eher im Sinne einer Checkliste zu sehen, wie wir es auch aus dem Bereich frühe Hilfen und Ähnlichem übertragen können, wo wir über Ankerpunkte Hinweise haben, was sich als am praktikabelsten gezeigt hat. Das ist durchaus etwas, wo man Analogien herstellen kann und sagen kann, das sind Punkte, die darüber abgefragt werden müssen. Wenn Sie eine Evidenz darüber haben wollen, wenn Sie eine epidemiologische Studie dazu machen wollten und dann die Varianz und Ähnliches ermitteln wollten, so werden Sie das mit dem Fragebogen wahrscheinlich nicht hinbekommen. Aber im Sinne des Präventionsgedankens sind das Ankerpunkte, die quasi eine Gesprächshandlungsleitlinie geben und vorstrukturieren. Da gibt es die Analogie – das ist belegt, auch durch die Ulmer Arbeitsgruppe, die „Skala elterlicher Feinfühligkeit“ und Ähnliches –, dass diese Instrumente ganz gut trennen oder ganz gut dahin führen, dass man das erheben kann, was man erheben möchte.	KBV: Der Begriff Fragebogen wird durch „Checkliste für das Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt“ ersetzt.
Herr Dr. Fricke (DGSPJ):	Ich kann dem nur zustimmen. Ich habe dazu keine andere Aussage.	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Ich habe zu diesem Thema insgesamt vier Fragen. Die schließen alle aneinander an. Unsere Frage ist, ob man das nicht auch in einem guten strukturierten Gespräch zwischen Kinderarzt und Eltern machen kann oder ob man dafür notgedrungen diesen Fragebogen braucht, der eben keine Evidenzgrundlage hat. Als Patientenvertreter sehen wir es schon mit relativ großer Sorge, welche Fragen da gestellt werden. Sie haben da zum Beispiel Frauen, die sehr in das Detail der Eltern und des Familienlebens gehen, wie: „Wie sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden?“, und solcherlei Dinge, die der Kinderarzt da abfragt. Wir sehen da schon die Gefahr einer Stigmatisierung und die Gefahr, dass das kontraproduktiv ist, weil genau die Familien, die Sie dadurch erreichen wollen, sich im Moment in einer U-Untersuchung noch sehr sicher fühlen. Wir haben sehr hohe Teilnehmeraten bei den Früherkennungsuntersuchungen. Wenn diese Familien aber feststellen, dass in den Früherkennungsuntersuchungen nicht nur das Kind untersucht wird, sondern sozusagen auch die Eltern begutachtet werden, dann könnte das kontraproduktiv sein, indem diese Eltern abgeschreckt werden.</i></p> <p><i>Herr Rodens, Sie haben gesagt, dass Sie ein sehr positives Feedback auf die Fragebögen haben. In der organisierten Selbsthilfe habe ich durchaus ein völlig anderes Feedback bekommen, dass Eltern sich durch diese Fragebögen tatsächlich bedrängt fühlen. Meine Frage ist, ob auch Sie die Gefahr eines kontraproduktiven Effekts und der Stigmatisierung sehen.</i></p>	
<p>Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP):</p>	<p>Ein ganz klares Nein. Wir wissen das wirklich aus den Untersuchungen heraus. Ein wichtiger Punkt, den Sie angemerkt haben, ist die Begutachtung. Es geht sicherlich nicht um eine Begutachtung. Das wäre der völlig falsche Ansatz. Vielmehr geht es – das wissen wir auch aus ganz anderen Bereichen der Medizin, auch der psychosozialen Medizin – darum, Fragen zu generieren. Da haben wir die guten Erfahrungen – da kann ich die Ausführungen von Herrn Rodens unterstreichen, es gilt auch in meinem Fachgebiet –, dass das Fragen bei den Familien, die ein Problem haben, eher entlastend wirkt, dass man es gefragt werden darf, dass es ein Thema ist, über das gesprochen werden kann, und eher das Nichtfragen dazu führt, dass es einen Vorbehalt gibt oder man sich sogar stigmatisiert fühlt, weil man glaubt, man darf es ja nicht äußern, und Ähnliches. Wenn daraus eine Begutachtung wird, wäre das etwas völlig anderes. Aber ich denke, das ist nicht intendiert. Wir haben auch aus unserem Fachgebiet heraus eher sehr gute Erfahrungen damit, dass man das fragt. Sie haben natürlich recht, in einem strukturierten Gespräch ist das zu erfassen. Das Problem ist – ich wiederhole mich da mit dem, was ich vorhin gesagt habe –, dass diese strukturierten Gespräche so häufig nicht funktionieren. Der Fragebogen gibt die Sicherheit, dass diese strukturierten Gespräche stattfinden. Das ist der Hintergrund für diese Fragen.</p>	
<p>Herr Dr. Ro-</p>	<p>Wir setzen diese Fragebögen schon in bestimmten Verträgen ein. Die Reaktion ist eigentlich nie</p>	<p>KBV:</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
dens (DGKJ):	schlecht gewesen. Diese Fragebögen bleiben übrigens in der Praxis. Wenn Eltern das wollen, bekommen sie sie auch wieder mit. Die bleiben nicht im U-Heft. Das ist ganz wichtig. Es ist ein Türöffner, so möchte ich das eher bezeichnen, ein Türöffner für Probleme, die sonst, wenn man nicht strukturiert fragt, nicht auf den Tisch gekommen wären. Das habe ich schon mehrfach erlebt. Auch ich habe am Anfang die Ängste gehabt, die Sie haben. Die gelebte Praxis zeigt, dass es ein Riesensfortschritt ist. Das muss ich aus der Erfahrung des letzten Jahres, seitdem wir diese Fragebögen drin haben, sagen.	Die Stellungnahme wird nachvollzogen. Es wird der Zusatz „Auf Wunsch kann der Bogen bei den Eltern verbleiben“ auf der Checkliste ergänzt.
<p>GKV-SV:</p> <p><i>Auch ich hätte eine Frage zu dem Fragebogen. Sie haben gesagt, das ist ein validierter Fragebogen. Soweit mir das bekannt ist, ist er nicht für diese Altersgruppe, für die er im Rahmen der U-Untersuchung jetzt angewendet werden soll, validiert. Der ist für ältere Kinder validiert. Ich weiß nicht, ob wir da falsch informiert sind. Gibt es da irgendwelche Publikationen?</i></p>		
Herr Dr. Rodens (DGKJ):	Es geht, glaube ich, um zwei verschiedene Fragebögen. Sie meinen einmal den Mannheimer Fragebogen, der die Älteren betrifft. Der ist für die ganz Kleinen nicht validiert. Aber bei den Kleinen geht es um einen anderen Fragebogen, Papuschek usw. Das sind zwei Paar Stiefel.	
<p>GKV-SV:</p> <p><i>Der Fragebogen, der ab der U7 für Kinder unter sieben Jahren eingesetzt wird. Der Mannheimer Fragebogen, den ich kenne, der validiert ist, ist für Kinder mit sieben, acht Jahren, also ältere Kinder, validiert.</i></p> <p>...</p> <p><i>Soweit ich weiß!</i></p>		
Herr Dr. Rodens (DGKJ):	Da bin ich im Moment überfragt. Für die Älteren ist er validiert, das ist richtig. Für die Vier-, Fünfjährigen? Ich bin kein Wissenschaftler, das ist das Problem. Da müssten wir Herrn Esser selber fragen. Aber das kann man ja.	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
Herr Dr. Fricke (DGSPJ):	<p>Die Frage der Validierung mit der Altersgruppe ist richtig. Aber man muss hier betonen, was ich vorhin schon gesagt habe: dass es nicht darum geht, den Fragebogen einzusetzen, um dort irgendwelche Scores herauszuarbeiten. Vielmehr soll der Fragebogen zur Unterstützung des strukturierten Gesprächs eingesetzt werden, was natürlich auch ohne einen Fragebogen ablaufen könnte, wenn denn im Praxisalltag genügend Zeit und Raum dafür bestehen würde, was aber nicht der Fall ist. Das heißt, dieses Instrument ist aus unserer Sicht deshalb wertvoll und sinnvoll, weil es gerade im Praxisalltag ermöglicht, ein Anamnesegespräch in einer Weise vorzubereiten und zu unterstützen, dass genau die Punkte berücksichtigt werden, die sonst vielleicht unter den Tisch fallen würden.</p>	
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Ich habe noch mehrere Fragen, aber ich würde die eine vorziehen, weil wir gerade bei dem Fragebogen sind. Die Frage richtet sich an die Herren Rodens, Kölich und Fricke sowie an Frau Mattern. Grundsätzlich haben wir hier einen Systemwechsel. Bislang sind die Früherkennungsuntersuchungen sekundärpräventiv, jetzt stark primärpräventiv. Wie beurteilen Sie diesen Systemwechsel? Zweite Frage dazu: Welche Evidenz gibt es für solche primärpräventive Beratung durch Ärzte? Dritte Frage: Sie haben die neue Morbidität aufgerufen. Sind Sie mit der Möglichkeit des Verweises in frühe Hilfen und sozialpädiatrische Zentren zufrieden, und welche Möglichkeiten sehen Sie, diesen Systemwechsel SGB V/SGB XIII zu vollziehen bzw. zu realisieren?</i></p>		
Frau Mattern (DGHWi):	<p>Wir arbeiten als Familienhebammen schon längere Zeit mit der sozialen Arbeit über die frühen Hilfen zusammen. Was hier gerade als Primärprävention bezeichnet wird, ist für die frühen Hilfen schon Sekundärprävention. Sonst wären wir als Familienhebammen da gar nicht drin, weil wir nicht so viele sind, die das auch primär schaffen könnten. Es gibt bereits Fragebögen, die eingesetzt werden oder die erarbeitet wurden sowohl für die soziale Arbeit als auch für die frühen Hilfen und die im Moment über eine Dokumentationsvorlage der Familienhebammen verbreitet sind. Sie beruhen auf Erkenntnissen von Kindler, der herausgefunden hat, wann Eltern vermehrt dazu neigen, ihre Kinder zu misshandeln, zu vernachlässigen oder so etwas. Wenn es einen Fragebogen gibt, der gerade nicht validiert ist und nicht evidenzbasiert ist, warum nimmt man diesen und greift nicht auf das zurück, was in den frühen Hilfen gerade Usus ist? Die Kinder-Richtlinien müssten sich auch auf das Kinderschutzgesetz beziehen. Da gibt es im Art. 1 den § 4, nach dem alle verpflichtet sind, mit den Eltern zusammen auszuhandeln: Brauchen sie Hilfen, brauchen sie keine?, und wo auch</p>	<p>Der G-BA hat zum Thema „Kindesmisshandlung“ eine Nutzenbewertung durchgeführt (siehe: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-423/2007-08-08-Abschluss-Kindesmisshandlung.pdf).</p> <p>Um Auffälligkeiten frühzeitig zu entdecken und behandeln zu können wurde eine zusätzliche Untersuchung, die U7a zwischen dem 34. und 36. Le-</p>

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>die Ärzte die Möglichkeit haben, eine insofern erfahrene Fachkraft hinzuzuziehen, wenn sie nicht wissen, ob es sich um Kindeswohlgefährdung handelt oder nicht. Wir haben angeregt, auch dies in die Kinder-Richtlinien aufzunehmen. Dann würde das passend sein. Ich verstehe schon, dass der Fragebogen dafür da ist, ein strukturiertes Gespräch anzubieten. Sie haben aber diese Zeit nicht. Ich stelle mir vor, der Fragebogen wird den Eltern vorab gegeben. Wenn sie das Kreuzchen links machen, wird darauf eingegangen, wenn es rechts ist, nicht. Dann frage ich mich: Was bringt das? Dann würde auch ich eher das Problem der Stigmatisierung sehen.</p>	<p>bensmonat als sinnvoll erachtet. Dies berücksichtigt auch den expliziten Wunsch des Gesetzgebers den Zeitraum zwischen der U 7 und der U 8, in der keine Kinderfrüherkennungsuntersuchung stattfindet zu verkürzen.</p> <p>KBV: Den vorgenannten Vorschlag der DGHWi zu einem zusätzlichen Item aufgreifend wird auf den Schwerpunkt der KBV, welcher nicht auf eine testtheoretische Optimierung sondern auf eine umfassende und strukturierte Anamnese abzielt, verwiesen wie sie auch von der DGSPJ, der DGKJP, der DGKJ und der DEGAM begrüßt wird.</p> <p>Die Patientenvertretung begrüßt diese Stellungnahme. Sie sieht auch das Problem der Stigmatisierung.</p>
<p>Herr Dr. Rodens (DGKJ):</p>	<p>Das sehe ich anders; aber darauf will ich jetzt nicht eingehen. – Ganz kurz zu Ihnen: Ja, es ist ein Shift zu primärpräventiven Instrumenten. Den halte ich für schon lange geboten und jetzt für eine Chance. Sie wollten Beispiele, wo vielleicht eine Kommunikation bewirkt hat, dass etwas viel besser geworden ist. Ich nenne den plötzlichen Kindstod. Das ist für mich ein klassisches Beispiel, wie durch Kommunikation nicht nur Ärzte, aber vor allem Ärzte und wir Pädiater bewirkt haben, dass</p>	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>durch diese neuen Erkenntnisse eine schlimme Situation auf ein Viertel, ein Fünftel dessen reduziert wurde, was vor 20 Jahren war. Das ist ein klassisches Beispiel.</p>	
<p>Herr Dr. Fricke (DGSPJ):</p>	<p>Vielleicht einige Sätze ganz kurz zu Ihren Fragen. Zum einen hatte ich das vorhin schon gesagt: Wir vonseiten der DGSPJ begrüßen natürlich diesen Shift in frühere Bereiche der Prävention. Der Kinderarzt bzw. die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind diejenigen, die neben den Familienhebammen die Kinder als Erste und über einen langen Zeitraum sehen und begleiten und die Familien relativ gut kennen, durch häufige Besuche, bzw. auch die Interaktionen zwischen Eltern und Kindern gut einschätzen können. Deshalb sind die kinderärztlichen Praxen die medizinischen Angelpunkte, um präventive Maßnahmen einzuleiten. Sie haben natürlich völlig recht, dass die Vernetzung – das habe ich eben auch schon gesagt – mit den frühen Hilfen bzw. der Jugendhilfe – Sozialgesetzbuch VIII – eng verknüpft werden muss bzw. enger werden muss und vorangetrieben werden muss. An den Gesprächen, die jetzt anstehen, sind wir aktiv beteiligt. Das sind Aufgaben, da ist noch eine Menge auf den Weg zu bringen. Das sehen wir auch.</p> <p>Sie fragten auch nach der Zuweisung zu sozialpädiatrischen Zentren. Da würde ich pro domo sprechen: Wir haben hohe Zuweisungsraten. Die Zahl der Zentren ist auf 150 gestiegen. Die Inanspruchnahmequote ist hoch. Die Kapazitäten sind aber begrenzt. Alle Zentren haben Wartezeiten. Deshalb müssen wir natürlich – das habe ich eben auch bezüglich dieses Qualitätspapiers gesagt – definieren: Wann sollen Kinder in die Zentren kommen? Da sind wir mit den niedergelassenen Kollegen im Austausch und in engem Kontakt. Grundsätzlich sind diese Strukturen dafür da. Die sollten wir nutzen. Die Arbeit der sozialpädiatrischen Zentren muss weiterhin noch enger vernetzt werden mit den Elementen der frühen Hilfen. Auch da gibt es in Kürze ein erstes Treffen einer überregionalen Bundesarbeitsgemeinschaft. Da werden die sicherlich noch einiges investieren, um es voranzutreiben. Bezogen auf das Thema, das wir hier behandeln, geht es uns darum, dass die Wege möglichst früh gebahnt werden und dass Strukturen in den Früherkennungsuntersuchungen angelegt sind, damit die Verknüpfung gelingt und damit es nicht dazu kommt, dass wir zwei parallele Systeme haben, die sich um dieselben Klienten oder Patienten kümmern und aneinander vorbeiarbeiten. Das wäre Ressourcenverschwendung, und das wäre völlig kontraproduktiv. Insofern ist das ein ganz wichtiger Punkt.</p>	<p>Die KBV begrüßt diese Stellungnahme, insbesondere in der Schwerpunktsetzung zur Eltern-Kind-Interaktion.</p>
<p>Herr Prof. Dr. Kölch (DGKJP):</p>	<p>Zur Frage der primären Prävention. Man kann auch die umgekehrte Terminologie der indizierten und universellen Prävention verwenden. Wir wissen, dass universelle Prävention nicht immer gut ist. Man braucht sich nur den Jugendsuchtbereich oder die Ernährungsberatung bei Jugendlichen</p>	

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>anzuschauen. Hier, denke ich, ist es aber etwas anderes. Alle Daten zu Kinderschutz und Ähnlichem haben gezeigt: Ich komme gar nicht anders an die Kinder heran als über eine primäre Prävention, weil das genau der Punkt ist, wo die Kinder – und dann eben in der Kinderarztpraxis – auftauchen. Deswegen, denke ich, gibt es hierzu keine Alternative. Denn die induzierte Prävention ist der nächste Schritt. Das wären die frühen Hilfen. Das ist genau der Punkt. Deswegen halte ich die universelle Prävention für hoch sinnvoll.</p> <p>Durch die Kinder-Richtlinien im SGB V, in das das SGB VIII quasi hineinregiert hat, ohne die gesetzliche Grundlage zu haben, wird an die frühen Hilfen angeschlossen; dies sehe ich positiv. Diese frühen Hilfen müssen natürlich, da sie lokal ausgestaltet sind, lokal auch gelebt werden; das ist das große Problem. Andererseits ist positiv, wenn man sich die letzten Jahre anschaut, auch die Auswertung des nationalen Zentrums, dass es durchweg bessere Vernetzungen gibt, als man es noch vor drei oder vier Jahren gehabt hat. Wenn ich jetzt analog pro domo sprechen würde, würde ich mir als Fachgesellschaft vorstellen können, dass man sagt: Es gibt auch Kinder, die in diesem Bereich an die niedergelassenen Kollegen auch aus meinem Fachgebiet oder an die psychiatrischen Institutsambulanzen verwiesen werden. Das ist sicherlich nicht das, was ich unbedingt unterschreiben würde, aber was sicherlich trotzdem sinnvoll ist: die sozialpädiatrischen Zentren.</p>	
<p>Herr Dr. Freund (DEGAM):</p>	<p>Aus unserer Sicht, aus Sicht der Familienmedizin, ist es begrüßenswert, dass es diesen Shift zur Primärprävention gibt. Das ist, glaube ich, ein entscheidendes Statement, genauso die Verknüpfung zu frühen Hilfen. Das ist sicher etwas, was wir begrüßen.</p> <p>Vielleicht noch etwas zu den Fragebögen. Das war, glaube ich, ein entscheidender Punkt, auch das, was Sie gesagt haben. Ich sehe es ähnlich. Es ist eigentlich eine Einladung oder eine Aufforderung zur strukturierten Anamnese. Was natürlich nicht sein darf, ist, dass das Vertrauensverhältnis zum Arzt verlorengeht. Das ist natürlich uns in der Familienmedizin besonders wichtig. Wir haben eine besondere Situation in der Versorgung, weil wir die Eltern in der Regel mitbetreuen. Es ist sehr selten, dass uns Kinder vorgestellt werden, ohne dass wir die Eltern mitbetreuen. Daraus ergeben sich Chancen, zum Beispiel, dass man bestimmte Dinge, die in den Elternfragebögen gefragt werden, bereits kennt. Es gibt natürlich immer wieder Risiken, die wiederum durch den Fragebogen behoben werden könnten, dass man bestimmte Dinge gerade nicht anspricht, weil man die Eltern betreut. Insofern sehe ich es eher als eine Chance zu der strukturierten Anamnese.</p>	

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Ich wollte eine Rückfrage an Herrn Fricke stellen. Sie hatten zu dem Elternfragebogen gesagt, dass vor allen Dingen das Zeitargument eine Rolle spielt, dass nicht genügend Zeit ist, das einfach nur in dem Gespräch zu machen, und dass deswegen der Fragebogen das Gespräch unterstützt. Wir denken, dass der Fragebogen teilweise sehr intime Informationen von den Eltern abfragt. Er ist gleichzeitig hochgradig unspezifisch und lässt viel Spielraum für Fehlinterpretationen. Die Erfahrung aus der Perspektive der Betroffenen, der Patienten ist, dass es teilweise passiert, dass Mütter etwas ankreuzen und das ganz anders meinen, als es der Arzt auffasst, und dass dann das Gespräch dazu verwendet wird, die Fehlinterpretation geradezurücken, und somit Zeit von dem eigentlichen Gespräch verlorenght. Ich frage Sie, ob es nicht vielleicht sinnvoller ist, anstatt jetzt zu versuchen, das Zeitproblem, das wir durchaus sehen, durch einen unspezifischen Fragebogen zu kompensieren, der für Fehlinterpretationen anfällig ist, den Ärzten genügend Zeit für dieses Gespräch zu geben.</i></p>		
<p>Herr Dr. Fricke (DGSPJ):</p>	<p>Grundsätzlich ist es so, dass natürlich in jedem Fall, ob mit oder ohne Fragebogen, genügend Zeit da sein muss, vom System her und von der Vergütung her, dass die Fragen geklärt werden können, die anstehen und die für die Entwicklung des Kindes, die Rahmenbedingungen, wichtig sind. – Das vorneweg.</p> <p>Ich bin jemand, der seit drei Jahrzehnten in Kliniken, in sozialpädiatrischen Zentren arbeitet. Ich kenne auch die Praxis von den Kollegen und aus Praxisvertretungszeiten. Wir versenden in unseren Einrichtungen sehr viele Fragebögen. Die Erfahrung zeigt, dass sehr wenig Zeit dafür verwendet wird, etwaige Fehleintragungen zu interpretieren oder irgendetwas zu korrigieren. Man geht auch nicht jede einzelne Frage im Sinne von Scores durch. Wenn Sie einen Fragebogen haben, bei dem am Ende ein Score herauskommt, ein Cut-off-Wert, wo eine Störung definiert wird oder eine Diagnose unterstützt wird, haben Sie eine ganz andere Situation. Hier geht es darum, bestimmte Punkte anzureißen, vorzubereiten und den Arzt auf bestimmte Punkte zu sensibilisieren, zusätzlich zu dem Gespür, das er im Alltag sowieso hat. Das ist aus meiner Sicht eine Ergänzung. So sehe ich das. Die Erfahrungen sprechen aus meiner Sicht nicht für die Befürchtungen, die Sie äußern. Ich kann sie nachvollziehen, aber das ist eigentlich nicht der Alltag.</p>	<p>Die KBV begrüßt diese Stellungnahme. Sie betont insbesondere, dass keine Scores und Cut-off-Werte verwendet werden.</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
<p>GKV-SV:</p> <p><i>Zu Scores und Fragebogen: Soweit mir bekannt ist, gibt es auch für den Mannheimer Fragebogen einen Score. Das ist keiner ohne Score. Er ist aber nicht veröffentlicht.</i></p>		
<p>Herr Dr. Rodens (DGKJ):</p>	<p>Ich antworte, weil ich glaube, dass ich diesen Fragebogen in der Praxis am häufigsten verwende. Der Score spielt nicht die entscheidende Rolle. Die entscheidende Rolle spielt die Türöffnerfunktion, und die hat sich mehr als bewährt.</p>	
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Es tut mir leid, ich muss noch eine Frage an Herrn Fricke stellen. Es geht um die Übernahme der Daten aus dem Mutterpass. Sie hatten ausgeführt, dass Sie das für sinnvoll erachten. Als Patientenvertretung sehen wir auch, dass bestimmte Daten aus dem Mutterpass durchaus übernommen werden sollten, und zwar die, die für die Gesundheit des Kindes eine Rolle spielen. Es gibt dort allerdings auch den einen Punkt, der heißt: besondere psychische Belastungen der Mutter. Diesen Punkt wollen wir als Patientenvertretung nicht übernehmen, und zwar weil wir auch dort die Gefahr der Stigmatisierung sehen. Ich kann aus meinem Erfahrungsbereich in der Selbsthilfe von schwerstbehinderten Kindern sagen: Es ist so, dass zum Beispiel die schwere Behinderung eines Kindes oft automatisch als besondere psychische Belastung der Mutter kodiert wird. Das ist sozusagen ein Automatismus; es wird gesagt: Die Frau hat ein mehrfach schwerbehindertes Kind; da schreiben wir sofort: besondere psychische Belastung der Mutter. Wir sehen hier die Gefahr der Stigmatisierung. Es gibt auch hier keine Evidenzgrundlage. Insofern wollte ich Sie fragen, wenn Sie befürworten, dass alle Daten aus dem Mutterpass so übernommen werden, wie eine besondere psychische Belastung überhaupt definiert werden soll.</i></p>		
<p>Herr Dr. Fricke (DGSPJ):</p>	<p>Sie sprechen einen durchaus schwierigen Punkt an: Wie wird das definiert? Das ist schon klar. Auf der anderen Seite haben wir natürlich, gerade wenn es um die psychische Erkrankung der Eltern geht, die Situation, dass wir in diesen Familien sehr viele Kinder haben, die in ihrer Entwicklung extrem gefährdet sind. Wir behandeln genauso wie die Kinder- und Jugendpsychiater Kinder – dazu kann Herr Kölch sicher etwas sagen – aus diesen Familien zu einem sehr hohen Prozentsatz, die später nicht nur auffällig, sondern auch krank werden. Insofern ist natürlich die Erfassung solcher Risiken durchaus ein wichtiger Punkt. Letztendlich ist die Frage, wie die psychische Belastung der Mutter definiert wird. Das ist natürlich ein Punkt, der – da haben Sie natürlich völlig recht – schwierig ist. Das müsste man vielleicht noch genauer definieren. Aber dass es ein klarer Risikofaktor ist, ist</p>	<p>KBV: In der BELLA-Studie (1. Welle 2008 und Bella plus 2014) wurden signifikant häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status der Familie gefunden. Verschiedene</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	völlig unbestritten.	andere Faktoren wie z.B. Familienkonflikte, psychische Erkrankung der Eltern, Konflikte in den Familien der Eltern, Unzufriedenheit in der Partnerschaft, Ein-Elternhaushalt u.a. können das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern deutlich begünstigen. Besonders belastend für Kinder ist die Kumulation mehrerer Risikofaktoren. Andererseits wirkt ein gutes Familienklima, bei dem auf die Sorgen und Nöte der Kinder eingegangen werden kann und ein Zusammenhörigkeitsgefühl besteht, genauso wie soziale Unterstützung der Familie als Schutzfaktor. Die Checkliste zur Strukturierung des Gesprächs der Mutter/des Vaters/der Eltern mit dem Arzt/der Ärztin soll dem Arzt frühzeitig Hinweise auf Belastungsfaktoren in der Familie geben. Gemeinsam mit den Eltern soll bei Bedarf eine Beratung und Einbindung in ein Hilfesystem.
Herr Prof. Dr. Kölch	Dass es keine Evidenz gibt, würde ich so nicht unterschreiben. Es gibt relativ gute Evidenzgrade für die psychische Gesundheit des Kindes, auch für die frühe psychische Gesundheit des Kindes und	Die Patientenvertretung begrüßt diese und die vorherge-

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
(DGKJP):	den Zusammenhang mit psychosozialen Risiken. Das wissen wir. Dazu gibt es wunderbare Studien aus Großbritannien, die die BELLA-Studie in Deutschland repliziert hat, auch relativ neu repliziert hat, und auch zu wirklich manifesten psychischen Erkrankungen von Eltern. Da haben wir selber auch genug Studien durchgeführt. Das Risiko ist kumulativ für das Kind erhöht, gerade auch in diesem frühen Altersbereich. Wie man das definiert – da würde ich Ihnen Recht geben –, das ist vielleicht ein anderer Punkt. Da könnte man sich sehr gut darauf beziehen, was in den Studien, sei es Melzer, sei es Ravens-Sieberer – als Risikofaktoren in der internationalen Literatur ausgearbeitet ist. Das wäre zum Beispiel ein Lösungsvorschlag.	hende Stellungnahme. Es zeigt sich die Notwendigkeit, weitere Arbeitshilfen und Fortbildungen für die Kinderärzte zu konzipieren, wie sie psychisch erkrankten Eltern helfen bzw. wohin sie diese verweisen können.
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Die Frage der Stigmatisierung betrifft auch den anderen hier inkriminierten Bereich, nämlich des Abusus, wo sich auch die Frage stellt, wie das definiert werden soll. Wir haben den großen Fortschritt, dass wir künftig bei der U1 die Zahl der unvollendeten Schwangerschaften nicht mehr abfragen. Insofern ist das schon ein Schritt. Ich frage deshalb Frau Mattern und Herrn Goecke in diesem Zusammenhang, wie damit umgegangen wird, auch hinsichtlich der Evidenzen und auch hinsichtlich der Frage der Übernahme des Befunds Gestationsdiabetes. Gibt es dafür Evidenzen, dass das in der Fortschreibung sinnvoll ist?</i></p>		
Frau Mattern (DGHWi):	Ich kann mich nicht erinnern, dass in dem Entwurf, den wir bekommen haben, stand, dass Abusus und so etwas aus dem Mutterpass übernommen werden soll. Es gab etwas, was übernommen werden sollte, aber nicht das. Das ist jetzt wieder eine Anmerkung. Ich weiß gar nicht, wo wir im Moment stehen. Ich wäre sonst dagegen. Denn wenn im gelben Heft steht, dass die Mutter einen Abusus hat, finde ich das fürchterlich; ich kann gar nicht anders darauf antworten. Es ist immer noch die Frage, ob der Wunsch der Patientenvertreter durchgekommen ist, dass die gelben Hefte nicht von Ämtern eingesammelt werden, wenn zum Beispiel der Kinderwagen im Sozialfall an Eltern ausgegeben wird. Das ist nicht so vorgesehen. Ich weiß, das gelbe Heft gehört den Eltern, der Mutterpass auch, und trotzdem kommt es häufig vor, dass Mutterpass und das gelbe Heft vorgelegt werden müssen, weil daran gesehen wird: Das Kind ist geboren, und es lebt. Wenn darin steht, dass die Mutter einen Abusus hat, kann ich mir nicht vorstellen, dass das gut sein kann.	Die Patientenvertretung verweist darauf, dass die U1 ein ungünstiger Zeitpunkt ist, und dass die Items „Abusus“ und „besondere psychische Belastungen“ zu keinem Zeitpunkt erhoben werden sollten und in der Versorgungspraxis aus Gründen der Diskretion/ Stigmatisierungsgefahr auch nicht erhoben werden können.
Herr Prof. Dr.	Ich denke, es ist aus medizinischer Sicht schon sinnvoll, zumindest einige Risiken zu übernehmen.	Die Patientenvertretung be-

