Uheft-eva

Evaluation gem. § 69 Abs. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

STUDIEN BERICHT

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

© Alle Rechte vorbehalten

Uheft-eva

Evaluation gem. § 69 Abs. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

Friederike A. Haaß
Julia Talamo
Karsten Zich
Paul Roll
Julia Katharina Wolff
Bernd Deckenbach
Hans-Dieter Nolting

Abschlussbericht

für den Gemeinsamen Bundesausschuss

Berlin, Juli 2023

Autoren

Dr. Bernd Deckenbach
Dr. Friederike A. Haaß
Hans-Dieter Nolting
Paul Roll
Julia Talamo
Dr. Julia Katharina Wolff
Karsten Zich
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

© Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung 12

1. Einleitung 14
1.1 Hintergrund und Ziele 14
1.2 Übersicht über die Struktur des Abschlussberichts 15
1.3 Danksagung 15

2. Methodik 17
2.1 Übersicht über das Evaluationsdesign 17
2.2 Erhebungen in Arztpraxen 18
2.2.1 Initiale Interviews mit Ärztinnen und Ärzten 19
2.2.2 Arztfragebogen und U-Sammelbögen 20
2.2.3 Fallanalysen 22
2.2.4 Nachgehende Interviews mit Ärztinnen und Ärzten 26
2.2.5 Gruppendiskussion mit Ärztinnen und Ärzten 28
2.3 Erhebungen bei Eltern 28
2.3.1 Zugangswege 28
2.3.2 Elternfragebogen 30
2.3.3 Interviews mit Eltern 31
2.3.4 Kopien Gelber Hefte 32
2.4 Erhebung in Krankenhäusern 33
2.5 Analyse von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten 33
2.5.1 Ermittlung der Häufigkeit der Diagnosedokumentation 38
2.5.2 Ermittlung des Alters bei erstmaliger Diagnosedokumentation 39
2.6 Datenanalysen 40

3. Rücklauf der Erhebungen und Stichprobencharakterisierung 41
3.1 Erhebungen in Arztpraxen 41
3.1.1 Arztfragebogen und U-Sammelbögen 41
3.1.2 Fallanalysen 48
3.1.3 Nachgehende Interviews mit Ärztinnen und Ärzten 50
3.2 Erhebungen bei Eltern 51
3.2.1 Elternfragebogen 51
3.2.2 Interviews mit Eltern 54
3.2.3 Kopien Gelber Hefte 55
3.3 Erhebungen in Krankenhäusern 57

4. Ergebnisse der Evaluation von Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie 58
4.1 Untersuchung der Augen (U2-U9) 58
4.1.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 58
4.1.2 Inspektion und Prüfung im durchfallenden Licht (U2 und U3) 60
4.1.3 Brückner-Test (U4–U7) 62
4.1.4 Inspektion, Pupillenstatus, Hornhautreflexbildchen, Stereo-Test und Formenwiedererkennungstest (U7a–U9) 64

4.2 Untersuchung des Hörvermögens (U8) 73
4.2.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 73
4.2.2 Hörtest mittels Tonschwellenaudiometrie (U8) 74
4.3 Untersuchung der Zähne und der Schleimhaut (U6) 77
4.3.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 77
4.3.2 Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut (U6) 79
4.4 Untersuchung auf Gallengangatresie (U2–U4) 80
4.4.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 80
4.4.2 Ergebnisse zu Gallengangatresie aus Arztpraxen 81
4.4.3 Ergebnisse zu Gallengangatresie aus Krankenhäusern 83
4.5 Untersuchung auf Sprach- und Sprechstörungen (U5–U9) 85
4.5.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 85
4.5.2 Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen 88
4.5.3 Häufigkeit der Diagnosedokumentation 94
4.5.4 Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation 97
4.5.5 Häufigkeit von erweitertem Beratungsbedarf und Durchführung von Sprachberatung 99
4.5.6 Diagnostische und therapeutische Maßnahmen 104
4.6 Untersuchung auf Entwicklungsverzögerungen (U3–U9) 109
4.6.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 109
4.6.2 Häufigkeit der Diagnosedokumentation 111
4.6.3 Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation 111
4.6.4 Mit Entwicklungsverzögerungen assoziierte Auffälligkeiten 119
4.7 Information und Beratung der Eltern (U2–U9) 142
4.7.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 142
4.7.2 Feststellung von erweitertem Beratungsbedarf (U2–U9) 145
4.7.3 Information zu regionalen Unterstützungsangeboten (U2–U6) 146
4.7.4 Wahrnehmung der Beratung durch Eltern (U3–U5, U7a–U9) 148

5. Ergebnisse der Evaluation von Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie 151
5.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen 151
5.2 Vorliegen des Gelben Hefts bei U-Untersuchungen 153
5.3 Häufigkeit der Dokumentation im Gelben Heft 154
5.3.1 Dokumentation von Auffälligkeiten 156
5.3.2 Dokumentation von erweitertem Beratungsbedarf 162
5.4 Lückenlosigkeit der Dokumentation im Gelben Heft 164
5.4.1 Lückenlose Dokumentation einer U-Untersuchung 164
5.4.2 Lückenlose Dokumentation eines Gelben Hefts 167
5.5 Aufwand für die Dokumentation im Gelben Heft 172
5.6 Nutzung der Teilnahmekarte 174
5.6.1 Ausfüllen der Teilnahmekarte 175
5.6.2 Nutzung zum Nachweis der U-Untersuchungen 177
5.7 Wahrnehmung des Gelben Hefts durch Eltern 178
5.7.1 Allgemeine Elterninformation 179
5.7.2 Datenschutzhinweis 181

5.7.3 Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen 186
5.7.4 Notizen der Eltern 195
5.7.5 Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt 198
5.7.6 Verbesserungsvorschläge 203
5.8 Wahrnehmung des Gelben Hefts durch Ärztinnen und Ärzte 205
5.8.1 Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen 205
5.8.2 Notizen der Eltern 211
5.8.3 Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt 212
5.8.4 Nutzung des Gelben Hefts für die Beratung der Eltern 229
5.8.5 Verbesserungsvorschläge 231

6. Schlussfolgerungen und Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie 234
6.1 Limitationen und Stärken 234
6.1.1 Vollzähligkeit der Stichproben 234
6.1.2 Repräsentativität der Stichproben 238
6.1.3 Vollständigkeit und Konsistenz der Daten 241
6.1.4 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie 242
6.1.5 Auswirkungen des Zeitpunkts der Durchführung der Evaluation 243
6.2 Untersuchung der Augen 244
6.3 Untersuchung des Hörvermögens 247
6.4 Untersuchung der Zähne und der Schleimhaut 248
6.5 Untersuchung auf Gallengangatresie 250
6.6 Untersuchung auf Sprach- und Sprechstörungen 251
6.7 Feststellung von Entwicklungsverzögerungen 255
6.8 Information und Beratung der Eltern 257
6.9 Nutzung des Gelben Hefts 258
6.9.1 Teilnahmekarte 259
6.9.2 Allgemeine Elterninformation und Datenschutzhinweis 260
6.9.3 U-spezifische Elterninformationen und Notizfeld für Eltern 262
6.9.4 Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt 264
6.9.5 Nutzung für die Beratung, Aufwand und Zweck der Dokumentation 269

7. Anhang 271
A1 Fragestellungen der Evaluation 272
A2 Liste zu betrachtender ICD-Codes, Häufigkeit und Zuordnung zu Gruppen 276
A3 Übersicht der Inhalte der separaten Anlage 283

8. Literaturverzeichnis 284

Abbildungen 6
Tabellen 8
Abkürzungsverzeichnis 11

Abbildungen

Abbildung 1: Vergleich Lebendgeborene 2013 gemäß statistischem Bundesamt und 0-Jährige 2013 in den Abrechnungsdaten 36

Abbildung 2: Nachbeobachtbarkeit der Geburtskohorte 2013 in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten 38

Abbildung 3: Relative Häufigkeit der Feststellung von Transilluminationsauffälligkeiten mit und ohne Anwendung eines binokularen Autorefraktometers 64

Abbildung 4: Relative Häufigkeit der Durchführung von unterschiedlichen Sehtests in den U7a- bis U9-Untersuchungen 67

Abbildung 5: Relative Häufigkeit von Sehtests in U7a- bis U9-Untersuchungen, die mit einem binokularen Autorefraktometer durchgeführt wurden 67

Abbildung 6: Relative Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten bei unterschiedlichen Sehtests in den U7a- bis U9-Untersuchungen 71

Abbildung 7: Relative Häufigkeit von U5- bis U9-Untersuchungen, in denen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden 89

Abbildung 8: Relative Häufigkeit der erstmaligen Dokumentation der Diagnose F80.- (gesichert) nach Alter der Kinder 97

Abbildung 9: Relative Häufigkeit von erweitertem Beratungsbedarf zum Thema Sprache in U5- bis U9-Untersuchungen 100

Abbildung 10: Relative Häufigkeit der Veranlassung von diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen zu Sprach- und Sprechstörungen in U5- bis U9-Untersuchungen 105

Abbildung 11: Anteil der Kinder in der Studienpopulation mit erstmaliger Dokumentation der Diagnose Q10.- im jeweiligen Alter in Quartalen 113

Abbildung 12: Kumulativer Anteil der Kinder in der Studienpopulation mit erstmaliger Diagnosedokumentation bis zum Alter von 24 Quartalen anhand von fünf beispielhaften Diagnosen 115

Abbildung 13: Relative Häufigkeit lückenlos dokumentierter U-Untersuchungen nach vereinfachter und strenger Definition 166

Abbildung 14: Einschätzung der Eltern zur Verständlichkeit der Allgemeinen Elterninformation im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Wie gut haben Sie die Elterninformation am Anfang des Gelben Hefts verstanden?“ 181

Abbildung 15: Einschätzung der Eltern zur Verständlichkeit des Datenschutzhinweises im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Wie gut haben Sie die Datenschutzinformation am Anfang des Gelben Hefts verstanden?“ 183

Abbildung 16: Wissensfrage zum Datenschutzhinweis im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Darf jemand Einsicht in das Gelbe Heft Ihres Kindes verlangen?“ 185

Abbildung 17: Relative Häufigkeit des Lesens der U-spezifischen Elterninformation durch die Eltern vor bzw. nach der U-Untersuchung ihres Kindes differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund 189

Abbildung 18: Einschätzung der Eltern zur Nützlichkeit der U-spezifischen Elterninformation im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Wussten Sie nach dem Lesen der Elterninformation, was Sie in der U-Untersuchung Ihres Kindes erwartet?“ 193

Abbildung 19: Einschätzung der KJÄ zur Verständlichkeit der Elterninformation für die Eltern: „Wie gut verstehen die unten aufgeführten Elterngruppen Ihrem Eindruck nach die Elterninformation im Gelben Heft?“ 207

Abbildung 20: Einschätzung der KJÄ zur Verständlichkeit der Dokumentationsfelder im Gelben Heft: „Sind die Dokumentationsfelder in Abschnitt X so gestaltet, dass Sie stets wissen, was Sie ankreuzen sollen?“ 213

Abbildung 21: Einschätzung der KJÄ zur Nachvollziehbarkeit der Dokumentationsfelder im Gelben Heft: „Bilden die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die im Abschnitt X relevanten Aspekte aus der U-Untersuchung Ihrer Meinung nach sinnvoll ab?“ 215

Abbildung 22: Einschätzungen der KJÄ zum Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* 219

Abbildung 23: Gründe, die KJÄ für die Dokumentation im Gelben Heft nennen: „Bitte geben Sie für die einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts an, aus welchen Gründen Sie Ergebnisse der U-Untersuchung im jeweiligen Abschnitt dokumentieren.“ 221

Abbildung 24: Gründe, warum KJÄ nicht im Gelben Heft dokumentieren: „Bitte geben Sie für die einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts an, aus welchen Gründen Sie Ergebnisse der U-Untersuchung im jeweiligen Abschnitt ggf. NICHT dokumentieren.“ 223

Tabellen

Tabelle 1: Erhebungen im Rahmen der Uheft-eva 17

Tabelle 2: Übersicht der Erhebungszeiträume 18

Tabelle 3: Anzahl an der Uheft-eva teilnehmender KJÄ nach Bundesland 42

Tabelle 4: Anzahl der in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen 45

Tabelle 5: Anzahl dokumentierter U-Untersuchungen pro KJÄ 46

Tabelle 6: Anzahl ausgeteilter und ausgefüllter Elternfragebögen aus Zugangsweg A differenziert nach der letzten U-Untersuchung des Kindes 52

Tabelle 7: Anzahl Interviews mit Eltern differenziert nach Gruppe und letzter U-Untersuchung des Kindes 55

Tabelle 8: Anzahl der in den übermittelten Kopien der Gelben Hefte dokumentierten U-Untersuchungen differenziert nach U-Untersuchung 56

Tabelle 9: In den U-Untersuchungen vorgesehene Sehtests 59

Tabelle 10: Anpassungen in Bezug auf die Beratung zum Thema Zähne und Schleimhaut 77

