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

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

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 Anhaltsbögen 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 Anhaltsbögen 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 Gefahrenabwendung ab. Im Sinne einer zukünftig stärker primärpräventiven 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 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.

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. Gallengangsatresie)" zu diesem Zeitpunkt eher auf eine hämolytische Anämie hinweisen würde. Ein Verdacht auf eine Gallengangsatresie würde einen Ikterus prolongatus, der mehr als 14 Tage nach der Geburt weiter besteht, voraussetzen.

§ 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.

§ 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 Untersuchungen).

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 Geburtsanamnese auch die Frage nach Ernährung, nach Schlafrhythmus und Selbstregulation des Säuglings dazu. Ob dies in einem freien Gespräch oder unter Zuhilfenahme eines strukturierten Leitfadens erfolgt, sollte der Expertise des jeweils untersuchenden Arztes überlassen 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 muttersprachlichen Interaktion mit dem Kind kann erst zu einem späteren Zeitpunkt Hinweise auf Integrationshemmnisse 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 Neugeborenenscreenings, 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 sozialemotionale 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 konfirmatorische 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 inzwischen 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