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
Goecke (DGGG):	<p>Es wurde der Gestationsdiabetes angesprochen. Da wissen wir, dass die Kinder ein erhöhtes Risiko haben, später Diabetes zu bekommen. Das hängt auch viel mit den psychosozialen Faktoren zusammen. Daher sollte der Abusus aufgeführt werden. Denn wenn in einer Familie ein Abusus ist – das sind nicht die zwei oder drei Zigaretten, die geraucht werden, sondern Medikamentenabusus und andere Abususformen –, dann haben wir schon ein Problem mit diesen Familien, darüber den psychosozialen Aspekt zu erkennen. Ich begrüße aber sehr, was in der Überarbeitung festgehalten worden ist: dass nicht mehr das komplette gelbe Heft an die Ämter abgegeben werden soll; denn darüber kann eine Stigmatisierung entstehen. Das ist richtig.</p>	<p>grüßt die Unterstützung der DGGG für die vorgeschlagene Teilnahmekarte.</p>
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Ich habe noch eine Frage an Frau Felderhoff-Müser. Sie hatten zur U1 bemerkt, dass für Frühchen, für sehr früh Geborene im Prinzip diese Us nicht relevant sein können. Es begegnet uns in der Praxis häufig, dass für diese die Us nicht durchgeführt werden und nicht durchgeführt werden können. Gleichzeitig bekommen sie zum Teil Probleme, weil die Jugendämter kontrollieren; die Teilnahme wird ja kontrolliert. Gibt es alternative Vorschläge?</i></p>		
Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI):	<p>Das kann ich gerne beantworten. Da haben wir uns, glaube ich, missverstanden. Wir haben in der schriftlichen Stellungnahme dargelegt – das wollte ich bekräftigen –, dass wir die auf keinen Fall streichen wollen, dass aber die Kriterien nicht gelten können. Wir tragen zum Beispiel in der Praxis ein: Kind stationär Schwangerschaftswoche. Aber wir können bestimmte Entwicklungsschritte wie Kontaktaufnahme natürlich erst berücksichtigen, wenn das Kind in einem korrigierten Alter ist. Ich glaube, es wäre wichtig, einen Vermerk zu machen, dass man bei extrem früh Geborenen im ersten Lebensjahr den errechneten Termin nimmt und nicht den Geburtstermin, weil wir hier zum Teil eine Diskrepanz von drei bis vier Monaten haben und die U1 bis U4 in diesem Fall tatsächlich noch vor dem errechneten Geburtstermin stattfinden. Auf keinen Fall sollten wir diese Untersuchungen nicht durchführen, aber es muss klar sein, dass wir dort Kinder haben, die zu früh geboren sind. Da sind die Kriterien zum Teil einfach verschoben.</p>	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Das ist für die Patientenvertretung ein großes Anliegen. Wir machen die Erfahrung, dass Eltern von Jugendämtern oder Kitas nach dem gelben Heft gefragt werden. Wir versuchen deshalb, eine Lösung zu finden, dass die Eltern die Möglichkeit erhalten, die Teilnahme an den U-Untersuchungen zu dokumentieren, ohne dass alle anderen Informationen gleichzeitig weitergegeben werden. Herr Rodens, Sie haben das in Ihrer schriftlichen Stellungnahme auch sehr befürwortet. Ich wollte nachfragen, ob Sie sich vorstellen können, wie diese Umsetzung erfolgen kann, wie das mit einer Art Teilnahmekarte funktionieren kann, dass man eine perforierte Seite im gelben Heft hat, die man heraustrennen kann, wo dokumentiert wird, dass an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen wurde. Eine Frage an den ärztlichen Datenschutz gerichtet: Ist es nicht auch im Interesse der Ärzte, dass das gelbe Heft im Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt verbleibt und die Dokumentation der Ärzte nicht in Kitas und Jugendämtern herumschwirrt?</i></p>		
<p>Herr Dr. Rodens (DGKJ):</p>	<p>In vielem gebe ich Ihnen recht. Das gelbe Heft hat nirgendwo anders etwas zu suchen. Da sind wir, glaube ich, einer Meinung. Dazu brauche ich nicht mehr zu sagen.</p> <p>Was Ihren Vorschlag der Teilnahmekarte angeht, müsste man sich erst einmal damit anfreunden. Es ist sicher irgendwo vorstellbar, es ist nur wieder ein bürokratischer Aufwand, wie ebenso oft. Das ist aber das Einzige, was mich daran stören würde.</p> <p>Ganz kurz zurück zu Abusus/psychischen Belastungen. Das ist aus meiner Sicht schon wichtig, dann aber in einem Vertrauensverhältnis. Das fetale Alkoholembryopathiesyndrom ist nichts Seltenes. Wir als Pädiater brauchen – weg vom Battered-Child-Syndrom und vom Schütteltrauma – darüber Informationen. Das gehört heute zur Differentialdiagnose ganz enorm dazu. Wie wir das im Vertrauensschutz regeln, ist eine andere Geschichte. Aber diese Information ist wichtig, ich kann es nicht anders sagen, und zwar in Bezug auf die Kinder und das Einschätzen der Kinder. Ich kann mich nicht darauf einlassen, diese Information ganz wegzulassen. Irgendwo muss diese Information für uns handhabbar sein, in dem Wissen, wie wir die Kinder abschätzen sollen.</p>	<p>Die KBV begrüßt die Option der Teilnahmekarte unter der Voraussetzung, dass die Bürokratiekosten gering gehalten werden.</p>
<p>Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP):</p>	<p>Ich möchte nur unterstützen, dass das gelbe Heft ein wichtiges Kommunikationsmittel zwischen Ärzten ist. Phoniater und Pädaudiologen sehen sich das gelbe Heft sehr genau an. Hier geht es um das Risiko bei der Sprachentwicklung, um die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer angeborenen Schwerhörigkeit. Das wird ganz erheblich durch die Komorbiditäten, die erkannt worden sind, die dokumentiert worden sind, mitbestimmt. Wir sehen da hinein. Das können uns die Eltern nicht alles so sagen. Es geht nicht um die stigmabelasteten Dinge, sondern um viele andere Dinge auch.</p>	

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>Wenn ich bestimmte Dinge, protokolliert von Kinderärzten, lese, dann weiß ich, an was ich denken muss. Ich weiß, dass Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Diagnosen höher sind. Ich mache andere Untersuchungen. Das ist ganz wichtig. Das gelbe Heft ist immer da. Die Eltern legen uns das vor, und ich weiß sofort: Was hat der Kinderarzt schon festgestellt, wo muss ich rückrufen? Wir rufen auch die Kollegen an und hinterfragen das. Das ist ein ganz wichtiger Einstieg.</p>	
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Wir haben eine intensive Diskussion über die Frage gehabt, zu welchem Zeitpunkt die U1 stattfinden kann, soll, muss. Dazu hatten Sie sich in Ihrer schriftlichen Stellungnahme geäußert, Frau Mattern. Die Frage in dem Zusammenhang, den wir behandeln – Stigmatisierung, Abusus –, ist, ob 30 Minuten oder 60 Minuten nach der Geburt, die möglicherweise für die Mutter noch gar nicht abgeschlossen ist, der richtige Zeitpunkt ist, über solche delikaten Grundsatzfragen zu reden, die ein Leben lang Bedeutung haben können. Sie haben eben auf Gestationsdiabetes als Risikofaktor auch für späteren Diabetes hingewiesen, wir wissen, wie das gelbe Heft gehandelt wird und dass die Kinder das über ihre ganze Jugend und ihr frühes Erwachsenenalter als Grunddokument besitzen. Ist nicht die erste halbe Stunde nach der Entbindung ein zu früher Zeitpunkt, um solche hoch relevanten Lebensfragen wie Abusus, Gestationsdiabetes und anderes zu definieren?</i></p>		
<p>Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (GNPI):</p>	<p>Ich würde das gerne insofern kommentieren, als die U1 für uns eine Art Sicherheitsfaktor darstellt. Das hat nichts damit zu tun, dass man eine halbe Stunde nach der Geburt solche delicate Daten unbedingt aufschreiben möchte. Aber wenn man in großen Kliniken arbeitet, 5.000 Geburten betreut, dann rutscht das eine oder andere durch. Zunehmend mehr kommt es dazu, dass die Kinder entbunden werden, die Mütter bleiben vielleicht eine Nacht oder gehen gar ambulant nach Hause. Dann gehen diese wichtigen Informationen in diesem täglichen Geschäft ganz einfach verloren. Daher ist es wichtig, dass man einen Zeitpunkt festlegt, und zwar den frühestmöglichen Zeitpunkt, zu dem diese Daten erhoben werden sollen. Es kann durchaus sein, dass man bei der U2 oder der U3 dem noch hinterherlaufen muss. Ich glaube, das ist der etwas simplere Grund, das so zu machen.</p>	<p>Die Patientenvertretung schlägt in diesem Zusammenhang vor, dass die Eltern zur U2 und U3 den Mutterpass mitbringen sollen.</p>
<p>Herr Prof. Dr. Goecke (DGGG):</p>	<p>Man muss sich die Frage stellen: Was wird bei der U1-Untersuchung untersucht? Da geht es nicht um eine kindliche Untersuchung auf mögliche Folgen des Abusus der Mutter. Da geht es erst einmal um die Vitalität des Kindes: Wie stabil ist das Kind? Es kommt die körperliche Untersuchung dazu, die in der Regel durch die Hebamme durchgeführt wird. Aber wie Frau Mattern oder der Verband es formuliert hat: Nach einer halben Stunde kann es durchaus sein, dass die Geburt noch gar</p>	

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>nicht abgeschlossen ist, weil die Plazenta, der Mutterkuchen, noch gar nicht da ist. Deswegen ist es eine Untersuchung, die im Kreißsaal durchgeführt werden muss, bei einer vitalen Bedrohung früher, als wenn es dem Kind offensichtlich gut geht. Aber ich würde nicht unbedingt sehen, dass das innerhalb von 30 Minuten gemacht werden muss, aber innerhalb des Kreißsaals, wenn sich die Patientin dort aufhält, wäre das zu begrüßen. So wird es auch gemacht.</p>	
<p>Frau Mattern (DGHWi):</p>	<p>Gut, dass ich jetzt nach Ihnen dran bin. Für Hebammen oder Geburtshelfer ist die Geburt mit der Geburt des Kindes nicht abgeschlossen. Sie ist erst abgeschlossen, nachdem die Plazenta da ist, und das kann bestimmt noch eine Stunde dauern. Aber die Frauen verbleiben nach der Geburt, nachdem die Plazenta geboren ist, noch zwei Stunden im Kreißsaal. Wenn innerhalb dieser Zeit die U1 gemacht wird, müsste das ausreichen. Es ist zwar formuliert, dass es darum geht, lebensbedrohliche Zustände und augenfällige Schäden zu finden, aber das machen wir natürlich nicht erst nach zwei Stunden. Das passiert in der gesamten Zeit, sodass die U keine lebensbedrohliche Situation verändert. Das wäre dann längst geschehen. Deswegen hatten wir das so gesagt. Aber die Frau wird nicht – das möchte ich auseinanderhalten – nach Abusus befragt, wenn ich das jetzt hoffentlich richtig verstanden habe, sondern es wird aus dem Mutterpass übernommen. Als Vertreterin der Hebammenwissenschaften bin ich immer noch strikt dagegen, dass es übernommen wird, weil mit dem U-Heft viel zu viel in die Öffentlichkeit gegangen wird, und wenn es die Sozialarbeiterin ist und die Frau, Hartz-IV-Empfängerin, von der Kinder- und Jugendhilfe besucht wird. Die schaut sich das U-Heft an. Das kann so nicht sein. Es wäre aber eine Möglichkeit, dass die Patientinnen den Mutterpass zu den Kinder- und Jugendärzten bringen, vielleicht bei der U3. Dann könnten sie die Daten mit ihr besprechen. Aber dass sie quasi öffentlich gemacht werden, halte ich für ungut.</p>	<p>Der Vorschlag, den Mutterpass im Rahmen der U3 zu besprechen, sollte aufgegriffen werden.</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Ich wollte Herrn Rodens eine Frage nach dem SPZ stellen. Uns als Patientenvertretung ist es sehr wichtig, dass im Bewusstsein aller Ärzte eine Überweisung in das SPZ verankert wird, weil es nach unserer Erfahrung sehr wichtig sein kann. Im SPZ sind sowohl pädagogische als auch medizinische Mitarbeiter. Wenn Sie ein Kind mit einer erheblichen Entwicklungsverzögerung haben, mit einer schweren Epilepsie usw., dann finden die Familien nach unserer Erfahrung im SPZ die erste gute Anlaufstelle, wo sie rundum betreut werden können. Da wollte ich Sie fragen, was Ihre Erfahrungen im Praxisalltag sind, ob Sie auch dieses Feedback von Eltern bekommen, dass das SPZ für sie sehr wichtig ist.</i></p>		
<p>Herr Dr. Rodens (DGKJ):</p>	<p>Ja. – Reicht Ihnen das?</p>	
<p>Patientenvertretung:</p> <p><i>Ich habe eine letzte Frage zu dem Punkt, den Sie angesprochen haben, Herr Fricke, zur U8, Muttersprachlichkeit bei Migrantinnen. Das haben wir intensiv diskutiert und sind nicht richtig zu Ergebnissen gekommen. Sie haben auch in Ihrer Stellungnahme angesprochen, Muttersprachlichkeit bei Migrantinnen zu berücksichtigen. Wie ist hier Ihr Vorschlag? Wie soll das geregelt werden? Wie soll das in der Praxis stattfinden?</i></p>		
<p>Herr Dr. Fricke (DGSPJ):</p>	<p>Ich habe keinen konkreten Vorschlag, wie man das im Detail regeln kann. Das ist aus unserer Sicht ein Punkt, der Berücksichtigung finden muss und im Alltag nicht immer adäquat Berücksichtigung findet. Gerade bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerung und Schwierigkeiten, sich in Gruppen zu integrieren, sehen wir das schon als einen Faktor. Grundsätzlich sind wir im Moment seitens unserer Fachgesellschaft dabei, das ganze Thema Migrationsstatus in ganz anderer Weise zu berücksichtigen. Das liegt daran, dass wir in den sozialpädiatrischen Zentren natürlich sehr viele Kinder sehen und überwiesen bekommen, bei denen ein Teil ihrer Probleme mit dem Migrationsstatus, den kulturellen Besonderheiten usw. zusammenhängt.</p> <p>Das ist auch ein Thema – wenn man es ein bisschen weiterführt –, wo man an bestimmte Familien kulturell nur herankommt, wenn man sie beispielsweise über die Kitas erreicht, also gar nicht so sehr über das medizinische System. Aber wir müssen das berücksichtigen, wir müssen in unserem Alltag, was die Übersetzung angeht – das ist noch einmal ein ganz anderes Thema; das sprengt im Rahmen der kinderärztlichen Praxis die Möglichkeiten –, sehr viel stärker auf professionelle Dolmetscher zurückgreifen, als das bisher der Fall ist, weil wir viele Dinge nicht so adäquat erfassen.</p>	<p>Die KBV und die Patientenvertretung begrüßen den Hinweis. Der Spiegelstrich „Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (Laut- und Gebärdensprache)“ wird in der U5 aufgenommen.</p> <p>Patientenvertretung: Der Verdacht auf eine Fehlüberweisung aufgrund kultureller Besonderheiten verweist auf ein</p>

Anlage 6 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Stand: 23.04.2015

SNer	Wortbeitrag	Würdigung
	<p>Die Übersetzung durch Familienangehörige, Freunde usw. bringt eine ganz andere Interessenslage mit hinein. Das ist ein ganz großes Thema. Aber ein Aspekt ist zumindest, dies im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung zu berücksichtigen und als Thema mit auf der Agenda zu haben. Das ist damit gemeint.</p>	<p>mglw. großes Problem mit hohen ethischen Implikationen. Die Einbeziehung von Dolmetschern oder Sprach- und Kulturmittlern sollte als zukünftige Gestaltungsaufgabe in die Tragenden Gründe aufgenommen werden.</p>
<p>Herr Prof. Dr. Schönweiler (DGPP):</p>	<p>Ich möchte das unterstützen. Diese Frage ist insofern wichtig, weil sie dazu beiträgt, die Ursache einer Sprachentwicklungsstörung festzustellen, also einmal die medizinischen Untersuchungen vom Hören bis zur geistigen Entwicklung, Gehirnfunktion, und natürlich den Gebrauch der verschiedenen Sprachen in der Familie. Das ist eine ganz wichtige Frage. Das wird in der Regel auch strukturiert abgefragt, weil das Teil dieser Diagnostik ist. Das ist ganz wichtig und selbstverständlich.</p>	



Stand: 28.04.2016

Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der
Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei
Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-
Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie
Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie
Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder**

Stellungnehmer	Reihenfolge nach Eingang beim G-BA
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	23.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V. (DGKiZ)	24.02.2016
Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (über die DGZMK)	24.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)	24.02.2016
Bundesärztekammer	26.02.2016
Bundeszahnärztekammer	26.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie	26.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	26.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie <i>Hinweis GF: gemeinsame Stellungnahme mit dem nicht stellungnahmeberechtigten Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland und der</i>	26.02.2016



Stand: 28.04.2016

<i>Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)</i>	
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	26.02.2016
Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit	26.02.2016

Vorbemerkung:

Grundsätzlich sind nur solche Ausführungen aus den Stellungnahmen in der nachstehenden Tabelle abgebildet, die Änderungsvorschläge oder Kommentare zum Beschlussentwurf enthalten sowie die zugehörigen Begründungen; Ausführungen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Anhang zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, den Beschluss vom 18. Juni 2015 zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie), wie folgt zu ändern:

I. In I. wird der Abschnitt D. „Dokumentation und Evaluation“ wie folgt neu gefasst:

Grundsätzliches Votum der Stellungnehmenden	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)</p> <p>„Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) begrüßt die Neufassung der Kinderrichtlinie. Insbesondere begrüßt die DEGAM, dass in den tragenden Gründen zum Beschluss klargestellt wird, dass sich die Erbringungsvoraussetzungen für die Untersuchungen nach dieser Richtlinie nicht ändern werden. Dies sichert auch zukünftig eine niederschwellige und wohnortnahe Versorgung aller Kinder mit Leistungen nach der Kinderrichtlinie.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p>
<p>Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)</p> <p>„Die Empfehlungen der DGKFO beziehen sich auf die U-Untersuchungen bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr.</p>	

Stand: 28.04.2016

<p>Grundsätzlich ist die kieferorthopädische Fragestellung, auf „Kieferanomalien“ zu achten in den Empfehlungen zur U-Untersuchungen bei Kindern berücksichtigt.“</p> <p><i>Anm. GF: Weitere Ausführungen siehe U7, U8, U9</i></p> <p>„Zusammenfassung:</p> <p>Die vorliegende Version deckt implizit wesentliche kieferorthopädische Aspekte bis zum 6. Lebensjahr ab, jedoch wären aus Sicht der DGKFO ab der U8 und insbesondere ab der U9 explizit zusätzliche Hinweise auf das Themengebiet „Habits“ und auf die Möglichkeiten zur „Kieferorthopädischen Frühbehandlung“ sinnvoll und sollten – wie oben aufgeführt - ergänzt werden.“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens, da sie keine Auswirkung auf die strukturelle Ausgestaltung des Gelben Heftes hat.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</p> <p>„Bereits zu Beginn wird darauf hingewiesen, dass für die DGGG nur die Dokumentation der U1 und U2 (Seite 1-13 des Dokuments: Anlage 01_BE_Änderung_Beschluss_Kinder-RL_QS_Evaluation_Doku_Gelbes Heft... vom 28.01.16) relevant ist und auch nur zu diesem Teil Stellung genommen werden kann. Besonders wichtig erscheint mir die juristische Klärung der Frage der Übernahme von anamnestischen Parametern aus der Schwangerschaft in das Gelbe Heft. Hierbei werden Informationen der Mutter (z.B. Infektion (HIV), Abusus, psychische Erkrankungen usw.) an Dritte (den behandelnden Kinderarzt) weitergegeben. Bei aller Dringlichkeit der Weitergabe dieser Informationen an den Kinderarzt verletzt hier der Geburtshelfer seine Schweigepflicht.“</p>	<p>Die Eintragung der Daten kann nur mit dem Einverständnis der Mutter erfolgen.</p> <p>Die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit hat zu diesem Sachverhalt keinen Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>Die Patientenvertretung teilt die datenschutzrechtlichen Bedenken.</p>

Stand: 28.04.2016

Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 29.01.2016 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, eine Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) – Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder – abzugeben.

Mit dem Beschlussentwurf sind Änderungen des Gelben Heftes vorgesehen. Diese dienen der Umsetzung der zwischenzeitlich gefassten Beschlüsse des G-BA zur Änderung der Kinder-Richtlinien vom 18. Juni 2015. Das Inkrafttreten war damals unter den Vorbehalt noch zu fassender Beschlüsse zur Änderung der Dokumentation, zur Evaluation und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie zur Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose gestellt worden. Im August 2015 hatte der G-BA die Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose beschlossen. Mit dem vorliegenden Beschluss zur Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation soll die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinie abgeschlossen werden.

Für die vorgesehene Dokumentation der im Rahmen der jeweiligen Kinder-Untersuchung vom Arzt/von der Ärztin durchgeführten Beratungen n. § 58 der Richtlinie liegen divergierende Positionen der im G-BA vertretenen Bänke vor. GKV-SV, DKG und Patientenvertretung schlagen eine Auflistung der nach den Richtlinien durchzuführenden Beratungsthemen vor, die durch ein Freifeld für ärztliche Bemerkungen ergänzt werden sollen. Der Vorschlag von KBV und KZBV sieht ebenfalls eine Auflistung der nach den Richtlinien durchzuführenden Beratungsthemen vor, bei denen der untersuchende Arzt/die untersuchende Ärztin jedoch durch Ankreuzen solche Beratungsthemen besonders kennzeichnen soll, die einen erweiterten Beratungsbedarf erfordern. Das von GKV-SV, DKG und Patientenvertretung vorgesehene Freifeld für besondere Bemerkungen soll dafür entfallen.

Unterschiedliche Positionen bestehen zudem hinsichtlich der Dokumentation eines Verweises zum Zahnarzt im Ergebnisteil der Untersuchungen U5 – U9. Die Vertreter des GKV-SV, der DKG, der KZBV und der Patientenvertretung erachten eine solche als geboten, um der mit dem Präventionsgesetz intendierten stärkeren

Die Ausführungen werden zur Kenntnis genommen und die Details werden bei den jeweiligen Punkten gewürdigt.



Stand: 28.04.2016

<p>Vernetzung von Kinder- und Zahnärzten gerecht zu werden. Die KBV lehnt eine doppelte Dokumentation des vorgenommenen Verweises zum Zahnarzt ab, da nach ihrem Vorschlag die entsprechende Dokumentation bereits dadurch erfolgen würde, dass der Arzt/die Ärztin in einer Liste einen erweiterten Beratungsbedarf – einschl. eines Verweises zum Zahnarzt – ankreuzen würde.</p> <p>Ebenfalls als Regelung der Dokumentation sieht der vorliegende Beschlussentwurf eine aus dem Gelben Heft herausnehmbare Teilnahmekarte vor, auf der der Arzt/die Ärztin die Teilnahme an den durchgeführten Untersuchungen per Arztstempel und Unterschrift bestätigt. In der vorliegenden Entwurfsfassung des G-BA sind die Untersuchungen mit einem Sternchen gekennzeichnet, die auch eine Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus enthalten. Die herausnehmbare Karte soll den Erziehungsberechtigten als Beleg für die Wahrnehmung der Untersuchungen dienen. Dieser kann insbesondere im Rahmen der in den letzten Jahren in den meisten Bundesländern eingeführten verbindlichen Einlade- und Meldewesen für die Kinder-Untersuchungen hilfreich sein.</p> <p>Darüber hinaus wurde mit dem Präventionsgesetz das Infektionsschutzgesetz um einen § 34 Abs. 10a ergänzt, nach dem Personensorgeberechtigte bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen haben, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist.</p>	
<p>Bundeszahnärztekammer</p> <p>„10 bis 15 % aller dreijährigen Kinder leiden heute bereits unter einer Nuckelflaschenkaries (Nursing Bottle-Syndrom). Um das zu verhindern, empfehlen Zahnärzte und Hebammen gemeinsam, parallel zu den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen jeweils auch eine zahnärztliche Untersuchung zwischen dem 6.-9., dem 10.-20. und ab dem 21. Lebensmonat. Dabei soll nicht nur die Mundgesundheit der Kleinkinder überprüft und eventuell notwendige Behandlungen frühzeitig durchgeführt, sondern sollen ganz besonders die Eltern über die Bedeutung der Mundhygiene einschließlich dem Gebrauch von Fluoriden, die richtige Zahnputztechnik und die zahngesunde Ernährung aufgeklärt werden. Ab dem 30. Lebensmonat werden die Kinder dann wie bisher durch das zahnärztliche Vorsorgeprogramm betreut.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt.</p>

Stand: 28.04.2016

<p>Hervorzuheben ist ferner, dass eine Übertragung von Mundhöhlenbakterien im Rahmen sozialer Kontakte insbesondere von der Mutter und dem Vater in dieser Lebensphase stattfindet. Dadurch steigt das Risiko für das Kind, selbst frühzeitig an Karies zu erkranken. Insbesondere für die Mutter sind daher eine sorgfältige tägliche Mundhygiene, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und die rechtzeitige Behandlung von Schäden in der Mundhöhle von wesentlicher Bedeutung. Gleichzeitig kann dem erhöhten Risiko mit geeigneten Vorsorgemaßnahmen beim Kleinkind begegnet werden.</p> <p>Neben der regelmäßigen Zahn- und Mundhygiene beim Kleinkind sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen elementar. Der Zahnarzt wird zusätzlich bei einem erhöhten Kariesrisiko Maßnahmen einleiten und erkennt frühzeitig Zahnstellungs- und Bisslagefehler.</p> <p>In zahlreichen Bundesländern ist schon jetzt als freiwillige Maßnahme ein zahnärztlicher Kinderpass erhältlich. Der Kinderpass zeigt Eltern, worauf bei der Mund- und Zahngesundheit ihrer Kinder zu achten ist. Der Zahnarzt dokumentiert im Pass die Kontrolluntersuchungen entsprechend der aufgeführten Schemata. Vor diesem Hintergrund ist nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer die Änderung der Kinder-Richtlinie eine erfreuliche Entwicklung, der sie hiermit zustimmt.“</p>	
<p>DGKJ</p> <p>Wir begrüßen es sehr, dass das Gelbe Heft nun zügig an den Beschluss der 6/2015 aktualisierten Kinder-Richtlinie angepasst werden soll. Das Gelbe Heft bildet die Grundlage für die Früherkennungsuntersuchungen und ist daher zentral für die Durchführung der Us. Aus unserer Sicht wurde bei dem Beschluss 6/2015 mit der Nichtberücksichtigung der sozialpädiatrischen Fragebögen für lange Zeit eine große Chance verpasst. Die DGKJ arbeitet seit vielen Jahren auf der politischen Ebene für den Ausbau der Früherkennungsuntersuchungen zu echten Präventionsinstrumenten, und die Fragebögen wären ein gutes Instrument gewesen, um diesem Ziel näher zu kommen.</p> <p>Nachfolgend nehmen wir zum Beschlussentwurf Stellung.</p> <p>Insgesamt erscheint die Dokumentation der Us sehr überladen. Um die Überladung zu reduzieren, erscheint es</p>	<p>Die Dokumentation ist auf Grundlage des Beschlusses zur Änderung der Kinder-Richtlinie vom 18.06.2015 vorgegeben.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7</p>



Stand: 28.04.2016

<p>wünschenswert, nur solche Items in die Untersuchung aufzunehmen, die für die Früherkennung einer therapierbaren Erkrankung notwendig sind und alle anderen weg zu lassen.</p> <p>Die Struktur ist teilweise inkonsistent. Dies betrifft insbesondere den Bereich „Untersuchung. Nur Auffälligkeiten ankreuzen“. Hier stehen z.B. bei der U2 Items, die klar eine Pathologie beschreiben (Zyanose, Opisthotonus...) neben anderen, die ein Phänomen beschreiben, das normal oder auffällig sein kann (wie Auskultation gefolgt von Atemgeräuschen, Muskeltonus, Herztöne...). Da letztere ja Abweichungen in verschiedene Richtungen (z.B. Herztöne zu niedrig, zu hoch) implizieren können, ist etwas unklar, was mit diesen Ankreuzungen gewollt ist. Für eine mögliche datenbankgestützte Auswertung kann das nicht dienlich sein; und auch für die/den Kinder- und Jugendärztin/-arzt wäre die Wertung und die Beurteilung im Verlauf wichtig, um festzustellen, was da genau war; Freitextmöglichkeiten sind aber nicht vorgesehen. Daher würden wir an diesen Stellen einerseits für Verschlankung und andererseits für Freitextmöglichkeiten für Notation der Auffälligkeiten plädieren.</p> <p>„Da wir gleichzeitig zur Stellungnahme zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach § 26 Abs. 1 SGB V aufgefordert sind, schlagen wir einen Punkt „Präventionsempfehlung“ bei jeder U vor mit zwei Kästchen zum Ankreuzen: einmal „Bescheinigung wurde ausgestellt“ und einmal „Präventionsempfehlung nicht notwendig“. – Dies würde als Erinnerung dienen und bei einem Arztwechsel den nachfolgenden Arzt über die Bescheinigung informieren und die Möglichkeit einer Nachfrage bieten.“</p>	<p>Absatz 4 Verfo hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Die Freitextmöglichkeiten sind bereits vorgesehen.</p> <p>Hierfür sind Freitextmöglichkeiten vorgesehen. Eine Anpassung im Gelben Heft erfolgt nach der Beschlussfassung zur Präventionsempfehlung.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„1. Generelle Anmerkungen zu den Beschlussentwürfen</p> <p>a. Die DGHWi begrüßt sehr einleitende Texte im Untersuchungsheft für Kinder vor Beratungsthemen und anstehenden Untersuchungen. Durch die Texte im Untersuchungsheft sollen Eltern über Untersuchungen informiert werden. Eine aufklärende einfache Sprache ist wünschenswert. Die DGHWi sieht in der sprachlichen Gestaltung der Texte im Untersuchungsheft eine Chance zur Gesundheitsbildung der Eltern. Die Texte sollten Fehlbildungen, lebensbedrohliche Zustände und</p>	<p><i>Die hier aufgeführten Punkte a) bis h) sind den entsprechenden Abschnitten zum Beschlussentwurf in dieser Tabelle zugeordnet.</i></p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Würdigung erfolgt zu den jeweiligen Punkten.</p>



Stand: 28.04.2016

behandlungsbedürftige Erkrankungen nicht in den Vordergrund stellen. Positiv sollten Eltern sich aufgefordert fühlen, Untersuchungen wahrnehmen zu lassen und in gesundheitlichen Fragen Verantwortung für ihr Kind zu übernehmen.

Als Beispiel für eine ungünstige Formulierung sehen wir den einleitenden Wortlaut zur U1 im derzeitigen Beschlussentwurf:

„Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Babys statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, ob Ihr Baby die Geburt gut überstanden hat. Es geht bei der U1 vor allem darum, *lebensbedrohliche Zustände sowie sofort behandlungsbedürftige Erkrankungen* und äußerliche Fehlbildungen zu erkennen. *Nur dann* können die notwendigen Sofortmaßnahmen eingeleitet und *weitere* Komplikationen vermieden werden.“

Umformuliert könnte es beispielhaft lauten: „Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Kindes statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, *dass* Ihr Kind die Geburt gut überstanden hat. Es geht bei der U1 vor allem darum, *somit behandlungsbedürftige Zustände und äußerliche Besonderheiten* zu erkennen. So können notwendige Sofortmaßnahmen eingeleitet und Komplikationen *so gut wie möglich* vermieden werden.“

Die DGHWi empfiehlt, alle Elterninformationen unter Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern erneut durchzusehen.

b. Generell schlägt die DGHWi vor, das verniedlichende Wort „Baby“ durch das Wort „Kind“ sowie das pathologisierende Wort „Fehlbildungen“ durch das Wort „Besonderheiten“ (ausgenommen „Ohrfehlbildungen“) zu ersetzen.

c. Die Bezeichnung einzelner Tests und Screenings sowie die Information für die Eltern sollte an die Bezeichnungen im Beschluss zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1] und an die Elterninformationen als Anlagen der Kinder- und Mutterschaftsrichtlinien [2] [3] [4] angepasst werden. Sie können gegebenenfalls vereinfacht formuliert werden, Begriffe und Informationen dürfen aber nicht falsch formuliert dargestellt werden. Als negative Beispiele seien die Bezeichnung „APGAR-Test“ auf Seite 5 und „Test auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose aus **einem** Tropfen Blut“ auf Seite 7 des Untersuchungsheftes für Kinder genannt.