Tabelle 11: Häufigkeit der Diagnosestellung *Gallengangatresie* mit bzw. ohne Stuhlfarbekarte 82

Tabelle 12: Häufigkeit der Diagnosestellung *Gallengangatresie* mit bzw. ohne Feststellung einer Gelbsucht 83

Tabelle 13: Anzahl im Krankenhaus behandelte Kinder mit Hauptdiagnose *Gallengangatresie* nach auffälliger Stuhlfarbkarte oder Ikterus vor der Krankenhausbehandlung 84

Tabelle 14: Anpassungen der Inhalte der Kinder-Richtlinie zum Thema Sprechen und Sprache 85

Tabelle 15: ICD-10: F80.- *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen 91

Tabelle 16: ICD-10: F80.- *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden 93

Tabelle 17: Detailinformationen zu den Fällen mit einer Abweichung zwischen dem Zeitpunkt der Feststellung einer ersten Auffälligkeit bezüglich einer Diagnose F80.- im Rahmen der

Anamnese oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* und dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung 99

Tabelle 18: Eingeleitete diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in Prozent 106

Tabelle 19: Zeitlicher Abstand zwischen der ersten Auffälligkeit bzw. der gesicherten Diagnosestellung und der erstmaligen Veranlassung von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen mit Bezug zu einer Sprach- und Sprechstörung 109

Tabelle 20: Anzahl Diagnosen, die den Gruppen für die Altersprofile der erstmaligen Diagnosedokumentation zugeordnet wurden, differenziert nach Kapitel der ICD-10 117

Tabelle 21: Anzahl und Anteil der gültigen Falldokumentationen nach gesicherten Diagnosen der Fälle 120

Tabelle 22: Alle Falldokumentationen – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen 125

Tabelle 23: Alle Falldokumentationen – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden 128

Tabelle 24: ICD-10-Gruppe: F80–F89 *Entwicklungsstörungen* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen 130

Tabelle 25: ICD-10-Gruppe: F80–F89 *Entwicklungsstörungen* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden 132

Tabelle 26: ICD-10-Gruppe: F90–F98 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen 134

Tabelle 27: ICD-10-Gruppe: F90–F98 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden 136

Tabelle 28: ICD-10-Kapitel XVII: Q01–Q99 *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen 139

Tabelle 29: ICD-10-Kapitel XVII: Q01–Q99 *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden 141

Tabelle 30: Übersicht der Themen gemäß Kinder-Richtlinie für die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung 142

Tabelle 31: Relative Häufigkeit der Dokumentation von Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* basierend auf den Kopien Gelber Hefte und den U-Sammelbögen 157

Tabelle 32: Relative Häufigkeit der Dokumentation von *Auffälligkeiten zur Beobachtung* im Abschnitt *Ergebnisse* basierend auf den Kopien Gelber Hefte und den U-Sammelbögen 161

Tabelle 33: Relative Häufigkeit der Dokumentation von erweitertem Beratungsbedarf im Abschnitt *Beratung* basierend auf den Kopien Gelber Hefte und den U-Sammelbögen 163

Tabelle 34: Kriterien für die lückenlose Dokumentation einer U-Untersuchung 165

Tabelle 35: Anzahl lückenlos dokumentierter Gelber Hefte 169

Tabelle 36: Anzahl Gelber Hefte mit lückenhafter Dokumentation differenziert nach der Anzahl lückenhaft dokumentierter U-Untersuchungen 170

Tabelle 37: Anzahl U-Untersuchungen mit lückenhafter Dokumentation differenziert nach der Art der U-Untersuchung 171

Tabelle 38: Antworten der KJÄ auf die Fragen „Welchen Zweck erfüllt das Gelbe Heft Ihrer Meinung nach in erster Linie?“ 174

Tabelle 39: Mögliche Gründe für Verständnisschwierigkeiten bei den Items im Abschnitt *Anamnese* im Gelben Heft 214

Tabelle 40: Evaluationsfragen zu Abschnitt B der Kinder-Richtlinie 272

Tabelle 41: Evaluationsfragen zu Anlage 1 der Kinder-Richtlinie 274

Tabelle 42: In der Evaluation zu betrachtende ICD-Codes für Entwicklungsverzögerungen: absolute (n) und relative (%) Häufigkeit in der Studienpopulation sowie Zuordnung zu Gruppen (G) nach dem Altersprofil der erstmaligen Diagnosedokumentation 277

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EGK	Elektronischen Gesundheitskarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Arzt bzw. Ärztin
ICD-10	International Classification of Diseases Version 10
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KJÄ	Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
KW	Kalenderwoche
MFA	Medizinische Fachangestellte
OR	Odds Ratio
PVS	Praxisverwaltungssystem
SGB	Sozialgesetzbuch
UESS	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 26 SGB V). Die Inhalte, Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation der Untersuchungen für Kinder in den ersten sechs Lebensjahren werden in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) geregelt. Von 2005 bis 2015 fand eine Überarbeitung der Kinder-Richtlinie statt. Die überarbeitete Kinder-Richtlinie trat am 01.09.2016 in Kraft. Gemäß § 59 Abs. 3 der Kinder-Richtlinie (i. d. F. v. 18.06.2015) ist die Richtlinie von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut hinsichtlich Qualität und Zielerreichung zu evaluieren. Der hier vorliegende Abschlussbericht enthält die Ergebnisse dieser Evaluation, mit der der G-BA die IGES Institut GmbH am 03.02.2020 beauftragt hatte.

Für die Evaluation hatte der G-BA 24 Evaluationsfragen zu Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) und weitere 15 Evaluationsfragen zu Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie formuliert. Die Evaluationsfragen beziehen sich auf die Untersuchungen der Augen, des Hörvermögens sowie der Zähne und der Schleimhaut, auf Gallengangatresie, Sprach- und Sprechstörungen sowie andere Entwicklungsverzögerungen, auf die Information und Beratung der Eltern während den U-Untersuchungen sowie auf die Nutzung, Verständlichkeit und Nützlichkeit des Untersuchungshefts für Kinder.

Das von IGES entwickelte Evaluationsdesign kombinierte quantitative und qualitative Methoden in einer Reihe von Erhebungen. Die Erhebungen fanden bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten (KJÄ), bei Eltern und in Krankenhäusern statt. Insgesamt erstreckten sich die Erhebungen über den Zeitraum März 2020 bis Januar 2023, wobei jede einzelne Erhebung nur einen Teil dieses Zeitraums einnahm. Weiterhin wurden Abrechnungsdaten der Jahre 2012 bis 2021 aus der vertragsärztlichen Versorgung analysiert. Auf Basis der Erhebungen konnten bei der Beantwortung der Evaluationsfragen unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden.

Insgesamt beteiligten sich 656 KJÄ, 5.745 Eltern und fünf Krankenhäuser an den Erhebungen für die Evaluation. Jeder der KJÄ beantwortete einen Fragebogen. Weiterhin führten die teilnehmenden KJÄ für 43.834 U-Untersuchungen, die im Evaluationszeitraum stattfanden, eine eigens für die Evaluation entwickelte Dokumentation, in der sie ausgewählte Ergebnisse der U-Untersuchungen dokumentierten. 40 KJÄ erstellten zudem insgesamt 369 Falldokumentationen, in denen sie retrospektiv Informationen zum Auftreten erster Auffälligkeiten zu Entwicklungsverzögerungen dokumentierten. Schließlich nahmen 20 KJÄ an Interviews und sieben KJÄ an einer Gruppendiskussion teil. Die 5.745 Eltern beantworteten ebenfalls einen Fragebogen. Weiterhin übermittelten sie 1.995 anonymisierte Kopien von Gelben Heften an IGES. 32 Eltern nahmen an Interviews teil. Die fünf Krankenhäuser dokumentierten für die Evaluation zu erhebende Informationen zu 153 Fällen

von Gallengangatresie. In die Analyse der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung flossen Daten für vier Geburtsjahrgänge (2012, 2013, 2017 und 2018) ein, für die jeweils circa 550.000 Kinder in den Daten identifiziert werden konnten. Für diese Kinder wurde die Häufigkeit und das Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation für 127 Diagnosen für Entwicklungsverzögerungen ermittelt.

Auf Basis dieser umfassenden Datengrundlage wurden die vom G-BA formulierten Evaluationsfragen beantwortet. Die Ergebnisse werden im vorliegenden Abschlussbericht untergliedert nach Ergebnissen zu Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie und nach Ergebnissen zu Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie vorgestellt. An die Darstellung der Ergebnisse schließen sich Schlussfolgerung und Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie an.

Die Erkenntnisse aus der Evaluation der Kinder-Richtlinie können in die Beratungen des G-BA zur Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie einfließen und einen Beitrag dazu leisten, die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder weiter zu verbessern.

1. Einleitung

1.1 Hintergrund und Ziele

In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 26 SGB V). Die Inhalte, Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation der Untersuchungen für Kinder in den ersten sechs Lebensjahren werden in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) geregelt. Von 2005 bis 2015 fand eine Überarbeitung der Kinder-Richtlinie statt. Zunächst erfolgten Nutzenbewertungen für neue Untersuchungsverfahren. Auf dieser Grundlage wurden die Untersuchungen U1 bis U9 überarbeitet. Ergebnis der Überarbeitung war eine Neustrukturierung, Konkretisierung und Standardisierung der Untersuchungsinhalte sowie eine Anpassung der Dokumentation. Die überarbeitete Kinder-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015) trat am 01.09.2016 in Kraft[1].

In § 59 Abs. 3 der Kinder-Richtlinie (i. d. F. v. 18.06.2015) ist eine Evaluation vorgesehen. Dort heißt es: „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.“ Am 03.02.2020 beauftragte der G-BA die IGES Institut GmbH, ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsunternehmen, mit dieser Evaluation (nachfolgend „Uheft-eva“ genannt).

Gegenstand der Uheft-eva ist die Neufassung der Kinder-Richtlinie, die am 01.09.2016 in Kraft trat. Ziel war es, die durch die Überarbeitung neu verankerten oder modifizierten Untersuchungen hinsichtlich ihrer Qualität und Zielerreichung zu untersuchen. Es sollte insbesondere im Sinne einer „Anwendungsbeobachtung“ untersucht werden, inwieweit „durch die neu etablierten Standards zur Durchführung der Sehtests, des zusätzlichen Hörscreenings in der U8 und der orientierenden Beurteilung der Entwicklung, Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden können“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a). Im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurden auch die Inhalte

[1] Den Beschluss „Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)“ der Kinder-Richtlinie fasste der G-BA am 18.06.2015. Am 19.05.2016 wurde der vorangehende Beschluss durch einen Beschluss zu Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation ergänzt. Am 07.07.2016 erfolgte eine weitere Beschlussänderung, wobei lediglich die Quellen für die Schwangerschaftsanamnese in der U1 angepasst wurden. Die so beschlossene Kinder-Richtlinie trat am 01.09.2016 in Kraft.

im Untersuchungsheft für Kinder nach Anlage 1 der Kinder-Richtlinie (Gelbes Heft) angepasst. Daher sollten im Rahmen der Uheft-eva auch Aspekte der Nutzung des Gelben Hefts durch Eltern sowie durch Ärztinnen und Ärzte untersucht werden. Die spezifischen Fragen, die der G-BA für die Evaluation formulierte, sind in Anhang A1 aufgeführt.

In dem hier vorliegenden Abschlussbericht werden die Methodik und die Ergebnisse der Uheft-eva beschrieben sowie Schlussfolgerungen gezogen und Perspektiven für die Weiterentwicklung des Kinder-Richtlinie aufgezeigt.

1.2 Übersicht über die Struktur des Abschlussberichts

Der hier vorliegende Abschlussbericht beschreibt zunächst die Methodik der Uheft-eva (Kapitel 2). Das Kapitel beinhaltet Informationen zum Ablauf der Evaluation, den genutzten Datenquellen, der Datenerfassung und der Datenanalyse. In Kapitel 3 werden die Rückläufe der Datenerhebungen berichtet und die resultierenden Stichproben charakterisiert. Daran schließen sich die Ergebnisse an, unterteilt in zwei Teile: [1.] Die Ergebnisse der Evaluation von Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie (Kapitel 4) und [2.] die Ergebnisse der Evaluation von Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie (Kapitel 5). In Kapitel 6 werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen und Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie aufgezeigt. Weiterhin werden Limitationen und Stärken der Studie aufgezeigt. Ergänzende Informationen können dem Anhang (Kapitel 7) entnommen werden.

In einem separaten Dokument (separate Anlage 1 bis 9) können die im Rahmen der Uheft-eva von IGES entwickelten und eingesetzten Erhebungsinstrumente sowie Tabellen mit den Auswertungen zu den einzelnen Fragen in den Erhebungsinstrumenten eingesehen werden. Datenaffine Leserinnen und Leser können das separate Dokument parallel zum Ergebnisteil des Abschlussberichts öffnen und die Ergebnisse anhand der einzelnen Tabellen nachvollziehen. Die Anordnung der Tabellen für jedes Erhebungsinstrument folgt derselben Kapitelstruktur wie der Bericht. Leserinnen und Leser, die sich auf eine Beschreibung der Ergebnisse fokussieren möchten, können den Ergebnisteil alleinstehend lesen. Eine Auflistung der Inhalte der separaten Anlage befindet sich in Anhang A3 im vorliegenden Dokument.