Stand: 28.04.2016

d. Anstelle von „vollendeten Schwangerschaftswochen“ (Seite 4) sollte konsequent die nun auch im Beschluss zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1] verwendete Schreibweise „n +0 Schwangerschaftswoche“ verwendet werden. So z. Bsp. auf Seite 4 des Entwurfs: „Auch bei Frühgeborenen, also Kindern, die vor 37 +0 Schwangerschaftswochen geboren werden,...“. Bei der Angabe der Schwangerschaftswoche in Wochen und Tagen auf Seite 6 des Beschlussentwurfs ist das Attribut „vollendete“ überflüssig, oder auch falsch.

e. Eine die Eltern wertschätzende Sprache sollte eingehalten werden. Auch gegenüber Eltern, die sich gegen eine Empfehlung entscheiden oder bei einer Empfehlung eventuell nur von dem dafür vorgesehenen Untersuchungszeitraum abweichen. Der Satz: „Außerdem berät die Ärztin oder der Arzt Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist“, könnte als hierarchisch-autoritärwertend verstanden werden (Seite 10). Besser erscheint die Formulierung auf Seite 14 des Untersuchungsheftes: „Zur Vorbeugung gegen die Knochenerkrankung Rachitis werden für das Kind Vitamin D sowie Fluorid für die spätere Zahnhärtung empfohlen.“ Ähnlich erscheint der Satz: „Die Ultraschall-Untersuchung der Hüftgelenke sollten Sie unbedingt nutzen, da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können“ (Seite 14).

f. Die Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1) wird auch von der Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger durchgeführt (§3, U1, Absatz1 des Beschlusses zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1]). **Dies muss so in den „Maßnahmen der Qualitätssicherung“ und auch zum „Untersuchungsheft für Kinder“ formuliert werden.**

g. Frauen gebären in Kliniken, aber auch außerklinisch in Geburtshäusern oder zu Hause. Dies ist bei der Erläuterung der U2 sprachlich nicht berücksichtigt. Es wird unterstellt, dass sich die Mütter „noch in der Klinik“ befinden oder „bereits zu Hause“ sind (Seite 10). **Die DGHWi empfiehlt, die Elterninformation zur U2 entsprechend anzupassen.**

h. Die DGHWi geht davon aus, dass das Untersuchungsheft in der jetzigen Fassung nur ein Entwurf ist und noch eine ansprechende Formatierung und Gestaltung erfährt.“

Stand: 28.04.2016

<p>Literatur:</p> <p>[1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (KinderRichtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung, Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger. 2016. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung.pdf [21.02.2016]</p> <p>[2] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) Anlage 3 zu den Kinder-Richtlinien. Erweitertes Neugeborenen-Sceening. 2010. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-234/RL_Kinder_Anlage-3_2010-12-16.pdf [21.02.2016]</p> <p>[3] Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung [1733 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings. 2008. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-681/2008-06-19-Kinder-H%C3%B6rscreening_BAnz.pdf [21.02.2016]</p> <p>[4] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) Patienteninformation Ich bin schwanger. Warum wird allen schwangeren Frauen ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten? Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3215/2012-03-03_Merkblatt%20Schwangerschaftsdiabetes.pdf [21.02.2016]</p> <p>[5] Bundeszahnärztekammer. 2.01 Patienteninformation. 2007. Verfügbar unter: http://www.dgzmk.de/uploads/media/Fluoridierung.pdf [21.02.2016]</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p>



Stand: 28.04.2016

<p><u>Stellungnahme zu den Eckpunkten:</u></p> <p>Die DGKJP und die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände begrüßen die inhaltliche Überarbeitung der Kinderrichtlinien. In diesem Zusammenhang hatte die DGKJP bereits letztes Jahr ausführlich Stellung genommen. Wir begrüßen, dass die Interaktionsbeobachtung in die Kinderrichtlinie aufgenommen wurde, und dass die emotionale und soziale Entwicklung von Kindern durch spezifische Entwicklungsbausteine jetzt viel mehr als früher bei den U-Untersuchungen angesehen werden soll. Positiv bewerten wir auch, dass künftig auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten wie Eltern-Kind-Hilfen und Frühe Hilfen umfasst sein sollen. Ob dies nun –wie scheinbar vorgesehen- nur bis zur U6 (d.h. bis zum 12. Monat) der Fall sein soll, könnte ggf. noch einmal überdacht werden.</p>	<p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
---	--

„D. Qualitätssichernde Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation

„§ 58 Qualitätssicherung

- (1) Die Untersuchungen nach den §§ 3 - 12 dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, –nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können und nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind.
- (2) Bei der Durchführung der klinischen Untersuchung müssen die in der Richtlinie vorgegebenen Standards eingehalten werden, insbesondere bei den Sehtests und bei der orientierenden Beurteilung der Entwicklung.
- (3) Für die Durchführung der Screeningaudiometrie nach § 11 dieser Richtlinie müssen Audiometer verwendet werden, die von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen sind und entsprechend den Vorgaben mindestens einmal jährlich einer messtechnischen Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV ~~Stand 11.12.2014~~) einer regelmäßigen Wartung unterzogen werden. durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV unterzogen werden.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGGG</p> <p><u>§58 Qualitätssicherung Abs. 1</u></p> <p>„An das Satzende sollte angeführt werden, dass Teile der Untersuchungen an dafür geschultes und</p>	<p>Die Regelungen zur Delegationsfähigkeit liegen nicht in der Kompetenz des G-BA, sondern</p>

Stand: 28.04.2016

<p>qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden können (z.B. Durchführung des Hörscreenings).“</p> <p><u>§58 Qualitätssicherung Abs. 3</u></p> <p>„Gilt auch für alle anderen technischen Geräte, die zur Untersuchung eingesetzt werden z.B. für die Sehprüfung und Hüftsonographie, somit sollte der Satz nicht nur auf die Screeningaudiometrie ausgelegt sein.“</p> <p><u>§58 Qualitätssicherung Abs. 3</u></p> <p>„Ist eine jährliche Überprüfung der Geräte sinnvoll und notwendig? Jeder Aufzug und jedes Auto mit deutlich höherem Gefahrenpotential muss nur alle 2 Jahre zum TÜV. Unter wirtschaftlichen Aspekten mE nicht sinnvoll – alle 2 Jahre reicht.“</p>	<p>unterliegen berufs- bzw. leistungsrechtlichen Vorgaben.</p> <p>Die Anforderungen zur Hüftsonographie sind im Abschnitt C III. der Kinder-RL mit Beschluss vom 18.06.2015 sowie in der Vereinbarung von QS-Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik geregelt. Die Anforderungen zur Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen ist im Abschnitt C IV der Kinder-RL mit Beschluss vom 18.06.2016 geregelt.</p> <p>Sofern bei den U-Untersuchungen Medizinprodukte zum Einsatz kommen, gelten die entsprechenden Regelungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).</p> <p>Hierzu sei der Hinweis zum § 11 Absatz 1 sowie auf die Anlage 2 Nummer 1.1 MPBetreibV gegeben. Die Nachprüffrist für Hör- und Sprachaudiometer wird darin vorgegeben.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Zu § 58 Abs. 3 (Qualitätssicherung) sei der Hinweis erlaubt, dass die dort zitierte Medizinprodukte-Betreiberverordnung aktuell Gegenstand einer Überarbeitung durch den Gesetzgeber ist. Dies betrifft auch den § 11 MPBetreibV und die dort niedergelegte Regelung zu messtechnischen Kontrollen. Die momentan im Beschlussentwurf des G-BA für § 58 Abs. 3 angelegte Formulierung bedürfte aller Voraussicht nach kurz- oder zumindest mittelfristig einer Anpassung. Dies ließe sich möglicherweise durch einen etwas offener gestalteten Verweis auf geltende Regelungen zu Audiometern in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung vermeiden. Eine Doppelregelung zum Umgang mit Medizinprodukten durch Festlegungen in der Richtlinie des G-BA einerseits und in der</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt.</p> <p>Der Hinweis wurde aufgenommen und entsprechend umgesetzt.</p>

Stand: 28.04.2016

<p>Medizinprodukte-Betreiberverordnung andererseits ist zu hinterfragen.“</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p>„Wir halten es für sinnvoll, dass die Untersuchungen nach § 3 - § 12 der Richtlinie nur von fachlich hierfür qualifizierten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Wir regen an dort wo kinder- und jugendpsychiatrische Expertise nötig ist, auch einen Facharzt/ eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie einzubeziehen.“</p>	<p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Im § 1 Absatz 3 ist die entsprechende Regelung aufgenommen worden.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Die Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1) wird auch von der Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger durchgeführt (§3, U1, Absatz1 des Beschlusses zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1]). Dies muss so in den „Maßnahmen der Qualitätssicherung“ und auch zum „Untersuchungsheft für Kinder“ formuliert werden.</p> <p>Es wird im ersten Abschnitt (1) ein zweiter Satz vorgeschlagen: „Zur Untersuchung nach §3 sind ebenfalls Hebammen oder Entbindungspfleger berechtigt.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen und die Ergänzung eingefügt „soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt“. Die Berechtigung der Durchführung ist im § 3 geregelt.</p> <p>Die Patientenvertretung wird dies nochmal prüfen und ggf. in der mündlichen Anhörung aufgreifen.</p>

§ 59 Dokumentation

- (1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte ~~bei der Ärztin oder beim Arzt~~ und im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1 ~~(Gelbes Heft). Die Dokumentation erfolgt in der vom Der~~ Gemeinsamen Bundesausschuss ~~erstellt die Inhalte der Anlage 1 als en und genehmigten Druckversion des~~ Untersuchungshefts für Kinder (Gelbes Heft) in gedruckter Version den Leistungserbringern zur Verfügung. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu dieser Richtlinie. Darüber hinaus wird jeweils die Teilnahme an den Untersuchungen (U2 bis U9) auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert (gemäß Anlage 1).



Stand: 28.04.2016

- (2) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 3), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2), an der Filterpapierkarte (Anlage 4) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 5) vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird. § 10 Absatz 1 Satz 2 des ersten Kapitels der Verfahrensordnung gilt entsprechend.
- (3) Die Untersuchungen nach Abschnitt B werden anhand einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt spätestens 2 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung ein unabhängiges wissenschaftliches Institut mit der Evaluation. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in einem gesonderten Beschluss legt dabei die Kriterien festlegen, nach denen das ein unabhängiges wissenschaftliches Institut unter Hinzuziehung von ausgewählten Leistungserbringern und unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Praxen, insbesondere die überarbeiteten Teile der Untersuchungen (Abschnitt B) bewertet.“

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGGG</p> <p><u>§59 Dokumentation Abs. 2</u></p> <p>„Zu Anlage 2 (Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose), Anlage 3 (Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening), Anlage 4 (Filterpapierkarte) und Anlage 5 (Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening) kann keine Stellung bezogen werden, da nicht anhängend.“</p> <p><u>§59 Dokumentation Abs. 3</u></p> <p>„Bei der Reevaluation nach 2 Jahren sollen nicht nur ausgewählte Praxen sondern zumindest für die U1/U2 und das Hörscreening auch Geburtshilfliche und Neonatologische Abteilungen (Kreißsäle, Geburtshilfliche Stationen unterschiedlicher Versorgungsstufen (PNZ Level I-III, Neonatologische/Neugeborenen Stationen) mit befragt werden.“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Anlagen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgenommen und das Wort „Praxen“ durch das Wort „Leistungserbringer“ in der Regelung ersetzt.</p>
<p>Bundesärztekammer</p>	

Stand: 28.04.2016

<p>„Die Festlegung einer Evaluation der Richtlinienänderungen gemäß § 59 Abs. 3 und die dort vorgesehene Beauftragung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts sind zu begrüßen. Die weitere Festlegung hierzu heranzuziehender Bewertungskriterien durch den G-BA ist im Sinne von Kern- oder Mindestanforderungen für die Evaluation zweifellos zweckmäßig. Es sollte allerdings später darauf geachtet werden, der in Auftrag gegebenen Bewertung auch den notwendigen Freiraum bezüglich Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit zu gewähren.“</p>	<p>Die Hinweise werden bei der Evaluation entsprechend berücksichtigt.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p>„Der Dokumentation in der Patientenakte und im Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 steht nichts entgegen. Auch die Erstellung einer gesonderten Teilnahmekarte halten wir zum Schutz des Kindes für sinnvoll.</p> <p>Wie bereits oben angemerkt, sollte allerdings der Beschluss zur Kinderrichtlinie und damit einhergehend auch das Untersuchungsheft an die geänderte Rechtslage in § 26 SGB V angepasst werden.</p> <p>Bedauerlich ist, dass die Fragebögen an die Eltern, die helfen sollten, die familiäre Atmosphäre und Zufriedenheit der Eltern besonders einzuschätzen, nicht umgesetzt worden sind.</p> <p>Aus unserer Sicht spielen nämlich die familiäre Atmosphäre, die Befindlichkeit der Eltern und die soziale Situation der Familie für die Weiterentwicklung und Ausformung psychischer Auffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern eine große Rolle.</p> <p>Sofern fehlende Evidenzen bei der Entscheidung eine Rolle gespielt haben sollten, regen wir hiermit noch einmal an, für die Evaluation dieser und evtl. anderer Bögen Fördermittel (Innovationsfonds o.ä.) zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Die in § 59 Abs. 3 vorgesehene Evaluation der Untersuchungen nach Abschnitt B halten wir für</p>	

Stand: 28.04.2016

<p>erforderlich. Auch hier würden wir darum bitten, dass dort wo kinder- und jugendpsychiatrische Expertise benötigt wird, diese –ggf. auch in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendärzten- einzubeziehen. Dies unter anderem, da sich aus der Begründung ergibt, dass insbesondere untersucht werden soll, inwiefern durch die neu etablierten Standards zur Durchführung der orientierenden Beurteilung der Entwicklung, Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden können.</p> <p><u>Ergebnis:</u></p> <p>Zusammenfassend sollten bei Änderung der Kinderrichtlinie und des auf dieser Grundlage erstellten Untersuchungsheftes die Änderungen in § 26 SGB V berücksichtigt werden. Der Umfang der Früherkennungsuntersuchungen dürfte sich durch das am 25.07.2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (insb. § 26 SGB V) ändern.</p>	<p>Der Hinweis wird zur Kenntnis genommen. Der G-BA prüft und nimmt Anpassungen hinsichtlich der neuen gesetzlichen Grundlagen entsprechend dem Beratungsergebnis vor.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Die Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1) wird auch von der Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger durchgeführt (§3, U1, Absatz1 des Beschlusses zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1]). Dies muss so in den „Maßnahmen der Qualitätssicherung“ und auch zum „Untersuchungsheft für Kinder“ formuliert werden.“</p> <p>„Es wird empfohlen im ersten Abschnitt (1) auch „Hebammen und Entbindungspfleger“ zur Dokumentation zu verpflichten.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen und die Angabe „bei der Ärztin oder beim Arzt“ gestrichen.</p>
<p>Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit</p> <p>„1) Für die Regelung im Entwurf zu I. Abschnitt D § 59 Absatz 2 der Kinder-Richtlinie, dass der zuständige Unterausschuss berechtigt ist, „Änderungen vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Auch bei Delegations-Beschlüssen wird ein gesetzliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt unter Einbindung der</p>

Stand: 28.04.2016

<p>wird“, wird rein vorsorglich davon ausgegangen, dass darunter keine Änderungen fallen, die eine datenschutzrechtliche Bedeutung haben. Insofern wäre eine Delegation von Kompetenzen vom Plenum auf Unterausschüsse aufgrund Fehlens einer gesetzlichen Grundlage nicht hinnehmbar (vgl. Schreiben Bundesministerium für Gesundheit vom 25. September 2015 – 213 - 21432 - 26 – in dieser Sache).“</p> <p>2) Im Entwurf zu I. Abschnitt D § 59 Absatz 3 der Kinder-Richtlinie ist vorgesehen, die Untersuchungen nach Abschnitt B anhand einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Qualität und Zielerreichung zu evaluieren. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss spätestens 2 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung ein unabhängiges wissenschaftliches Institut beauftragen; er „legt dabei die Kriterien fest, nach denen das unabhängige wissenschaftliche Institut unter Hinzuziehung von ausgewählten Praxen insbesondere die überarbeiteten Teile der Untersuchungen (Abschnitt B) bewertet“.</p> <p>Allerdings wird in dieser Regelung als auch in den tragenden Gründen (Seite 3) keine Aussage dazu getroffen, auf Grundlage welcher Daten das Institut die Stichprobe durchführen soll und in welcher Form diese Daten dem Institut zur Verfügung gestellt werden sollen. Obwohl ein weiterer Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses auf jeden Fall beabsichtigt ist, kann die derzeit vorgesehene Formulierung, „der Gemeinsame Bundesausschuss legt dabei die Kriterien fest, nach denen das Institutbewertet“ so gelesen werden, als sei zukünftig nur noch darüber zu befinden, wie die Daten zu bewerten seien und nicht darüber, welche Daten und in welcher Form diese dem Institut zur Verfügung zu stellen sein werden. Deshalb bitte ich darum, eine Formulierung vorzusehen, die den noch zu treffenden Beschluss auch auf die datenschutzrechtlich erforderlichen Bestimmungen bezieht.“</p>	<p>Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit.</p> <p>Der G-BA geht davon aus, dass das Institut die Daten selbst erhebt und dabei die datenschutzrechtlich erforderlichen Bestimmungen einhält. Im Rahmen des Vergabeverfahrens wird der G-BA entsprechende Anforderungen an den Datenschutz in die Leistungsbeschreibung aufnehmen.</p> <p>Im § 59 Abs. 3 wurde der Satz 3 wie folgt neu gefasst: „Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in einem gesonderten Beschluss die Kriterien festlegen, nach denen ein unabhängiges wissenschaftliches Institut unter Hinzuziehung von ausgewählten Leistungserbringern und unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere die überarbeiteten Teile</p>
---	---



Stand: 28.04.2016

	der Untersuchungen (Abschnitt B) bewertet.“
--	---

II. Die Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder wird wie folgt neu gefasst:

„Untersuchungsheft für Kinder

Herausgeber: Gemeinsamer Bundesausschuss, PSF 120606, 10596 Berlin, www.g-ba.de

Teilnahmekarte

Tabelle kann mit einem Aufkleber aus dem Krankenhaus überklebt werden.

Name	
Vorname	
Geburtstag	
Straße	
Wohnort	

Liebe Eltern! Schützen Sie die Daten Ihres Kindes! Mit dieser herausnehmbaren Karte können Sie bei Behörden, Kindertagesstätten, Schulen und Jugendämtern den Nachweis erbringen, dass Ihr Kind an den Untersuchungen teilgenommen hat.

U2 Lebensstag	3.-10.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift)
U3 Lebenswoche	4.-5.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U4 Lebensmonat	3.-4.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U5 Lebensmonat	6.-7.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U6 Lebensmonat	10.-12.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U7 Lebensmonat	21.-24.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U7a Lebensmonat	34.-36.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U8 Lebensmonat	46.-48.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *
U9 Lebensmonat	60.-64.	Termin	Teilnahmebestätigung (Stempel und Unterschrift) *

~~* Die Untersuchungen enthalten gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V eine Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus.~~

*Die Untersuchung beinhaltet eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ausreichenden Impfschutz.

Stand: 28.04.2016

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGGG</p> <p><u>Teilnahmekarte</u></p> <p>„Diese Karte sollte aus farbigem festerem Papier/Pappe bestehen (ggf. besonders beschichtet, Stift- und Stempelfest) und marginal kleiner als das Gelbe Untersuchungsheft sein, damit sie in die vordere oder hintere Tasche des Gelben Heftes eingelegt werden kann.</p> <p>Überschrift: Nachweis der Teilnahme an der U2-U9</p> <p>Gerade für die Übergangszeit erscheint es sinnvoll für die Behörden u.a. den Sinn und das Ausreichen des Vorzeigens der Karte zu erläutern.</p> <p>Die Stempelfelder sind zu schmal. Ggf. Karte bds. bedrucken. Es sollte daran gedacht werden, dass diese Karten schneller verloren gehen und ggf. Zweitkarten ausgestellt werden müssen (Einzelkarten müssen nachbestellbar sein). Dass es sich ggf. um eine Zweitkarte handelt sollte auf der Karte gesondert dokumentiert werden können.“</p> <p><u>Teilnahmekarte</u></p> <p>„Generell, macht es nicht Sinn im Rahmen der Änderung der Kinderrichtlinie auch die Bezeichnung der U-Untersuchungen anzupassen? Besonders wirkt die seit Jahren bestehende 7a Untersuchung alleine durch die Bezeichnung weiterhin eingeschoben. Besser U7a in U8, U8 in U9 und U9 in U10 umbenennen.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Hinweise werden bei der Drucklegung des Gelben Heftes berücksichtigt.</p> <p>Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>Einzelkarten werden nachbestellbar sein.</p> <p>Der hier vorgetragene Änderungsvorschlag ist nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Die vorgesehene herausnehmbare Teilnahmekarte und der Fußnoten-Vermerk, dass die Untersuchung auch eine Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus enthalten hat, wird aus Sicht der Bundesärztekammer den Anforderungen des § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz nicht gerecht. Dieser verlangt für die Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung den Nachweis über eine umfassende ärztliche Impfberatung. Ein</p>	<p>Siehe Würdigung der DGKJ nachfolgend in dieser Tabelle.</p>

Stand: 28.04.2016

<p>entsprechender Beratungsnachweis sollte daher der Teilnahmekarte ebenfalls zu entnehmen sein.“</p>	
<p>DGKJ Aktualisierung der Teilnahmekarte aufgrund einer Veränderung der Gesetzeslage:</p> <p>Vorgesehen ist eine herausnehmbare Teilnahmekarte, um durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen nachzuweisen. Ab U 3 ist hinter der Arztunterschrift ein Sternchen vorgesehen, das wie folgt erläutert wird. „Die Untersuchungen enthalten gemäß § 26 Abs.1 Satz2 SGB V eine Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus.“</p> <p>Hier wird eine Aktualisierung vorgeschlagen, die der Änderung des Art. 8 des Infektionsschutzgesetzes – im Rahmen des Präventionsgesetzes – Rechnung trägt.</p> <p>Seit dem 25.07.2015 gilt die Ergänzung des § 34 Absatz 1 (10 a): <i>„Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist.“</i></p> <p>Es besteht also eine Beratungspflicht, deren Erfüllung gegenüber der aufnehmenden Einrichtung nachzuweisen ist. Natürlich können dafür auch Einzelbescheinigungen des Arztes ausgestellt werden. Sinnvoller wäre jedoch die Anpassung an die neue Gesetzeslage und die Übernahme der entsprechenden Formulierung, z.B. in folgender Weise: „Die Untersuchung beinhaltet eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz.“. Dann wäre die bisherige Erläuterung des * wegzulassen. Die neue gesetzliche Forderung geht über eine reine Mitteilung, dass die Vollständigkeit der Impfungen (mit welcher Konsequenz?) überprüft wurde, weit hinaus. Sie fordert nicht nur eine Vollständigkeitskontrolle, sondern eine individuelle Beratung, die sich am Goldstandard der STIKO-</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Formulierung wird wie folgt geändert „Die Untersuchung beinhaltet eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ausreichenden Impfschutz.“ wird entsprechend geändert.</p>



Stand: 28.04.2016

Empfehlungen orientiert.	
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Da auch Ärztinnen und Ärzte oder Hebammen und Entbindungspfleger über Aufkleber mit den Kontaktdaten des Kindes verfügen, wird empfohlen, den Satzteil „aus dem Krankenhaus“ zu streichen.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen und der Satz „Tabelle kann mit einem Aufkleber überklebt werden“ gestrichen.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Liebe Eltern,

herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Babys!

Gerade in den ersten Lebensjahren macht Ihr Kind sehr viele Entwicklungsschritte. Um eventuell vorliegende Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkennen und entsprechend handeln zu können, gibt es regelmäßige Untersuchungen. Diese sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge für Ihr Kind. ~~Die Untersuchungen können von Kinder- und Jugendärztinnen oder Kinder- und Jugendärzten sowie ersatzweise auch von Hausärztinnen oder Hausärzten durchgeführt werden.~~ Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DEGAM</p> <p>„Die DEGAM lehnt den vorgelegten Beschlussentwurf zur Neuformulierung der Dokumentation von Untersuchungen nach der Kinderrichtlinie ab. Im „Begrüßungsschreiben“ des GBA (Seite 4 Anlage 01) heißt es im ersten Absatz: „Die Untersuchungen können von Kinder- und Jugendärztinnen oder Kinder- und Jugendärzten sowie ersatzweise auch von Hausärztinnen oder Hausärzten durchgeführt werden.“ Diese Formulierung führt eine nicht begründete Abstufung der Qualifikation zur Erbringung von Leistungen nach der Kinderrichtlinie ein, welche in den tragenden Gründen ja gerade explizit ausgeschlossen wird. Die DEGAM fordert daher die Streichung des Wortes „ersatzweise“. Die Formulierung wäre demnach „Die Untersuchungen können von Kinder- und Jugendärztinnen oder Kinder- und Jugendärzten sowie von Hausärztinnen oder Hausärzten durchgeführt werden.““</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen und der entsprechende Satz gestrichen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Es wird empfohlen, als Hauptaussage im ersten Absatz die Begleitung der Entwicklungsschritte aufzugreifen und nicht den Fokus auf Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen zu legen. Daher wäre nach dem ersten Satz fortzufahren mit dem Satz: „Um diese zu begleiten und Ihr Kind bei Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen zu unterstützen, gibt es ... für Ihr Kind. Die Erstuntersuchung kann auch von Hebammen und Entbindungspflegern vorgenommen werden. Alle Untersuchungen können von Kinder-...“. Auch hier müssen „Hebammen und Entbindungspfleger“ in den Satz aufgenommen werden.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt.</p> <p>Der Hinweis wird aufgegriffen und der entsprechende Satz gestrichen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Innerhalb der ersten sechs Lebensjahre untersucht die Ärztin oder der Arzt, ob sich Ihr Kind gesund und altersgemäß entwickelt. Die Ergebnisse jeder Untersuchung werden Ihnen erläutert. Darüber hinaus werden Sie über Schutzimpfungen informiert, die zugleich mit den Untersuchungen erfolgen können. Sie haben bei sämtlichen Untersuchungen die Gelegenheit, die Entwicklung Ihres Kindes mit der Ärztin oder dem Arzt zu besprechen und Fragen zu stellen, etwa zu ~~altersspezifischen~~ Themen wie Ernährung oder Unfallvermeidung.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Im 2. Absatz kann das Wort „altersspezifisch“ gestrichen werden. Somit verbleibt der Satzteil: „etwa zu Themen wie Ernährung oder Unfallvermeidung.““</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen und das Wort „altersspezifischen“ gestrichen.</p>

Zudem erhalten Sie im Rahmen der einzelnen Untersuchungen von der Ärztin oder dem Arzt Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (wie z. B. Eltern-Kind-Angebote, Frühe Hilfen, Familienhebammen, -paten, öffentlicher Gesundheitsdienst).

Für alle Untersuchungen sind bestimmte Zeiträume vorgegeben. Dass Sie diese kennen und einhalten, ist besonders wichtig, da manche Erkrankungen nur in einer bestimmten Altersspanne rechtzeitig erkannt und behandelt werden können (z. B. Stoffwechselstörungen oder Fehlstellungen der Hüfte). Auch bei Frühgeborenen, also Kindern, die vor der ~~vollendeten~~ —37 +0- Schwangerschaftswoche geboren werden, sollen die Untersuchungszeiträume dringend eingehalten werden. In solchen Fällen wird der frühe Geburtstermin bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Auch bei Frühgeborenen, also Kindern, die vor 37 +0 Schwangerschaftswochen geboren werden,...“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Das Wort „vollendeten“ wird gestrichen und nach der Zahl 37 wird die Angabe „+0“ ergänzt.</p>

Bitte nutzen Sie das Angebot der Untersuchungen! Sie geben sich und Ihrem Kind die Chance, dass gesundheitliche Probleme oder Auffälligkeiten rechtzeitig erkannt und behandelt werden können.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei dem Gelben Heft um eine vertrauliche **PatientenInformation handelt. Keine Institution (z. B. Kita, Schule, Jugendamt) darf eine Einsichtnahme verlangen. Sie entscheiden, wem Sie den Einblick gewähren. Die herausnehmbare Teilnahmekarte ist als Beleg für die Wahrnehmung der Untersuchungen ausreichend.**

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie</p> <p>1. Aspekt von Prof. Dr. Ulrich Mansmann:</p> <p>In der Elterninformation zum gelben Heft heißt es: „Bitte beachten Sie, dass es sich bei dem Gelben Heft um eine vertrauliche Patienteninformation handelt. Keine Institution* (z. B. Kita, Schule, Jugendamt) darf eine Einsichtnahme verlangen. *Es wird vorgeschlagen nach Institution „außerhalb des Gesundheitswesens“ zu ergänzen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Selbstverständlich ist es richtig, dass eine Vorlage des gelben Heftes nicht mehr von den in der Klammer genannten Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens verlangt werden darf.</p> <p>Allerdings ist auch das Gesundheitsamt eine Institution. Für medizinische Mitarbeiter im i.d.R. ärztlich geleiteten Gesundheitsamt besteht - im Gegensatz zu den genannten Institutionen - ein bevölkerungs- bzw. sozialmedizinischer Sicherstellungsauftrag und in diesem Rahmen die gleiche ärztliche Schweigepflicht wie für Mitarbeiter in der Kinderarztpraxis oder Kinderklinik. Soweit in Erfüllung dieses Auftrags Daten aus Schuleingangsuntersuchungen für die Gesundheitsberichterstattung weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich in vollständig anonymisierter Form und wird in allen Bundesländern vom Datenschutzbeauftragten mitgetragen.</p> <p>Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige Untersuchung bei der deutschlandweit wirklich sichergestellt ist, dass jedes Kind einem Arzt vorgestellt wird. Im Vordergrund stehen hier die individuelle sozialkompensatorische Funktion bei Kindern mit lückenhaftem Vorsorgestatus und unbekanntem sozialpädiatrischen Problembefunden sowie das Aufdecken von Vernachlässigung und Misshandlung. Um der damit verbundenen ärztlichen Fürsorgepflicht nachkommen zu können, ist die Kenntnis der Befunde aus dem gelben Heft erforderlich.</p> <p>So müssen z.B. bei einer unklaren Entwicklungsverzögerung einerseits körperliche, neurologische und genetische Ursachen bedacht werden, andererseits muss als Ursache das häusliche Umfeld, eine mögliche Vernachlässigung oder Misshandlung in Betracht gezogen werden. Auch bei Kindern mit einer</p>	<p>Der G-BA hat keine Regelungskompetenz hinsichtlich einer Vorlagepflicht dieser vertraulichen Informationen. Es liegt in der Entscheidung der Eltern wem sie das Gelbe Heft vorlegen, z.B. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung.</p>

<p>geringen Körpergröße oder einem niedrigen Gewicht sind für die Beurteilung die Kenntnis des Verlaufs der Körpermaße seit der Geburt sowie das Vorliegen von möglicherweise ursächlichen Erkrankungen unerlässlich. So kann z.B. das Abknicken der Perzentilenkurve für Gewichts-, Längen- oder Kopfumfangswachstum ein Hinweis auf Vernachlässigung sein. Diese Daten können nur dem gelben Heft entnommen werden.</p> <p>Die Befunde aus dem gelben Heft sind auch bei der Erstellung ärztlicher Gutachten (z.B. im Rahmen von Sonderschulaufnahmeverfahren, der inklusiven Beschulung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Bedürfnissen, Heilpädagogikverordnungen), für die Befundbeurteilung und Beratung der Eltern sowie die Einleitung weiterer Maßnahmen wichtig. In besonderem Maße gilt dies für Kinder mit Migrationsstatus, deren Eltern geringe Deutschkenntnisse haben.“</p>	
<p>DGKJ</p> <p>„Zur Elterninformation:</p> <p>Wichtig ist uns auch die folgende Anmerkung zur Elterninformation zum gelben Heft: <i>„Bitte beachten Sie, dass es sich bei dem Gelben Heft um eine vertrauliche Patienteninformation handelt. Keine Institution (z.B. Kita, Schule, Jugendamt) darf eine Einsichtnahme verlangen.“</i></p> <p>Wir plädieren für eine Ergänzung nach Institution: <u>„Keine Institution außerhalb des Gesundheitswesens</u> (z.B. Kita, Schule, Jugendamt) darf...“ und möchten dies wie folgt begründen:</p> <p>Die Bezeichnung Patienteninformation trifft u.E. den Sachverhalt nicht vollständig (wer ist Patient?- die Information ist doch nicht für das Kind, sondern für die Eltern gedacht. Und ist ein Kind, das einer Früherkennungsuntersuchung zugeführt wird, ein Patient im herkömmlichen Verständnis, wie man es bei den adressierten Eltern erwartet?) Kern des Gelben Heftes ist doch die Dokumentation anamnestischer und ärztlich erhobener Befunde sowie deren Bewertung, deren Kenntnis für den/die nächste/n Arzt/Ärztin wichtig sind, nicht die Patienteninformation.</p> <p>Doch es ist selbstverständlich richtig, dass eine Vorlage des Gelben Heftes nicht mehr von den in der Klammer genannten Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens verlangt werden darf. Allerdings ist auch das Gesundheitsamt eine</p>	<p>Der G-BA hat keine Regelungskompetenz hinsichtlich einer Vorlagepflicht dieser vertraulichen Informationen. Es liegt in der Entscheidung der Eltern wem sie das Gelbe Heft vorlegen, z.B. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung.</p> <p>Der Hinweis wird aufgegriffen und das Wort „Patienteninformation“ durch das Wort „Information“ ersetzt.</p>

Institution. Für medizinische Mitarbeiter im i.d.R. ärztlich geleiteten Gesundheitsamt besteht – im Gegensatz zu den genannten Institutionen – ein bevölkerungs- bzw. sozialmedizinischer Sicherstellungsauftrag und in diesem Rahmen die gleiche ärztliche Schweigepflicht wie für Mitarbeiter in der Kinderarztpraxis oder der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Soweit in Erfüllung dieses Auftrags Daten aus Schuleingangsuntersuchungen für die Gesundheitsberichterstattung weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich in vollständig anonymisierter Form und wird in allen Bundesländern vom Datenschutzbeauftragten mitgetragen.

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige Untersuchung bei der deutschlandweit wirklich sichergestellt ist, dass jedes Kind einem Arzt vorgestellt wird. Im Vordergrund stehen hier die individuelle sozialkompensatorische Funktion bei Kindern mit lückenhaftem Vorsorgestatus und unbekanntem sozialpädiatrischen Problembefunden sowie das Aufdecken von Vernachlässigung und Misshandlung. Um der damit verbundenen ärztlichen Fürsorgepflicht nachkommen zu können, ist die Kenntnis der Befunde aus dem Gelben Heft erforderlich.

So müssen z.B. bei einer unklaren Entwicklungsverzögerung einerseits körperliche, neurologische und genetische Ursachen bedacht werden, andererseits muss als Ursache das häusliche Umfeld, eine mögliche Vernachlässigung oder Misshandlung in Betracht gezogen werden. Auch bei Kindern mit einer geringen Körpergröße oder einem niedrigen Gewicht sind für die Beurteilung die Kenntnis des Verlaufs der Körpermaße seit der Geburt sowie das Vorliegen von möglicherweise ursächlichen Erkrankungen unerlässlich. So kann z.B. das Abknicken der Perzentilenkurve für Gewichts-, Längen- oder Kopfumfangswachstum ein Hinweis auf Vernachlässigung sein. Diese Daten können nur dem Gelben Heft entnommen werden.

Die Befunde aus dem Gelben Heft sind auch bei der Erstellung ärztlicher Gutachten (z.B. im Rahmen von Sonderschulaufnahmeverfahren, der inklusiven Beschulung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Bedürfnissen, Heilpädagogikverordnungen), für die Befundbeurteilung und Beratung der Eltern sowie die Einleitung weiterer Maßnahmen wichtig. In besonderem Maße gilt dies für Kinder mit Migrationsstatus, deren Eltern geringe

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

<p>Deutschkenntnisse haben.</p> <p>Eine andere Möglichkeit des Umgangs mit dieser Problematik wäre es, den Satz „Keine Institution (z.B. Kita, Schule, Jugendamt) darf eine Einsichtnahme verlangen“ ersatzlos zu streichen. Zum einen besteht Redundanz dahingehend, dass im folgenden Satz die Patienten- bzw. Elternautonomie klar zum Ausdruck kommt. „Sie entscheiden, wem Sie den Einblick gewähren.“ Zum anderen wird durch die Konkretisierung von einigen Institutionen – und Weglassen anderer - eine unnötige Irritation hervorgerufen.</p>	
<p>DGGG</p> <p>Kasten</p> <p>„Ergänzung: ausreichend und kann bei Behörden vorgelegt werden. Achten Sie bei jeder U-Untersuchung darauf, dass Sie diese Karte vorgelegen können und sie entsprechend ausgefüllt wird.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Wir wünschen Ihrem Kind und Ihnen alles Gute!

Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin*

*Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gebildet von der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Der G-BA legt in Richtlinien fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Das Gelbe Heft ist eine Anlage der Kinder-Richtlinie des G-BA. Weitere Informationen finden Sie auf der Seite www.g-ba.de.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

Elterninformation zur Neugeborenen-Erstuntersuchung

Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Babys statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, dass ~~ob~~ Ihr Baby die Geburt gut überstanden hat.

Es geht bei der U1 vor allem darum, sofort behandlungsbedürftige lebensbedrohliche Zustände ~~so wie sofort behandlungsbedürftige Erkrankungen~~ und äußerliche Fehlbildungen zu erkennen. So ~~Nur dann~~ können ~~die~~ notwendigen Sofortmaßnahmen eingeleitet und ~~weitere~~ Komplikationen vermieden werden.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Als Beispiel für eine ungünstige Formulierung sehen wir den einleitenden Wortlaut zur U1 im derzeitigen Beschlussentwurf: „Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Babys statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, <i>ob</i> Ihr Baby die Geburt gut überstanden hat. Es geht bei der U1 vor allem darum, <i>lebensbedrohliche Zustände sowie sofort behandlungsbedürftige Erkrankungen</i> und äußerliche <i>Fehlbildungen</i> zu erkennen. <i>Nur dann</i> können die notwendigen Sofortmaßnahmen eingeleitet und <i>weitere</i> Komplikationen vermieden werden.“ Umformuliert könnte es beispielhaft lauten: „Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Kindes statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, <i>dass</i> Ihr Kind die Geburt gut überstanden hat. Es geht bei der U1 vor allem darum, <i>sofort behandlungsbedürftige Zustände</i> und äußerliche <i>Besonderheiten</i> zu erkennen. <i>So</i> können notwendige Sofortmaßnahmen eingeleitet und Komplikationen <i>so gut wie möglich</i> vermieden werden.“</p> <p>Die DGHWi empfiehlt, alle Elterninformationen unter Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern erneut durchzusehen.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Das Wort „ob“ wird durch das Wort „dass“ ersetzt.</p> <p>Die Wörter „lebensbedrohliche“, „sowie sofort behandlungsbedürftige Erkrankungen“ werden gestrichen. Die Wörter „Nur dann“ werden ersetzt durch das Wort „So“. Die Wörter „die“ und „weitere“ werden gestrichen. Das Wort „notwendigen“ wird grammatikalisch angepasst.</p> <p>Die Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern wurde durchgeführt.</p>

Das wird untersucht:

- Mit dem sogenannten Apgar-Wert Test werden die Hautfarbe des Babys, der Herzschlag, die Reflexe, die Muskelspannung und die Atmung geprüft. Dieser Wert Test wird nach fünf und nochmals nach zehn Minuten ermittelt, wiederholt.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

- Um sicher zu sein, dass Ihr Neugeborenes während der Geburt ausreichend mit Sauerstoff versorgt worden ist, wird der Nabelschnur Blut entnommen und dessen pH-Wert (Säuregrad) getestet.
- Es wird nach äußerlich erkennbaren Fehlbildungen geschaut.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGGG</p> <p><u>Absatz 3, Aufzählung1</u></p> <p>„Apgar-Test: Änderung der Schreibweise in APGAR-Bewertung Bei der Bewertung nach dem APGAR-Score handelt es sich um keinen Test sondern um einer reine Bewertung von Parametern (kein aktives Vorgehen wie z.B. bei einem Test).</p> <p>Cave: Anpassung der Reihenfolge der bewerteten Parameter: Somit besser formuliert: - in der 5. und 10. Lebensminute werden bei Ihrem Kind die Hautfarbe (Aussehen), der Herzschlag (Puls), die Reflexe (Grimassieren), die Muskelspannung (Aktivität) und die Atmung (Respiration) kontrolliert und die APGAR-Werte ermittelt.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Das Wort „Test“ wird durch das Wort „Wert“ ersetzt und im nachfolgenden Text entsprechend angepasst. Das Wort „wiederholt“ wird durch das Wort „ermittelt“ ersetzt.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Der APGAR-Score oder APGAR-Wert sowie der pH-Wert werden bestimmt. Es handelt sich in beiden Fällen nicht um einen Test. Auch im Beschluss zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1] wird der Begriff „APGAR-Wert“ verwendet. Der pH-Wert wird nur bei klinischen Geburten bestimmt. Auch dies sollte berücksichtigt werden.</p> <p>Die körperliche Untersuchung zur Bestimmung der Körpermaße sollte zeitlich zugunsten des Bonding zurückgestellt werden. Dies sollte für die Eltern auch sprachlich deutlich werden. Zum Beispiel: „Nach einer angemessenen langen Zeit mit Ihnen zusammen (im Normalfall nach einer Stunde) wird Ihr Kind gemessen und gewogen...“.</p>	<p>Siehe Würdigung der DGGG oberhalb dieser Tabelle.</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Patientenvertretung: Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
<p>DGKJ</p> <p>„Mit dem sogenannten Apgar-Test werden die Hautfarbe des Babys, der Herzschlag, die Reflexe, die Muskelspannung und die Atmung geprüft. Dieser Test wird fünf und zehn Minuten nach der Geburt durchgeführt.“</p>	<p>Siehe Würdigung der DGGG oberhalb dieser Tabelle.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

<p>Begründung: Die Formulierung ist sonst missverständlich – wenn er „nach fünf“ und „nochmals nach zehn Minuten“ wiederholt wird, impliziert dies, dass er vorher schon einmal durchgeführt wurde, wie früher nach einer Minute.</p>	
---	--

Ihr Baby wird gemessen und gewogen und es erhält nach Rücksprache mit Ihnen Vitamin-K-Tropfen, um inneren Blutungen vorzubeugen.

~~Wenn Sie Ihr Baby stillen, werden Sie hierzu fachkundig beraten. Sollte das Stillen nicht möglich oder gewünscht sein, werden Ernährungsalternativen mit Ihnen besprochen.~~

Zur Ernährung Ihres Kindes (Stillen oder andere Ernährungsformen) werden Sie fachkundig beraten und können während der gesamten Stillzeit und bei Ernährungsproblemen auf Hilfe zurückgreifen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>Auch zu alternativen Ernährungsformen eines Säuglings soll fachkundig beraten werden. Es wird vorgeschlagen, den Satz entsprechend zu verändern: „Zur Ernährung Ihres Kindes (Stillen oder andere Ernährungsformen) werden Sie fachkundig beraten und können während der gesamten Stillzeit und bei Ernährungsproblemen auf Hilfe einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers zurückgreifen.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Änderungsvorschlag wird aufgegriffen. Die Sätze „Wenn Sie Ihr Baby stillen, werden Sie hierzu fachkundig beraten. Sollten das Stillen nicht möglich oder gewünscht sein, werden Ernährungsalternativen mit Ihnen besprochen.“ wird ersetzt durch „Zur Ernährung Ihres Kindes (Stillen oder andere Ernährungsformen) werden Sie fachkundig beraten und können während der gesamten Stillzeit und bei Ernährungsproblemen auf Hilfe zurückgreifen.“</p>
<p>DGKJ</p> <p>Vorschlag zum Absatz 4:</p> <p>Ihr Baby wird gemessen und gewogen (gehört zu „Das wird untersucht“) und es erhält Vitamin-K, um inneren Blutungen vorzubeugen. (Nach der neuen AWMF-LL kann das Vitamin K auch gespritzt werden, bzw. muss in manchen Sondersituationen gespritzt werden. Die Rücksprache erscheint nicht erforderlich, denn genau so wenig wie die Eltern berechtigt sind, ihrem Kind eine notwendige Blinddarm-Op zu verweigern, so wenig sollten sie berechtigt sein, die Prophylaxe gegen eine lebensgefährliche Vitamin-K-Mangelblutung zu verweigern.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

In den kommenden drei Tagen werden Ihnen für Ihr Baby weitere wichtige Untersuchungen empfohlen: Der Test auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose aus einigen

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

~~em~~-Tropfen Blut Ihres Babys ermöglicht eine rechtzeitige Behandlung dieser Erkrankungen und vermeidet gesundheitliche Schäden. Mit dem Hörtest für Neugeborene können frühzeitig Hörstörungen erkannt werden. Zu den Untersuchungen erhalten Sie jeweils ein ausführliches Informationsblatt.

Die nächste Untersuchung ~~soll zwischen vom~~sollte dem 3. bis zum 10. Lebenstag (U2) vorgenommen werden.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGGG</p> <p><u>letzter Satz</u></p> <p>„Ersetze „sollte“ durch „soll zwischen““</p> <p><u>nach letzten Satz</u></p> <p>„Ergänzung: Sollten Sie zu Hause entbunden haben oder die Geburtsklinik schon bald nach der Geburt verlassen haben (Ambulante Geburt), sind Sie verpflichtet (§§ ?) Ihr Kind zwischen dem 3.-10. Lebenstag bei einem Kinderarzt/ berechtigtem Hausarzt für die notwendigen Untersuchungen vorzustellen. Bitte bemühen Sie sich frühzeitig um einen Termin.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Das Wort „sollte am“ wird ersetzt durch „soll vom“. Der Satz wurde entsprechend grammatikalisch angepasst.</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>
<p>DGKJ</p> <p>Vorschlag zu Absatz: 6:</p> <p>„In den kommenden drei Tagen stehen für Ihr Baby weitere wichtige Untersuchungen an, die Sie unbedingt nutzen sollten: Der Test auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose aus einigen Tropfen Blut...“</p>	<p>Siehe Würdigung der DGGG oberhalb dieser Tabelle.</p> <p>Die Änderung des Wortes „einem“ in „einigen“ wird umgesetzt.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Das Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose soll entsprechend der Empfehlung des Labors im Alter von 36 bis 72, am besten von 48 bis 72 Lebensstunden erfolgen. Entsprechend der Elterninformation (Anlage 3 der Kinderrichtlinien [2]) handelt es sich um „wenige Tropfen Blut“ für das Neugeborenen-Screening. „Ein Tropfen Blut“ reicht sicherlich nicht.</p> <p>Das Hörscreening soll innerhalb der ersten drei Tage, kann aber auch später durchgeführt werden. Kinder, die außerklinisch geboren werden, erhalten eventuell den Hausbesuch einer Ärztin oder eines Arztes zur U2 und werden erst später</p>	<p>Siehe Würdigung der DGGG und der DGKJ oberhalb dieser Tabelle.</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. Die Aufzählung bezieht sich nur auf die U2.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

<p>zum Hörtest begleitet (II. Verfahren, §5, Absatz 2 [3]). Manche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verlangen die Krankenkassenkarte des Kindes zur Durchführung des Hörscreenings, die erst nach Erstellung der Geburtsurkunde ausgestellt werden kann. Deswegen wird zusätzlich empfohlen, den Wortlaut „In den kommenden drei Tagen werden Ihnen für Ihr Baby ...“ durch „Im Rahmen der U2 werden Ihnen für Ihr Kind ...“ zu ersetzen.“</p>	
--	--

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung U1

Anamnese

Position GKV-SV/KBV/DKG/KZBV:

Schwangerschaftsanamnese aus dem Mutterpass übertragen:

Befund	Zutreffendes bitte ankreuzen	Befund	Zutreffendes bitte ankreuzen
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/>
Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/>	(Poly-)Hydramnion	<input type="checkbox"/>
Dauermedikation	<input type="checkbox"/>	Oligohydramnion	<input type="checkbox"/>
Akute oder chronische Infektionen in der Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	Besondere psychische Belastungen	<input type="checkbox"/>
Antikörper-Suchtest positiv	<input type="checkbox"/>	Besondere soziale Belastungen	<input type="checkbox"/>
GBS-Status <u>B-Streptokokken-Status</u> der Mutter positiv	<input type="checkbox"/>	Abusus	<input type="checkbox"/>

Position Patientenvertretung:

Schwangerschaftsanamnese aus dem Mutterpass übertragen:

Befund	Zutreffendes bitte ankreuzen	Befund	Zutreffendes bitte ankreuzen
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/>
Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/>	(Poly-)Hydramnion	<input type="checkbox"/>
Dauermedikation	<input type="checkbox"/>	Oligohydramnion	<input type="checkbox"/>
Akute oder chronische Infektionen in der Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	Besondere psychische Belastungen	<input type="checkbox"/>
Antikörper-Suchtest positiv	<input type="checkbox"/>	Besondere soziale Belastungen	<input type="checkbox"/>
GBS-Status <u>B-Streptokokken-Status</u> der Mutter positiv	<input type="checkbox"/>	Abusus	<input type="checkbox"/>

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Vorschlag: statt „GBS-Status...“ soll „B-Streptokokken-Status...“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen und „GBS-Status“ durch „B-Streptokokken-Status“ ersetzt.</p>
<p>DGGG</p> <p><u>Überschrift</u></p> <p>„Ergänzung: U1</p> <p>Generell: die Seite sollte so gestaltet werden, dass die heute üblichen Aufkleber der Geburten-Dokumentationsprogramme eingeklebt werden</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen.</p> <p>Die Umsetzung des Vorschlags wird</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

<p>können.“</p> <p><u>Anamnese WICHTIG</u></p> <p>„CAVE: Es muss juristisch und aus Sicht der Patientenvertreter noch geklärt werden, inwieweit anamnestiche Daten aus der Schwangerschaft in das U-Heft eingetragen werden dürfen. Der Geburtshelfer/die Hebamme, die im Rahmen der Erstuntersuchung die Anamnese in das U-Heft eintragen, sind zumindest dem Kinderarzt und auch dem Kind gegenüber entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet. Auf der anderen Seite dient die Weitergabe der Information dem Wohlergehen des Kindes. Eventuelle Lösung:</p> <p>Zusätzliche Zeile in der durch den Eintragenden bestätigt wird, dass die Mutter Ihre explizite Erlaubnis gegeben hat, dass anamnestiche Daten der Schwangerschaft im U-Heft aufgeführt werden dürfen.“</p> <p><u>erste Tabelle</u></p> <p>„- Kästchen für Ja und Nein erscheinen sinnvoller, so muss bei jeder Frage etwas angekreuzt werden. Es wird schneller offensichtlich, ob eine Frage nicht gestellt wurde oder mit Nein beantwortet wurde.</p> <p>- Akute/Chronische Infektion in der Schwangerschaft: Der Doppelpunkt suggeriert, dass hier die Art der Infektion aufgeführt werden muss. Auch wenn es für die Betreuung des Kindes wichtig ist wird hier ggf. die Schweigepflicht / Patientenrecht der Mutter verletzt (Siehe Kommentar oben „Cave“)</p> <p>- Gleiches gilt für besondere psychische Belastung, soziale Belastung, Abusus“</p>	<p>angestrebt.</p> <p><u>Position GKV-SV/KBV/DKG/KZBV:</u></p> <p>Die Eintragung der Daten kann nur mit dem Einverständnis der Mutter erfolgen.</p> <p>Die <u>Patientenvertretung</u> teilt die datenschutzrechtlichen Bedenken.</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird umgesetzt.</p> <p>Die <u>Patientenvertretung</u> begrüßt die Stellungnahme und schlägt vor, die Ankreuzfelder „Besondere Psychische Belastung“, „Besondere soziale Belastung“ und „Abusus“ zu streichen.</p> <p>Der <u>GKV-SV/KBV/DKG/KZBV</u> nehmen die Stellungnahme zur Kenntnis. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>
--	---

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Daten und Befunde aus dem Mutterpass, die die Mutter betreffen und nur indirekt das Kind, bedürfen eines besonderen Schutzes. Die Ärztin oder der Arzt kann mit Einverständnis der Mutter den Mutterpass einsehen. Ein Übertrag von Daten sollte nur dann erlaubt sein, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Gesundheit des Kindes durch den Eintrag in das Untersuchungsheft für Kinder (es handelt sich jeweils nur um Begriffe ohne Testergebnisse und Therapieerfolg) verbessert werden kann.</p> <p>Die Patienteninformation zum Test auf Schwangerschaftsdiabetes (Anlage zu den Mutterschaftsrichtlinien [4]) weist darauf hin, dass die Folgen eines Gestationsdiabetes ein durchschnittlich „etwas schwereres Kind“, Geburtsrisiken und Präeklampsie der Mutter sein können. Kindliche Risiken werden nicht beschrieben. Es kann für die Eltern also unverständlich sein, warum ein Befund zu „Diabetes mellitus“ und „Gestationsdiabetes“ aus dem Mutterpass übernommen werden soll. Der alleinige Befund ohne Informationen zu Therapie und deren Erfolg ist keine hinreichende Aussage zur potentiellen Schädigung des Kindes. Kindliche Risiken liegen durchaus vor, wenn ein mütterlicher Diabetes schlecht eingestellt oder wenn dieser nicht bekannt ist. Die DGHWi empfiehlt, die Befunde „Diabetes mellitus“ und „Gestationsdiabetes“ nicht in das Gelbe Heft zu übernehmen.</p> <p>Die Untersuchung auf B-Streptokokken, bzw. das GBS-Screening sind laut Mutterschafts-Richtlinien keine Routineleistung. Es würden Befunde übernommen, die Mütter als individuelle Gesundheitsleistung selbst bezahlt haben. Mütter mit positivem GBS-Status erhalten unter der Geburt ein Antibiotikum, um das Neugeborene vor Early-Onset-Sepsis zu schützen. Die alleinige Befundübermittlung bringt keinen Vorteil für die Beurteilung der kindlichen Gesundheit des Kindes, weil Kinder von Müttern mit nicht untersuchtem, aber dennoch positivem GBS-Status ebenfalls gefährdet sind, eine Early-Onset-Sepsis zu erleiden. Zudem erfolgt der Ausbruch dieser Sepsisform bis maximal zum etwa 7. Lebenstag, meist innerhalb der ersten 24 Lebensstunden des Kindes. Die</p>	<p>Siehe Würdigung der DGGG oberhalb dieser Tabelle.</p> <p>Siehe Vermerk der Patientenvertretung in der Würdigung der Stellungnahme der DGGG.</p> <p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Siehe Würdigung der DGKJ oberhalb dieser Tabelle und die entsprechende Umsetzung.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

<p>Befundeintragung wäre nach der U2 bedeutungslos. Die DGHWi empfiehlt, den Befund „GBS-Status positiv“ nicht in das Gelbe Heft zu übernehmen.</p> <p>Die Befunde „Besondere psychische Belastungen“ und „Besondere soziale Belastungen“ sind in den Mutterschaftsrichtlinien inhaltlich nicht näher bezeichnet. Auch der Befund „Abusus“ ist nicht mit einer Definition hinterlegt. Die DGHWi begrüßt es, dass Eltern nach besonderen Belastungen und Abhängigkeiten gefragt werden. Fragen dazu sollten allen Eltern gestellt werden. Aufgrund einer möglichen Stigmatisierung und unklarem Nutzen für das Kind sollten die Befunde nicht in das Gelbe Heft übertragen werden.</p> <p>„(Poly-)Hydramnion“ und „Oligohydramnion“ sind für Eltern schwer verständlich. Unter Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern sollte geklärt werden, ob diese Einträge aus dem Mutterpass weiterhin als Befundnummern codiert übernommen werden.</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
---	--

Geburtsanamnese:

Geburtsdatum Uhrzeit:

vollendete SSW (**Angabe in** Wochen+Tage)

Geschlecht m w unbestimmt

Geburtsmodus spontan Sectio vaginale Operation: Vakuum F ps

Kindslage Schädellage Beckenendlage lage

pH-Wert (Nabelarterie) Base excess

sonstige soweit vorhandene Befunde einer pränatalen Diagnostik:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„Manualhilfe“ statt „vaginaler Operation“ – oder welche vag. OP gibt es noch außer Vakuum+Forceps?</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Nach der Angabe „vaginale Operation“ wird ein „.“ gesetzt und das Kästchen gestrichen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

<p>„Kindslage: Wenn Schädel-, Beckenend- und Querlage abgefragt werden, dann müsste die Fußlage hier ergänzt werden.</p> <p>„regen Streichung „sonstiges“ an: sonstige soweit vorhandene Befunde einer pränatalen Diagnostik</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Es wird ein Freitextfeld und ein Kasten neu eingefügt.</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „sonstiges“ wird gestrichen.</p>
<p>DGGG</p> <p><u>Geburtsanamnese SSW</u></p> <p>„- Streiche „vaginale Operation“ und dazugehöriges Kästchen. Der Begriff beinhaltet Vakuum und Forceps.</p> <p>- Änderung der Reihenfolge:</p> <p>Spontangeburt, Vakuum, Forceps, Sektio (vag. OP streichen)</p> <p>- In der Zeile sollte der auch für die kindliche Nachbetreuung wichtige Hinweis „Schulterdystokie“ noch aufgeführt werden.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe Würdigung der DGKJ oberhalb dieser Tabelle und die entsprechende Umsetzung.</p> <p>Der Hinweis wird zur Kenntnis genommen. Dieser ist mit der Angabe „Traumata“ abgebildet (siehe „Körperliche Untersuchung“).</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Bei der Angabe der Schwangerschaftswoche in Wochen und Tagen auf Seite 6 des Beschlussentwurfs ist das Attribut „vollendete“ überflüssig, oder auch falsch.</p> <p>Bei dem Geburtsmodus ist zu unterscheiden zwischen „spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke und Zange“. Saugglocke und Zange entsprechen einer vaginal operativen Geburt.</p> <p>Bei der Geburtsanamnese fehlen Geburtsjahr der Mutter und Anzahl der Geburten (einschließlich der jetzigen). Die DGHWi empfiehlt, diese Angaben mit Eingabefeld aufzunehmen, damit sie im Freitext zur Familienanamnese nicht vergessen werden.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Die Wörter „vollendete“ und „Angaben in“ werden gestrichen. Ein „+“ wird eingefügt.</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe Würdigung der DGKJ oberhalb dieser Tabelle und die entsprechende Umsetzung.</p> <p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Patientenvertretung unter Vorbehalt.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

Familienanamnese: (u.a. behandlungbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangenem Kind)

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Vorschlag: „ Familienanamnese: (u.a. behandlungbedürftige Hyperbilirubinämie oder weitere schwere Erkrankungen bei einem vorausgegangenem Kind im Neugeborenenalter)“	Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsnahmeverfahrens. Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen. Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.

Körperliche Untersuchung:

Apgar-Wert 5'/10'

Körpergewicht Körperlänge m

Reifezeichen: _____

Fehlbildungen: _____

Traumata: _____

Gelbsucht

Ödeme

Sonstiges

Vitamin K Prophylaxe gegeben: ja nein osis: 2mg oral weichend sis: _____

Stempel	Unterschrift
----------------	---------------------

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Stempelfeld in DIN A5 zu klein	Dieser Hinweis wird im Layout des Gelben Heftes Berücksichtigung finden.
DGGG <u>Körperliche Untersuchung, 2. Reihe</u>	Die hier vorgetragenen Änderungen

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Neugeborenen-Erstuntersuchung

<p>„Ergänze „Kopfumfang“, da für zahlreiche Erkrankungen (IUGR, FASD, CMV) mit Nachsorgebedarf relevant zudem als Ausgangswert für die weiteren U-Untersuchungen wichtig“</p> <p><u>Sonstiges</u></p> <p>"Besser:</p> <p>Vitamin K-Prophylaxe erfolgt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Dosis mg oral <input type="checkbox"/></p> <p>abweichende Dosis mg, weil</p> <p>Zusätzlich:</p> <p>Credé'sche Prophylaxe gegeben <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil“</p> <p><u>Reifezeichen</u></p> <p>„Es gibt zahlreiche Reifezeichen nach unterschiedlichen Scores. Die Pädiater sollten festlegen, welcher Score am validesten ist und entsprechend vorgeben (ähnlich wie APGAR-Score)“</p>	<p>sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Ein Score wird nicht verbindlich vorgegeben und kann von der Ärztin oder dem Arzt gewählt werden.</p>
---	---

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenencreening

Untersuchung erfolgt am:	Datum:	Auffällig/Unauffällig
2. Laboruntersuchung erforderlich: ja/nein	Durchgeführt am:	Auffällig/Unauffällig
Kontrolluntersuchung bei auffälligem Befund durchgeführt am:	Datum:	
Screeninglabor und Patientennummer:		
Eltern wünschen keine Untersuchung:	Stempel und Unterschrift	

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Vorschlag für Feld „Stempel und Unterschrift“: „Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes und beider Eltern“</p> <p><i>Anm. GF: gilt für alle Boxen der Speziellen Früherkennungsuntersuchungen (siehe I, II, IV)</i></p>	
<p>DGGG</p> <p>Spez. _____ Früherkennungsu. _____ I. _____ Erw. <u>Neugeborenencreening</u></p> <p>„- Hier sollten die entsp. der RL durchzuführenden Untersuchungen im Sinne einer Checkliste aufgeführt werden. Dahinter zum Ankreuzen</p> <p>Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung veranlasst für/bei:</p> <p>- Screeninglabor und Patientennummer.</p> <p>Welche Patientennummer ? Die der Klinik oder die des Screeninglabors.</p> <p>Feld für das Datum der Blutabnahme ergänzen Feld für Aufkleber und Ergebnis des Labors vorsehen</p> <p>- Ergänzen:wünschen keine Untersuchung, <u>weil.....</u> und für den Fall, dass keine Untersuchung gewünscht wird:</p> <p>Eingeleitete Maßnahmen: ergänzen.</p> <p>- Ein Feld „Besonderheiten“ sollte ergänzt werden“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Hinweise zum Layout werden entsprechend umgesetzt.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Die Tabelle zum „Erweiterten Neugeborenenenscreening“ erscheint unklar bezüglich „Untersuchung erfolgt am“ und „Datum“. Welches (andere) „Datum“ ist an dieser Stelle einzutragen? Unklar ist auch, wie dokumentiert werden kann, dass Eltern ein vorzeitiges Screening bei ambulanter Geburt in der Klinik ablehnen, dies in der dafür vorgesehenen Zeit dann aber ambulant durchführen lassen.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Hinweise zum Layout werden entsprechend umgesetzt.</p>
--	---

II. Screening auf Mukoviszidose

Untersuchung erfolgt am:	Datum:	Positiv/negativ
Abklärung veranlasst: Ja/nein	Datum:	
Screeninglabor und Patientennummer:		
Eltern wünschen keine Untersuchung:	Stempel und Unterschrift	

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGGG</p> <p><u>Spez. Früherkennungsu. 2. Screening auf Mukoviszidose</u></p> <p>„Das Screening auf Mukoviszidose erfolgt heute im Rahmen des erweiterten Neugeborenenenscreenings. Der Block kann mE vollkommen gestrichen werden, um Doppeldokumentation zu vermeiden. Ggf. Rücksprache mit den Pädiatern und Screeninglaboren, ob dies immer so ist.</p> <p>Ersetze: „Abklärung veranlasst“ durch „Weiterführende Untersuchung veranlass für den / bei:“</p> <p><u>Unterhalb oder statt Screening auf Mukoviszidose</u></p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Das Screening auf Mukoviszidose muss gesondert aufgeklärt und dokumentiert werden.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

<p>„Es sollte die Dokumentation des Screening auf angeborene Herzfehler einfügt werden. Diese Erweiterung des Neugeborenen Screenings wird aktuell vom GBA behandelt und wird mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Somit ergänzen:</p> <p>Screening auf Angeborene Herzfehler:</p> <p>Datum, O2-Sättigung obere Körperhälfte: %, O2-Sättigung untere Körperhälfte:% , Hinweis auf möglichen Herzfehler Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Weiterführende Untersuchung veranlasst für den / bei:; Unterschrift/Stempel“</p>	<p>Die Regelungen zur Dokumentation erfolgen bei der Beschlussfassung zum Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen.</p>
---	---

IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen ~~Neugeborenen-Hörscreening~~

<p>Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR, in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen</p> <p>durchgeführt am:</p>			<p>Stempel und Unterschrift</p>
<p>TEOAE</p>	<p>Beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/></p>	<p>Auffällig re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/></p>	
<p>AABR</p>	<p>Beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/></p>	<p>Auffällig re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/></p>	
<p>Kontroll-AABR bei auffälligem Erstbefund, in der Regel bis U2</p> <p>durchgeführt am:</p>			<p>Stempel und Unterschrift</p>
<p>AABR</p>	<p>Beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/></p>	<p>Auffällig re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pädaudiologische Diagnostik bei auffälliger Kontroll-AABR</p> <p>Veranlasst am:</p>			<p>Stempel und Unterschrift</p>
<p>Ergebnisse der pädaudiologischen Diagnostik, in der Regel bis zur 12. Lebenswoche</p> <p>durchgeführt am:</p>			<p>Stempel und Unterschrift</p>
<p>rechts</p>	<p>unauffällig <input type="checkbox"/></p>	<p>auffällig <input type="checkbox"/></p>	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

links	unauffällig <input type="checkbox"/>	auffällig <input type="checkbox"/>	
Untersuchungsergebnisse und ggf. erforderliche Therapie mit den Eltern oder Personensorgeberechtigten besprochen am:			Stempel und Unterschrift
Eltern wünschen keine Untersuchung:			Stempel und Unterschrift

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGGG</p> <p><u>Screening auf Hörstörungen beim Neugeborenen, Pädaudiologische Diagnostik bei auffälliger Kontroll-AABR</u></p> <p>„Ersetze: „Veranlasst am:“ durch Veranlasst für den / bei:</p> <p>Terminvereinbarung möglich unter (Telefonnummer der kooperierenden Pädaudiologie/HNO):</p> <p>Aufklärung über Befund ist erfolgt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil:</p> <p>.... wünschen keine Untersuchung, weil</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anstelle des Begriffs „Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen“, der eine mögliche „Störung“ beim Kind suggeriert, favorisiert die DGHWi den neutralen Begriff „Neugeborenen-Hörscreening“. Der Satzteil „in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen“ soll gestrichen werden, um der Situation außerklinisch geborener Kinder gerecht zu werden. Entsprechend soll auch der Satzteil „in der Regel bis U2“ bei der „Kontroll-AABR bei auffälligem Erstbefund“ entfallen.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Vorschlag wird umgesetzt und die Angabe „Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen“ in „Neugeborenen-Hörscreening“ geändert.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung am 3. bis 10. Lebenstag

Ihr Baby ist jetzt einige Tage alt. Wenn Sie ~~noch~~ in der Klinik sind, wird die zweite Untersuchung, die U2, dort stattfinden. Wenn Sie ~~bereits~~ zu Hause sind, vereinbaren Sie so früh wie möglich einen Untersuchungstermin bei der Ärztin oder dem Arzt, die oder der Ihr Baby betreuen soll. Die U2 ~~sollte~~ drei bis spätestens zehn Tage nach der Geburt stattfinden. Falls die Tests auf angeborene Stoffwechselstörungen und/oder Mukoviszidose sowie der Neugeborenen-Hörtest noch nicht durchgeführt wurden, sollten sie umgehend erfolgen, da es für einige Erkrankungen wichtig ist, dass die Diagnose schnell gestellt wird.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Frauen gebären in Kliniken, aber auch außerklinisch in Geburtshäusern oder zu Hause. Dies ist bei der Erläuterung der U2 sprachlich nicht berücksichtigt. Es wird unterstellt, dass sich die Mütter „noch in der Klinik“ befinden oder „bereits zu Hause“ sind (Seite 10). Die DGHWi empfiehlt, die Elterninformation zur U2 entsprechend anzupassen.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Wörter „noch“ und „bereits“ werden gestrichen.
DGGG U2 Elterninformation Absatz 1, Zeile 4 „Ersetze: „Die U2 sollte ...“ durch „Die U2 soll ...““	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „sollte“ wird durch „soll“ ersetzt.

Durch eine eingehende körperliche Untersuchung Ihres Babys sollen bei der U2 angeborene Erkrankungen und Fehlbildungen (z. B. Fehlbildungen des Herzens) erkannt und lebensbedrohliche Komplikationen vermieden werden. Hierzu gehört auch das Erkennen einer behandlungsbedürftigen Gelbsucht.

Bei dieser und bei allen weiteren Untersuchungen wird Ihr Baby gemessen und gewogen. Es wird besonders geachtet auf:

- die Haut
- die Sinnesorgane
- die Brust- und Bauchorgane
- die Geschlechtsorgane
- den Kopf (Mund, Nase, Augen, Ohren)
- das Skelettsystem mit Muskeln und Nerven.

Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen, was für die gesunde Entwicklung Ihres Babys wichtig ist. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Bei dieser Untersuchung ~~erhält Ihr Baby gibt die Ärztin oder der Arzt~~ nochmals Vitamin K, um Blutungen vorzubeugen. Außerdem ~~werden Sie berät die Ärztin oder der Arzt Sie~~ über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid beraten, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist. Gegebenenfalls werden diese Ihrem Baby

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2 Elterninformation

verschrieben. Außerdem werden Sie zu den Themen Stillen und Ernährung beraten sowie über Maßnahmen, die das Risiko eines plötzlichen Kindstodes vermindern.