Im Ergebnisteil des Berichts werden Prozentangaben auf eine Dezimalstelle gerundet dargestellt. Falls sich Summen nicht genau zu 100 % aufaddieren, liegt dies an Rundungen.

1.3 Danksagung

IGES dankt den Ärztinnen und Ärzten, die an den Erhebungen für die Uheft-eva teilgenommen haben. Trotz der Bemühungen, die Erhebungen möglichst aufwandsarm zu gestalten, bedeutet es immer eine besondere Anstrengung, die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie in den Praxisalltag zu integrieren. IGES

ist sehr dankbar, dass so viele Ärztinnen und Ärzte diese Anstrengungen unternommen haben und damit eine sehr aussagekräftige Datengrundlage für die Uheft-eva vorliegt.

Weiterhin dankt IGES den Eltern, die an den Erhebungen für die Uheft-eva teilgenommen haben. Durch das große Engagement so vieler Eltern, bei der Beantwortung des Fragebogens, in den Interviews und auch bei der etwas ungewöhnlichen Bitte, Kopien des Gelben Hefts in anonymisierter Form zu übermitteln, ist auch zur Darstellung der Perspektive der Eltern eine sehr aussagekräftige Datengrundlage entstanden.

Die Durchführung der Uheft-eva wäre ohne die gute Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) nicht möglich gewesen. IGES dankt dem BVKJ für die tatkräftige Unterstützung bei der Rekrutierung der Ärztinnen und Ärzte sowie für den wertvollen fachlichen Austausch.

Die Analyse der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung wurde vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Auftrag von IGES durchgeführt. IGES dankt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Zi für die konstruktive und angenehme Zusammenarbeit bei der Abstimmung des Analyseplans und bei Rückfragen zu den Ergebnissen.

Für die Fallanalysen stellten die INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH und die CompuGroup Medical Deutschland AG Vorlagen für die von ihren vertriebenen Praxisverwaltungssysteme bereit, die den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten eine konsistente Identifikation von zu dokumentierenden Fällen ermöglichten. IGES dankt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Firmen für die Bereitschaft sich in die Problemstellung einzuarbeiten und für die Bereitstellung geeigneter Vorlagen für den Fallaufgriff.

Die Rekrutierung von Eltern über den Zugangsweg B wurde durch die Unterstützung der Techniker Krankenkasse und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung möglich. IGES dankt den dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, dass sie die Einladung zu den Erhebungen über die verfügbaren Kommunikationskanäle streuten.

IGES dankt auch den teilnehmenden Krankenhäusern für die Beantwortung des Fragebogens zu Gallengangatresie.

Die Übermittlung der Kopien Gelber Hefte per App erfolgte über die App „Join“ der Firma Allm Inc. im Auftrag von IGES. IGES dankt den dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die große Hilfsbereitschaft und das reibungslose Aufsetzen der App.

2. Methodik

2.1 Übersicht über das Evaluationsdesign

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen (Anhang A1) wurde ein Evaluationsdesign gewählt, welches quantitative und qualitative Methoden in einer Reihe von Erhebungen kombiniert (Tabelle 1). Die Erhebungen fanden bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten (KJÄ[2], Kapitel 2.2), bei Eltern (Kapitel 2.3) und in Krankenhäusern (Kapitel 2.4) statt. Weiterhin wurden Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung analysiert (Kapitel 2.5). Auf Basis der Erhebungen konnten bei der Beantwortung der Evaluationsfragen unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Erhebungen im Rahmen der Uheft-eva

Adressat	Quantitative Untersuchungen	Qualitative Untersuchungen
KJÄ	Arztfragebogen U-Sammelbögen Fallanalysen	Initiale Interviews Nachgehende Interviews Gruppendiskussion
Eltern	Elternfragebogen Kopien Gelber Hefte	Nachgehende Interviews
Krankenhäuser	Fallzahlerhebung	Initiale Interviews
Zi	Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung	-

Quelle: IGES
Anmerkungen: KJÄ = Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Zi = Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Um eine belastbare empirische Grundlage zur Beantwortung der Evaluationsfragen zu schaffen, wurden Erhebungsmethoden gewählt, die die Mitarbeit der KJÄ, der Eltern und der Krankenhäuser im notwendigen Maße sicherstellten. IGES hat im Vorfeld unterschiedliche Varianten der Datenerhebung (darunter auch die elektronische Datenerhebung durch Arztpraxen) mit Praktikern diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass die Erhebungen in ihrer Art und Weise sehr zeitsparend und intuitiv gestaltet sein müssen, um insbesondere die KJÄ für eine Mitwirkung bei der Datenerhebung gewinnen zu können. Dies ist im Hinblick auf die Prozesse der Durchführung von U-Untersuchungen und den – je nach den spezifischen elterli-

[2] Der besseren Lesbarkeit halber wird im vorliegenden Abschlussbericht nur von KJÄ gesprochen. U-Untersuchungen werden auch von Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt, aber in geringerem Umfang als von KJÄ (Schulz et al. (2020). An der Uheft-eva beteiligten sich zwei Ärztinnen und Ärzte mit einer anderen Facharztbezeichnung als Kinder- und Jugendmedizin (vgl. Kapitel 3.1.1).

chen und kindlichen Bedarfen divergierenden – Schwerpunktsetzungen in der Praxis und den prinzipiell für Sonderdokumentationen überhaupt zur Verfügung stehenden ärztlichen Zeitressourcen unabdingbar.

Die Erhebungen fanden während der in Tabelle 2 gezeigten Zeiträume statt. Weitere Details zu den Erhebungen werden in den nachfolgenden Kapiteln berichtet.

Tabelle 2: Übersicht der Erhebungszeiträume

Erhebung	Erhebungszeitraum
Initiale Interviews mit Ärzten	März und April 2020
Arztfragebogen und U-Sammelbögen	November 2020 bis September 2021[1]
Fallanalysen	Februar bis August 2022
Nachgehende Interviews mit Ärzten	Mai bis September 2022
Gruppendiskussion mit Ärzten	Januar 2023
Elternfragebogen und Gelbe Hefte, Zugangsweg A	November 2020 bis September 2021
Elternfragebogen und Gelbe Hefte, Zugangsweg B	November 2021 bis Juni 2022
Nachgehende Interviews mit Eltern	Februar bis Mai 2022
Initiale Interviews mit Krankenhäusern	November 2021 bis März 2022
Fallzahlerhebung in Krankenhäusern	Januar bis April 2022
Abrechnungsdaten	Januar 2012 bis Dezember 2021

Quelle: IGES
Anmerkungen: [1] Innerhalb des genannten Zeitraums konnten die KJÄ den Monat, während dem sie alle durchgeführten U-Untersuchungen dokumentierten, frei wählen (vgl. Kapitel 2.2.2).

2.2 Erhebungen in Arztpraxen

Für Fragestellungen zur Evaluation des Abschnitts B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie sowie für ausgewählte Fragestellungen zur Zielerreichung und Qualität des Gelben Hefts führte IGES Erhebungen bei KJÄ durch: Zunächst wurden mit einigen niedergelassenen KJÄ initiale Interviews geführt (Kapitel 2.2.1). In teilnehmenden Praxen wurden dann durch teilnehmende Ärztinnen und Ärzte für den Zeitraum von einem Monat alle durchgeführten U-Untersuchungen in sog. U-Sammelbögen gesondert dokumentiert und einmalig eine Befragung mittels eines Fragebogens durchgeführt (Kapitel 2.2.2). Darüber hinaus erfolgten in einigen Praxen Fallanalysen (Kapitel 2.2.3). Mit einigen KJÄ wurden schließlich nachgehende Interviews (Kapitel 2.2.4) und eine Gruppendiskussion (Kapitel 2.2.5) geführt.

2.2.1 Initiale Interviews mit Ärztinnen und Ärzten

Im März und April 2020 wurden mit fünf niedergelassenen KJÄ (Gelegenheitsstichprobe) Interviews durchgeführt. Die Zielsetzung dieser initialen Interviews war es, Rückmeldungen zur Umsetzbarkeit der für die Uheft-eva geplanten Dokumentationen zu erhalten. Der Schwerpunkt der Interviews lag auf der Überprüfung der praktischen Durchführbarkeit der Erhebungen im Rahmen der Praxisabläufe, der Eindeutigkeit und Verständlichkeit des U-Sammelbogens sowie der Praktikabilität der retrospektiven Fallanalysen. Darüber hinaus wurden Fragen zu spezifischen Abläufen im Praxisalltag sowie zu generellen Einschätzungen der KJÄ besprochen:

- Prozedurale Aspekte bei der „Arbeit“ mit dem Gelben Heft im Rahmen der U-Untersuchungen,
- Verständlichkeit der Informationen und Dokumentationsbereiche des Gelben Hefts,
- Dokumentationsverhalten im Gelben Heft und in den Patientenakten,
- Dokumentation von Diagnosen inkl. Qualifizierern (gesichert, Verdacht auf, Ausschluss von, Zustand nach),
- Ärztliche Beratungsleistungen im Rahmen der U-Untersuchungen und
- Nutzung des Gelben Hefts für Elterngespräche (arztseitig, elternseitig).

Vorab erhielten die an den initialen Interviews teilnehmenden KJÄ Unterlagen mit kurzgefassten Informationen zu Fragestellungen, Methodik und Ablauf der Uheft-eva sowie mit Entwurfsfassungen des U-Sammelbogens und des Dokumentationsbogens für die Fallanalysen.

Die initialen Ärzteinterviews wurden auf Grundlage eines Interviewleitfadens durchgeführt. Im Rahmen der Interviews wurden die teilnehmenden KJÄ zudem gebeten, den in den vorbereitenden Unterlagen enthaltenen U-Sammelbogen und den Falldokumentationsbogen für einen in ihrem Praxisinformationssystem dokumentierten Patienten auszufüllen.

Die initialen Interviews in kinder- und jugendärztlichen Praxen ergaben, dass die praktische Durchführbarkeit der bei den KJÄ vorgesehenen Erhebungsstränge (insbesondere U-Sammelbögen und Fallanalysen) grundsätzlich gegeben ist und dass die Ansprache von Eltern für deren Teilnahme an den Erhebungen (Elternfragebogen, Kopien Gelber Hefte) durch Praxen möglich ist. Weitere Erkenntnisse aus den Interviews sind in den Evaluationsplan eingeflossen und wurden bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und den Vorgaben für die Durchführung der Erhebungen in den Praxen berücksichtigt.

2.2.2 Arztfragebogen und U-Sammelbögen

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) beteiligte sich als Kooperationspartner an der Uheft-eva. Über den BVKJ, in dem fast alle der insgesamt 7.203 KJÄ[3] in Deutschland (KBV, 2021) Mitglied sind, konnten nahezu alle KJÄ um eine Beteiligung an der Evaluation der Kinder-Richtlinie gebeten werden. Der BVKJ rief KJÄ zum einen über den BVKJ-Newsletter, zum anderen durch direkte Ansprache in Form eine E-Briefs zur Teilnahme auf (Gelegenheitsstichprobe). Informationsmaterialien über das Evaluationsvorhaben mit einem Aufruf zur Teilnahme wurden zudem auf Fachkongressen platziert. Die Registrierung zur Teilnahme an der Evaluation konnte online auf einer für die Uheft-eva erstellten Webseite oder per Fax erfolgen. Die gemäß Evaluationsplan vorgesehene zusätzliche telefonische Kontaktaufnahme zu KJÄ wurde nicht umgesetzt, da sich eine ausreichende Anzahl KJÄ für die Teilnahme registrierten und erwartet werden konnte, dass die angestrebte Anzahl teilnehmender KJÄ erreicht würde (vgl. Kapitel 3.1.1).

KJÄ, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme bekundeten, erhielten von IGES eine Mappe mit Studienunterlagen per Post zugeschickt. Diese enthielt – neben einem personalisierten Anschreiben und Ausfüllhinweisen für die Erhebungsinstrumente – den Arztfragebogen und die U-Sammelbögen. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente liegen dem Abschlussbericht als separate Anlage (Anlage 1 Arztfragebogen, Anlage 2 U-Sammelbögen, vgl. Anhang A3) bei.

Im Arztfragebogen wurden Informationen erfasst zu:

- der Diagnose von Gallengangatresie im Rahmen der U2-, U3- und U4-Untersuchungen,
- dem Nutzen der Elterninformationen im Gelben Heft,
- ärztlichen Dokumentationen im Gelben Heft,
- der Nachvollziehbarkeit einzelner Abschnitte des Gelben Hefts und
- der allgemeinen Beurteilung des Gelben Hefts durch die KJÄ.