Tipp: Ihnen ist ~~in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres bei Ihrem Babys~~ etwas aufgefallen, das Sie ungewöhnlich finden? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen möchten.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Vorschlag für Absätze 5 und 6: „Bei dieser Untersuchung gibt die MFA, die Krankenpflegerin/ der Krankenpfleger oder die Ärztin/der Arzt nochmals Vitamin K, um Blutungen vorzubeugen. Außerdem werden Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid beraten, das für die Zahnhärtung wichtig ist. Gegebenenfalls werden Ihnen dazu Tabletten mitgegeben oder Ihrem Baby verschrieben. Außerdem werden Sie zu den Themen Stillen und Ernährung beraten sowie über Maßnahmen, die das Risiko eines plötzlichen Kindstodes vermindern.“</p> <p>Tipp: Ihnen ist in dem Verhalten Ihres Babys etwas aufgefallen, das Sie ungewöhnlich finden? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen möchten. Lassen Sie Ihren Impfpass und die Impfpässe aller Verwandten überprüfen, die das Kind besuchen, damit Sie und die Verwandtschaft keine für das Baby gefährlichen Infektionskrankheiten wie Keuchhusten mitbringen können!“</p> <p>Begründung für Streichung „Entwicklung“ im 6. Absatz: Da bis zum 3. Lebenstag noch nicht so viel „Entwicklung“ zu beobachten ist, plädieren wir hier für Streichung.</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Sätze „Bei dieser Untersuchung gibt die Ärztin oder der Arzt nochmals Vitamin K, um Blutungen vorzubeugen. Außerdem berät die Ärztin oder der Arzt Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist.“ werden wie folgt geändert: „Bei dieser Untersuchung erhält Ihr Baby nochmals Vitamin K, um Blutungen vorzubeugen. Außerdem werden Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid beraten, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist.“</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Satz „Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten ihres Babys etwas aufgefallen, das Sie ungewöhnlich finden?“ ersetzt durch „Ihnen ist bei Ihrem Babys etwas aufgefallen, das Sie ungewöhnlich finden?“.</p>
<p>DGGG</p> <p><u>U2 Elterninformation Absatz 5, Zeile 1</u> Vitamin K wird durch die Pflege gegeben, daher</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Vorschlag wird umgesetzt.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2 Elterninformation

<p>allgemeiner halten (Arzt/Ärztin raus nehmen)</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Der Satz: „Außerdem berät die Ärztin oder der Arzt Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist“, könnte als hierarchisch-autoritärwertend verstanden werden (Seite 10). Besser erscheint die Formulierung auf Seite 14 des Untersuchungsheftes: „Zur Vorbeugung gegen die Knochenerkrankung Rachitis werden für das Kind Vitamin D sowie Fluorid für die spätere Zahnhärtung empfohlen.“</p> <p>Da nicht alle Kinder in der Klinik geboren werden, empfiehlt die DGHWi zu Beginn der Elterninformation den Wortlaut: „Ihr Kind ist jetzt einige Tage alt. Sind Sie nach der Geburt in einer Klinik noch stationär aufgenommen, wird die zweite Untersuchung, die U2, dort stattfinden. Haben Sie die Klinik schon verlassen oder haben Sie Ihr Kind in einem Geburtshaus oder zu Hause geboren, vereinbaren Sie so früh wie möglich einen Untersuchungstermin bei der Ärztin oder dem Arzt,...“.</p> <p>Für die Eltern, die sich gegen die Vitamin-K-Prophylaxe entschieden haben, empfehlen wir den Zusatz „...um Blutungen vorzubeugen, falls Sie sich nicht gegen diese Maßnahme entschieden hatten“. Ob Fluorid in Form von Tabletten „für die spätere Zahnhärtung wichtig“ ist, ist mittlerweile umstritten. Auch deswegen sollte eine neutrale Formulierung gewählt werden [5]. Das Kind wird auch durch das Stillen „ernährt“, daher wäre besser die Formulierung: „Außerdem werden Sie zum Thema Stillen und zu weiteren Ernährungsfragen beraten.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Vorschlag wird umgesetzt.</p> <p>Der Satz „Außerdem berät die Ärztin oder der Arzt Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist“ wird ersetzt durch den Satz „Außerdem werden Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenerkrankung Rachitis und über Fluorid beraten, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist“.</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: Erhebung und Dokumentation in der U1 (siehe Seite X) prüfen und ggf. nachtragen.

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen
- Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
- Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
- Auffälliges Schreien
- Risikofaktoren für Hüftdysplasie

Familienanamnese:

- Augenerkrankungen (z. B. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte
- Hüftdysplasie

Sozialanamnese (unter Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese):

- ~~Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese.~~

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Aktuelle Anamnese des Kindes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen) „Die Stuhlfarbe ist bei der U2 irrelevant. Sie kann von blutig rot (wenn bei der Geburt viel Blut gespuckt wurde) über schwarz (Melaena spuria) bis normal sein und ist nicht diagnostisch wegweisend.“ <input type="checkbox"/> Risikofaktoren für Hüftdysplasie „(Dysplasie in der Herkunftsfamilie, Fehlbildungen, Fußfehlstellungen – bitte hier benennen!)“ <p>Familienanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie „(kann hier dann entfallen)“ <p>Sozialanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese. „Die Sozialanamnese ist etwas Anderes als die Schwangerschafts- und Geburtsanamnese. Wann ist dieses Feld anzukreuzen, wenn die Anamnese berücksichtigt wurde oder wenn sie nicht berücksichtigt wurde? Dies muss umformuliert werden.“ 	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Vorschlag wird umgesetzt. Hinter der Angabe Sozialanamnese wird die Angabe „(unter Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese“ ergänzt.</p>
<p>DGGG</p> <p><u>Aktuelle Anamnese des Kindes</u></p> <p>„Generell: die im aktuellen Gelben Heft aufgeführten Parameter sollten in der vorliegenden Form erhalten bleiben Stuhlfarbe: Welche Farbtafel verwenden. Es gibt unterschiedliche.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2

<p>Deutsche Hebammenwissenschaftliche Gesellschaft für</p> <p>„Es wird empfohlen, auch bei „Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)“ das Wort „auffällige“ voranzustellen wie auch bei „auffälliges Schreien“.“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
--	--

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> Hydratationszustand 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Moro-Reaktion <input type="checkbox"/> Galant-Reflex <input type="checkbox"/> Schreitautomatismus <input type="checkbox"/> Klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz (< 50/min) <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephalhämatom <input type="checkbox"/> Fontanellentonus <input type="checkbox"/> Crepitatio capitis
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Nabelveränderungen <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößen auffälligkeiten, Kolobom) <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Prüfung im durchfallenden Licht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien
<p><u>Ohren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie) 	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <p><input type="checkbox"/> Atemfrequenz (< 50/min) „auffällig wäre aber >50/min! Ankreuzen missverständlich!“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Vorschlag wird aufgegriffen und die Angabe „(< 50/min)“ wird gestrichen.</p>
<p>DGGG</p> <p><u>Untersuchung, Haut</u></p> <p>„Sacralgrübchen, Offener Rücken, Hautanhängsel“</p> <p><u>Untersuchung, Mund, Kiefer, Nase</u></p> <p>„Ersetzte: „Kiefer-Gaumenanomalie“ durch „Lippen-Kiefer-Gaumenanomalie““</p> <p><u>Untersuchung, Herz</u></p> <p>„Screening auf angeborene Herzfehler bereits erfolgt (siehe Seite XX)“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Die Dokumentation wird nach der Beschlussfassung zum Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen entsprechend angepasst.</p>

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

[Beratung vor allem zu folgenden Themen:](#)

[Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!](#)

- [Stillen/Ernährung](#)
- [Plötzlicher Kindstod](#)
- [Vitamin K Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen](#)
- [Information zu Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid](#)
- [Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten \(z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen\)](#)

Bemerkung:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plötzlicher Kindstod „Hier wäre noch das Schütteltrauma zu ergänzen.“ <input type="checkbox"/> Vitamin K Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen „Bei Vit.K+D+Fluorid ist das Ankreuzen sinnlos, denn das muss bei allen geprüft bzw. beraten werden! „ <p><i>Anm. GF: gilt für alle Untersuchungen, wo diese Themen beraten werden</i></p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Aus Sicht der Bundesärztekammer dient die Dokumentation der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung primär den Erziehungsberechtigten des Kindes zur Information über den Entwicklungsstand ihres Kindes, aber auch der Erinnerung des Arztes/der Ärztin über bereits durchgeführte Beratungen sowie der Kommunikation zwischen Ärzten. Insofern sollten beide von den im G-BA vertretenen Bänken vorgeschlagenen Varianten miteinander kombiniert werden: Die Themen mit besonderem Beratungsbedarf werden vom Arzt/von der Ärztin in der hierfür vorgesehenen Liste angekreuzt und bei Bedarf in einem ergänzenden Freifeld für die Erziehungsberechtigten näher erläutert. Damit wäre sowohl die Arzt-zu-Arzt-Kommunikation erleichtert als auch für die Erziehungsberechtigten eine Erinnerungsstütze zu den Inhalten der Beratung geschaffen.“</p> <p><i>Anm. GF: gilt für alle weiteren U-Untersuchungen</i></p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Vorschlag wird für alle Untersuchungen umgesetzt.</p> <p><u>Position: Patientenvertretung:</u></p> <p>Entsprechend kann die Dokumentation „Verweis zum Zahnarzt“ im Ergebnisteil ab der U5 bis einschließlich zur U9 entfallen, da der erweiterte Beratungsbedarf bereits bei der Dokumentation der Beratung angekreuzt wird.</p>
<p>DGKJ</p> <p>„...An einigen Stellen finden sich noch alternative Positionen, v.a. bei der Beratung. Hier plädieren wir für Realisierung der Position der KBV.“</p>	
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Hier schließt sich die DGHWi der Position des GKV-SV/der DKG und der Patientenvertretung an. Zur Vitamin-K-Prophylaxe empfehlen wir die Formulierung „Vitamin K Prophylaxe prüfen und gegebenenfalls durchführen“, um auch die Eltern einzubinden, die sich eventuell gegen diese</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
U2

Maßnahme entschieden haben.“	
------------------------------	--

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U2

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	
Körperlänge in cm	
Kopfumfang in cm	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Erweitertes Neugeborenen-Screening	
Screening auf Mukoviszidose	
Neugeborenen-Hörscreening	
Screening auf Hüftgelenkdysplasie und –luxation (nur bei Risikofaktoren)	
Vitamin K Prophylaxe gegeben: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dosis: 2mg oral <input type="checkbox"/>	
abweichende <input type="checkbox"/> Dosis: _____	
Bemerkungen:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Box „Unterschrift und Datum“: „Datum besser ins Stempelfeld, sonst durch Unterschrift häufig nicht mehr leserlich!“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird beim Layout des Gelben Heftes umgesetzt.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
U2

<p><i>Anm. GF: Gilt für alle Untersuchungen.</i></p>	
<p>DGGG</p> <p><u>U2 Ergebnisse, Prüfung, Aufklärung ggf. Veranlassung der Durchführung</u> „Ergänzen: Screening auf angeborene Herzfehler“</p> <p><u>U2 Ergebnisse, Prüfung, Aufklärung ggf. Veranlassung der Durchführung</u> „Vitamin K Prophylaxe: Aufführen wie unter Punkt 19 (U1) dieser Liste angeben</p> <p>Zusätzlich: Rezept für Vitamin D und Fluorid mitgegeben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil</p> <p>Empfohlene Dosierung / ab: Vitamin D: / Fluorid: /</p> <p>Zusätzlich: Entlassungsgespräch geführt: </p> <p>Zusätzlich: Feld „Bemerkungen“</p>	<p>Die Dokumentation wird bei der Beschlussfassung zum Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen entsprechend angepasst.</p> <p>Siehe Würdigung zur U1.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche

Ihr Baby ist jetzt etwa einen Monat alt. Die meisten Babys können von der dritten Woche an den Kopf zu Geräuschquellen hinwenden ~~und in der Nähe scharf sehen~~. Sie schauen lieber farbige als graue Flächen an und haben einen ausgeprägten Saug- und Greifreflex.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „...in der Nähe unscharf sehen.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Angabe „und in der Nähe scharf sehen“ wird gestrichen.

Ein wichtiges Ziel der U3 und aller weiteren Untersuchungen ist es, Entwicklungsauffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen. Bei der U3 achtet die Ärztin oder der Arzt beispielsweise darauf, ob Ihr Baby schon in Bauchlage den Kopf halten kann, die Hände spontan öffnet oder aufmerksam in nahe Gesichter schaut.

Neben ~~einer der~~ gründlichen körperlichen Untersuchung, ~~wie zur U2 beschrieben,~~ werden zusätzlich mit Ultraschall die Hüftgelenke Ihres Babys überprüft, um eventuelle Fehlstellungen rechtzeitig behandeln zu können. Die Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke sollten Sie ~~unbedingt~~ nutzen, da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können. Wie bei der U1 und U2 wird die Ärztin oder der Arzt nochmals darauf achten, ob Ihr Baby eine behandlungsbedürftige Gelbsucht hat, die zum Beispiel ein Hinweis auf einen Verschluss der Gallengänge sein kann.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Neben einer gründlichen körperlichen Untersuchung, wie zur U2 beschrieben... “	Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wird aufgegriffen. Der Satz „Neben der gründlichen körperlichen Untersuchung, wie zur U2 beschrieben, werden zusätzlich mit Ultraschall die Hüftgelenke Ihres Babys überprüft, um eventuelle Fehlstellungen rechtzeitig behandeln zu können.“ wird ersetzt durch „Neben einer gründlichen körperlichen Untersuchung werden zusätzlich mit Ultraschall die Hüftgelenke Ihres Babys überprüft, um eventuelle Fehlstellungen rechtzeitig behandeln zu können.“
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Eine die Eltern wertschätzende Sprache sollte eingehalten werden. Auch gegenüber Eltern, die sich gegen eine Empfehlung entscheiden oder bei einer Empfehlung eventuell nur von dem dafür vorgesehenen Untersuchungszeitraum abweichen.	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „unbedingt“ wird gestrichen.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3 Elterninformation

<p>... Ähnlich erscheint der Satz: „Die Ultraschall-Untersuchung der Hüftgelenke sollten Sie unbedingt nutzen, da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können“</p> <p>„Der Ultraschall der Hüfte ist mit dem Satzteil „um eventuelle Fehlstellungen rechtzeitig behandeln zu können“ ausreichend begründet. Es wird empfohlen, den Nebensatz des nächsten Satzes (fett gedruckt) „da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können“ zu streichen.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. Die Heraushebung mittels Fettdruck wurde geändert.</p>
---	---

Sie werden gefragt, ob es Auffälligkeiten beim Schlafen, Trinken, bei der Verdauung oder im sonstigen Verhalten Ihres Babys gibt. ~~und ob Ihr Kind die Vitamin K Prophylaxe erhalten hat. Ist letzteres nicht der Fall, kann diese jetzt nachgeholt werden.~~ Zur Vorbeugung gegen die Knochenerkrankung Rachitis wird Vitamin D sowie Fluorid für die spätere Zahnhärtung empfohlen. Sie werden erneut zum Thema Stillen und Ernährung beraten sowie über Maßnahmen, die das Risiko eines plötzlichen Kindstodes mindern. Zudem geht es allgemein um Unfallverhütung und um Gefahren für Ihr Baby durch Abhängigkeit und Sucht in der Familie. Falls die Tests auf angeborene Stoffwechselstörungen und/oder Mukoviszidose sowie der Neugeborenen-Hörtest noch nicht stattgefunden haben, sollten sie umgehend erfolgen, da es für einige Erkrankungen wichtig ist, dass die Diagnose schnell gestellt wird.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„Vitamin K Gabe ist bei U3 Routine, wenn es oral gegeben wird und kein ‚Nachholen‘.“</p> <p>Änderungsvorschlag für den letzten Satz im darüberstehenden Absatz: „...da es für diese Erkrankungen essentiell ist, dass die Diagnose schnell gestellt wird.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Satz „Ist letzteres nicht der Fall, kann diese jetzt nachgeholt werden.“ wird gestrichen.</p> <p>Im Satz „Sie werden gefragt, ob es Auffälligkeiten beim Schlafen, Trinken, bei der Verdauung oder im sonstigen Verhalten Ihres Babys gibt und ob Ihr Kind die Vitamin K Prophylaxe erhalten hat.“ wird die Angabe „und ob Ihr Kind die Vitamin K Prophylaxe erhalten hat.“ gestrichen.</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>Anstelle der Begriffe „Abhängigkeit und Sucht“ empfiehlt die DGHWi folgenden Satz zu verwenden: „Zudem geht es allgemein um Unfallverhütung und um Gefahren für Ihr Kind durch Suchtmittel in der Familie“.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3 Elterninformation

Bei der Untersuchung wird angesprochen, wie Sie sich verhalten können, wenn Ihr Baby schreit. Sie erhalten außerdem eine ausführliche Beratung, welche Impfungen sinnvoll sind. Sofern Sie einverstanden sind, wird Ihr Baby mit ~~6~~⁸ Wochen zum ersten Mal geimpft und Sie erhalten einen Impfpass. Vereinbaren Sie dazu einen Impftermin, da in diesem Alter keine Untersuchung erfolgt.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„Bei der Untersuchung wird angesprochen, wie Sie sich verhalten können, wenn Ihr Baby übermäßig viel schreit. Sie erhalten außerdem eine Beratung, welche Impfungen sinnvoll sind. Sofern Sie einverstanden sind, wird Ihr Baby mit 6 Wochen zum ersten Mal geimpft und Sie erhalten einen Impfpass für Ihr Kind.“</p> <p>Begründung: Die Rotavirus-Impfung soll mit 6 Wochen begonnen werden. – Die anderen Impfungen sind nicht mit 8 Wochen empfohlen, sondern mit 2 Monaten, was nicht identisch ist.</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Angabe „8 Wochen“ wird ersetzt durch „6 Wochen“.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>Beraten wird zum Umgang mit einem Schreikind (s. Seite 17 des Untersuchungsheftes). Entsprechend sollte in der Elterninformation auf ein übermäßiges Schreien des Kindes hingewiesen werden (z. Bsp. ..., wenn Ihr Kind sehr viel schreit.“)</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Tipp: Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas zunächst Ungewöhnliches aufgefallen?

Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese: Erhebung und Dokumentation in der U1 (siehe Seite 5) prüfen und ggf. nachtragen.

Aktuelle Anamnese des Kindes:

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung
- Auffälliges Schreien
- Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)

Familienanamnese:

- Augenerkrankungen (z. B. Kindliche Katarakt, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- Immundefekte

Sozialanamnese:

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Es wird empfohlen, auch bei „Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)“ das Wort „auffällige“ voranzustellen wie auch bei „auffälliges Schreien“ (s.a. U2, Anamnese).“	Siehe Würdigung U2.
DGKJ „die Katarakt ist weiblich“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Angabe „Kindlicher“ wird ersetzt durch die Angabe „Kindliche“.

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten. Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Soziale/emotionale Kompetenz: Statt „Aufmerksames ...“ soll „Kurzes...“ heißen	Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen. Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3

	VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.
--	--

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„Bei der U3 ist das Kind selten ‚offen und zugewandt‘.“</p> <p>Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln</p> <p>„bei U3 noch kaum!“</p> <p>Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.</p> <p>„Bei U3 kann das Baby noch gar keinen spontanen Körperkontakt herstellen. Es macht Massenbewegungen und kann dabei zufällig nahestehende Personen treffen und berühren.“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Handgreifreflex <input type="checkbox"/> Moro-Reaktion <input type="checkbox"/> Saugreflex <input type="checkbox"/> Klinische Frakturzeichen
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<u>Kopf</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dymorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephalhämatom <input type="checkbox"/> Fontanellentonus <input type="checkbox"/> Crepitatio capitis <input type="checkbox"/> lagebedingte Schädelasymmetrie
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> orofacialer Hypotonus
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Nabelveränderungen <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<u>Augen</u> Inspektion: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten(z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom) <input type="checkbox"/> Nystagmus Prüfung im durchfallenden Licht: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien
<u>Ohren</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel) 	

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien „(=Brückner-Test aus der Nähe)“	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3

Beratung

[Beratung vor allem zu folgenden Themen:](#)

[Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!](#)

- [Plötzlicher Kindstod](#)
- [Unfallverhütung](#)
- [Umgang mit Schreibaby](#)
- [Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid](#)
- [Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen](#)
- [Stillen/ Ernährung/ Mundhygiene](#)
- [Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins](#)
- [Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten \(z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen\)](#)

Bemerkung:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Hier schließt sich die DGHWi der Position des GKV-SV/der DKG und der Patientenvertretung an. Zur Vitamin-K-Prophylaxe empfehlen wir die Formulierung „Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und gegebenenfalls durchführen“, um auch die Eltern einzubinden, die sich eventuell gegen diese Maßnahme entschieden haben (s.a. U2, Beratung).“</p>	<p>Siehe Würdigung U2.</p>

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	
Körperlänge in cm	
Kopfumfang in cm	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3

Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Erweitertes Neugeborenen-Screening	
Screening auf Mukoviszidose	
Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation	
Neugeborenen-Hörscreening	
Vitamin K Prophylaxe gegeben: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dosis: 2mg oral <input type="checkbox"/>	
abweichende <input type="checkbox"/> Dosis: _____	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Impftermin am:	
U4 am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3

<u>Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation</u> <u>Hüftsonographie-Screening</u>	
Anamnese:	
Geburt aus Beckenendlage	<input type="checkbox"/> ja
Hüftgelenksluxation bzw. Hüftgelenksdysplasie in Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/> ja
Stellungsanomalie bzw. Fehlbildungen (insb. der Füße)	<input type="checkbox"/> ja
Klinik Klinische Zeichen:	
Abspreizhemmung	ja
Hüftgelenksinstabilität	keine: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links „klicken“: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links subluxierbar: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links luxierbar: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links luxiert: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Hüftsonographie A	
Hüftsonographischer Vorbefund:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Hüfttyp (nach Graf)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Alpha-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Beta-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Hüftsonographie B	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U3

Hüftsonographischer Befund in der 4.-5. Lebenswoche:	
Hüfttyp (nach Graf)	links: <input type="checkbox"/> Ia/Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIc/D <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV rechts: <input type="checkbox"/> Ia/Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIc/D <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV
Alpha-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Beta-Winkel (Grad)	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Weiteres Vorgehen	
Kontrollsonographie	<input type="checkbox"/> ja
Überweisung zur diagnostischen Abklärung	<input type="checkbox"/> ja
Behandlungsempfehlung	<input type="checkbox"/> ja
Datum und Unterschrift:	

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Diese Dokumentation sollte aber verändert werden, da hier noch die Subluxierbarkeit und Luxierbarkeit des Hüftgelenks abgefragt wird, die mit dem Ortolani-Verusch getestet wird. Dieser Test wird aber nicht mehr empfohlen, da er zu Durchblutungsstörungen des Hüftkopfes führen kann!	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „Klinik“ wird ersetzt durch die Wörter „Klinische Zeichen“. Die Angaben „Abspreizhemmung ja“, „Hüftgelenksinstabilität“, „keine“, „klicken“, „subluxierbar“, „luxierbar“, „luxiert“, und jeweils „rechts“, „links“ werden gestrichen. Ein Freitextfeld wird eingefügt. Die inhaltliche Anpassung der Richtlinie zu diesem Sachverhalt wird in einem

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
U3

	späteren umgesetzt. Beschlussverfahren
--	---

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U4 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung ~~vom im 3. bis zum und~~ 4. Lebensmonat

Die meisten Babys werden in diesem Alter immer mobiler und aktiver. Sie beginnen, nach Dingen zu greifen und zu lächeln. Sie reagieren auf ihre Bezugsperson. Außerdem machen sie sich durch bestimmte Laute bemerkbar.

Die Ärztin oder der Arzt achtet vor allem darauf, ob sich Ihr Baby körperlich und geistig altersgerecht entwickelt. Unter anderem wird auch beobachtet, wie sich Ihr Baby bewegt. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob Ihr Baby hören und sehen kann. Außerdem interessiert es Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wie Sie und Ihr Baby miteinander im Kontakt sind. Es wird wieder eine ~~gründliche~~ körperliche Untersuchung, durchgeführt und dabei wird auch kontrolliert, ob die Knochenlücke am Kopf (Fontanelle) ausreichend groß ist, damit der Schädel weiterhin problemlos wachsen kann.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Die Ärztin oder der Arzt achtet vor allem darauf, ob sich Ihr Baby körperlich und geistig „(bei U4?)“ altersgerecht entwickelt. Unter anderem wird auch beobachtet, wie sich Ihr Baby bewegt. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob Ihr Baby hören und sehen kann. Außerdem interessiert es Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wie Sie und Ihr Baby miteinander im Kontakt sind. Es wird wieder eine gründliche körperliche Untersuchung, durchgeführt. und dabei wird auch kontrolliert, ob die Knochenlücke am Kopf (Fontanelle) ausreichend groß ist, damit der Schädel weiterhin problemlos wachsen kann.</p> <p>Begründung für Streichung:</p> <p>Da dies nur ein kleiner Bestandteil der Untersuchung ist, plädieren wir für Streichung dieses Satzteils.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>Der Vorschlag das Wort „gründliche“ zu streichen wird aufgegriffen.</p>

Zur U4 werden Wiederholungsimpfungen angeboten. Spätestens jetzt erfolgen die ersten Impfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Verdauung Ihres Babys, Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes, Unfallverhütung und wie sie reagieren sollten, wenn Ihr Baby viel schreit und nicht schlafen kann. Weitere Themen sind die Förderung der Sprachentwicklung durch häufiges Sprechen und Singen mit dem Baby sowie die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Falls der Neugeborenen-Hörtest noch nicht stattgefunden hat, sollte er umgehend erfolgen.

Tipp: Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen?

Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten. Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
U4 Elterninformation

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U4

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
- Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle (Stuhlfarbe mit Farbtafel erfragen), Obstipation
- Auffälliges Schreien

Sozialanamnese

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine. Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden. Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben.	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden.
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm. Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden. Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“).

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

- Stimmung/Affekt:**

Das Kind erscheint in Anwesenheit durch die primäre Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

- Kontakt/Kommunikation:**

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

- Regulation/Stimulation:**

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U4

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Hämangiome <input type="checkbox"/> Naevi und andere Pigmentanomalien <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Opisthotonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Handgreifreflex <input type="checkbox"/> Fußgreifreflex <input type="checkbox"/> Neugeborenenreflex <u>Neugeborenenreflexe</u> <input type="checkbox"/> Klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Schlüsselbeine 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dymorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Kephalhämatom <input type="checkbox"/> Fontanellentonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms <input type="checkbox"/> Kiefer- Gaumenanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> abnorme Größe der Zunge <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> orofacialer Hypotonus
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied z. B. bei Trübung der brechenden Medien, <u>Strabismus</u>, <u>Anisometropie</u> <p>Prüfung der Blickfolge (mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt, z. B. Lichtquelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neugeborenenreflex <p>„Welcher ist hier gemeint?“</p> <p><u>Augen</u></p> <p>„Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied z. B. bei Trübung der brechenden Medien <input type="checkbox"/> Strabismus 	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „Neugeborenenreflex“ wird ersetzt durch „Neugeborenenreflexe“.</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Dokumentation wird entsprechend angepasst.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U4

Anisometropie

„Fehlender, abgeschwächter oder seitendifferenter Rot-Reflex. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können eine Seitendifferenz feststellen, aber nicht, ob sie durch Anisometropie oder Strabismus hervorgerufen wird! Bei Seitendifferenz zum Augenarzt“

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- Plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA

Bemerkung:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U4

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache) <p>„Eine Beratung über die ‚Laut- und Gebärdensprache‘ dürfte den meisten Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzten schwer fallen...“</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen <p>„Reihenfolge sollte umgekehrt sein: Impfstatut entsprechend der Schutzimpfungs-RL des G-BA überprüfen, ggf. Aufklärung über Impfungen, Vorschlag über Impfungen.“</p> <p><i>Anm. GF: Gilt auch für alle weiteren Untersuchungen, in denen diese Themen beraten werden.</i></p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>Es geht hierbei mehr um Hinweise zur Förderung, auch der Laut- und Gebärdensprache.</p> <p>Die Reihenfolge kann die Ärztin oder der Arzt entscheiden.</p>

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	
Körperlänge in cm	
Kopfumfang in cm	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Neugeborenen-Hörscreening	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
U4

Screening auf Hüftgelenkdysplasie und – luxation	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fehlende Impfung	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Nächster Impftermin am:	
U5 am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung vom im 6. bis zum Und 7. Lebensmonat

Ihr Baby entwickelt sich weiter. Die meisten Babys können ihren Oberkörper auf den gestützten Armen anheben. Sie lachen, wenn sie geneckt werden und sie versuchen vielleicht schon, sich mit mehrsilbigen Lautketten wie „dei-dei-dei“ mitzuteilen. Bei einigen ~~vielen~~ Babys setzt jetzt das „Fremdeln“ ein, Ihr Baby unterscheidet also in seinem Verhalten zwischen bekannten und unbekanntem Personen. Typisch für dieses Alter ist auch, dass Gegenstände in die Hand genommen und in den Mund gesteckt werden.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Änderungsvorschlag: Einfügung unterstrichen</p> <p>„Ihr Baby entwickelt sich weiter. Die meisten Babys können ihren Oberkörper auf den gestützten Armen anheben <u>und können sich ohne Hilfe umdrehen</u>. Sie lachen, wenn sie geneckt werden, und sie versuchen vielleicht schon, sich mit mehrsilbigen Lautketten wie „dei-dei-dei“ mitzuteilen.</p> <p>Bei einigen vielen Babys...“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „vielen“ wird ersetzt durch „einigen“.</p>

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U5 insbesondere darauf, ob es bei Ihrem Baby Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen oder –risiken gibt. Ihr Baby wird körperlich eingehend untersucht. Um Hinweise auf Sehstörungen zu bekommen, werden zur Untersuchung der Augen bestimmte Tests durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt beobachtet, wie beweglich Ihr Baby ist und wie es seinen Körper beherrscht. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Baby.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„...Ihr Baby wird körperlich <u>eingehend</u> untersucht.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „eingehend“ wird gestrichen.</p>

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Verdauung Ihres Babys sowie über Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes. Sehr wichtig ist das Gespräch über Unfallverhütung, ihr Verhalten, wenn das Baby schreit und die Vermeidung von Schlafstörungen. Die Förderung der Sprachentwicklung ist ein weiteres Thema. Weiterhin werden die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und die

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5 Elterninformation

Kariesprophylaxe mittels Fluorid besprochen. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Rat zur kindlichen Mundhygiene.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie ggf. zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. „Die sollten bei U5 schon fertig sein.“</p> <p>Weiterhin werden die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid besprochen. „Läuft doch meist längst und hat sich eingespielt.“</p> <p>Vorschlag für den letzten Satz: „ Wenn Ihr Kind schon Zähne hat, erhalten Sie von der...“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Baby werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühen Hilfen).