In den U-Sammelbögen sollten teilnehmende KJÄ die von ihnen innerhalb eines einmonatigen Erhebungsfensters durchgeführten U-Untersuchungen dokumentieren. Die U-Untersuchungen waren nach keinerlei Kriterien zu selektieren, vielmehr sollten alle in dem einmonatigen Erhebungsfenster durchgeführten U-Untersuchungen dokumentiert werden. Für jede U-Untersuchung (U2 bis U9) wurden separate Erhebungsbögen zur Verfügung gestellt, wobei jeder Bogen Platz für die Dokumentation der Untersuchungen von vier Kindern bot. Gemäß Evaluationsplan wurde davon ausgegangen, dass KJÄ durchschnittlich pro Monat je 8,3 U3-, U4-, etc. Untersuchungen durchführen. Für die U2 wurde von 2,1 ausgegangen.[4] Dies

[3] Zählung in Personen, ohne ermächtigte Ärztinnen und Ärzte. Stand 31.12.2020

[4] Es wurde folgende Kalkulation durchgeführt: 785.000 im Jahr 2018 lebendgeborene Kinder abzgl. eines PKV-Anteils von 10 % und abzgl. einer Nicht-Teilnehmerquote von 2 % =

entspricht im Durchschnitt ca. 69 U-Untersuchungen (8,3 * 8 + 2,1 = 68,5), die je KJÄ in einem einmonatigen Erhebungsfenster dokumentiert würden. Ausgehend von dieser Schätzung wurde für die Vergütung festgelegt, dass die KJÄ – neben einer Pauschale – für jede dokumentierte U-Untersuchung, bis zum einem Maximum von 80, einen festen Betrag erhielten. Damit ausreichend Platz für die Dokumentation war, erhielten die teilnehmenden KJÄ je U-Untersuchung vier Bögen. D. h. sie konnten je 16 U2-, U3-, etc. Untersuchungen und insgesamt 144 U-Untersuchungen (4 * 4 *9 = 144) dokumentieren. Insofern war die Erhebung so angelegt, dass je KJÄ alle bzw. die ersten 80 U-Untersuchungen in dem einmonatigen Erhebungsfenster vollständig zu dokumentieren waren. Wenn mehr als 80 U-Untersuchungen im Erhebungsfenster durchgeführt wurden, konnten sie bis zu einer Anzahl von 144 dokumentiert werden, jedoch ohne weitere Vergütung.

Die U-Sammelbögen bestanden aus einem Teil mit allgemeinen Angaben und einem U-spezifischen Teil. Der allgemeine Teil war für alle U-Untersuchung gleich und erfragte Informationen zum Alter des Kindes und der Anzahl gesetzter Kreuze in ausgewählten Abschnitten des Gelben Hefts. Zudem wurden das Vorliegen des Gelben Hefts, das Ausfüllen der Teilnahmekarte sowie der Zeitaufwand für die Dokumentation im Gelben Heft erhoben. Im U-spezifischen Teil der Sammelbögen wurden Informationen erhoben, die zum Beantworten von Evaluationsfragen herangezogen wurden, welche sich nur auf einen Teil der U-Untersuchungen beziehen. So wurden in den U-Sammelbögen für die U2 bis U4 ausschließlich Informationen über Untersuchungen der Augen erhoben, ab der U5 kamen zusätzliche Fragen zu Sprach- und Sprechstörungen hinzu. In den U-Sammelbögen zur U6 waren Fragen zu Zähnen und Schleimhäuten, in den U-Sammelbögen zur U8 Fragen zum Hörvermögen ergänzt.

Die Erhebung fand zwischen November 2020 und September 2021 statt, wobei der einmonatige Erhebungszeitraum für die Dokumentation von U-Untersuchungen von den KJÄ innerhalb dieses Zeitrahmens frei gewählt werden konnte. Die Erhebung fand somit während der COVID-19-Pandemie statt (vgl. Kapitel 6.1.4). Der Arztfragebogen war von teilnehmenden KJÄ zum Ende des individuellen einmonatigen Erhebungszeitraums auszufüllen. U-Sammelbögen und Arztfragebögen wurden nach Beendigung des einmonatigen Erhebungszeitraums an IGES zurückgesandt. Alle Arztfragebögen und U-Sammelbögen, die bis 30.09.2021 bei IGES eingingen, wurden erfasst und bei der Datenauswertung berücksichtigt. Die Datenerfassung erfolgte durch einen externen Dienstleister. Im Anschluss an die Erfassung wurden die Daten plausibilisiert und für die Auswertung aufbereitet. Die Auswertung erfolgte mit der Software R, Version 4.1.1 (R Core Team, 2021).

690.8000 Kinder mit einer U3-, U4-, etc. Untersuchung pro Jahr bzw. ca. 57.600 pro Monat. Gleichmäßig auf 6.900 KJÄ verteilt ergeben sich etwa 8,3 U3-, U4-, etc. Untersuchungen je KJÄ und Monat. Für die U2, die häufig im Krankenhaus stattfindet, wurde – für die vertragsärztliche Versorgung – nur von einem Viertel der obigen monatlichen U-Untersuchungen ausgegangen. Grundlage für die Anzahl KJÄ im Evaluationsplan war die Zählung nach Personen ohne ermächtigte Ärztinnen und Ärzte gemäß der „Statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister“ mit Stand 31.12.2018 (KBV (2019)).

Die in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen wurden eigens für die Uheft-eva dokumentiert. Sie werden primär als Datenquelle für den ersten Teil der Evaluation der Kinder-Richtlinie (Evaluation von Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie, Kapitel 4) herangezogen, also u. a. zur Ermittlung der Häufigkeit der Durchführung von ausgewählten Untersuchungen sowie der Häufigkeit der Feststellung ausgewählter Auffälligkeiten.

Zusätzlich zur Dokumentation der U-Untersuchungen wurden KJÄ angehalten, die Eltern des untersuchten Kindes am Ende jeder U-Untersuchung zur Teilnahme an der Evaluation einzuladen. Interessierten Eltern händigten KJÄ Befragungsunterlagen aus (vgl. Kapitel 2.3.1).

Teilnehmende KJÄ erhielten eine Aufwandsentschädigung.

2.2.3 Fallanalysen

Der Begriff „Fallanalysen“ wird im vorliegenden Abschlussbericht als Kurzbezeichnung für die von KJÄ unter Rückgriff auf ihre Dokumentation in der Patientenakte durchgeführten retrospektiven Längsschnitterhebungen für ausgewählte Kinder verwendet.

Die Dokumentation der für die Evaluation erforderlichen Informationen erfolgte papiergebunden in von IGES entwickelten Falldokumentationsbogen. Der Bogen liegt dem Abschlussbericht in der separaten Anlage bei (Anlage 3 Fallanalysen, vgl. Anhang A3). Für jeden Fall wurde ein Falldokumentationsbogen ausgefüllt. Es wurden die folgenden Informationen fallgenau erfasst:

- gesicherte Diagnose, anhand derer der Fall aufgegriffen wurde,
- Alter des Kindes zum Zeitpunkt der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung,
- ob, die Diagnose innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt gestellt wurde,
- ob, erste Auffälligkeiten bzgl. der Diagnose im Rahmen einer U–Untersuchung festgestellt wurden, welche dies war und wie alt das Kind zu diesem Zeitpunkt war
- in welchen Teilen dieser U-Untersuchung (*Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *körperliche Untersuchung*) die ersten Auffälligkeiten festgestellt wurden und um welche Auffälligkeiten gemäß der Kinder-Richtlinie es sich in der *Anamnese* und *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* konkret handelte,
- wie es zur Diagnosestellung kam, sofern die ersten Auffälligkeiten bezüglich der Diagnose nicht bei einer U-Untersuchung festgestellt worden waren.

Für Fälle mit einer Diagnose F80.- (*Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache*) enthielt die Falldokumentation zusätzliche Fragen zu den

veranlassten weitergehenden diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen mit Bezug zu Sprach- und Sprechstörungen und zur Sprachberatung.

Die von den KJÄ zu dokumentierenden Fälle mussten mehrere Kriterien erfüllen:

- mindestens eine gesicherte Diagnose aus der vom G-BA vorgegebenen Liste von „Diagnosen zur Korrelation mit Auffälligkeiten in der Entwicklung von U2 bis U9 nach ICD-10“ (Anhang A2)
- Alter zum Zeitpunkt der Fallanalyse zwischen 5,5 und 6 Jahre.
- alle Früherkennungsuntersuchungen ab der U3-Untersuchung bis zur U9-Untersuchung waren in der Patientenakte dokumentiert, d. h. alle U-Untersuchungen waren von dem/der die Fallanalyse anfertigenden KJÄ durchgeführt worden[5].

Durch das Setzen der o. g. Altersspanne sollte, soweit möglich, sichergestellt werden, dass die betrachteten U-Untersuchungen nach der neuen Version der Kinder-Richtlinie erfolgt sind. Jeder/jede teilnehmende KJÄ sollte nach Möglichkeit zehn Falldokumentationen für unterschiedliche gesicherte ICD-Codes aus der in Anhang A2 dargestellten Liste erstellen.

Es war zu gewährleisten, dass die teilnehmenden KJÄ die Filtersetzung für den Fallaufgriff korrekt und in einer einheitlichen Art und Weise durchführen. Bereits im Rahmen der initialen Interviews (Kapitel 2.2.1) war mit den KJÄ, die jeweils unterschiedliche Praxisverwaltungssysteme (PVS) installiert hatten, eruiert worden, auf welchem Weg eine einheitliche und den Vorgaben der Evaluation entsprechende Filtersetzung für den Fallaufgriff ermöglicht werden kann. Es wurde deutlich, dass nur durch eine Unterstützung der KJÄ durch softwareseitige Vorlagen und/oder Vorgaben der PVS-Anbieter eine korrekte Fallselektion verlässlich zu gewährleisten war.

Entsprechend hat IGES im Frühjahr 2021 mit den nach Marktanteilen führenden Anbietern vom PVS Kontakt gesucht. Insgesamt konnten mit drei Softwareanbietern Gespräche geführt werden, ob es grundsätzlich in den PVS technisch machbar ist, eine Fallselektion nach den o. g. Kriterien zu realisieren. Letztlich wurden für das PVS Medical Office der INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH und das PVS MEDISTAR der CompuGroup Medical Deutschland AG Lösungen geschaffen, um die Fallziehung für die Nutzer dieser PVS zu unterstützen.

Für die Fallanalysen mit Medical Office wurden von der INDAMED EDV-Entwicklung und Vertrieb GmbH spezielle Schablonen entwickelt. An den Fallanalysen teilnehmenden KJÄ wurden diese Schablonen und Hinweise zur Implementierung in das Statistikmodul von Medical Office direkt von INDAMED zugesendet. Nach dem Ausführen der Schablonen durch die KJÄ wurde eine abhängig vom Patientenbestand mehr oder weniger lange Liste von Fällen generiert, die den Filterkriterien

[5] Die datenseitige Abgrenzung der U-Untersuchungen erfolgte über die EBM-Ziffern 01713 bis 01719 und 01723.

genügten. Die Liste beinhaltete u. a. den ICD-Code, die Zusatzinformation zur Diagnosesicherung und die Patientennummer. Über die Spalte ICD-Code der Liste musste nunmehr von den KJÄ nach Patienten gesucht werden, für die eine der für die Evaluation zu untersuchenden Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „gesichert“ vorlag. Als Vorlage für die Diagnosesuche hatte IGES eine Diagnoseliste zur Verfügung gestellt, auf der sämtliche vom G-BA vorgegebenen Diagnosen so gereiht waren, dass sich gemäß den ersten Auswertungen des Zi (Kapitel 2.5.1) häufig vorkommende Diagnosen mit selten vorkommenden Diagnosen abwechselten. Diese nach Diagnosehäufigkeiten abwechselnde Reihung wurde von IGES gewählt, da bei der Vorgabe einer von seltenen Diagnosen zu den häufigen Diagnosen geordneten Suchreihenfolge, mit vielfach frühen Abbrüchen der Teilnahme der KJÄ an der Falldokumentation zu rechnen gewesen wäre. Bei Diagnosetreffern in der Fallliste konnten die KJÄ über die Patientennummer die Fallakte des jeweiligen Kindes im PVS öffnen und auf dieser Grundlage (aktenbasiert) den Falldokumentationsbogen ausfüllen.

Für die Fallanalysen mit MEDISTAR wurden von der CompuGroup AG eine überschaubare Codevorgabe erstellt, die von den KJÄ manuell in das Statistikmodul des PVS übertragen werden musste. Von IGES wurden sechs Diagnose-Abfrage-Konstellationen und eine Vorgabe für die Anzahl der je Konstellation zu bearbeitenden Falldokumentationsbögen[6] erstellt. Die sechs Diagnose-Abfrage-Konstellationen waren schrittweise nacheinander auszuführen.

Für die Konstellation, dass von den teilnehmenden KJÄ nach dem Durchlaufen aller Vorgaben des IGES für das Abarbeiten der Diagnoselisten noch keine zehn Falldokumentationen ausgefüllt waren (Zielstellung war zehn Falldokumentationen mit unterschiedlichen Diagnosen pro KJÄ), da keine Fälle mit zehn unterschiedliche Diagnosen gefunden werden konnten, wurden die KJÄ gebeten, die zu insgesamt zehn Falldokumentation fehlenden Falldokumentationen für solche Fälle auszufüllen, für deren Diagnose sie bereits eine Falldokumentation erstellt hatten.

Den für die Teilnahme an den Fallanalysen bei IGES registrierten KJÄ wurden jeweils eine Erläuterung des Vorgehens, zehn Falldokumentationsbögen und ein Vertrag zur Verteilung und Festlegung von Pflichten im Rahmen gemeinsamer Verantwortlichkeit (Art. 26 DSGVO) (zweifache Ausfertigung, von der eine unterschrieben an IGES zurückzusenden war) zur Verfügung gestellt. Zu Schulungszwecken wurde von IGES im Frühjahr 2022 ein Webinar für registrierte KJÄ angeboten. Zudem war durchweg sichergestellt, dass geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von IGES auf Fragen der teilnehmenden KJÄ zeitnah reagierten.

---

[6] Folgende Diagnose-Abfrage-Konstellationen waren von IGES vorgeben: *Einzelne Krankheiten des Auges und des Ohres* (eine Falldokumentation), *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (eine Falldokumentation), *Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung* (eine Falldokumentation), einzelne Krankheiten des Nervensystems (eine Falldokumentation), *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien* (drei Falldokumentationen), *Somatoforme Störungen*, *Intelligenzstörung*, *Entwicklungsstörungen* (drei Falldokumentationen).

Die Praktikabilität des Falldokumentationsbogens, der Schablonen bzw. Abfragen für die Fallselektion und die Falldokumentation selbst unter Verwendung der von IGES zur Verfügung gestellten Begleitmaterialien, wurde für beide PVS in drei Pretests erprobt. In den Pretests wurde insbesondere festgestellt, dass die eingangs beschriebene Filtersetzung für die Fallselektion häufig nur zu Listen mit einer geringen Anzahl von Fällen führte. Hierfür wurde im Austausch mit den KJÄ vor allem das Kriterium der ununterbrochenen Durchführung aller U-Untersuchungen von der U3-Untersuchung bis zur U9-Untersuchung bei einer Ärztin bzw. einem Arzt als ausschlaggebend erachtet. Auch wenn dieses Kriterium zu wenigen Fällen führte, wurde es beibehalten, da ansonsten die Aussagekraft der Falldokumentationen nicht mehr gegeben gewesen wäre.

Die Fallanalysen wurden, wie geplant, im Zeitraum Februar 2022 bis August 2022 durchgeführt, also erst zu einem späten Termin im gesamten Evaluationsvorhaben. Damit sollte sichergestellt werden, dass für die dokumentierten Fälle möglichst viele ihrer U-Untersuchungen nach der zu evaluierenden neuen Version der Kinder-Richtlinie durchgeführt worden waren.

Um KJÄ für die Teilnahme an den Fallanalysen zu gewinnen, wurden in den ersten Monaten des Jahres 2022 zunächst die KJÄ per E-Mail kontaktiert, die sich auch bereits an den in Kapitel 2.2.2 beschriebenen Erhebungen beteiligt hatten und von denen IGES aus der dortigen Stammdatenerhebung bekannt war, dass sie MEDICAL OFFICE oder MEDISTAR als PVS benutzen. Aufgrund der guten Resonanz und auch Rückmeldungen darüber, dass eine Beteiligung nicht möglich sei, wurde davon ausgegangen, dass bei den übrigen dieser KJÄ ganz prinzipiell kein Beteiligungsinteresse an den Fallanalysen besteht und in dieser KJÄ-Gruppe auf weitere Akquiseaktivitäten verzichtet.

Da die Anzahl der KJÄ, die in der ersten Ansprachewelle für die Teilnahme an den Fallanalysen gewonnen werden konnte, noch nicht ausreichend war, wurde eine zweite Ansprachewelle angestoßen. Hierbei wurden alle KJÄ per E-Mail kontaktiert, die sich bereits an den in Kapitel 2.2.2 beschriebenen Erhebungen beteiligt hatten und von denen IGES nicht bekannt war, ob sie MEDICAL OFFICE oder MEDISTAR als PVS nutzen. Zudem wurden Aktivitäten ergriffen, um auch jene KJÄ zur Teilnahme an den Fallanalysen zu gewinnen, die sich bislang noch gar nicht an den Erhebungen zur Evaluation der Kinder-Richtlinie beteiligt hatten. So erfolgte im Juli bzw. August 2022 eine werbende Kurzvorstellung der Evaluation und der Fallanalysen in einem CGM MEDISTAR-Newsletter. Zudem ermöglichte der BVKJ in der Septemberausgabe der Zeitschrift Kinder und Jugendarzt (Jahrgang 2022) einen werbenden Beitrag zur Evaluation der Kinder-Richtlinie und zu einer noch möglichen Beteiligung an den Fallanalysen.

Die Falldokumentationen und der von den teilnehmenden KJÄ unterzeichnete Vertrag zur Verteilung und Festlegung von Pflichten im Rahmen gemeinsamer Verantwortlichkeit (Art. 26 DSGVO) wurden an IGES zurückgesandt. Alle Falldokumentationen, die bis 30.09.2022 bei IGES eingingen, wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IGES erfasst. Anschließend wurden die Daten plausibilisiert und

für die Auswertung aufbereitet. Die Auswertung erfolgte mit der Software Microsoft Excel.

Teilnehmende KJÄ erhielten eine Aufwandsentschädigung.

2.2.4 Nachgehende Interviews mit Ärztinnen und Ärzten

Als ergänzende bzw. vertiefende Betrachtung wurden folgende Themen in semistandardisierten Interviews mit KJÄ, die an den Erhebungen mittels Arztfragenbogen und U-Sammelbögen teilgenommen hatten, besprochen:

- Thema 1: Schwierigkeiten mit der Durchführung der vorgesehenen Sehtests, die auf das Alter der Kinder zurückzuführen sind.
- Thema 2: Inhalte der Beratung von Eltern, deren Kinder erweiterten Beratungsbedarf zum Thema Sprache haben. Weiterhin wurden Gründe für die Häufigkeit der Diagnose F80.- erörtert.
- Thema 3: Gründe, warum die Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen im Gelben Heft von KJÄ als wenig nützlich eingeschätzt wird und Anpassungsbedarfe zur Erhöhung der Nützlichkeit.
- Thema 4: Gründe, warum die Abschnitte *Anamnese* bis *Ergebnisse* im Gelben Heft von KJÄ als wenig verständlich eingeschätzt werden und Anpassungsbedarfe für eine bessere Verständlichkeit.
- Thema 5: Gründe für die Bewertung der Inhalte des Gelben Hefts für die Vorbereitung und Durchführung des Elterngesprächs als kaum oder gar nicht relevant und brauchbar.
- Thema 6: Vorschläge zur Optimierung einzelner Abschnitte des Gelben Hefts.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte auf Basis der Ergebnisse aus dem Arztfragebogen. Ziel war es, 20 Interviews zu führen. Vor dem Hintergrund der für die Interviews vorgesehen Themen, wurden zwei Gruppen von KJÄ ausgewählt:

- Gruppe 1: KJÄ, die der Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen im Gelben Heft eher skeptisch gegenüberstanden, die Dokumentationsfelder aber relativ verständlich fanden. Die Auswahl erfolgte anhand folgender Kriterien:
  - Der Anteil der Eltern, die die Elterninformation vor der U-Untersuchung ihres Kindes lesen, wurde von dem Arzt oder der Ärztin auf weniger als 10 % geschätzt
  - UND der Arzt oder die Ärztin verweist (eher) nicht auf die Elterninformation
  - UND der Arzt oder die Ärztin gab für maximal drei der Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*,

Beratung und *Ergebnisse* an, dass er/sie nicht immer wisse, was ankreuzen sei.

- Gruppe 2: KJÄ, die der Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen im Gelben Heft eher positiv gegenüberstanden, die Dokumentationsfelder jedoch wenig verständlich fanden. Die Auswahl erfolgte anhand folgender Kriterien:
  - Der Anteil der Eltern, die die Elterninformation vor der U-Untersuchung ihres Kindes lesen, wurde von dem Arzt oder der Ärztin auf mehr als 10 % geschätzt
  - ODER der Arzt oder die Ärztin verweist (teilweise) auf die Elterninformation
  - UND der Arzt oder die Ärztin gab für drei bis fünf der Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* an, dass er/sie nicht immer wisse, was ankreuzen sei.

Der Festlegung der Auswahlkriterien lag die Überlegung zugrunde, dass KJÄ gewonnen werden sollten, die einzelnen Teilen des Gelben Hefts, aber nicht dem Gelben Heft insgesamt, skeptisch gegenüberstanden.

Die KJÄ wurden zu dem jeweils für sie relevanten Thema befragt (Gruppe 1 zu Thema 3, Gruppe 2 zu Thema 4). Jeweils die Hälfte der KJÄ in Gruppe 1 und Gruppe 2 wurde zusätzlich zu Thema 1, die andere Hälfte zu Thema 2 befragt. Alle Interviewteilnehmer wurden zu den Themen 5 und 6 befragt. Auf diese Weise sollte jedes Thema bei vertretbarem Zeitaufwand für die Interviewteilnehmer in jeweils 10 Interviews besprochen werden, die Themen 5 und 6 sollten in allen geplanten 20 Interviews angesprochen werden.

Für die Interviews entwickelte IGES einen Leitfaden. Er liegt dem Abschlussbericht in der separaten Anlage bei (Anlage 4 Interviews mit KJÄ, vgl. Anhang A3). Die Dauer der Interviews war für 20 Minuten geplant. Die Interviews wurden telefonisch im Zeitraum Mai bis September 2022 durchgeführt und protokolliert. Die Ärztinnen und Ärzte erhielten keine Aufwandsentschädigung für die Interviewteilnahme.

Die Auswertung der Interviews erfolgte anonymisiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015). Es wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse angewendet. Diese Methode ermöglicht eine schrittweise Reduktion des Datenmaterials zur Identifikation zentraler Aspekte und – als Endpunkt – die Beantwortung der Forschungsfragen. Zunächst wurden in Orientierung an die Evaluationsfragen Themenbereiche für die Analyse des Datenmaterials gebildet (deduktives Vorgehen), danach wurde das Datenmaterial gesichtet, strukturiert und verdichtet (Zuordnung inhaltlicher Textstellen zu den Themenbereichen). Schließlich wurden die Ergebnisse verschriftlicht.

2.2.5 Gruppendiskussion mit Ärztinnen und Ärzten

Um zusätzliche Hinweise zur Einordnung ausgewählter Ergebnisse der Uheft-eva zu erhalten, fand im Januar 2023 eine Gruppendiskussion mit sieben KJÄ statt, die an der Uheft-eva teilgenommen hatten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zufällig aus der Liste der teilnehmenden KJÄ ausgewählt, wobei so weit wie möglich auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis geachtet wurde. Zunächst wurde auch angestrebt, KJÄ aus unterschiedlichen Bundesländern zu beteiligen. Dies stellte sich jedoch als nicht möglich heraus, da die Gruppendiskussion in Köln stattfand und die Anreise für weiter entfernt wohnende KJÄ schwierig war. Insofern stammten die meisten teilnehmenden Personen aus der Region Köln.

Während der Gruppendiskussion stellte IGES zu folgenden Themen ausgewählte vorläufige Ergebnisse aus der Uheft-eva vor und bat die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um ihre Einschätzungen bzw. um Hinweise aus dem Praxisalltag, die zur Einordnung der Ergebnisse relevant sein könnten: Untersuchung der Augen, des Hörvermögens, der Zähne und der Schleimhaut, auf Sprach- und Sprechstörungen, auf Entwicklungsverzögerungen sowie Information und Beratung der Eltern, Vorliegen des Gelben Hefts bei U-Untersuchungen, Nutzung der Teilnahmekarte, Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen, Notizen der Eltern und Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt. Die teilnehmenden KJÄ erhielten eine Aufwandsentschädigung.

Die Gruppendiskussion wurde protokolliert. Die gesammelten Einschätzungen und Hinweise wurden bei der Einordnung der Ergebnisse und der Formulierung der Schlussfolgerungen berücksichtigt. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen reflektieren jedoch die Einschätzungen des Evaluators.

2.3 Erhebungen bei Eltern

Für ausgewählte Fragestellungen zur Evaluation des Abschnitts B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie sowie für die Fragestellungen zur Zielerreichung und Qualität des Gelben Hefts führte IGES drei Erhebungen bei Eltern durch: eine Befragung mittels Fragebogen (Kapitel 2.3.2), telefonische Interviews (Kapitel 2.3.3) und die Übermittlung von Kopien Gelber Hefte (Kapitel 2.3.4). Die Eltern wurden über zwei Zugangswege kontaktiert.

2.3.1 Zugangswege

Die Rekrutierung von Eltern für die Teilnahme an der Uheft-eva erfolgte zum einen über die an der Evaluation teilnehmenden KJÄ (Zugangsweg A), zum anderen über Veröffentlichungen auf den Webseiten bzw. in Newslettern der Techniker Krankenkasse (TK) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Zugangsweg B). Über beide Zugangswege wurde eine Gelegenheitsstichprobe gewonnen.