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Baby werden Sie ggf. zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen.</p> <p>„Dies ist so selten, dass wir plädieren würden, diesen Satz in der Elterninformation zu streichen.“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

**Tipp: Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Babys etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder Sie sind ~~über etwas~~ verunsichert? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.
Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.**

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Auffälliges Schreien?
- Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)

Sozialanamnese

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme Federn mit den Beinen	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen <input type="checkbox"/> Sprache: Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Soziale/emotionale Kompetenz: Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich „Das Fremdeln ist sicher nicht P90 bei U5!“	Die hier vorgetragene Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsverfahren. Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen. Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> klinische Frakturzeichen
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dymorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Fontanellentonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebenegeräusche 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> Fehlender Mundschluss

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5

<input type="checkbox"/> Femoralispulse <u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien	<u>Augen</u> Inspektion: <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus Brückner-Test: <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie Strabismus Anisometropie Prüfung der Blickfolge (mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt, z. B. Lichtquelle) <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links
---	---

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p><u>Augen</u></p> <p>„Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied z. B. bei Trübung der brechenden Medien <input type="checkbox"/> Strabismus <p>Anisometropie</p> <p>„Fehlender, abgeschwächter oder seitendifferenter Rot-Reflex. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können eine Seitendifferenz feststellen, aber nicht, ob sie durch Anisometropie oder Strabismus hervorgerufen wird! Bei Seitendifferenz zum Augenarzt“</p> <p>„Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links“</p>	<p>Siehe Würdigung U4.</p> <p>Die hier vorgetragene Änderung ist nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5

Beratung

[Beratung vor allem zu folgenden Themen:](#)

[Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!](#)

- [Stillen/Ernährung](#)
- [Plötzlicher Kindstod](#)
- [Unfallverhütung](#)
- [Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid](#)
- [Sucht](#)
- [UV-Schutz](#)
- [Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache \(einschließlich der Laut- und Gebärdensprache\)](#)
- [Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten \(z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen\)](#)
- [Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen](#)
- [Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung](#)
- [Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut](#)

Bemerkung:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <p>„Nur bei Auffälligkeiten, nicht routinemäßig!“</p> <p>„Die Suchtberatung sollte spezifiziert werden: Primär adressiert ist der Alkohol bei den Eltern bzw. Bezugspersonen.“</p> <p><i>Anm. GF: Gilt auch für U6, U9.</i></p> <p>„Eine dritte SIDS-Aufklärung nach der U3 und U4 auch noch bei der U5 erscheint redundant und ist schwer zu vermitteln.“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Das gesonderte Ankreuzen eines Verweises zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung in den jeweiligen Ergebnisteilen der Dokumentationen zur U5-U9 hält die Bundesärztekammer für akzeptabel vor dem Hintergrund der intendierten besonderen Vernetzung zwischen kinder- und zahnärztlichen Untersuchungen.“</p> <p><i>Anm. GF: Gilt auch für U6-U9.</i></p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	
Körperlänge in cm	
Kopfumfang in cm	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Position: Patientenvertretung	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Neugeborenen-Hörscreening	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Nächster Impftermin am:	
U6 am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Terminvereinbarung: U6 am: „Nur selten wird man schon einen Termin in einem halben Jahr vereinbaren!“</p>	<p>Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Feld „Terminvereinbarung“ wird ab der U5 gestrichen.</p>
<p>DGKiZ (gilt für U5 – U9)</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde DGKiZ befürwortet die Bestrebungen des G-BA, vertieft und frühzeitig auf dentale Erkrankungen und Fehlentwicklungen, insbesondere durch eine frühzeitige Kariesdiagnostik einzugehen. In diesem Zusammenhang stellt der in der Kinder-RL geregelte Verweis vom Kinderarzt zum Zahnarzt in den U5-U9 einen wichtigen und konsequenten Ansatz dar. Die DGKiZ spricht sich dafür aus, im Ergebnisteil der Untersuchungsdokumentation U5-U9 das Erfordernis eines Verweises zum Zahnarzt deutlich zu dokumentieren. Hierfür sollte in Analogie zu anderen Ergebnisdarstellungen der Untersuchungen ein Ankreuzfeld zur Verfügung stehen, dass der Verweis vom Kinderarzt zum Zahnarzt erfolgt ist. Nur durch eine deutliche formale Führung aller Beteiligten wird die Umsetzung des Verweisbeschlusses in angemessener Weise ermöglicht, um den gesundheitsfördernden Effekt dieses Verweises maximal zu realisieren. Abgestufte Verweisintensitäten bergen das Risiko der Bagatellisierung früher pathologischer zahnmedizinischer Befunde und damit ein Verharren auf der bisherigen unbefriedigenden Früherkennungspraxis.</p> <p>Ein deutlich erkennbarer Verweis in Form eines Ankreuzfeldes steht zudem in Einklang mit der Intention des im § 26 Abs. 2 Satz 5 SGB V des Präventionsgesetzes enthaltenen Auftrags an den G-BA, schon früher im Kleinkindalter zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung einzuführen und eine verbesserte Verkopplung ärztlicher und zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen zu gewährleisten. Die mit Hilfe der deutlichen Kenntlichmachung zu erwartende zuverlässigere Umsetzung des Verweises ermöglicht darüber hinaus die durch Zahnärzte zu erbringende Kariesrisikodiagnostik, welche in individuellen Empfehlungen an die Eltern bzw. Maßnahmen beim Kind münden. Die im Zuge der Beratungen für die Kinderrichtlinien intensiv dargestellte unbefriedigende Situation der Frühkindlichen</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U5

<p>Karies stellt starke inhaltliche Begründungen für den hier angemahnten formal deutlichen Dokumentationsverweis in Form eines Ankreuzfeldes dar. Die fachliche Argumentation sei an dieser Stelle nicht wiederholt. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass aktuelle politische Entwicklungen eine Verschärfung der Prävalenz und Schwere der Frühkindlichen Karies erwarten lassen. Ein deutlich erkennbares Ankreuzfeld wird dazu von Familien mit Migrationshintergrund einfacher zu verstehen sein als Textkommentare.</p>	
---	--

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U6 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung ~~vom im~~ 10. ~~und bis zum~~ 12. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast ein Jahr alt. Es kann ~~vielleicht~~wahrscheinlich schon robben oder krabbeln und sich an Möbeln in den Stand hochziehen. Mit Unterstützung geht es möglicherweise sogar schon ein paar Schritte. Ihr Kind wird fingerfertiger, so dass es mit etwas Hilfe auch schon aus einem Becher trinken kann. Die meisten Kinder ahmen in diesem Alter Laute nach und können Doppelsilben wie „da-da“ bilden. Wenn Sie Ihr Kind dazu auffordern, reicht es Ihnen vielleicht schon einen Gegenstand.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Statt ‚vielleicht‘ mit ‚wahrscheinlich‘ ersetzen.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „vielleicht“ wird ersetzt durch „wahrscheinlich“.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U6 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird ~~eingehend~~ körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Untersuchungen der Augen durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt schaut, wie beweglich Ihr Kind ist und wie es seinen Körper beherrscht. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Eingehend‘ streichen.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „eingehend“ wird gestrichen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen Themen wie die Ernährung Ihres Kindes und Maßnahmen zur Unfallverhütung. Die Förderung der Sprachentwicklung sind weitere Themen, ebenso die Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Hinweise zur kindlichen Mundhygiene. Zur Abklärung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen. Sie erhalten Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen).

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Eventuell‘ einfügen.“	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.

Tipp: ~~Ist Ihnen ist~~ in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder ~~sind Sie sind über etwas durch etwas~~ beunruhigt/verunsichert? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten. Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
U6 Elterninformation

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U6

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- Regelmäßiges Schnarchen

Sozialanamnese

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle. Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen. Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück.	<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger. Klopft 2 Würfel aneinander.
<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand. Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung.	<input type="checkbox"/> Sprache: Spontane Äußerung von längeren Silbenketten. Produziert Doppelsilben (z. B. ba-ba, da-da). Ahmt Laute nach. <input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe. Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden. Freut sich über andere Kinder.

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U6

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Hinweise auf Auffälligkeiten

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<p><u>Haut</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<p><u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u></p> <p>Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
<p><u>Thorax, Lunge, Atemwege</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand 	<p><u>Kopf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Dysmorphiezeichen <input type="checkbox"/> Schädelnähte <input type="checkbox"/> Fontanellentonus
<p><u>Herz, Kreislauf</u></p> <p>Auskultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebenegeräusche <input type="checkbox"/> Femoralispulse 	<p><u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> Behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> Fehlender Mundschluss <input type="checkbox"/> Auffälliger Stimmklang (z. B. Heiserkeit und Näseln)
<p><u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalien <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	<p><u>Augen</u></p> <p>Inspektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehlhaltung <p>Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie <p>Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixationsschwäche rechts/links <p>Pupillenstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U6

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p><u>Augen</u></p> <p>„Brückner-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied z. B. bei Trübung der brechenden Medien <input type="checkbox"/> Strabismus <p><u>Anisometropie</u></p> <p>„Fehlender, abgeschwächter oder seitendifferenzierter Rot-Reflex. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können eine Seitendifferenz feststellen, aber nicht, ob sie durch Anisometropie oder Strabismus hervorgerufen wird! Bei Seitendifferenz zum Augenarzt“</p>	<p>Siehe Würdigung U4.</p>

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnschonende Ernährung
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

Bemerkung:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <p>„Einfügen an den Anfang: ‚Ggf.‘“</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U6

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	
Körperlänge in cm	
Kopfumfang in cm	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Position: Patientenvertretung	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Nächster Impftermin am:	
U7 am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U6

<p>Terminvereinbarung: U7 am: „Kaum jemand wird bei der U6 einen Termin für die U7 vereinbaren, da bis zu dieser noch ein Jahr vergeht!“</p>	<p>Siehe Würdigung U5.</p>
--	----------------------------

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung vom im-21. bis zum und 24. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt fast zwei Jahre alt. Es kann nun wahrscheinlich schon über längere Zeit frei und sicher laufen und auch schon Treppenstufen hinuntergehen. Bei den meisten Kindern wächst der Wortschatz schnell. Sie sagen gerne „Nein“ und probieren aus, was sie mit ihrem Verhalten bewirken.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Ergänzen: hinauf – und hinuntergehen“	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.

Die letzte Untersuchung liegt etwa ein Jahr zurück. Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U7 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird **eingehend**–körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Untersuchungen der Augen durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob Ihr Kind einfache Wörter und Sätze versteht. Sie werden gefragt, wie sich Ihr Kind zum Beispiel beim Spielen, in der Familie oder in einer Gruppe von Kindern verhält. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „‘Eingehend’ streichen“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „eingehend“ wird gestrichen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und die Kariesprophylaxe mittels Fluorid. Sie erhalten von der Ärztin oder dem Arzt Hinweise zur kindlichen Mundhygiene. Zur Abklärung von Auffälligkeiten beim Kieferwachstum, an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie ggf. zu den laut...“ Begründung: Die sollten eigentlich jetzt schon vollständig sein. „...Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie ggf. zur Zahnärztin...“	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.
DGKFO „In der U7 (2 Jahre altes Kind) heißt es in der Anlage 01_BE: „Zur Abklärung von Auffälligkeiten beim Kieferwachstum, an den Zähnen oder der Mundschleimhaut bei Ihrem Kind werden Sie zur	Die Stellungnahme wird begrüßt.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7 Elterninformation

<p><i>Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen.</i>“ – d.h. das Kieferwachstum als Aufgabenfeld ist jetzt enthalten, was seitens der DGKFO begrüßt wird und so belassen werden sollte.“</p>	
---	--

Tipp: Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder Sie sind über etwas verunsichert? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.
Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

<p>Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:</p>
--

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
- Regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
- Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?

Sozialanamnese

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ <input type="checkbox"/> Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden? „Entbehrlich, da Frage nach Zufriedenheit mit Entwicklung noch kommt“	<p>Die hier vorgetragene Änderung ist nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsverfahren.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Kann über längere Zeit frei und sicher gehen. Geht 3 Stufen im Kinderschritt hinunter, hält sich mit einer Hand fest.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Stapelt 3 Würfel. Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Malt flache Spirale. Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist. Kann mit dem Löffel selber essen. Hat Interesse an anderen Kindern.
<input type="checkbox"/> Sprache: Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa). Versteht und befolgt einfache Aufforderungen. Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7

Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile.	
---	--

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Einziehungen <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand 	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> Speichelfluss <input type="checkbox"/> Auffälliger Stimmklang
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche 	<u>Augen</u> Inspektion: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehlhaltung Brückner-Test: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transilluminationsunterschied z. B. bei Trübung der brechenden Medien, <u>Strabismus</u>, <u>Anisometropie</u> Strabismus Anisometropie Pupillenstatus: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

Beratung vor allem zu folgenden Themen:

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- [Hinweis zur Zahnpflege \(Fluorid\)](#)
- [Unfallverhütung](#)
- [Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache \(einschließlich der Laut- und Gebärdensprache\)](#)
- [Bewegung](#)
- [Ernährung](#)
- [Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen](#)
- [Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut](#)

Bemerkung:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„Die Information zu regionalen Unterstützungsangeboten (z.B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühen Hilfen) muss aus unserer Sicht bis zu U7 fortgeführt werden (aktuell nur bis U6 enthalten), denn Frühe Hilfen sind definiert bis zum 3. Geburtstag.“</p>	<p>Die hier vorgetragene Änderung ist nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	
Körperlänge in cm	
Kopfumfang in cm	
BMI in kg/m ²	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Position: Patientenvertretung	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Nächster Impftermin am:	
U7a-am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
-----------------------	------------------------------------

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7

<p>DGKJ</p> <p>Terminvereinbarung:</p> <p>U7 am:</p> <p>„Kaum jemand wird bei der U7 einen Termin für die U7a vereinbaren, da bis zu dieser noch ein Jahr vergeht!“</p>	<p>Siehe Würdigung U5.</p>
--	----------------------------

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7a Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung ~~vom im~~ 34. ~~und bis zum~~ 36. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt etwa drei Jahre alt. Die meisten Kinder sprechen von sich in der Ich-Form und möchten mit kleinen Handreichungen im Haushalt helfen. Sie haben Freude daran, mit anderen Kindern zu spielen und dabei in andere Rollen zu schlüpfen. Ihr Kind hat vielleicht einen großen Bewegungsdrang, kann schon Stufen im „Erwachsenenschritt“ steigen und von unteren Treppenstufen herabspringen.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U7a wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird ~~eingehend~~ körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Sehtests durchgeführt. Außerdem sieht sich die Ärztin oder der Arzt bei der U7a die Beschaffenheit der Zähne und die Entwicklung des Kiefers an. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt der sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Eingehend' streichen“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „eingehend“ wird gestrichen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Die Ärztin oder der Arzt bespricht mit Ihnen Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes sowie Maßnahmen zur Unfallverhütung. Die Förderung der Sprachentwicklung sowie die Rolle von Medien (z. B. TV, Spielkonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag des Kindes sind weitere Themen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Satz 1 im vorstehenden Absatz: „Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen prüft den Impfpass Ihres Kindes auf Vollständigkeit.“	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.

Tipp: Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder Sie sind über etwas verunsichert? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7a

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Essverhalten nicht altersgemäß
- abnorme Stühle
- Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Hörvermögen
- Regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
- Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert ihr Kind?

Sozialanamnese

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>Aktuelle Anamnese des Kindes</p> <p>„Kariesprophylaxe mittels Fluoridtabletten oder andere Fluoridgabe (es fehlt noch das Kästchen zum Ankreuzen)“</p> <p><input type="checkbox"/> Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?</p> <p>„Entbehrlich, da unten „Sprache“ nochmals abgefragt wird.“</p> <p><i>Anm. GF: Gilt auch für die U8 und U9.</i></p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>Die hier vorgetragene Änderung ist nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<p><input type="checkbox"/> Grobmotorik:</p> <p>Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle.</p> <p>Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest.</p>	<p><input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition:</p> <p>Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele.</p> <p>Öffnet große Knöpfe selbst.</p>
<p><input type="checkbox"/> Feinmotorik:</p> <p>Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich.</p>	<p><input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz:</p> <p>Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7a

	Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Spricht mindestens Dreiwortsätze. Spricht von sich in der Ich-Form. Kennt und sagt seinen Rufnamen.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand 	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie <input type="checkbox"/> Verletzungszeichen <input type="checkbox"/> Fehlender Mundschluss <input type="checkbox"/> Behinderte Nasenatmung
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche 	<u>Augeninspektion:</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehlhaltung Pupillenstatus: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) Hornhautreflexbildchen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig (<u>Strabismus</u>) Strabismus
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien 	Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstest, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, <u>E-Haken, Landoltringe</u> mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Hornhautreflexbildchen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Strabismus „Stabismus ist doppelt: wenn die Hornhautreflexe	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „Strabismus“ wird hinter „auffällig“ in eine Klammer eingesetzt. Die hier vorgetragenen Änderungen

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7a

<p>asymmetrisch sind, besteht V.a.Strabismus.“</p> <p>Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test)</p> <p>„Titmus- und TNO-Test sind weniger sensitiv als der Lang-Test und daher obsolet!“</p> <p><input type="checkbox"/> auffällig</p> <p>Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstest, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, „Das sind die Kinderbilder; von denen raten alle Augenärzte ab!“</p> <p>H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand)</p> <p>„Besser sind Reihenoptotypen!“</p> <p><i>Anm. GF: Gilt auch für die U8 und U9.</i></p>	<p>sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
--	--

<p>Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:</p>
<p> </p>

Beratung

[Beratung vor allem zu folgenden Themen:](#)

[Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen](#)

- [Unfallverhütung](#)
- [Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache \(einschließlich der Laut- und Gebärdensprache\)](#)
- [Ernährung](#)
- [Bewegung](#)
- [Medien \(z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung\)](#)
- [Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten](#)
- [Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen](#)
- [Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung](#)

<p>Bemerkung:</p>

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung <p>„Doppelt – 2 Punkte weiter oben steht schon der Hinweis auf die zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten.“</p>	<p>Der Verweis zum Zahnarzt dient bereits der intendierten besonderen Vernetzung zwischen kinder- und zahnärztlichen Untersuchungen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7a

--	--

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in g	
Körperlänge in cm	
BMI in kg/m ²	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Position: Patientenvertretung	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Nächster Impftermin am:	
U8 am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U7a

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Terminvereinbarung: U8 am: „Kaum jemand wird bei der U7a einen Termin für die U8 vereinbaren, da bis zu dieser noch ein Jahr vergeht!“	Siehe Würdigung U5.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U8 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung ~~vom im~~ 46. ~~und bis zum~~ 48. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt ~~etwa~~ fast vier Jahre alt. Die meisten Kinder können sich in diesem Alter schon selbst an- und ausziehen. Ihre Sprache ist schon so weit entwickelt, dass sie vielleicht kleine Geschichten erzählen können und viele Fragen nach dem Warum, Wie, Wo oder Wann stellen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „‘Etwa‘ ersetzen mit ‚fast‘.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „etwa“ wird ersetzt durch „fast“.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U8 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird eingehend körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden Sehtests durchgeführt. Das Hörvermögen Ihres Kindes wird ebenfalls geprüft. Die Ärztin oder der Arzt untersucht die Beschaffenheit der Zähne und die Entwicklung der Kiefer. Während der Untersuchung testet die Ärztin oder der Arzt, wie beweglich und geschickt Ihr Kind ist, ob es sich alleine beschäftigen kann und wie gut es spricht. Sie werden gefragt, wie sich Ihr Kind beim Spielen, in der Familie oder in einer Gruppe von Kindern verhält. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „‘Eingehend‘ streichen.“ Während der Untersuchung testet die Ärztin oder der Arzt... „Wird eher von der MFA getestet.“ ... ob es sich alleine beschäftigen kann... „Das wird eher erfragt als getestet.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Das Wort „eingehend“ wird gestrichen. Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und den verantwortungsbewussten Gebrauch von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag Ihres Kindes.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ Satz 1 im vorstehenden Absatz: „Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen prüft den Impfpass Ihres Kindes auf Vollständigkeit.“	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U8 Elterninformation

**Tipp: Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder Sie sind über etwas verunsichert? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.
Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.**

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U8

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Regelmäßiges Schnarchen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
- Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert ihr Kind?

Sozialanamnese

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Laufrad oder ähnliches Fahrzeug wird zielgerichtet und sicher bewegt. Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Fragt warum, wie, wo, wieso, woher.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten. Zeichnet geschlossene Kreise.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich selbst an- und ausziehen. Gießt Flüssigkeiten ein. Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache. Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen 	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vorbeugetest <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> Spontanmotorik
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch <input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand <input type="checkbox"/> Hinweis auf Rachitis 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe <input type="checkbox"/> Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzfrequenz 	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U8

<input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche	<input type="checkbox"/> Verletzungszeichen
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <input type="checkbox"/> Hodenhochstand rechts/links <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien <input type="checkbox"/> auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)	<u>Augeninspektion:</u> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopffehlhaltung Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) Hornhautreflexbildchen: <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Strabismus Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test): <input type="checkbox"/> auffällig Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstest, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz
<u>Ohren</u> Hörtest mittels Screeningaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 5 Prüffrequenzen) <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links	

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„Wir plädieren für eine Verschiebung der obligaten Mehrfrequenzaudiometrie von der U8 in die U9 aus Gründen der Umsetzbarkeit und Compliance. Die Erfahrung lehrt, dass mehr als die Hälfte der Kinder mit vier Jahren hiermit überfordert ist. Alternativ könnte eine Sprachaudiometrie bei der U8 eingeführt werden; diese ist bei den meisten 4jährigen Kindern gut durchführbar.“</p> <p>„Bei U8 und U9 ist die Urinuntersuchung entfallen. Wenigstens eine Urinuntersuchung zum Screening auf Proteinurie und/oder Mikrohämaturie sollte im Vorschulalter erfolgen. Außerdem sollte aufgrund der zunehmenden Prävalenz der arteriellen Hypertension in allen Lebensaltern bei U9 eine RR-Kontrolle eingeführt werden.“</p> <p><i>Anm. GF: Gilt auch für U9.</i></p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p> <p>Bei der U8 ist eine Urinuntersuchung mittels Mehrfachteststreifen vorgesehen.</p>

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

[Beratung vor allem zu folgenden Themen:](#)

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U8

Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!

- [Unfallverhütung](#)
- [Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ \(einschließlich der Laut- und Gebärdensprache\)](#)
- [Medien \(z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung\)](#)
- [Ernährung](#)
- [Bewegung](#)
- [Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen](#)
- [Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung](#)

Bemerkung:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKFO</p> <p>„In der U8 (4 Jahre altes Kind) findet sich gegenwärtig unter „Beratung“ der Hinweis:</p> <p>„<i>Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung</i>“ – dies ist richtig und sollte belassen werden. Aus kieferorthopädischer Sicht sollte direkt im Anschluss ergänzt werden: „Hinweis zum Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen)“ – dieser Hinweis wurde 2014 seitens der DGKFO erstellt und von der DGZMK-Präsidentin anhand der beigefügten Übersichtsdatei („2014 Ergänzungen DGKFO“) weitergegeben.“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U8

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	
Körperlänge in cm	
BMI in kg/m ²	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Position: Patientenvertretung	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Nächster Impftermin am:	
U9 am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U8

<p>Terminvereinbarung: U9 am: „Kaum jemand wird bei der U8 einen Termin für die U9 vereinbaren, da bis zu dieser noch ein Jahr vergeht!“</p>	<p>Siehe Würdigung U5.</p>
--	----------------------------

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U9 Elterninformation

Elterninformation zur Untersuchung ~~vom im 60.~~ und bis zum 64. Lebensmonat

Ihr Kind ist jetzt etwa fünf Jahre alt. Viele Kinder haben in diesem Alter einen großen Bewegungsdrang, klettern gern und stellen viele Fragen. In der Regel entwickeln die Kinder in Rollenspielen mit anderen viel Fantasie und haben Freude am Malen mit Buntstiften oder am Schneiden mit einer Schere. ~~Beim Sprechen werden einzelne Laute vielleicht noch fehlerhaft ausgesprochen.~~ Sollte Ihr Kind noch nicht alle Laute fehlerfrei aussprechen, bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, darauf besonders zu achten und Sie dazu zu beraten.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Beim Sprechen werden einzelne Laute vielleicht noch fehlerhaft ausgesprochen. Sollte Ihr Kind noch nicht alle Laute fehlerfrei aussprechen, bitten Sie Ihre Ärztin / Ihren Arzt, darauf besonders zu achten und Sie dazu zu beraten.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Satz „Beim Sprechen werden einzelne Laute vielleicht noch fehlerhaft ausgesprochen.“ wird durch den Satz „Sollte Ihr Kind noch nicht alle Laute fehlerfrei aussprechen, bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, darauf besonders zu achten und Sie dazu zu beraten.“ ersetzt.

Die Ärztin oder der Arzt achtet bei der U9 wieder besonders auf Entwicklungsauffälligkeiten. Ihr Kind wird ~~erneut eingehend~~ körperlich untersucht. Zum Erkennen von Sehstörungen werden wieder Sehtests durchgeführt. Die Ärztin oder der Arzt testet, wie beweglich und wie geschickt Ihr Kind ist und wie gut es spricht. Außerdem möchte die Ärztin oder /der Arzt wissen, woran Ihr Kind Interesse und Freude hat oder wovor es sich möglicherweise ängstigt. Ihr Kind kommt bald in die Schule. Damit die Ärztin oder der Arzt Sie gegebenenfalls rechtzeitig unterstützen kann, sind diese Informationen wichtig. Außerdem interessiert sich Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „‘erneut eingehend‘ streichen.“ 2. Satz im darüberstehenden Absatz: „Die Ärztin oder der Arzt oder die MFA testet...“ „‘Ihr Kind kommt bald in die Schule.’ soll gestrichen werden.“	Die Stellungnahme wird begrüßt. Die Wörter „erneut eingehend“ werden gestrichen. Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt berät Sie zu den laut Impfkalender empfohlenen Schutzimpfungen. Zudem spricht die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen über Themen wie die Ernährung und Bewegung Ihres Kindes, Maßnahmen zur Unfallverhütung, die Förderung der Sprachentwicklung und den verantwortungsbewussten Gebrauch von Medien (z. B. TV, Spielekonsolen, Internet und Ähnlichem) im Alltag Ihres Kindes. Sie werden nochmals auf

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U9 Elterninformation

eine Kariesprophylaxe mittels Fluorid aufmerksam gemacht. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verweist Sie zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung.

Tipp: Ihnen ist in der Entwicklung oder dem Verhalten Ihres Kindes etwas Ungewöhnliches aufgefallen oder Sie sind über etwas verunsichert? Am besten notieren Sie sich vor der Untersuchung, was Sie beobachtet haben und worüber Sie mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten.

Bitte bringen Sie auch den Impfpass Ihres Kindes mit.

Hier können Sie Ihre Notizen eintragen:

Übrigens:

Die nächste Vorsorgeuntersuchung, auf die Ihr Kind Anspruch hat ist die J1-Untersuchung zur Jugendgesundheit. Diese richtet sich an Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 14 Jahren. Auch die Kosten für die J1 werden von den Krankenversicherungen übernommen.

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U9

Anamnese

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

Aktuelle Anamnese des Kindes

- Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
- Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert ihr Kind?

Sozialanamnese

- Betreuungssituation
- Besondere Belastungen in der Familie

Orientierende Beurteilung der Entwicklung

Nur ankreuzen, wenn die Items NICHT erfüllt werden!

<input type="checkbox"/> Grobmotorik: Hüpf auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand. Größere Bälle können aufgefangen werden. Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten.	<input type="checkbox"/> Perzeption/Kognition: Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt.
<input type="checkbox"/> Feinmotorik: Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich. Stifthaltung wie ein Erwachsener. Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.	<input type="checkbox"/> Soziale/emotionale Kompetenz: Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln. Ist bereit zu teilen. Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen.
<input type="checkbox"/> Sprache: Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden. Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen.	<input type="checkbox"/> Interaktion/Kommunikation: Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen. Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern.

Untersuchung

Nur Auffälligkeiten ankreuzen!

<u>Haut</u> <input type="checkbox"/> auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben) <input type="checkbox"/> entzündliche Hautveränderungen	<u>Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)</u> Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage im Sitzen, von hinten und von den Seiten <input type="checkbox"/> Asymmetrien <input type="checkbox"/> Schiefhaltung <input type="checkbox"/> passive Beweglichkeit der großen Gelenke <input type="checkbox"/> Muskeltonus <input type="checkbox"/> Muskeleigenreflexe
<u>Thorax, Lunge, Atemwege</u> <input type="checkbox"/> Auskultation <input type="checkbox"/> Atemgeräusch	<u>Mundhöhle, Kiefer, Nase</u> <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut <input type="checkbox"/> Kieferanomalie

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U9

<input type="checkbox"/> Atemfrequenz <input type="checkbox"/> Thoraxkonfiguration <input type="checkbox"/> Mamillenabstand	<input type="checkbox"/> Verletzungszeichen
<u>Herz, Kreislauf</u> Auskultation <input type="checkbox"/> Herzfrequenz <input type="checkbox"/> Herzrhythmus <input type="checkbox"/> Herztöne <input type="checkbox"/> Herznebengeräusche	<u>Augeninspektion:</u> <input type="checkbox"/> morphologische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Kopfneigung Pupillenstatus: <input type="checkbox"/> auffällig (Größe, Form, Lichtreaktion rechts/links) Hornhautreflexbildchen: <input type="checkbox"/> auffällig (Strabismus) Strabismus
<u>Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)</u> <input type="checkbox"/> Leber- und Milzgröße <input type="checkbox"/> Hernien	Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test): <input type="checkbox"/> auffällig Sehtest (monokulare Prüfung, z. B. mit Okklusionspflaster): (Nonverbale Formenwiedererkennungstest, z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) <input type="checkbox"/> Sehschwäche rechts <input type="checkbox"/> Sehschwäche links <input type="checkbox"/> Rechts-Links-Differenz

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

Beratung

[Beratung vor allem zu folgenden Themen:](#)

[Bei erweitertem Beratungsbedarf bitte ankreuzen!](#)

- [Kariesprophylaxe mittels Fluorid prüfen](#)
- [Unfallverhütung](#)
- [Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ \(einschließlich der Laut- und Gebärdensprache\)](#)
- [Bewegung und Adipositasprävention](#)
- [Ernährung](#)
- [Medien \(z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung\)](#)
- [Sucht](#)
- [Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen](#)
- [Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung](#)

Bemerkung:

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGKJ „Wird durch „Bewegung“ und „Ernährung“ abgedeckt.“	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.
DGKFO	

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie
U9

<p>„Noch wichtiger aus KFO-Sicht ist die U9 (5 Jahre altes Kind): hier findet sich gegenwärtig auf Seite 49 unter „Beratung“ der Hinweis <i>„Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“</i>. Das ist richtig und sollte belassen werden, es sollte jedoch unmittelbar danach noch ergänzt werden: „Hinweis auf Abgewöhnen von Habits zur Prävention von Zahn- und Kieferfehlstellungen (Schnuller, Daumenlutschen)“ sowie „Hinweis auf kieferorthopädische Frühbehandlungsmöglichkeiten bei bestimmten Kieferanomalien“</p> <p>Auch dieser Hinweis wurde 2014 seitens der DGKFO erstellt und von der DGZMK-Präsidentin anhand der beigefügten Übersichtsdatei („2014 Ergänzungen DGKFO“) weitergegeben.“</p>	<p>Die hier vorgetragenen Änderungen sind nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL ist durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen.</p> <p>Es wird auf das 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerFO hingewiesen, wonach der G-BA überprüft, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgeht.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie</p> <p>„2. Aspekt von Dr. Bernd Graubner:</p> <p>Anregungen zum Thema „Adipositasprävention“</p> <p>Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Adipositaserkennung und „Adipositasprävention“ sollte diese nicht nur bei U9 (60. bis 64. Monat) angegeben, sondern auch bei vorherigen Untersuchungen erwähnt werden. Immerhin ist der BMI-Wert bereits bei U7 (21. bis 24. Lebensmonat), U7a und U8 und natürlich bei U9 im Gelben Heft zu dokumentieren. Die im Gelben Heft enthaltenen geschlechtsspezifischen Perzentilkurven für den Body-Mass-Index sollten aktualisiert werden. Gegenwärtig gültig sind die aktualisierten BMI-Perzentilkurven, die von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesund Jugendalter in der „Konsensbasierten (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ vom 15.10.2015 auf Seite 30 veröffentlicht worden sind (http://www.aga.adipositasgesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf).</p> <p>Die individuelle und gesundheitspolitische Bedeutung der kind- und jugendlichen Adipositas unterstreicht die Tatsache, dass in Vorbereitung der ICD-10-GM 2017 in den entsprechenden Gremien diskutiert wird, die geschlechts- und altersspezifischen BMI-Werte für eine bessere Klassifizierung der kind- und jugendlichen Adipositas (in E66.–) zu benutzen. Die im Gelben Heft dazu bereitgestellten BMI-Werte sind eine wichtige Unterstützung für die korrekte Klassifizierung.</p> <p>Am Rande möchte ich fragen, warum die J1-</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>

Anlage 7 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie U9

Untersuchung (12 bis 14 Jahre) nicht in das Gelbe Heft aufgenommen wird. Sie steht doch in der Kontinuität der vorherigen U-Untersuchungen. Vermutlich fehlen mir hier Detailkenntnisse zur Begründung.	
---	--

Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	
Körperlänge in cm	
BMI in kg/m ²	
Gesamtergebnis:	
Keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
Weitere Maßnahmen vereinbart:	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Position: Patientenvertretung	
Verweis zum Zahnarzt <input type="checkbox"/>	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarungen	
Nächster Impftermin am:	
Stempel:	Unterschrift und Datum

“

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Juli 2016 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Weitere nicht zum Beschlussentwurf gehörende Hinweis der Stellungnehmer	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</p> <p><u>Stellungnahme zu den Eckpunkten:</u></p> <p>Wir vertreten jedoch die Auffassung, dass durch das Inkrafttreten des Präventionsgesetzes und die damit einhergehenden Änderungen u.a. in § 26 Abs.1 SGB V auch die Kinderrichtlinie bzw. der Beschluss vom 18.06.2015 angepasst werden müsste.</p> <p>Denn nach dem neuen Gesetzeswortlaut haben versicherte Kinder nun bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (statt bisher 6. Lebensjahres) einen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Dies müsste unseres Erachtens in den Kinderrichtlinien entsprechend abgebildet werden. Diese konzentrieren sich bislang nur auf die ersten 6 Lebensjahre. Daraus erfolgt unseres Erachtens dann auch Änderungsbedarf im Untersuchungsheft als Anlage 1 zum jeweiligen Beschluss.</p> <p>Ein Abgleich müsste dann ggf. auch mit der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung erfolgen, die ebenfalls auf § 92 Abs.1 Nr.3 SGB V beruht, und den aus § 26 Abs.1 SGB V a.F. resultierenden Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung nach dem 10. Lebensjahr betrifft (vgl. auch Becker/Kingreen, 4. Auflage 2014, § 26, Rn.2, 3). Dieser Abgleich ist insbesondere vor dem Hintergrund erforderlich, dass nun nach dem Gesetzeswortlaut auch ab dem 10. Lebensjahr Gesundheitsuntersuchungen und nicht mehr nur eine einzelne Untersuchung vorgesehen ist.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p>



Stand: 28.04.2016

Würdigung der mündlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

**des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die
Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur
Vollendung des 6. Lebensjahres
(Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung
sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation
sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder**

WORTPROTOKOLL

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Vom 14. April 2016

Vorsitzender:	Dr. Deisler
Beginn:	11.06 Uhr
Ende:	12.14 Uhr
Ort:	Geschäftsstelle des G-BA Wegelystraße 8, 10623 Berlin

– Stenografisches Wortprotokoll –

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)**:

Frau Mattern

Frau Peters

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)**:

Herr Dr. Lawrenz

Herr Dr. Eßer

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)**:

Herr Prof. Dr. Kölch

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V. (DGKiZ)**:

Herr Prof. Dr. Schiffner

Angemeldete Teilnehmer für **Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)**:

Herr Dr. Graubner

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (über die DGZMK)**:

Herr Prof Dr. Splieth

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

(11.06 Uhr: Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Meine Damen und Herren, ich darf Sie herzlich zur Anhörung mit dem Titel „**Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)**“ begrüßen.