Zugangsweg A

Die teilnehmenden KJÄ führten eigens für die Uheft-eva eine Dokumentation von U-Untersuchungen durch (Kapitel 2.2.2). Im Rahmen der U-Untersuchungen, die eigens dokumentiert wurden, luden die KJÄ die Eltern ein, an der Elternbefragung und den Interviews teilzunehmen sowie Kopien des Gelben Hefts ihres Kindes anonym an IGES zu übermitteln. Dazu händigten sie den Eltern einen Ausdruck des Elternfragebogens, eine Einwilligungserklärung für die Interviews, eine Anleitung zur Übermittlung von Kopien des Gelben Hefts sowie an IGES-adressierte, vorfrankierte Rückumschläge aus. Mit einem der Rückumschläge konnten die Eltern den Elternfragebogen an IGES senden. Wenn die Eltern einem Interview zustimmten, konnten sie die Einwilligung dem Fragebogen beilegen. Ein zweiter Rückumschlag stand zur Verfügung, damit die Eltern Papierkopien des Gelben Hefts an IGES senden konnten (alternativ konnte eine elektronische Übermittlung erfolgen, vgl. Kapitel 2.3.4).

Die Elternfragebögen standen in arabischer, deutscher, englischer, russischer und türkischer Sprache zur Verfügung. Die KJÄ gaben bei der Registrierung an, wie viele Fragebögen in welcher Sprache sie schätzungsweise benötigten. Die Unterlagen für die Eltern trugen kein Kennzeichen der ausgebenden KJÄ, d. h. ein Rückschluss auf die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ist nicht möglich.

Die Ausgabe der Unterlagen für die Elternbefragung durch die teilnehmenden KJÄ fand von November 2020 bis September 2021 statt. Die Erhebung fand somit während der COVID-19-Pandemie statt (vgl. Kapitel 6.1.4). Alle Elternfragebögen aus Zugangsweg A, die bis 30.09.2021 bei IGES eingingen, wurden von einem Dienstleister erfasst und in der Datenauswertung berücksichtigt.

Zugangsweg B

Die Rekrutierung weiterer Eltern für die Teilnahme an der Uheft-eva erfolgte über die TK und die BZgA. Die TK wies zwischen November 2021 und Mai 2022 in ihren Kundenmagazinen, Newslettern und auf ihrer Webseite auf die Uheft-eva hin. Die BZgA wies zwischen Februar 2022 und Mai 2022 auf der Webseite www.kindergesundheit-info.de auf die Evaluation hin. Den Hinweisen war ein Link zur Webseite der Uheft-eva beigefügt. Auf der Webseite wurde die Evaluation näher erläutert sowie zu einem Online-Fragebogen (einschließlich Einwilligung für nachfolgende Interviews) und zur Übermittlung Gelber Hefte verlinkt. Bei dem Online-Fragebogen handelte es sich um denselben Fragebogen, der in den Arztpraxen ausgeteilt wurde (s. o.). Er stand in deutscher Sprache zur Verfügung. Weitere Sprachen waren für Zugangsweg B nicht vorgesehen, da die Kanäle, die für die Ansprache möglicher Teilnehmerinnen und Teilnehmer genutzt werden konnten, in deutscher Sprache verfasst waren. Daher war davon auszugehen, dass über diesen Zugangsweg rekrutierte Personen, in deutscher Sprache teilnehmen können. Weiterhin wurden in Zugangsweg A nur wenige fremdsprachigen Fragebögen tatsächlich genutzt (Kapitel 3.2.1), sodass der Aufwand für die Ansprache in weiteren Sprachen und die Programmierung zusätzlicher Online-Fragebögen den zu erwartenden Nutzen überstieg. Die Elternbefragung über Zugangsweg B fand von November 2021

bis 30.06.2022 statt. Die Erhebung fand somit während der COVID-19-Pandemie statt (vgl. Kapitel 6.1.4).

Die beiden unterschiedlichen Zugangswege wurden gewählt, um ihre jeweiligen Vor- und Nachteile auszubalancieren. Der Zugang über die teilnehmenden KJÄ erlaubt einen relativen leichten Zugang zu einer großen Anzahl Eltern. Auch ist eine hohe und breite Teilnahmebereitschaft der Eltern zu erwarten, da eine Einladung durch eine Ärztin oder einen Arzt eine gewisse Verbindlichkeit hervorruft. Bei den teilnehmenden KJÄ könnte jedoch eine gewisse Selektion vorliegen, beispielsweise dürften sich eher engagierte KJÄ für die Teilnahme an der Evaluation registriert haben. Die Ergebnisse von U-Untersuchungen und die Nutzung des Gelben Hefts könnte sich bei solchen KJÄ anders gestalten als in der Gesamtheit aller KJÄ (vgl. Kapitel 6.1.2). Bei Zugangsweg B ist es schwieriger, für eine Teilnahme zu motivieren; es war daher ein niedrigerer Rücklauf zu erwarten. Auch könnte eine Selektion besonders engagierter Eltern auftreten. Diese Eltern könnten andere Erfahrungen bei den U-Untersuchungen machen als Eltern allgemein. Gleichzeitig spielt die bei den teilnehmenden KJÄ eventuell auftretende Selektion hinsichtlich bspw. besonders engagierter Ärztinnen und Ärzte bei Zugangsweg B keine Rolle.

Teilnehmende Eltern erhielten keine Aufwandsentschädigung.

2.3.2 Elternfragebogen

Der Elternfragebogen bestand aus einem allgemeinen Teil, der Fragen zur Bewertung des Gelben Hefts enthielt, wie bspw. dem Ausfüllen der Teilnahmekarte sowie der Verständlichkeit der allgemeinen Elterninformationen und des Datenschutzhinweises. Weiterhin wurden die Eltern zu ihrer Vor- und Nachbereitung der letzten U-Untersuchung ihres Kindes befragt, wobei insbesondere Aspekte der Nutzung der einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts sowie der von den KJÄ vorgenommenen Dokumentation im Vordergrund standen. Der eingesetzte Fragebogen liegt dem Abschlussbericht in der separaten Anlage bei (Anlage 5 Elternfragebogen, vgl. Anhang A3).

Zusätzlich zu den Fragen zur letzten U-Untersuchung, die durch alle Eltern zu beantworten waren, wurden abhängig davon welche U-Untersuchung des Kindes die letzte war (U2 bis U9), zusätzliche U-spezifische Informationen erbeten. So wurden Eltern, deren Kinder zuletzt eine U2- oder U3-Untersuchung durchlaufen sind, zu Auffälligkeiten der Augen und Eltern, deren Kinder zuletzt eine U8-Untersuchung hatten, zu Auffälligkeiten des Hörvermögens befragt. Für alle U-Untersuchungen mit Ausnahme der U7 wurden Angaben zur Beratung durch die KJÄ erbeten. Der Elternfragebogen schließt mit einigen soziodemografischen Fragen, u. a. zu Bildungsabschluss und Herkunft der Eltern.

Ausgefüllte Fragebögen wurden in vorfrankierten Umschlägen an IGES versandt. Die Datenerfassung erfolgte durch einen externen Dienstleister. Im Anschluss an die Erfassung wurden die Daten plausibilisiert und für die Auswertung aufbereitet. Die Auswertung erfolgte mit der Software R, Version 4.1.1 (R Core Team, 2021).

2.3.3 Interviews mit Eltern

Als ergänzende bzw. vertiefende Betrachtung wurden folgende Themen in semi-standardisierten Interviews mit Eltern besprochen:

- Thema 1: Gründe, warum der Abschnitt *Elterninformation* im Gelben Heft für die Vorbereitung der Eltern auf die U-Untersuchung ihres Kindes wenig nützlich war,
- Thema 2: Gründe, warum die Abschnitte *Anamnese* bis *Ergebnisse* im Gelben Heft für die Vorbereitung der Eltern auf die U-Untersuchung ihres Kindes wenig nützlich waren,
- Thema 3: Gründe, warum Eintragungen von Ärztinnen und Ärzten im Gelben Heft für die Eltern schwer verständlich waren,
- Thema 4: Gründe, warum die Beratung durch die Ärztin oder den Arzt nicht besonders ausführlich bzw. nicht voll und ganz zu verstehen war und
- Thema 5: Gründe, warum das Textfeld „Hier können Sie Ihre Notizen eintragen“ von den Eltern nicht genutzt wurde.

Eltern, die zur Teilnahme an einem Interview bereit waren, konnten dies in einer Anlage zum Elternfragebogen (Kapitel 2.3.2) mitteilen. Sie stimmten dabei zu, ihre Antworten im Elternfragebogen mit den Kontaktdaten zur Vereinbarung eines Interviews zu verknüpfen. So konnte die Auswahl der Interviewpartner auf Basis der Befragungsergebnisse erfolgen. Vor dem Hintergrund der für die Interviews vorgesehen Themen, wurden folgende vier Gruppen von Eltern ausgewählt:

- Gruppe 1: Eltern, die angaben, den Abschnitt *Elterninformation* vor der U-Untersuchung ihres Kindes gelesen und verstanden zu haben und dennoch nicht ausreichend zu wissen, was sie in der U-Untersuchung erwartet.
- Gruppe 2: Eltern, die angaben, die Abschnitte *Anamnese* bis *Ergebnisse* zur Vorbereitung auf die U-Untersuchung ihres Kindes angeschaut zu haben, sie aber kaum hilfreich fanden.
- Gruppe 3: Eltern, die angaben, dass die Ärztin oder der Arzt in der letzten U-Untersuchung ihres Kindes Eintragungen und handschriftliche Vermerke im Gelben Heft machte und sie diese gelesen haben, sie jedoch nicht alles verstehen konnten.
- Gruppe 4: Eltern, die mit *ja* oder *eher ja* zustimmten, während der letzten U-Untersuchung ihres Kindes eine ausführliche Beratung durch die Ärztin oder den Arzt erhalten zu haben, in der Beratung aber nicht alles verstanden hatten.

Die Eltern wurden zu dem jeweils für sie relevanten Thema befragt (Gruppe 1 zu Thema 1, Gruppe 2 zu Thema 2, etc.). Alle vier Gruppen wurden zu Thema 5 befragt. Ziel war es ursprünglich, 30 Interviews mit Eltern zu führen. Um für jede der vier Gruppen die gleiche Anzahl Interviews zu erreichen, wurde die geplante Zahl

der Interviews auf 32 erhöht, d. h. acht Interviews je Gruppe. Für die Interviews entwickelte IGES einen Leitfaden. Er liegt dem Abschlussbericht in der separaten Anlage bei (Anlage 7 Interviews mit Eltern, vgl. Anhang A3). Die Dauer der Interviews war für 15 Minuten geplant. Die Interviews wurden zwischen Februar und Mai 2022 telefonisch durchgeführt und protokolliert. Die Auswertung der Interviews erfolgte wie bereits für die nachgehenden Interviews mit Ärztinnen und Ärzten beschrieben (Kapitel 2.2.4).

Die Eltern erhielten keine Aufwandsentschädigung.

2.3.4 Kopien Gelber Hefte

Eltern, die über Zugangsweg A oder B (Kapitel 2.3.1) zur Teilnahme an der Uheft-eva eingeladen wurden, wurden auch um die Übermittlung von Kopien des Gelben Hefts ihres Kindes gebeten. Die Kopien sollten nach Möglichkeit alle vom Kind bereits durchlaufenen U-Untersuchungen enthalten.

Die Übermittlung konnte für Eltern, die über den Zugangsweg A rekrutiert wurden, über drei Wege erfolgen: postalisch, per E-Mail oder über eine App. Die postalische Übermittlung beinhaltete das Versenden physischer Kopien der Gelben Hefte in einem vorfrankierten Rückumschlag an IGES. Eltern konnten Scans bzw. Fotos des Gelben Hefts auch per E-Mail an IGES senden. Dabei wurde explizit darauf hingewiesen, dass es sich dabei um keinen sicheren Übertragungsweg handelt, da eine Verschlüsselung der übermittelten Inhalte nicht immer sichergestellt werden könne. Alternativ wurde den Eltern eine Übermittlung über eine App angeboten, welche speziell zur Datenübertragung von medizinischen Dokumenten entwickelt wurde und daher besonders hohe Sicherheitsanforderungen erfüllt. Für die Übermittlung per E-Mail oder über die App wurde zusätzlich eine Einwilligung zur elektronischen Datenvereinbarung eingeholt, für letzteren Weg mussten die Eltern sich zusätzlich für die Nutzung der App registrieren. Eltern, die über den Zugangsweg B rekrutiert wurden, konnten Kopien der Gelben Hefte über eine gesicherte Verbindung auf der Uheft-eva-Website hochladen oder diese ebenfalls postalisch übermitteln, indem sie ein auf der Uheft-eva-Website bereitgestelltes Drucketikett verwendeten.