Ich darf als Erstes die Namensnennung vornehmen. Bei der Namensnennung bitte ich zur Kenntnis zu nehmen - es sei denn, Sie widersprechen -, dass ich die Titel weglasse. Das ist eine Frage der Zeitersparnis, denn wenn wir uns mit Titeln anreden, dauert die Anhörung 10 Minuten länger. – Es herrscht Einverständnis; ich bedanke mich.

Ich frage die Teilnehmerliste ab. Wir haben die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, vertreten durch Generalsekretär Herrn Eßer, hier; Herr Lawrenz ist auch anwesend. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird durch Herrn Kölch, die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde durch Herrn Schiffner vertreten. Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie wird von Herrn Graubner und die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie von Herrn Splieth vertreten. Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft wird von Frau Mattern und von Frau Peters vertreten. Die angekündigten Teilnehmer sind vollzählig vertreten.

Ich darf auch diejenigen vorstellen, die links und rechts von Ihnen sitzen. Von Ihnen links sitzen der GKV-Spitzenverband und die Patientenvertretung. Rechts von Ihnen sitzen die KBV, die KZBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Das sind unsere Trägerorganisationen.

Ich darf noch darauf hinweisen, dass wir ein Wortprotokoll fertigen. Gleich neben Ihnen sitzen Herr Elminowski und Frau Wichmann, die Stenografen, die ein Wortprotokoll der heutigen Sitzung erstellen werden. Damit sie auch alles mitschreiben können, bitte ich Sie, das Mikrofon benutzen. Was Sie hier sagen, wird in einer Dokumentation veröffentlicht.

Dann darf ich Sie auf Folgendes aufmerksam machen: Wir haben eine Verfahrensordnung zur Durchführung solcher Anhörungen. Danach dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus den schriftlichen Stellungnahmen ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, hier einzubringen.

Nun weiß ich natürlich, dass es den einen oder anderen von Ihnen drängt, seiner schriftlichen Stellungnahme noch einmal eine Verstärkerfunktion zu geben. Jedoch bitte ich Sie, sich dabei auf die Highlights zu konzentrieren. Wir haben Ihre Stellungnahmen gründlich gelesen und einer ersten Auswertung unterzogen, sind also mit Ihren schriftlichen Stellungnahmen bestens vertraut.

Ich möchte Sie noch darauf hinweisen, dass der Beschluss zu den Inhalten der Kinderrichtlinie bereits im Jahre 2015 gefasst worden ist. Bei dieser Anhörung handelt es sich um die Dokumentation dieser Inhalte im Gelben Heft sowie um die QS-Maßnahme und die Evaluation. Darauf beschränkt sich die heutige Anhörung also und bezieht sich nicht auf das, was schon vom G-BA beschlossen worden ist, nämlich die Kinderrichtlinie.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Meine Damen und Herren, last, but not least darf ich noch uns vorstellen. Links von Ihnen sitzt die Stellvertretende Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung. Hier hat die Geschäftsführung des G-BA Platz genommen. Mein Name lautet Harald Deisler, ich bin der Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung.

Jetzt frage ich: Wer möchte als Erster ins Rennen? – Herr Eßer.

Herr Dr. Eßer: Ich bin Kinderarzt und jetzt in der Position des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Was ich heute vortrage, sind die Kommentare von 38 Untergesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin zum vorliegenden Entwurf.

Erstens: Wir bedauern, dass die sozialpädiatrischen Fragebögen nicht berücksichtigt worden sind. Ich weiß, dass es eine lange Diskussion darüber gegeben hat. Die Chance, das noch einmal festzustellen, möchte ich hier nutzen.

Zweitens: Wir glauben, dass die Struktur des Vorsorgeheftes in Teilen inkonsistent ist. Das betrifft insbesondere den Bereich der Untersuchung, den Punkt „nur Auffälligkeiten ankreuzen“. Da steht manchmal „Zyanose“ und „Opisthotonus“, daneben steht dann wieder „Atemgeräusch“, „Muskeltonus“, „Herztöne“. Dann steht da wieder „Herztöne zu hoch“, „zu niedrig“. Das ist für die niedergelassenen Kollegen mit Sicherheit sehr schwer, das jeweils entsprechend zu dokumentieren und letztlich auch zu verstehen.

Grundsätzlich sagen wir: Da, wo alternative Positionen aufgeführt sind, stehen wir für die Realisierung auf der Position der KBV. Das ist unsere Meinung dazu.

Zu den inhaltlichen Merkmalen: Wir wünschen uns, dass die Mehrfrequenzaudiometrie von der U8 in die U9 aus Gründen der Umsetzbarkeit und der Compliance umgewidmet wird. Wir bedauern, dass bei U8 und U9 die Urinuntersuchung entfallen ist. Wir halten das aus medizinischen Gründen für notwendig.

Die Suchtberatung sollte spezifiziert werden. Das ist unserem Empfinden nach primär an die Kinder adressiert. Das sollte eventuell auch an die Erwachsenen adressiert werden, denn das soziale Umfeld von Kindern ist für die Entwicklung von Kindern mitentscheidend.

Eine dritte SIDS-Aufklärung nach U3/U4 – in der U5 scheint uns das nicht notwendig - ist ein sehr vulnerables Gebiet, und Eltern immer wieder in Angst zu versetzen, halten wir für nicht notwendig. Die Eltern sind über diese Problematik normalerweise bestens informiert; und man muss nicht immer wieder Ängste schüren. Deswegen würden uns U3 und U4 völlig ausreichen.

Regionale Unterstützungsangebote werden diskutiert. Diese sollten aus unserer Sicht bis zur U7 fortgeführt werden, sie sind bisher nur bis zur U6 enthalten. Die Frühen Hilfen gehen aber bis zum Ende des dritten Lebensjahres, insofern wäre die U7 der richtige Punkt, danach zu fragen.

Dann wollen wir etwas für die Zukunft empfehlen. Es gibt ja die Präventionsempfehlungen im Präventionsgesetz. Auch das sollte unserer Meinung nach dokumentiert werden.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Die Chance sollte man jetzt schon nutzen. Da kann man hinschreiben „Bescheinigung wurde ausgestellt“ etc. Wir haben es auch etwas spezifiziert; auf die Einzelheiten muss ich hier nicht eingehen.

Zur Elterninformation haben wir noch eine wichtige Bemerkung: Es steht da bisher, dass keine Institution informiert zu werden braucht bzw. keine informiert werden soll: „Keine Institution“ - zum Beispiel Kita, Schule, Jugendamt – „darf eine Einsichtnahme verlangen.“ Wir wünschen uns, dass da steht „keine Institution außerhalb des Gesundheitswesens“.

In vielen Bundesländern ist das Gelbe Heft die Grundlage der Untersuchung zum Schuleingang. Die Gesundheitsämter benötigen diese Informationen. Das sind Ärzte, die das machen, und man kann bei der Schuleingangsuntersuchung einfach nicht alles abfragen. Man kann auch nicht genaueste neurologische Untersuchungen machen. Wenn man die aber im Vorsorgeheft dokumentiert hat, hat man einen Hinweis, dass man hier einen Risikofaktor hat, dem man eventuell nachgehen muss. Deswegen unser ganz dringender Wunsch von all unseren Subgesellschaften, dass wir die Möglichkeit erhalten, dem ÖGD, also dem Gesundheitsamt, diese Information zukommen zu lassen. Wir bitten, dass dies verändert wird.

Das waren die Punkte, die ich in der Kürze der Zeit anmerken wollte.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Eßer. – Ich gehe davon aus, dass die Vorträge zusammen gehalten werden und sich die Fragerunde dann anschließt. Wer möchte als Zweiter? – Herr Lawrenz.

Herr Dr. Lawrenz: Ich würde gerne das Statement der GKJ noch um einige formale Dinge erweitern, die sich nicht bzw. fast nicht auf die Inhalte der Kinderrichtlinie beziehen, sondern auf die Form der Dokumentation. In der Information zur Erstuntersuchung steht „Vitamin K-Tropfen“. Nicht alle Babys bekommen die als Tropfen. Ich würde empfehlen, da nur „Vitamin K“ hineinzuschreiben, damit die Eltern nicht irritiert sind, wenn das Kind eine Spritze braucht.

Bei der Dokumentation der Geburtsanamnese steht „vaginale Operation“, „Vakuum“ und „Forzeps“ zum Ankreuzen. Da bleibt für die vaginale Operation eigentlich nur noch die Manualhilfe aus Beckenendlage. Die würde ich dann auch so benennen.

Den GBS-Status der Mutter würde ich nicht abkürzen, sondern - das ist etwas deutlicher - ausschreiben, weil „GBS“ nicht für jeden verständlich ist.

Die Dokumentation der Elternablehnung eines erweiterten Neugeborenen Screenings oder eines Screenings auf Mukoviszidose oder auch des Hörscreenings muss meiner Meinung nach mit Unterschrift der Eltern dokumentiert werden. Hier steht „Stempel“ und „Unterschrift“. Das suggeriert, dass der Arzt das unterschreiben soll. Wenn „Eltern wünschen keine Untersuchung“ angekreuzt werden muss, dann unterschreibt der Arzt. Ich halte diese Ablehnung für so bedeutsam, dass ich denke, dass die Eltern - im Falle des gemeinsamen Sorgerechts sogar beide - unterschreiben sollten. Das würde ich auch so in der Dokumentation vorsehen.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Die Kontroll-AABR bei auffälligem Hörscreening steht hier in der Regel bis zur U2. Die U2 wird meistens schon am dritten, vierten Lebenstag durchgeführt. Die Kontroll-AABR darf aber bis zum zehnten Lebenstag durchgeführt werden. Das würde ich deswegen auch so schreiben.

Bei der Elterninformation zur U2 - da geht es um das Skelettsystem - würde ich „Knochen, Muskeln und Nerven“ statt „Muskeln und Nerven“ schreiben, um es für die Eltern verständlich zu halten.

Zur Dokumentation der Stuhl-Farbe bei der U2: Die ist irrelevant. Bei U2 haben die Kinder teils noch blutige Stühle, teils schwarze Stühle, weil sie bei der Geburt Blut geschluckt haben. Die Stuhl-Farbe ist bei der U2 völlig irrelevant.

Auch die Frage nach schwerwiegender Erkrankung seit der letzten Untersuchung kommt mir bei der U2, nach zwei Lebenstagen, etwas redundant vor.

Die Augenuntersuchung - das habe ich inzwischen von den Augenärzten gelernt - sollte auch nicht „Prüfung im durchfallenden Licht“, sondern „Brücknertest aus der Nähe“ - aus 10 bis 30 Zentimetern - genannt werden. Das würde die Sache vereinheitlichen, weil ab der U4 dann Brücknertest aus Nähe und Ferne Pflicht ist. Also: bei U2 und U3 Brücknertest aus der Nähe.

Die Formulierung zum plötzlichen Kindstod würde ich, um die Eltern nicht unnötig zu beunruhigen, positiver abfassen, also von „Beratung zur Schlafsituation“ oder etwas in der Art sprechen. Es sollte nicht unbedingt gleich etwas von „plötzlichem Kindstod“ darin stehen, sondern daraus hervorgehen, dass man etwas Positives von den Eltern will, dass sie bestimmte Dinge tun sollen.

Bei der U2 ist ein selektives Screening auf Hüftgelenksdysplasie mit Sonografie vorgesehen, und zwar nur bei Risikofaktoren. Diese Risikofaktoren würde ich im Heft spezifizieren, damit das einheitlich durchgeführt wird und sich nicht jeder seine eigenen Risikofaktoren aussucht, da gibt es in der Literatur entsprechende Angaben.

Bei den weiteren Vorsorgeuntersuchungen kommt am Anfang die Geräuschreaktion zu kurz. Man kann zwar sagen „Die haben ja alle ein Hörscreening gehabt.“, aber bekanntlich erfasst das Hörscreening auch nicht alle Hörstörungen und hat die Anamnese, die Angaben der Eltern die größte Bedeutung für die Aufdeckung zusätzlicher Hörstörungen. Das kommt später, bei der U5, glaube ich, sollte aber früher kommen.

Zur Hüftdysplasie: Sie war früher immer in der Dokumentation enthalten, auch die Dokumentation der Hüftabduktionshemmung. Sie ist überhaupt nicht mehr enthalten. Da steht zwar jetzt „passive Beweglichkeit der großen Gelenke“, aber es ist sehr wichtig, gerade die Hüftgelenke auf Abduktion zu prüfen.

Was wir nicht mehr machen wollen, ist die Prüfung des Ortolani. Die ist aber in der bisherigen Dokumentation der Hüftsonografie immer noch enthalten. Da wird die Hüftinstabilität geprüft, das wird mit dem Ortolani gemacht. Der Ortolani wird nicht mehr empfohlen, weil dadurch Hüftkopfdurchblutungsstörungen ausgelöst werden können.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Das soll nicht mehr gemacht werden, die Dokumentation der Hüftsonografie, die unverändert übernommen werden soll, enthält das aber noch. Das sollte in der Dokumentation geändert werden.

Dann habe ich mich gefragt, mit welchem Ziel wir bei der U3 zur Unfallverhütung beraten. Ich finde es ab der U4 sinnvoll, weil sich die Kinder dann drehen und vom Wickeltisch fallen. Aber welche Unfälle verhüten wir schon bei der U3?

Weiter zur Dokumentation: Bei der U4 fängt das an, da steht immer „Abdomen, genitale (inklusive) Analregion“. Warum schreiben wir da nicht einfach „Abdomen, Genitale, Anus“? Dann ist das alles komplett einzeln erwähnt und sprachlich viel einfacher.

Bei der U3 wird über Impfungen aufgeklärt. Jetzt steht bei der U4 wieder „Aufklärung über Impfungen“. Es ist klarer, wenn man den Impfstatus entsprechend den Schutzimpfungsrichtlinien überprüft, denn entsprechend dieser Richtlinie müssten ja bei U4 schon Impfungen vorliegen. Und dass man, wenn sie fehlen, darüber aufklärt, versteht sich von selbst.

Ich muss leider auf einen Inhalt, der in der Kinderrichtlinie schon steht, zurückkommen. Mir erschließt sich nicht, warum wir die Eltern zur Gebärdensprache beraten sollen. Ich glaube auch nicht, dass der durchschnittliche Kinder- und Jugendarzt das überhaupt kann.

In den ersten Vorsorgeuntersuchungen sollen das Neugeborenenhörscreening und das Hüftscreening immer wieder dokumentiert werden, soll noch einmal angekreuzt werden, dass man das geprüft hat. Ich finde es ja richtig, dass man es prüft, aber dass man es noch einmal ankreuzen soll, halte ich für überflüssige Bürokratie, denn das steht ohnehin schon im Heft, das kann man vorn nachlesen, ob das gemacht worden ist oder nicht.

Bei der Interaktionsbeobachtung frage ich mich, wie ein Kind bei der U5, das sich vielleicht noch nicht einmal drehen kann, in unbekanntem Situationen Körperkontakt zur primären Bezugsperson herstellen soll, wenn es auf der Untersuchungsliege liegt. Also entweder hat es Körperkontakt oder es hat keinen. Herstellen kann es den eigentlich nicht selber.

Den Verweis auf den Zahnarzt schon mit der U5 halte ich für überflüssig. Selbstverständlich: Wenn wir Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut feststellen, werden wir überlegen, welche Fachrichtung wir jetzt hier heranziehen müssen. Aber ansonsten ist bei einem Kind von sechs Monaten noch kein Verweis auf eine Untersuchung beim Zahnarzt erforderlich.

Es werden immer wieder Terminvereinbarungen zur nächsten Vorsorge oder zum nächsten Impftermin abgefragt. Beim Impftermin mag es sinnvoll sein, bei den ersten Vorsorgen auch, aber wenn dann die Vorsorgen in halbjährlichem oder jährlichem Abstand folgen, kann ich mir nicht vorstellen, dass ich in meiner Praxis einen Termin für das nächste Jahr zur nächsten Jahresvorsorge mache. Das ist einfach unrealistisch. Das ist alles überflüssige Bürokratie und bläst das auf. Ich meine, man sollte das Heft möglichst schlank lassen.

Zur U6, zur Dokumentation: Da haben wir zwar interessante Items, aber wichtige Items für das Screening, auch wesentliche, die Entwicklung gefährdende Erkrankungen wie Café-au-Lait-Flecken oder Hypopigmentierungen für die Tuberkulose, sind ausgerechnet nicht erwähnt. Das finde ich schade. Das könnte man in die Dokumentation aufnehmen.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Die Frühen Hilfen würde ich sogar bis zur U7a empfehlen, denn die Frühen Hilfen gehen nach dem Gesetz von 0 bis 3 Jahre, und 0 bis 3 Jahre bedeutet: bis einen Tag vor dem 4. Geburtstag.

Das mit dem Hörtest kann ich nur unterstreichen, aber das ist ja Bestandteil der Kinderrichtlinie; das wird sich ja nicht mehr ändern lassen. Das, was ich jetzt gesagt habe, bezieht sich hauptsächlich auf die Dokumentation. Ich würde empfehlen, das Heft in der Form zu verschlanken und auch die Untersuchungsbefunde insgesamt genau daraufhin zu überprüfen, was wirklich für ein Screening relevant ist. Wir müssen nicht bei jeder Vorsorgeuntersuchung jedes Untersuchungsitem untersuchen, was irgendwie möglich ist. Also Herztöne immer wieder abzufragen macht auch mit drei, vier Jahren gar keinen Sinn, weil da fast alle Kinder ein funktionelles Herzgeräusch haben.

Wir müssen das also ein bisschen verschlanken und auf die Dinge spezifizieren, die wirklich screeningrelevant für entwicklungsbedeutsame Items sind, Entwicklung in körperlicher und psychosozialer Hinsicht natürlich. - Vielen Dank.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Lawrenz, für Ihren Strauß an Anregungen. Insoweit haben Sie die Zeit als Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, da Sie ja zu zweit hier sind, insgesamt nicht nur in aller Kürze, sondern in aller Ausführlichkeit genutzt. Dafür herzlichen Dank. – Wer möchte als Nächster sprechen? Herr Kölch, bitte.

Herr Prof. Kölch: Ich werde mich relativ kurz halten. Ihnen liegt ja unsere Stellungnahme vom 26. Februar vor. Ich würde mich an die Vorredner anschließen wollen und nur noch einmal unterstützen, die Beratungs- und Unterstützungsangebote auf jeden Fall auf spätere U-Untersuchungen auszudehnen. Es ist ja auch ein Missverständnis, allein von den früheren Hilfen, die tatsächlich bis zum dritten Lebensjahr gehen, zu sprechen.

Es gibt ja weitere soziale Unterstützungsangebote auch im späteren Lebensalter; das ist nicht auf Frühe Hilfen beschränkt. Insofern halten wir das für extrem wichtig, weil es ja auch nachvollziehbar ist im Hintergrund unserer Fachgesellschaft.

Bedauerlich ist für uns auch das Entfallen der Fragebögen; auch das wollen wir an dieser Stelle unterstreichen, da letztendlich die familiäre Atmosphäre und das Klima der Behandlung für das psychosoziale Wohlergehen von Kindern von großer Bedeutung sind.

Ich möchte etwas abweichend vom Vorredner noch einmal sagen, dass die Interaktionsbeobachtung, die Beobachtung und Dokumentation für uns wichtig ist auch schon in der Untersuchung, die gerade kritisiert worden ist. Es können sich hier durchaus auch Auffälligkeiten zeigen. Was die Dokumentation generell angeht, würden wir auch wie die DGKJ eher die KBV-Position vertreten, die Auffälligkeit dann auch tatsächlich anzukreuzen, nicht nur einen Katalog, was denn generell getan werden sollte, darin zu halten.

Zur Qualitätssicherung und Dokumentation muss ich nicht noch einmal etwas über das, was wir geschrieben hatten, ausführen und möchte an dieser Stelle nur darauf verweisen, dass es für die Jugendlichen im Rahmen des Präventionsgesetzes in der Zukunft Bedeutung haben wird, wie das dann fortgeschrieben wird, was jetzt noch nicht in dieser Beschlussfassung sein konnte. So viel von meiner Seite.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke, Herr Kölch. – Herr Graubner, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Graubner: Ich bin Kinderarzt und leite einen Arbeitskreis der Gesellschaft für Medizinische Informatik, der von Professor Weidmann gegründet und vor mir von Dr. Lagosi geleitet wurde. Beide sind vermutlich einigen von Ihnen noch als Mitinitiatoren des Gelben Heftes bekannt.

Wir unterstützen alle Vorschläge, die für die DGKJ vorgetragen wurden. Ich kann mich deshalb relativ kurz fassen. Nachdrücklich möchten wir uns noch einmal dafür einsetzen, dass die Einschränkung, dass diese vertraulichen Patienteninformationen an keine Institution zur Einsichtnahme gegeben werden dürfen oder müssen, geändert wird. Wir haben auch vorgeschlagen: eine Institution außerhalb des Gesundheitswesens, denn das Gesundheitsamt ist eine ärztliche Einrichtung.

Nachdrücklich möchte ich hinsichtlich der Dokumentation noch einmal darauf hinweisen, dass man wirklich verwirrende Dokumentationsanordnungen vermeiden muss. Bei U7 finden Sie auf einer einzigen Seite: „nur ankreuzen, wenn Items nicht erfüllt werden“, „nur Auffälligkeiten ankreuzen“ und schließlich bei Fragen einerseits feste Zustände oder andererseits Eindrücke, die die Eltern haben. Das verwirrt. Ich, der ich mich sehr mit solchen Sachen beschäftige, habe Schwierigkeiten gehabt, das richtig zu verstehen. Wie sollen das dann 15 000 Kinderärzte richtig machen?!

Wenn ich es richtig gelesen habe, beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten zwei Jahre eine Digitalisierung der Dokumentation zu erreichen. Ich weiß nicht, inwieweit das schon auf der Agenda steht. Wünschenswert wäre es sehr.

Die Kinderärzte müssen in ihrem Praxisinformationssystem dokumentieren EDV, sie müssen ankreuzen in dem Gelben Heft, sie haben vielleicht auch das Grüne Heft des Berufsverbands, und überall müssen sie etwas doppelt und dreifach machen, was ungünstig ist.

Was hier wahrscheinlich nicht zur Debatte steht, was wir aber einfach anmerken möchten: Das Gelbe Heft endet ja bei U9, aber es gibt U10, U11, J1, J2. Der Berufsverband hat ein Heft vorgelegt, das alle diese Vorsorgeuntersuchungen enthält und damit den Eltern ein Dokument in die Hand gibt, schließlich auch den Kindern und Jugendlichen, in dem sie alles finden. Ich weiß nicht, wie weit in dieser Richtung gedacht wird oder wie weit man das ändern möchte.

Einige Schreibvarianten, die ich in Ihrer Beschlussvorlage gefunden habe, würde ich Ihnen noch schriftlich einreichen. Das habe ich beim genauen Studium in der Bahn heute festgestellt. Darauf will ich mich jetzt nicht konzentrieren.

Ein letzter Punkt, der bisher gar nicht vorgetragen worden ist und den wir in unserer Stellungnahme erwähnt haben, betrifft das Problem der Adipositas-Prävention. Bereits ab U7 wird der BMI-Wert ausdrücklich dokumentiert; aber erst bei U9 taucht Adipositas-Prävention erstmals auf. Wir plädieren nachdrücklich dafür, das auch schon ab U9 als eigenes Item zu erwähnen und gleichzeitig die BMI-Perzentilkurven, die das Gelbe Heft enthalten soll, wirklich nach dem neuesten Stand zu nehmen. Sie sind aktuell in der konsensbasierten Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Prävention usw. der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter im vorigen Jahr veröffentlicht worden.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Ich selbst bin durch das DIMDI und die Arbeitsgruppe ICD mit diesen Fragen schon seit längerer Zeit befasst und kann hier darauf hinweisen, dass wahrscheinlich in der ICD-10-GM-2017 nun eine Differenzierung der kindlichen Adipositas für den Code U66 vorgenommen werden wird, wie es bisher bei den Erwachsenen ist. Adipositas-Prophylaxe hat sowohl gesundheitlich wie volkswirtschaftlich eine große Bedeutung. – Danke schön.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Als Nächstes die Zahnärzteschaft, Herr Schiffner, bitte.

Herr Prof. Schiffner: Ich möchte hier gern die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahlheilkunde erläutern. Hintergrund unserer Anmerkungen, die einen formalen, für uns wichtigen Aspekt betreffen, ist die immer noch ungünstige Datenlage über die Karies im Milchgebiss. Wie Sie wissen, haben wir eine Risikogruppe von ungefähr 15 % der Dreijährigen, die schon Karies haben. Es sind im Durchschnitt vier Zähne mit Karies.

Schlussfolgerung: Wir müssen eher anfangen. Dieser Schlussfolgerung kommt auch das Präventionsgesetz nach. Unsere Schlussfolgerung ist aber: Es muss dann auch so organisiert sein, dass das Ganze niedrigschwellig zu formalisieren ist. Das heißt, dass frühere Verweise zum Zahnarzt dann tatsächlich auch erfolgreich sein können. Das ist einerseits die Niedrigschwelligkeit. Dazu zählt aber andererseits auch, dass wir uns angucken: Was sind das für Kinder? Welchen Hintergrund haben sie? Zu einem großen Teil sind es Kinder mit Migrationshintergrund.

Einer der Gründe für eine große Deckungsmenge mit den Kindern mit hohem Kariesrisiko und hohem Kariesbefall ist die Sprachbarriere. Deshalb unser Plädoyer für ganz einfache formale Verweise über ein Ankreuzfeld, um diese Barriere niedrig zu halten.

Eine neue und aktuelle Herausforderung in unserem Fach wie in anderen Fächern besteht in der jetzt auf uns zukommenden Flüchtlingssituation. Wir haben dazu erste Zahlen, und das ist tatsächlich ein bisschen was Neues: Wir wissen, dass über 60 % der Kinder Karies haben. Was aus diesen Zahlen nicht hervorgeht, wenn Sie im Versorgungsalltag sind und die Kinder sehen: Es ist therapeutisch kaum zu bewältigen.

Die Schlussfolgerung kann nur sein - ich meine jetzt nicht die therapeutischen Herausforderungen -, mittelfristig in die Zukunft zu schauen, die Prävention zu stärken auch für diese Gruppen, die noch ganz andere Probleme haben, aber auch deshalb niedrigschwellige Ansätze und deshalb bitte eindeutig das Plädoyer für einfach anzukreuzende Verweise zum Zahnarzt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Schiffner. – Als Nächster Herr Splieth, bitte.

Herr Prof. Splieth: Ich vertrete die DGZMK, die Muttergesellschaft der zahnmedizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Den kieferorthopädischen Teil beim Boarding haben wir schriftlich eingereicht.

Ich meine, dass es im Augenblick unstrittig ist, dass es einen Verweis vom Pädiater zum Zahnarzt geben sollte. Es ist wahrscheinlich gerade in der Diskussion, ob das graduiert erfolgen sollte, das heißt nur bei Risiko, oder ob das ein verpflichtender Verweis sein sollte. Wenn man sich das Ganze einmal evidenzbasiert und wissenschaftlich anschaut, stellt man fest, Karies ist eine relevante Erkrankung nicht deswegen, weil man daran so häufig stirbt,

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

sondern weil sie jeder hat. Wenn Sie überlegen, wer von Ihnen noch nie beim Zahnarzt war oder noch keine Füllung hat, dann wird wahrscheinlich die Zahl gegen null gehen, und das ist bei den Kindern genauso. Alle Kinder in Deutschland bekommen im Wesentlichen Karies. Es gibt eine ganz, ganz geringe Ausnahme. Die Frage ist nur, mit welcher Geschwindigkeit sie das bekommen. Wenn man einmal anschaut, was gerade publiziert ist: „The Global Burden of Disease“, also „Die globale Last von Erkrankungen“, auch für Versorgungssysteme, dann muss man sagen, dass die Zahnmedizin sowohl in Parodontitis als auch Karies bei den Kosten unter den Top Ten ist, nicht wegen der Schwere, sondern einfach, weil die Prävalenz so ungemein hoch ist. Karies ist eine Jedermannserkrankung.

Wenn man überlegt, dass der Pädiater bei Kindern mit einem halben Jahr unterscheiden sollte, ob er das Kind zum Zahnarzt schicken oder nicht hinschicken sollte, dann müsste er valide Kriterien haben, zu sagen: Dieses Kind hat Karies oder bekommt Karies. Karies ist zum Glück eine präventable Erkrankung. Das heißt, er müsste eigentlich an Risikoparametern vorhersehen: In einem halben Jahr halte ich einen Verweis für richtig - dann kommen die ersten Zähne - anhand der wenigen Zähne, ob das Kind potenziell Karies bekommt oder nicht, weil das Ziel der Zahnmedizin ganz klipp und klar ist, Karies zu vermeiden und nicht erst kranke Kinder mit einem kaputten Mund in diesem Alter auf den Narkosetisch zu legen.

Das heißt, der Verweis gilt für jeden, und zahnmedizinische Prävention ist essenziell. Alle Kassenleistungen, die da bei Kindern laufen - bisher Individualprophylaxe und FU ab dem 30. Monat - sind explizit für alle Kinder ausgelegt, weil sie alle epidemiologisch ein Risiko haben.

Außerdem ist es der Zahnmedizin in 20 Jahren Risikoforschung nicht gelungen, für ein kleines Kind an Parametern festzumachen, wann es nun Karies bekommt. Der valideste Parameter ist der Sozialstatus. Das heißt, wir müssten sozial stigmatisieren: Deine Eltern haben einen akademischen Abschluss, dann brauchst du das vielleicht nicht; deine Eltern sind arbeitslos, dann musst du unbedingt hin. Bei einem bei Kleinkindern durchbrechenden Zahn geht das nicht unbedingt anhand des Zahnes. Die Ausbildung des Pädiaters ist natürlich nicht so gut, dass er im Prinzip am Zahn dort Risiken abschätzen kann.

Außerdem war die Politik eigentlich schneller, und beim G-BA wird parallel gerade verhandelt, dass die Politik stört, dass Karies in Deutschland bei Kindern gerade im Milchgebiss noch so hoch prävalent ist, dass es so viele Narkose-Sanierungen gibt. Deswegen gibt es das Präventionsgesetz, das die Präventionsmaßnahmen unter 30 Monaten dem G-BA aufgegeben hat. Das wird auch gerade parallel verhandelt. Deswegen wäre es explizit wichtig, dass darauf einfach jedes Kind, das Zähne hat und das eine hohe Wahrscheinlichkeit hat, Karies zu bekommen, vom ersten Zahn an - und der kommt nach sechs Monaten - präventiv auch Hygienemaßnahmen erklärt bekommt und dass dieser Verweis zum Zahnarzt erfolgt. – Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Last, but not least die Hebammenwissenschaft, Frau Mattern, bitte.

Frau Mattern: Unsere Stellungnahme, die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, bezog sich auf die allgemeinen Teile der Kinderrichtlinien und auf die U1 bis U3. Es sind drei Bigpoints, die ich gern noch vorbringen würde.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Es ist einmal der Hinweis, dass die Mutterschaftsrichtlinien und die Kinderrichtlinien, die nacheinander die gleiche Klientel betreffen, Vorsorgemaßnahmen zur Risikominimierung, Früherkennungsuntersuchungen wie auch Elterninformationen enthalten. Es ist, wie ich letztes Mal schon sagte, ein Konglomerat aus unterschiedlichen Sachen. Es geht nicht nur um Diagnose.

Jetzt geht es hier um das Gelbe Heft. Es gibt dort Elterninformationen, die genutzt werden sollten, um die Gesundheitsbildung der Eltern zu unterstützen. Dazu sollten sich die Elternbriefe, die Mutterschaftsrichtlinien und die Kinderrichtlinien nicht widersprechen; aber das kommt in einigen Teilen so rüber. Das haben wir in unserer Stellungnahme aufgeschrieben. Außerdem sind diese Elternbriefe nach unserer Meinung sehr risikobehaftet. Wir würden darum bitten, dass man die Nutzerinnen im Vorfeld einbezieht, um zu sehen, wie es auf diejenigen, die es benutzen sollen, wirkt.

Das Zweite ist der Hinweis, dass Hebammen auch die U1 durchführen. Sie kommen dort gar nicht vor. Es ist bereits ein Dienstleistungspunkt in der Gebührenverordnung.

Das Dritte ist die Frage, die wir haben, ob es keinen Datenschutzbeauftragten im G-BA gibt. Oder wie kommt es dazu, dass so viele Daten, dazu auch noch im Wortlaut, auf den Mutterpass übertragen werden sollen? Dabei handelt es sich um Daten, die durch IGeL-Leistungen entstanden sind, und vor allen Dingen auch um Daten, die veränderlich sind, zum Beispiel über die psychische und die soziale Belastung.

Nachfragen bei den Eltern, ob man das übertragen darf und ob das noch Bestand hat, in den ersten 30 Minuten, in denen die U1 stattfinden soll, verbieten sich. Die erste Stunde nach der Geburt ist unwiederbringlich reserviert für das Bonding, also das Verlieben der Eltern in ihr Kind. Da reicht es schon, wenn nebenbei - möglichst sensibel - von uns noch die Anpassungsstörung des Kindes oder eine Blutung bei der Mutter kontrolliert werden muss. Es kann nicht sein, dass auch noch der Kinderarzt oder die Hebamme fragt, ob Eintragungen im Mutterpass noch stimmen und in das Gelbe Heft übernommen werden sollen. – Vielen Dank.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Frau Mattern. – Frau Peters, Sie noch?

Frau Peters: Ich habe dem aktuell nichts hinzuzufügen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Dann bedanke ich mich für Ihre Vorträge und darf die Fragerunde eröffnen. Ich bin nur Jurist; links und rechts von mir sitzen die Mediziner. Insoweit haben sie die bohrenden Fragen. Wer möchte? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen. Wir würden gern bei dem allerletzten Punkt anknüpfen, den Sie erwähnt haben. Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtsmedizin hatten uns auf das Problem der Übertragung vom Mutterpass in das Gelbe Heft aufmerksam gemacht. Wir sind ja nun verpflichtet, dies während der U1 durchzuführen, weil dies mit der Richtlinie im letzten Jahr so beschlossen worden ist.

Nun haben wir aber das besondere Problem, dass wir uns fragen müssen: Wie kann das erfolgen? Bislang erfolgt es ja über die Risikonummern. Wir haben also eine Spalte im Heft, in der wir die Risikonummern aufschreiben. Jetzt ist der Vorschlag, es auf Ankreuzfeldern zu machen. Dazu die Frage: Erhöht das noch einmal die anschlussrechtlichen Probleme? Macht es diese Problematik noch einmal deutlich?

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Wir haben unsererseits überlegt, möglicherweise das Einverständnis der Mutter in die Kopfzeile zu nehmen. Erscheint Ihnen das hilfreich, um das Einverständnis der Mutter in dieser Phase zu bitten, oder ist es, wie Frau Mattern gesagt hat, im Zusammenhang mit dem Bonding eigentlich unmöglich, eine Einverständniserklärung der Mutter in diesem Moment zu erwerben?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Diese Frage ging an Frau Mattern, wenn ich das richtig mitbekommen habe, wobei die anderen selbstverständlich, wenn sie sich aufgerufen fühlen, auch noch darauf antworten können. Aber Frau Mattern, Sie haben als Allererste das Wort.

Frau Mattern: Ich finde, es verbietet sich, direkt nach der Geburt noch zusätzlich zu befragen, was aus dem Mutterpass übernommen werden sollte. Normalerweise sind auch bei Beratungen 24 Stunden Bedenkzeit einzuhalten.

Wenn man sie fragen wollte, dann müsste das bereits vor der Geburt passieren. Aber da ist so viel anderes wichtig, nämlich die Geburt selbst, dass Sie kein gutes Statement für die Zeit danach bekommen werden.

Bisher sind die Risikonummern übertragen worden, und jetzt wird es im Wortlaut angestrichen. Dann ist es schon ein bisschen wie eine Stigmatisierung. Man sieht jetzt sofort, worum es geht. Die Praxis ist, soweit ich weiß, dass nicht unbedingt immer alles sofort aus dem Mutterpass übertragen wird. In der Klinik sind mehrere Leute daran beteiligt, das Gelbe Heft auszufüllen. Die einen lassen es weg, die anderen lassen es vielleicht auch weg, aber die Dritten tragen es dann doch noch ein. Was letztlich im Gelben Heft steht, muss nicht unbedingt das sein, was auch im Mutterpass angekreuzt war. Ich fürchte, dass man dazu mehr gedrängt wird, wenn das jetzt auch noch im Wortlaut übernommen werden sollte.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Lawrenz hat sich noch gemeldet. Bitte.

Herr Dr. Lawrenz: Ich habe dagegen eigentlich keine datenschutzrechtlichen Bedenken; denn die Mutter ist ja diejenige, die das Heft in die Hand bekommt und entscheidet, wer Einsicht nehmen kann. Es ist darin auch ausdrücklich vorgesehen, dass außerhalb des Gesundheitswesens niemand Einblick bekommen oder verlangen darf. Das heißt, wenn die Mutter das nicht möchte, bekommt es niemand zu sehen außer dem nachbetreuenden Kinderarzt. Es ist ja im Interesse des Kindes und damit auch im Interesse der Mutter, dass dieser Kinderarzt die wichtigen Informationen bekommt. Deswegen halte ich das für völlig unproblematisch.

Ich möchte außerdem noch etwas ganz kurz kommentieren: Ich bin, glaube ich, von meinem kinder- und jugendpsychiatrischen Kollegen missverstanden worden. Ich habe nicht insgesamt gegen die Interaktionsbeobachtung und die Dokumentation gesprochen; ich bin sogar sehr dafür, nur gegen das Item bei der U5.

Genauso möchte ich den Zahnärzten antworten: Ich bin auch dafür, dass alle Kinder zum Zahnarzt gehen, aber nicht mit einem halben Jahr, wo viele Kinder noch gar keinen Zahn haben, sondern ab einem Jahr. Das finde ich schon sehr früh. Es gibt nicht viele Zahnärzte, die nach meiner Einschätzung ein einjähriges Kind wirklich gut untersuchen können. Es wird vielleicht dann besser, wenn sie es öfter machen.

Ich bin anderer Meinung, was die Adipositas-Prävention betrifft. Denn es gibt für die Adipositas-Prävention leider keine validen und evidenzbasierten Konzepte, die auch Wirkung haben. Deswegen würde ich das hier überhaupt nicht hineinschreiben.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Ich finde es zwar sehr wichtig; aber wenn wir nicht wissen, was wir da machen sollen, dann sollten wir das auch nicht hineinschreiben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war ein bisschen mehr als die Beantwortung der Frage der Patientenvertretung. – Herr Eßer hatte sich auch noch gemeldet.

Herr Dr. Eßer: Ich habe dann die Wortmeldung zurückgezogen, weil der Kollege das sagte, was ich denke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich habe das so insgesamt aufgenommen. – Frau Mattern, Sie haben sich noch einmal gemeldet.

Frau Mattern: Ich möchte noch einen Kommentar hinzufügen für die Fälle, wenn es um Frauen mit Sprachschwierigkeiten oder mit Migrationshintergrund und Flüchtlinge geht. Das Gelbe Heft ist in vielen Händen. Ich glaube nicht, dass diese die Entscheidung treffen können, ob sie es jemandem geben oder nicht.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Kurz eher als Anmerkung dazu, Herr Graubner: Ich bin ein bisschen überrascht, dass Sie jetzt nur noch der Mutter das Recht zuordnen. Vorhin haben Sie darauf hingewiesen, dass beim Sorgerecht auch der Vater verpflichtet werden soll, die Unterschrift in dem Heft zu leisten. Dann ist offensichtlich der Vater auch berechtigt. Er ist selbstredend auch berechtigt. Ich möchte Sie in diesem Zusammenhang schon noch einmal darauf hinweisen, dass die Komplikationen etwas größer sind und nicht die Mutter die alleinige Person ist, die ein Recht auf Einsichtnahme hat.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Sie wollen eine Frage stellen!

Patientenvertretung: Genau. Zur Familienanamnese möchte gern den Deutschen Verband für Kinder- und Jugendmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften befragen. Wir haben bisher die Spalte „vollendete und unvollendete Schwangerschaften“ darin, die wir immer als diskriminierend kritisiert haben. Diese Spalte ist nun gestrichen worden. Jetzt haben wir aber das Problem, auf das in den Stellungnahmen hingewiesen wird, dass wir jetzt gar keine Familien-Anamnese mehr haben. Wir wissen also nicht, ob es sich um eine Erstgeburt oder eine Zweitgeburt handelt.

Das sind die Fragen an die Hebammenwissenschaft und den Bundesverband der Kinder- und Jugendmedizin: Gibt es Unterschiede in der Elternberatung bei Erstkind und Zweitkind oder Drittkind? Und benötigt die Hebamme oder der Arzt die Information darüber, ob es sich um eine Erstgeburt oder eine Folgegeburt handelt?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Man wird gefragt, man muss aber nicht antworten. Möchten Sie antworten? – Die Hebammenwissenschaft und Herr Lawrenz. Frau Peters, Sie haben sich zuerst gemeldet. Sie haben das Wort.

Frau Peters: Wir halten es für die Beratung der Frauen und der werdenden Familien für wichtig, dass wir wissen, ob es sich um eine Erst- oder Mehrgeburt handelt. Es unterscheidet sich die Beratung in der grundsätzlichen Informationsgabe. Ich frage die Eltern zunächst, wie es beim ersten Kind war, wie dabei mit diesem oder jenem Thema umgegangen wurde und ob sie überhaupt Veränderungen wünschen. Für die Beratung der Familien ist es einfach wichtig, zu wissen, ob es das erste oder ein weiteres Kind ist. – Danke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Lawrenz.

Herr Dr. Lawrenz: Das ist natürlich wichtig, aber es muss nicht im Vorsorgeheft stehen. Das ist für uns als Pädiater nicht wichtig.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Wieder die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Ich hätte noch eine Frage an Herrn Lawrenz. Es geht um den Übertrag der Items aus dem Mutterpass. Sie hatten gesagt, dass es sehr wichtig sei, das Heft schlank zu halten. Das treibt die Patientenvertretung ja um, vor allem auch die Sache mit der besonderen psychischen Belastung, was immer das auch sein mag. Was ist daran für Sie so dringend notwendig, dass diese etwas schwierig zu definierenden Items auch noch aufgenommen werden sollen? Ist das zwingend oder entscheidend für das Kind? Man kann sagen, das ist ein Anhaltspunkt. Aber damit tut sich die Patientenvertretung besonders schwer, weil es gerade stigmatisierend sein kann. Sie fordern auch noch, innerhalb des Gesundheitswesens das Heft vorzeigen zu können. Nicht jeder weiß, dass das Gesundheitsamt zum Gesundheitswesen gehört. Das kann verunsichernd sein. Das ist für uns eine sehr wichtige Sache, weil es auch lange, lange stehen kann, weil eventuell neue Untersuchungen dazukommen würden. Es kann also zehn oder zwölf Jahre sichtbar sein, dass irgendwann einmal etwas gewesen ist. Vielleicht können Sie das noch einmal kurz erläutern.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Geht diese Frage an alle?

Patientenvertretung: Es können sich gern mehrere dazu äußern.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Lawrenz ist die Erste, bitte.

Herr Dr. Lawrenz: Ich muss Ihnen da recht geben: Die Formulierung „besondere psychische und besondere soziale Belastung“ ist ein Gummiparagraf, die wird jeder unterschiedlich ankreuzen und jeder unterschiedlich verstehen. Es würde mich nicht stören, wenn das beides entfällt.

Die anderen Dinge sind wesentliche medizinische Informationen, die für die Weiterversorgung des Kindes von großer Bedeutung sind und wo ich davon ausgehe, dass nicht nur die Mutter, sondern auch der Vater Interesse daran hat, dass dem betreuenden Kinder- und Jugendarzt diese Informationen vorliegen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Kölch.

Herr Prof. Kölch: Dem möchte ich aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ein bisschen widersprechen. Bei der letzten Anhörung hatten wir dieses Thema auch schon. Ich könnte mich quasi auf das Wortprotokoll von vor einem Jahr beziehen, auf das, was wir damals gesagt haben. Das ist schon von Bedeutung. Dann wissen wir auch von Frühen Hilfen u. Ä. Es ist natürlich vermeintliches Stigma versus Risiko für das Kind. Aber es hat gerade im ersten Lebensjahr eine relativ hohe Bedeutung. Für mich ist es eher eine technische Frage: Wie schult man letztendlich, dass man weiß, was damit gemeint ist? Aber beide Items sind letztendlich für die frühe Entwicklung des Kindes von großer Bedeutung.

Herr Dr. Eßer: Man muss allerdings dazu sagen, dass zurzeit Strukturen aufgebaut werden, um Familien, die besondere seelische oder auch körperliche Probleme haben, auch Erbproblematiken oder psychische Belastungen, anders helfen zu können.

Es gibt ja die frühen Hilfen, die bereits vorgeburtlich, bei der Geburt und nach der Geburt greifen, es gibt Beispiele wie den Babylotsen in Hamburg oder auch in Berlin, und es gibt eine große Bundesarbeitsgemeinschaft, wo sich alle die zusammengefunden haben, die die Eltern in diesen Bereichen begleiten. Wenn wir sicher sind, dass das institutionalisiert wird, dann kann man tatsächlich diese Risikofaktoren im Heft nicht mehr benennen. Aber so weit sind wir eben noch nicht.

Das, was uns Kinderärzte immer bewegt, ist das Wohl des Kindes. Ich verstehe sehr wohl, dass auf das Wohl der Mutter Rücksicht genommen wird. Auf der anderen Seite brauchen wir natürlich Informationen für die Kinderärzte, die dann die Nachsorge nach der Geburt betreiben. Wenn diese Informationen nicht vorhanden sind, kann es zum Schaden des Kindes sein. Deswegen sind wir in der Zwickmühle.

Ich verstehe sehr wohl Ihre Überlegungen und auch die Rechte der Mutter. Auf der anderen Seite muss man natürlich den Nutzen für das Kind sehen. Deswegen ist mein Plädoyer, das im Moment noch etwas in der Schwebe zu halten und darauf zu drängen - und das können wir alle, weil wir auch politisch engagiert sind -, dass diese frühen Hilfen etabliert werden vor der Geburt, bei der Geburt und nach der Geburt. Dann hätten wir dieses Thema nicht mehr.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Mattern, bitte.

Frau Mattern: Es geht ja um die Belastungen, bei denen nicht klar ist, was darunter zu verstehen ist - jeder versteht etwas anderes darunter -, die auch veränderlich sind. Wenn eine Frau zustimmt, weil sie sich von ihrem Mann in der Schwangerschaft trennt, dass man das hineinschreibt, dann wird das bei der Geburt direkt ins Gelbe Heft übernommen und hat überhaupt keine Relevanz mehr. Es ist wirklich nicht klar, was unter „sozialen und psychischen Belastungen“ zu verstehen ist. Daher kann ich nicht verstehen, dass man das dann in ein Heft überträgt, das dem Kind gehört, und man dies als Mutter als Stigma immer mitträgt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Frau Mattern, die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften hat gerade auch in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass es in dem Gelben Heft Widersprüche zu anderen G-BA-Regelungen gibt. Können Sie bitte erläutern, welche Widersprüche Sie hier meinen?

Frau Mattern: Ich könnte als Beispiel den Gestationsdiabetes nennen. Dabei geht es im Elternbrief, in der Mutterschaftsrichtlinie um Probleme, die bei der Geburt auftreten könnten. Es wird nicht beschrieben, dass es für das Kind ein Folgeproblem gibt. Nach den Kinderrichtlinien soll es übernommen werden, weil es für die Gesundheit des Kindes so wichtig sei, ob eine Frau Gestationsdiabetes hatte oder nicht. Das wäre ein Punkt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war ja auch Teil Ihrer schriftlichen Stellungnahme, wenn ich es richtig in Erinnerung habe. – Noch einmal Herr Lawrenz, bitte.

Herr Dr. Lawrenz: Dazu einen kurzen fachlichen Kommentar aus Sicht der Pädiatrie. Auch Kinder von Müttern mit Gestationsdiabetes haben ein erhebliches Risiko für postnatale Hypoglykämien und müssen entsprechend überwacht werden. Deswegen ist diese Information für die Betreuung des Kindes extrem wichtig.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Herr Eßer, Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass es ein Freifeld für Präventionsempfehlungen geben soll. Wir würden Sie gern fragen: Wie stellen Sie sich das vor, dass die Präventionsempfehlungen in das Gelbe Heft, in die Dokumentation und in die Beratung eingespeist werden?

Herr Dr. Eßer: Da im Moment noch nicht vollständig abgeklärt ist, wie das ablaufen soll - im Moment hat das Präventionsforum noch nicht getagt, die Präventionskonferenz gab es erst einmal -, haben wir das offen gelassen. Wir denken schon, dass wir vom Kinderarzt aus Empfehlungen aussprechen können. Es ist dann die Frage: Soll der Kinderarzt hingehen und genau die Institution benennen, zu der die Mutter gehen soll: Gehen Sie zu den Frühen Hilfen oder zum Sozialamt oder zu einer krankengymnastischen Übungsbehandlung. Da das noch nicht klar ist und das Heft irgendwann einmal in Druck gehen sollte, haben wir gedacht, dass man das so frei hält, dass der Kinderarzt das selbst entscheiden kann.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Zur Patientenvertretung: Ich werde zukünftig keine Fragen mehr zulassen, die nicht diese Anhörung betreffen. Das war jetzt eine Frage, die darüber hinausging. Ich bitte noch einmal, dieses Anhörungsthema in Ihren Herzen zu bewegen und aus diesem Anhörungsthema die Fragen zu stellen. Bitte, noch einmal die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Ich beziehe mich auf das Recht des Kindes. Sie sagten, dass es richtig ist, dass in dem Gelben Heft nicht Dinge, die die Rechte der Mutter betreffen, dokumentiert werden sollen. Ich bin der Meinung, dass, wenn bei einem beispielsweise Zehnjährigen in dem Vorsorgeheft steht, dass die Mutter psychische Probleme hatte, dies durchaus auch das Recht des Kindes betrifft. Deswegen wäre meine Frage an alle meine Kollegen Kinderärzte, ob sie nicht auch sehen, dass dieser Eintrag auch das Recht des Kindes betrifft.

Herr Dr. Eßer: Sie meinen, wenn ich es richtig verstanden habe, dass es so sein sollte, dass ein solcher Eintrag erfolgt. Habe ich Sie damit richtig verstanden?

Patientenvertretung: Nein, ich meine, dass man ihn unterlassen sollte, zumal ich meine, dass es, wie schon klar geworden ist, erstens ein etwas schwammiger Begriff ist und zweitens auch nichts, wo der Kinderarzt oder andere Vertreter des Gesundheitswesens wirklich auch eine Therapie anbieten können.

Herr Dr. Eßer: Wenn Sie meine persönliche Meinung hören wollen: Ich würde das auch weglassen. Ich halte das für diffamierend für die Frau. Das ist meine persönliche Meinung dazu. Wir wissen auch nicht: Ist es eine erbliche Problematik, ist es eine Akutproblematik aufgrund einer Trennung usw.? Viel wichtiger wäre - aber das steht ja auch nicht drin -, ob zum Beispiel in der Schwangerschaft geraucht wurde. Und wenn wir auf den Gestationsdiabetes zurückkommen, ist es so, dass wir wissen, wenn eine Frau Gestationsdiabetes hat, ist das Risiko, dass das Kind dies später als Diabetes Typ II bekommt, auch groß und dass das Kind eine maximale Adipositas entwickeln kann.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Das sind eigentlich Dinge, die wirklich relevant sind. Wir wissen auch, dass psychische Probleme der Mutter in der Schwangerschaft dazu führen, dass es vorzeitig zu Arteriosklerose bei den Kindern kommen kann, dass die Hirnreifung gestört ist usw. All das fragen wir gar nicht, weil es ausgesprochen problematisch ist, so etwas im Einzelfall zu fragen. Wir plädieren von der wissenschaftlichen Fachgesellschaft vielmehr dafür, etwas wissenschaftlich zu evaluieren.

Wir haben Riesenprobleme, die Bundesregierung und die Forschungsinstitutionen dafür zu gewinnen. Wir haben eine nationale Kohorte in Deutschland, die fängt mit 20 Jahren an und soll die Volkskrankheiten erkennen lassen. Diese werden aber größtenteils vor der Geburt gesetzt, und das wird einfach in diesen politischen und Forschungsgremien nicht berücksichtigt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Auch diese Antwort gehörte nur teilweise zu der Anhörungsproblematik, die wir insgesamt hier haben. – Die Patientenvertretung meldet sich wieder. Bitte.

Patientenvertretung: Wir haben Ihnen in der Anhörung und im schriftlichen Verfahren sehr viele Bedenken mitgegeben und gesagt: Es ist sehr überladen usw., es gibt eine ganze Menge Schwierigkeiten. Wir haben jahrelang über das Gelbe Heft diskutiert. Sie sagen jetzt auch, es müsste erst einmal eine Nutzer- und Nutzerinnenbewertung durchgeführt werden. Wir sind eigentlich ein bisschen ratlos, wie man jahrelang unter Einbeziehung aller Beteiligten darüber so viel verhandeln kann und dann trotzdem Dutzende von kleinen, sehr strittigen, nickligen Fragen auftauchen mit den entsprechenden Inkonsistenzen.

Wie ist denn Ihr Vorschlag zu einem Verfahren, wirklich eine Nutzer-/Nutzerinnentestung zu machen? Wir sind hier ratlos, und vielleicht wissen Sie etwas dazu.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte eine Antwort!

Herr Dr. Eßer: Diese Ratlosigkeit besteht auch unsererseits, dass man über so viele Jahre so viel darüber diskutieren kann und zum Schluss dann noch so viel darüber geredet werden muss. Wir haben in unseren Unterlagen auch noch redaktionelle Veränderungen eingetragen, die wir hier gar nicht alle erwähnt haben. Praktisch auf jede Seite haben wir etwas in Rot geschrieben, wo wir meinen, dass etwas anders gemacht werden sollte. Das alles sind Informationen von unseren Gesellschaften. Das ist also nicht durch mich hineingesetzt worden.

Wenn Sie fragen, wie man das Verfahren jetzt machen sollte, sage ich: Man hätte im Prinzip eine Evaluation machen sollen, und zwar in einem bestimmten Bereich, zum Beispiel in einem Bundesland oder mit 50 000 Befragungen, und hätte dann sehen sollen, wie dieses Heft ankommt. Aber die Idee war offensichtlich in der Fachgesellschaft ganz klar: Erst die Evaluation mit einer bestimmten Anzahl von Patienten und Ärzten, dann guckt man, ob es funktioniert, und dann wird es umgesetzt. Das wäre unsere Idee gewesen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Es gibt weitere Wortmeldungen. Bitte, Herr Splieth.

Herr Prof. Splieth: Für die Zahnmedizin würde ich in Anspruch nehmen, dass das nicht so ist. Man kann das eigentlich verschlanken. Das liegt auch in unserem Interesse. Ich möchte zum einen Herrn Lawrenz widersprechen.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Mit einem halben Jahr bekommen die Kinder ihren ersten Zahn; das weiß die Zahnmedizin. Das ist auch ein wesentliches Erlebnis in der Entwicklung eines Kindes. Es geht um Konditionierung, dass von diesem ersten Zahn an Prävention gemacht und geputzt wird. Man kann nicht warten, bis alle ein Jahr alt sind und alle garantiert einen Zahn haben.

Der zweite realistische Punkt ist: Wenn man überlegt, dass sie mit sechs, sieben Monaten bei der U5 sind und dann verwiesen werden, dann dauert es immer noch einen gewissen Zeitraum, bis sie überhaupt beim Zahnarzt aufschlagen oder dass einige trotz dieses Verweises erst nach dem ersten Lebensjahr kommen.

Das heißt, für die Zahnmedizin wäre es ganz einfach, ganz klar. Man braucht keine Kriterien, und es ist absolut machbar und auch im Sinne der Politik, des Präventionsgesetzes zu sagen: Mit dem ersten Zahn wird angekreuzt: Verweis „Zahnarzt“ ist gegeben worden. Dann ist das fertig, machbar und schlank.

Wenn das für die anderen Bereiche komplizierter ist, habe ich dafür großes Verständnis. Einige der Probleme sind natürlich komplexer. Aber ich denke an eine Machbarkeit. Damit, das jetzt wieder aufzudröseln, wann und unter welchen Kriterien das gemacht worden ist, bringt man den Pädiater um. Was ich von den Pädiatern höre, ist: Der alte Katalog war schon voll, wenn man den jetzt auch noch abarbeiten soll und dann für jedes immer Kriterien hat, die rauf- und runtergehen, würde ich eine Machbarkeit nach zwölf Jahren infrage stellen. Aber für die Zahnmedizin lässt sich das sehr einfach und schlank lösen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Graubner, bitte.

Herr Dr. Graubner: Sie haben eben nach Verbesserungen bei der Dokumentation gefragt. Ich will es am Beispiel der U7 deutlich machen, wo für die orientierende Beurteilung der Entwicklung steht: Nur ankreuzen, wenn die Items nicht erfüllt werden. Normalerweise müssen sie erfüllt sein. Hier würde ich vorschlagen: Bei Grobmotorik wird beschrieben, was man verlangt, dann ist ein Kreuz, daneben steht: „Nicht erfüllt“ bzw. „auffällig“. So könnte man das überall machen und hätte das Problem gelöst, dass das so merkwürdig formuliert ist, oder bei Anamnese nur Auffälligkeiten ankreuzen: Da stehen schöne Sachen wie „abnorme Stühle“, „Kariesprophylaxe mittels Fluorid“ und dann: „Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?“ Man könnte auch schreiben: „Sprachentwicklung des Kindes nicht zufriedenstellend“ oder irgend so etwas, sodass alles gleichmäßig formuliert ist, und dann wird es angekreuzt. Das nur als zwei Beispiele.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen?

Frau Mattern: Darf ich noch?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ja, natürlich.

Frau Mattern: Vielen Dank. Das eine ist ja, wie man etwas ankreuzt oder ob man ähnliche Fragen stellt und ähnlich beantworten kann; das wird jede Layout-Firma irgendwie machen können. Uns ging es für die Nutzerinnenperspektive um die Elterninformationen, darum, dass diese zur Gesundheitsbildung beitragen und nicht Risiken in den Vordergrund stellen, sodass jeder denkt: Nee, lese ich besser nicht durch.

Anlage 8 der Zusammenfassenden Dokumentation: Neufassung Kinder-Richtlinie

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Die Patientenvertretung hat sich gemeldet. Bitte.

Patientenvertretung: Nur eine kurze Frage zu dem Thema, wann an den Zahnarzt verwiesen werden soll. Es gibt eine Diskussion, ob nach sechs Monaten oder nach einem Jahr. Es ist doch sehr unterschiedlich, wann die Zähne kommen. Es stellt sich die Frage: Ist es nicht auch hinreichend, dass Kinderärzte darauf verweisen, dass die Zähne regelmäßig geputzt werden sollen? Und vielleicht könnte man eine Einigung auf ein Jahr treffen, wo die meisten Kinder Zähne haben.

Sie haben auch gesagt: Es gibt ein spezielles Risiko dabei, also Migrationshintergrund. Und gibt es genügend Zahnärzte, die die Sprache beherrschen? Sie sagen, das Kreuz würde quasi den Zugang erleichtern. Reichen die Informationen? Gibt es Sprachdefizite? Was macht man dann beim Zahnarzt? Sagt man: „Putzen Sie die Zähne und zeigen Sie das?“ Oder wie sieht das dann konkret aus?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Schiffner.

Herr Prof. Schiffner: Zunächst einmal möchte ich für die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde klarstellen: Kinderzahnärzte können das, sie können mit Kindern um ein Jahr eine Risikoeinschätzung durchführen. Unser Ziel ist ja nicht, mit einem Jahr eine Füllung zu legen oder einen Zahn zu extrahieren, sondern das gerade zu vermeiden.

Zu Ihrer Frage: In den einschlägigen Praxen arbeiten wir über Piktogramme und über Demonstrationen, das sind unsere Fachkräfte, die letztlich nach der ärztlichen Risikoeinschätzung mit den Müttern das Ganze durchspielen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Splieth.

Herr Prof. Splieth: Es gibt natürlich zum einen die Frage: Wie viele Kinderzahnärzte gibt es? Diese kann ich Ihnen genau beantworten. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde hat 1 200 Mitglieder. Das reicht nicht für jedes Kind in Deutschland, ganz klar. Aber die Zahnärzte haben ein Prüfungsfach „Kinderzahnheilkunde“. Dabei wird unterrichtet und abgeprüft, was deutlich über den Rahmen hinausgeht, den Mediziner im Prinzip in ihrer Ausbildung haben.

Wenn Sie sich die Politik angucken, stellen Sie fest, dass die Zahnmedizin ein Musterbeispiel der Präventionsgeschichte ist. Wir haben in den letzten 30 Jahren zu 90 % aus der Zahnmedizin heraus mit grober und Individualprophylaxe in Deutschland - 1983 waren wir das Land mit den schlechtesten Zähnen in der halbwegs zivilisierten Welt - inzwischen Länder wie die USA überholt. Wir sind auf den Spitzenplätzen mit Skandinavien und der Schweiz. Das heißt, das ist aus der Zahnmedizin heraus geleistet worden. Es gibt überhaupt keine Fragezeichen, ob die Zahnmedizin das kann. Es gibt ein paar ältere Männer, die im Wesentlichen im Westen sitzen, weil im Westen Kinderzahnheilkunde nicht verpflichtend war; aber das ist ein Problem, das sich dadurch reduziert, dass die Zahnmedizin viel weiblicher wird und dass wir viele Prophylaxehelferinnen ausgebildet haben.

Da, wo wir es gekonnt haben, bei der Individualprophylaxe „bleibendes Gebiss ab sechs Jahren“, gibt es 90 % Kariesrückgang. Dann gibt es in der Kindergartenphase, also drei bis sechs, wo wir über Gruppen- und Individualprophylaxe dran sind, noch 60 % Kariesrückgang, aber wir haben fast keinen Kariesrückgang bei den Null- bis Dreijährigen. Ich bin Leiter der deutschen Studie, die diese deutschlandweit über die Kindergärten und Krippen untersucht. Es ist das erste Mal, dass das national passiert.

Dort sehen wir, dass das Problem in Deutschland nicht gelöst ist. Es ist in Deutschland nicht gelöst mit den bisherigen Konzepten, dass das beim Pädiater einfach so unter einem von vielen Items angesprochen wird. Überall da, wo das seit 30 Jahre durch Zahnärzte gemacht wird - es ist auch Kassenleistung -, geht es deutlich herunter. Diese Kompetenz gibt es, es gibt türkische Zahnarthelferinnen usw., es gibt eine große Gruppe von Iranern u. a., die Zahnmedizin an vielen Standorten studiert haben. Von daher ist es mit den jungen Kindern hervorragend machbar, genauso wie es bei den größeren Kindern auch machbar ist.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Lawrenz. Aber bitte jetzt keinen Disput zwischen Kinder- und Jugendärzten und Zahnärzten, wenn es irgendwie geht. Ich würde sie lieber als monolithischen Block wahrnehmen. Aber Sie haben das Wort, Herr Lawrenz.

Herr Dr. Lawrenz: Ich möchte keinen Disput daraus machen. Ich bin auch gar nicht anderer Meinung als Herr Splieth, bis auf das erste Lebensjahr. Ich möchte nur in Erinnerung rufen, dass es auch eine evidenzbasierte Medizin gibt. Wenn wir etwas einführen, zum Beispiel im Neugeborenen-Screening, dann wird genau geguckt, ob es dafür Studien gibt, die zeigen, dass dieses Screening effektiv ist. Es gibt keine Studie, die zeigt, dass ein Zahnarztbesuch noch vor dem ersten Geburtstag die Häufigkeit von Karies im Milchgebiss vermindert. Ich bin durchaus daran interessiert, das wissenschaftlich nachzuweisen. Aber ich möchte den G-BA bitten, nur Maßnahmen zu ergreifen, die auch evidenzbasiert sind.

Herr Prof. Splieth: Wenn wir das wirklich für die medizinischen Leistungen in der Kassenmedizin machen, dann würden wir wahrscheinlich 70 % der Leistungen nicht erbringen dürfen. Ich bin Wissenschaftler.

Der zweite Punkt ist: Wenn man sich ein bisschen in der Wissenschaft auskennt, kann man das natürlich als RCT, als Randomized Clinical Try machen. Aber damit wird man nicht ein Gesundheitssystem evaluieren können. Die Länder, die das gemacht haben, wie die skandinavischen Länder, haben eine kommunale Jugendzahnpflege. Sie verschicken mit sieben, acht Monaten die Karten, dann wird das gemacht. Das sind die Ersten gewesen, die eine signifikante Reduktion und niedrige Karieswerte auch im Milchgebiss haben. Deutschland ist hier leider nicht Klassenbester, sondern bekommt eher eine Vier-minus.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie uns die Ehre Ihres Besuchs gegeben haben, dass Sie uns so ausführlich Rede und Antwort gestanden haben.

Die Anhörung ist damit geschlossen.

Würdigung der Stellungnahmen:

Die mündlichen Stellungnahmen enthalten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren und im Rahmen der Würdigung zu entsprechende Änderungen am Beschlussentwurf geführt haben. Somit ergibt sich aus den mündlichen Stellungnahmen für den Beschlussentwurf kein Änderungsbedarf.

Die Patientenvertretung sieht sich durch die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft in ihrer Auffassung bestätigt, dass die Angaben „besondere psychische Belastungen“, „besondere soziale Belastungen“ und „Abusus“ nicht aus dem Mutterpass in das Gelbe Heft übertragen werden sollen.