Die Übermittlung von Kopien Gelber Hefte erfolgte parallel zur Elternbefragung. Kopien, die über den Zugangsweg A von November 2020 bis zum 30.09.2021 oder über den Zugangsweg B von November 2021 bis zum 30.06.2022 bei IGES eingingen, wurden in der Datenauswertung berücksichtigt. Die Erhebung fand somit während der COVID-19-Pandemie statt (vgl. Kapitel 6.1.4).

Unabhängig vom Übertragungsweg wurden alle Eltern dazu aufgefordert, die Kopien der Gelben Hefte vor dem Versenden zu anonymisieren, d. h. den auf der Ergebnisseite befindlichen Stempel der KJÄ-Praxis sowie sonstige Informationen zu schwärzen, die Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmenden oder deren behandelnde Ärztinnen und Ärzte erlauben würden. Enthielten die übermittelten Kopien dennoch personenbezogene Daten, wurden diese durch IGES anonymisiert,

bevor sie zur Datenerfassung an einen externen Dienstleister weitergeleitet wurden. Im Anschluss an die Erfassung wurden die Daten von IGES plausibilisiert und für die Auswertung aufbereitet. Die Auswertung erfolgte mit der Software R, Version 4.1.1 (R Core Team, 2021).

2.4 Erhebung in Krankenhäusern

Auf der Grundlage einer Auswertung von öffentlich zugänglichen Daten aus den Strukturierten Qualitätsberichten nach § 136b SGB V wurden neun Krankenhäuser identifiziert, auf deren pädiatrischen oder kinderchirurgischen Fachabteilungen im Jahr 2018 mindestens vier Kinder mit der Hauptdiagnose Gallengangatresie (ICD-10-Code Q44.2) behandelt wurden. Die maximale Anzahl behandelter Fälle betrug 22. Die ärztlichen Leitungen der pädiatrischen bzw. kinderchirurgischen Fachabteilungen dieser Krankenhäuser erhielten – nach vorheriger Kontaktaufnahme und Information zur Uheft-eva per Telefon oder E-Mail – zwischen November 2021 und März 2022 einen Fragebogen, in dem erfragt wurde:

- wie viele Kinder seit dem 01.01.2018 mit Gallengangatresie in ihrem Krankenhaus behandelt wurden sowie
- bei wie vielen dieser Kinder vor der erstmaligen Krankenhausbehandlung wegen der Hauptdiagnose Gallengangatresie eine Auffälligkeit mittels Stuhlfarbkarte bzw. ein Ikterus festgestellt worden ist.

Aufgrund der niedrigen Inzidenz von Gallengangatresie (Corrado & Mack, 2022; Kodde, 2016; Sanchez-Valle et al., 2017) behandeln die kontaktierten Krankenhäuser wie oben dargestellt pro Jahr nur wenige Fälle mit Gallengangatresie. Um dennoch eine aussagekräftige Fallzahl für die Analyse zu erreichen, wurden die Krankenhäuser gebeten retrospektiv Fälle der letzten circa vier Jahre (seit 01.01.2018) zu betrachten. Der Wahl dieses Zeitraums liegt zum einen das Bestreben zugrunde möglichst viele Fälle zu erfassen; zum anderen jedoch den Aufwand für die Krankenhäuser zu begrenzen, der mit der Auswertung jedes weiteren Jahres steigt. Der Fragebogen liegt dem Abschlussbericht in der separaten Anlage bei (Anlage 8 Krankenhausfragebogen, vgl. Anhang A3). Die Fragebögen wurden im Zeitraum Januar bis April 2022 per E-Mail, Fax oder Post an IGES zurückgesendet. Dort wurden sie erfasst, plausibilisiert und ausgewertet. Die Auswertung erfolgte mit der Software Excel.

Die im Evaluationsplan erwähnte Option, Daten aus dem Register „biliary atresia and related diseases“ (BARD) zu verwenden, wurde nicht umgesetzt, da das Register zur Beantwortung der Evaluationsfragen zu Gallengangatresie keine relevanten Informationen enthielt.

2.5 Analyse von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten

Im Rahmen der Evaluation sollte u. a. ermittelt werden, in welchem Alter Entwicklungsverzögerungen diagnostiziert werden sowie wann und wie häufig eine Sprach- und Sprechstörung zum ersten Mal diagnostiziert wird. Zur Beantwortung

dieser Fragestellungen wurde eine Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt. Die Analyse führte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Auftrag von IGES durch.

Die Analyse der Abrechnungsdaten ermittelte für eine Liste von 127 ICD-10-Codes auf Dreisteller-Ebene (Anhang A2), wie häufig die Diagnosen bis zum achten Lebensjahr mindestens einmal dokumentiert wurden und in welchem Alter bis zur Erreichung des sechsten Geburtstags die erstmalige Dokumentation einer Diagnose erfolgte.

Die Datengrundlage bilden bundesweite krankenkassenübergreifende, pseudonymisierte vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Jahre 2012 bis 2021. Sie beinhalten alle GKV-versicherte Personen, die im Beobachtungszeitraum mindestens einen Kontakt in einer niedergelassenen Arztpraxis hatten. Die Personen können anhand eines Pseudonyms identifiziert werden, welches aus Name, Vorname und Geburtsdatum abgeleitet ist. Die Möglichkeit einer eindeutigen Identifizierung über die Nummer der elektronischen Gesundheitskarte (EGK) ist in den Daten nicht implementiert. Zu den Personen sind Geschlecht und Geburtsjahr (nicht jedoch Geburtstag, -monat oder -quartal) bekannt. Diagnosen und abgerechnete Leistungen liegen mit Quartalsbezug vor. Die Dokumentation der erbrachten Leistungen dient als Grundlage zur Vergütung von Vertragsärztinnen und -ärzten, so dass hier in der Regel von einer Vollständigkeit der dokumentierten Leistungen ausgegangen werden kann. Pro Behandlungsfall ist mindestens eine Behandlungsdiagnose anzugeben. Die exakte Verschlüsselung aller Behandlungsdiagnosen ist relevant zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur in Deutschland, aus der die grundsätzliche Finanzierung der ambulanten Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen abgeleitet wird (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a SGB V). Die Dokumentation der Diagnosen hat im Gegensatz zur Dokumentation der Leistungen jedoch keinen Einfluss auf die direkte Vergütung eines Vertragsarztes. Deshalb ist es möglich, dass Behandlungsdiagnosen unvollständig dokumentiert werden.

Da das Pseudonym aus Name, Vorname und Geburtsdatum abgeleitet ist, ergibt sich ein „neues Kind“, wenn sich der Name – zum Beispiel durch eine Heirat der Eltern – ändert. Hinzu kommt, dass Neugeborene in der Regel nicht ab Geburt eine eigene Versichertenkarte besitzen. Werden die Angaben des Kindes händisch vermerkt, können Tippfehler dazu führen, dass das Kind unter verschiedenen Namen (oder mit unterschiedlichen Geburtsdaten) und dadurch mit unterschiedlichen Pseudonymen in den Abrechnungsdaten erscheint. Im Ergebnis ist mit Mehrfachnennungen von Kindern in den Daten zu rechnen. Vor diesem Hintergrund musste ein Weg gefunden werden, sich der tatsächlichen Grundgesamtheit von Neugeborenen eines Jahres anzunähern und damit die Möglichkeit einer sinnvollen Nachbeobachtung zu gewährleisten. Es wurde wie folgt vorgegangen:

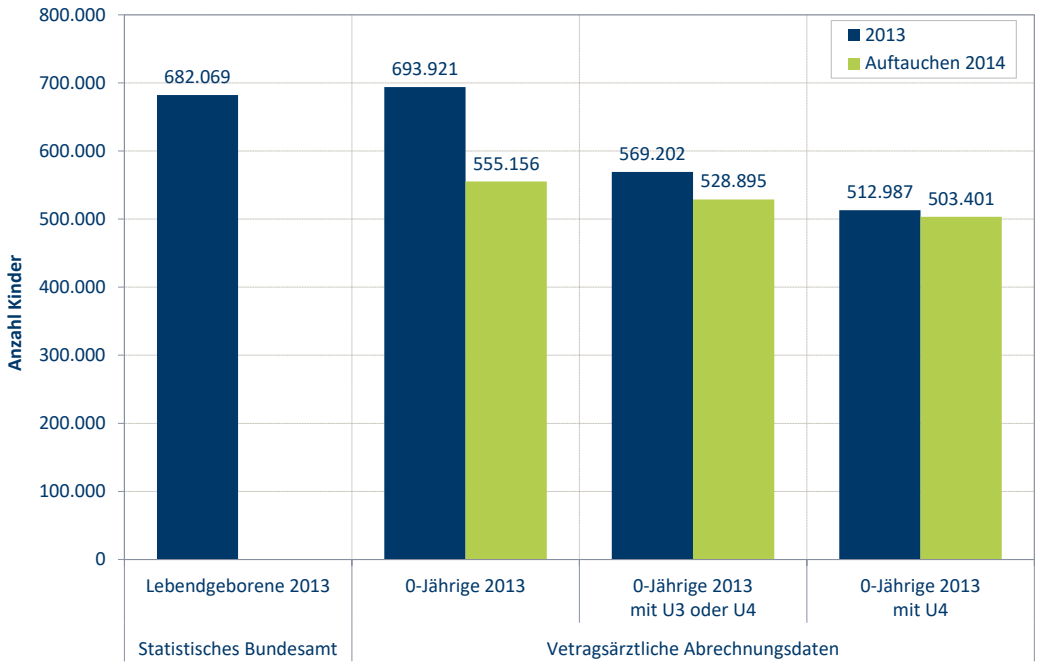
Zunächst wurden pro zu untersuchendem Geburtsjahr alle 0-Jährigen extrahiert und für diese das erste Quartal, in dem sie in diesem Jahr in den Daten zu finden

sind, als Geburtsquartal angenommen.[7] Um sicherzustellen, dass es sich bei den so identifizierten Personen tatsächlich um Kinder handelt, wurde geprüft, ob sie eine U4 (Analyse zu Häufigkeit der Diagnosedokumentation) bzw. einer U3 oder U4 (Analyse des Alters bei erstmaliger Diagnosedokumentation) innerhalb der ersten drei Quartale in Anspruch genommen hatten. Das Kriterium wurde gewählt, da die U-Untersuchungen U1 bis U4 von 99,5 bis 99,7 % aller Kinder in Deutschland in Anspruch genommen werden (Schmidtke et al., 2018) und davon ausgegangen werden kann, dass die U3, spätestens die U4 in der ambulanten Versorgung (nicht mehr im Krankenhaus) stattfindet. Von den so identifizierten 512.987 (Analyse zu Häufigkeit der Diagnosedokumentation) bzw. 569.202 (Analyse des Alters bei erstmaliger Diagnosedokumentation) Kindern der Geburtskohorte 2013 sind 98 bzw. 93 % im Folgejahr in den Daten wiederzufinden (d. h. im Folgejahr liegt mindestens eine weitere Abrechnung für eine Leistung vor). Bei diesen erneut auffindbaren Kindern kann also in der Regel von „echten“ Kindern statt Datenfehlern ausgegangen werden. Die Anzahl GKV-versicherter Kinder, die mit Geburtsjahr 2013 die Kriterien erfüllen, entspricht 75 % bzw. 83 % der Lebendgeborenen dieses Jahres (N = 682.069) (Statistisches Bundesamt, 2021). Unter Berücksichtigung der PKV-Versicherten-Quote (circa 11 % der Bevölkerung (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2022) wären etwa 89 % zu erwarten. Durch das dargestellte Vorgehen der Datenplausibilisierung mithilfe durchlaufener U3- und/oder U4-Untersuchungen sowie dem Wiederauffinden von Abrechnungen im Folgejahr der Geburt werden einerseits zwar einige „echte“ Kinder ausgeschlossen, dafür handelt es sich andererseits jedoch um eine verlässliche Stichprobe.

Zur Veranschaulichung ist in Abbildung 1 am Beispiel der Geburtskohorte 2013 die Zahl der Lebendgeborenen gemäß statistischem Bundesamt der Zahl der 0-Jährigen in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gegenübergestellt. Letztere fällt in Anbetracht des oben beschrieben Anteils von circa 11 % privat Versicherten in Deutschland unplausibel hoch aus. Ursache ist vermutlich die oben erwähnte Mehrfachzählung einzelner Kinder. Weiterhin sind nur 80 % der 0-Jährigen im Jahr 2013 auch im Jahr 2014 in den Daten sichtbar (grüner Balken). Wird die oben beschriebene Einschränkung der 0-Jährigen auf Kinder mit U3 oder U4 bzw. nur mit U4 innerhalb der ersten drei Quartale vorgenommen, sind von diesen 93 % bzw. 98 % auch im Folgejahr 2014 in den Daten zu finden.

[7] Dieses Vorgehen führt tendenziell dazu, dass Kinder, die am Ende des Jahres geboren wurden, nicht erfasst werden. Beispielweise ist es sehr unwahrscheinlich, dass ein Kind, das am 31. Dezember eines Jahres geboren wurden, im selben Jahr noch in den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung erscheint. Es wurden alternative Methoden zur Festlegung des Geburtsquartals getestet. Diese ergaben jedoch weniger plausible Ergebnisse als die dargestellte Methode.

Abbildung 1: Vergleich Lebendgeborene 2013 gemäß statistischem Bundesamt und 0-Jährige 2013 in den Abrechnungsdaten



Quelle: Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung. Statistik der Geburten (Statistisches Bundesamt, 2021)

Dem verwendeten Datensatz kann nicht entnommen werden, ob eine Person durchgängig in der GKV versichert war und somit, zumindest prinzipiell, in den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung auftauchen könnte. Um Verzerrungen zu minimieren durch Personen, die die GKV verlassen oder hinzukommen (z. B. aufgrund von Zu- oder Wegzug aus Deutschland, Wechsel zur/von PKV oder Tod), wurde für die Auswertung des Alters bei erstmaliger Diagnosedokumentation definiert, dass für die in der Analyse betrachteten Personen über einen Zeitraum von drei Jahren (Geburtsjahr + 2) jedes Jahr mindestens eine Abrechnung vorliegen muss. Für die Auswertungen zur Häufigkeit der Diagnosedokumentation wurden in dieser Hinsicht keine Einschränkungen vorgenommen.

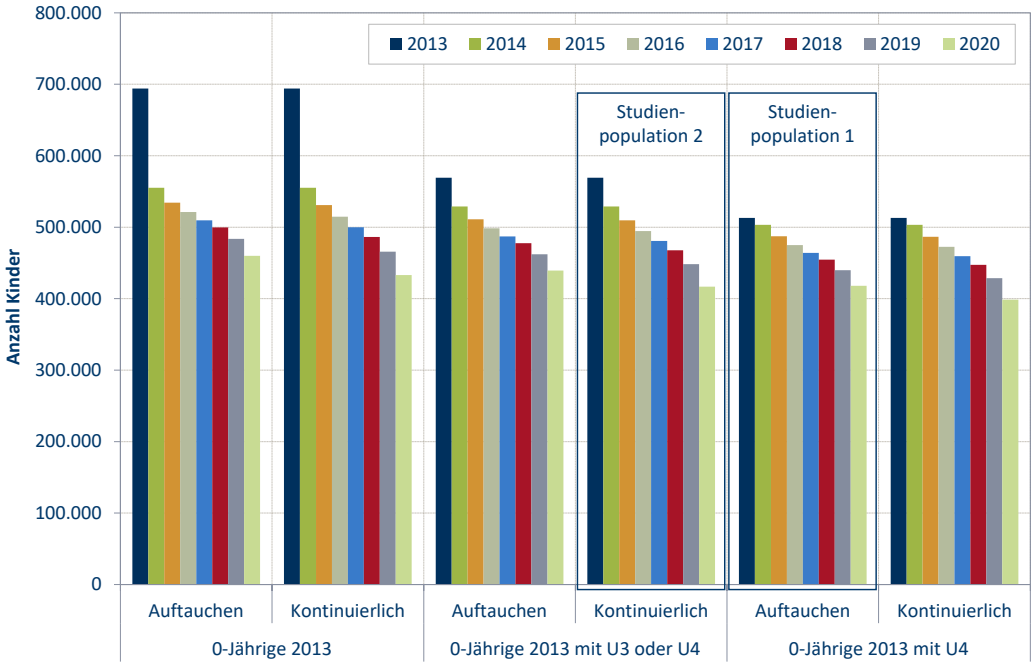
Abbildung 2 veranschaulicht die Nachbeobachtbarkeit von Neugeborenen in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten am Beispiel der Geburtskohorte 2013 bis zum Jahr 2020. Differenziert wird wie in Abbildung 1 nach allen 0-Jährigen und denen mit U3 oder U4 bzw. nur mit U4 in den ersten drei Quartalen. Die Nachbeobachtbarkeit wird unterschieden nach „Auftauchen“ (jedes Jahr, in dem ein Kind bis 2020 wieder zu sehen ist, wird gezählt; Pausen sind erlaubt) und als „Kontinuierlich“ (es werden nur Kinder berücksichtigt, die in allen Jahren 2013 bis 2020 in den Daten zu finden sind). Es wird deutlich, dass – unabhängig von der Betrachtungsweise – Kinder über die Jahre aus der Nachbeobachtbarkeit herausfallen. Ne-

ben Wegzug aus Deutschland, Wechsel in die PKV oder der Möglichkeit, dass tatsächlich innerhalb eines Jahres kein Vertragsarzt aufgesucht wurde, kommt vor allem ein Namenswechsel als Grund in Frage, der zu einer anderen ID in den Daten führt.

In Abbildung 2 sind die beiden für die Auswertungen in der Uheft-eva verwendeten Studienpopulationen am Beispiel der Geburtskohorte 2013 hervorgehoben:

- Studienpopulation 1 zur Analyse der Häufigkeit der Diagnosedokumentation
  - Die Anwendung des etwas strengeren Einschlusskriteriums, dass eine U4 vorliegen muss, bewirkt, dass ein hoher Anteil der Kinder auch in den Folgejahren in den Daten auftaucht.
  - Dies ist eine gute Voraussetzung für eine grundsätzliche Übersicht, welche Erkrankungen besonders häufig oder eher selten vorkommen.
- Studienpopulation 2 zur Analyse des Alters bei erstmaliger Diagnosedokumentation
  - Die Anwendung des etwas weniger strengen Einschlusskriteriums, dass eine U3 oder eine U4 vorliegen muss, führt zu einer etwas größeren verfügbaren Studienpopulation (gegenüber Vorliegen einer U4).
  - Das weitere Einschlusskriterium, dass die Kinder über drei Jahre kontinuierlich in den Daten auftauchen müssen, bildet eine gute Voraussetzung zur Untersuchung von erstmalig auftretenden Diagnosen.

Abbildung 2: Nachbeobachtbarkeit der Geburtskohorte 2013 in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten



Quelle: Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung

2.5.1 Ermittlung der Häufigkeit der Diagnosedokumentation

Zur Ermittlung der Häufigkeit der Dokumentation der ICD-Codes wurden Kinder betrachtet, die im Jahr 2013 geboren wurden. Zum Zeitpunkt der Analyse lagen Daten bis Q4 2020 vor, sodass die bis zum achten Lebensjahr dokumentierten Diagnosen betrachtet werden konnten. Die Studienpopulation wurde vor dem Hintergrund der oben dargestellten Überlegungen zur Definition der Geburtskohorten wie folgt operationalisiert:

- geboren im Jahr 2013,
- innerhalb der ersten drei Quartale wurde eine U4 abgerechnet und

Die so definierten Kriterien der Studienpopulation werden von N = 512.987 Kindern erfüllt. Dies entspricht circa 75 % der Lebendgeborenen der Jahres 2013 gemäß der Statistik der Geburten (Statistisches Bundesamt, 2021). Nach Berücksichtigung der PKV-Versicherten (s. o.) werden somit circa 85 % aller in der GKV-versicherten Lebendgeborenen erfasst. Es besteht also eine relativ hohe Vollzähligkeit. Für jedes dieser Kinder wurde für jeden der ICD-Codes auf Dreisteller-Ebene geprüft, ob er mindestens einmal als gesichert dokumentiert wurde.

2.5.2 Ermittlung des Alters bei erstmaliger Diagnosedokumentation

Zur Ermittlung des Alters bei erstmaliger Dokumentation einer Diagnose wurden Kinder betrachtet, die im Jahr 2012, 2013, 2017 oder 2018 geboren wurden. Die Betrachtung von vier Geburtsjahren erlaubt einen Vergleich, inwiefern sich der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnosedokumentation in den letzten Jahren verändert hat. Die Studienpopulation wurde vor dem Hintergrund der oben dargestellten Überlegungen zur Definition der Geburtskohorten wie folgt operationalisiert:

- geboren in den Jahren 2012, 2013, 2017 oder 2018,
- innerhalb der ersten drei Quartale wurde eine U3 oder U4 abgerechnet und
- in den auf das Geburtsjahr folgenden Jahren 1 und 2 liegt je Jahr mindestens eine Abrechnung vor. D. h. in den ersten drei Lebensjahren taucht das Kind kontinuierlich in den Daten auf. In späteren Jahren muss das Kind nicht mehr auftauchen. Es kann sich um irgendeine gültige Abrechnung handeln (nicht nur U-Untersuchungen), die in irgendeiner Arztpraxis erfolgte (nicht nur KJÄ).

Für jedes der Geburtsjahre 2012, 2013, 2017 und 2018 ergibt sich eine Anzahl von Kindern, für die die Kriterien der Studienpopulation erfüllt sind: N_{2012} = 510.937, N_{2013} = 509.550, N_{2017} = 596.904 und N_{2018} = 595.079. Dies entspricht circa 75 % der Lebendgeborenen der jeweiligen Jahrgänge gemäß Statistik der Geburten (Statistisches Bundesamt, 2021). Nach Berücksichtigung der PKV-Versicherten (s. o.) werden somit circa 85 % aller in der GKV-versicherten Lebendgeborenen erfasst. Es besteht also eine relativ hohe Vollzähligkeit. Für jedes dieser Kinder wurde für jeden der relevanten ICD-Codes auf Dreisteller-Ebene geprüft, ob und – wenn ja – in welchem Jahr bzw. Quartal er zum ersten Mal als gesichert dokumentiert wurde. Für Diagnosen, die häufiger auftreten, wurde das Quartal der ersten Diagnosestellung betrachtet. Für seltenere Diagnosen wurde das Jahr der ersten Diagnosestellung betrachtet. Eine Quartalsbetrachtung war hier nicht möglich, da die Anzahl Kinder je Quartal zu klein gewesen wäre, um den Datenschutz zu gewährleisten (nur Zellenbesetzungen ≥ 30 konnten ausgegeben werden).

Als Zeitraum für die Dokumentation des ICD-Codes wurde das Geburtsquartal bis einschließlich zum 24. „Lebensquartal“ (sechster Geburtstag) gewählt. Wenn aufgrund der Datenverfügbarkeit noch keine Daten bis zum 24. „Lebensquartal“ vorlagen, wurde bis zum letzten in den Daten verfügbaren Quartal geschaut. Zum Zeitpunkt der Datenauswertung lagen Abrechnungsdaten bis einschließlich Q4 2021 vor. Somit konnten Kinder aus den Kohorten 2012 und 2013 über 25 Quartale (Geburtsquartal bis zum sechsten Geburtstag) beobachtet werden, Kinder aus der Kohorte 2017 für 17 Quartale (Geburtsquartal bis vierter Geburtstag) und Kinder aus der Kohorte 2018 für 13 Quartale (Geburtsquartal bis zum dritten Geburtstag).

2.6 Datenanalysen

Für die erhobenen Datenpunkte wurden deskriptive Auswertungen durchgeführt, d. h. es wurden absolute und relative Häufigkeiten ermittelt. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4 und Kapitel 5 berichtet. Eine tabellarische Darstellung des ausgewerteten Datenmaterials kann in der separaten Anlage eingesehen werden. Anhang A3 enthält eine Übersicht der Inhalte der separaten Anlage

An ausgewählten Stellen wurden paarweise Vergleiche von diskreten Merkmalen mittels χ^2-Tests angestellt.

Ein potenzieller Studieneffekt in Form einer vermehrten Dokumentation im Gelben Heft während U-Untersuchungen, die im Rahmen der Uheft-eva stattfanden, wurde in dafür relevanten Fragestellungen, die auf den Elternfragebögen basieren, gesondert geprüft. Hierfür wurden logistische Regressionen mit dem interessierenden Merkmal als abhängigen Variable und dem Zugangsweg der Eltern (Zugangsweg A oder B, vgl. Kapitel 2.3.1) als unabhängige Variable gerechnet. Dabei wurde einerseits für Unterschiede der Stichproben hinsichtlich Bildungsstand (Referenzkategorie: Hochschulabschluss) und Migrationshintergrund (Referenzkategorie: kein Migrationshintergrund) und andererseits für die unterschiedliche Anzahl von bisherigen U-Untersuchungen (0 bis 8) kontrolliert, indem diese als Kovariaten in das logistische Regressionsmodell aufgenommen wurden. Allen inferenzstatistischen Analysen wird ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0{,}05$ zugrunde gelegt.

3. Rücklauf der Erhebungen und Stichprobencharakterisierung

Die nachfolgenden Kapitel beschreiben den Rücklauf der Erhebungen in Arztpraxen (Kapitel 3.1), bei Eltern (Kapitel 3.2) und in Krankenhäusern (Kapitel 3.3). Weiterhin werden die mit den Erhebungen erzielten Stichproben charakterisiert.

3.1 Erhebungen in Arztpraxen

3.1.1 Arztfragebogen und U-Sammelbögen

Insgesamt registrierten sich 857 KJÄ für die Teilnahme an der Uheft-eva. Dies entspricht 11,9 % der insgesamt 7.203 KJÄ[8] in Deutschland. 70 der registrierten KJÄ zogen vor Versandt der Studienunterlagen ihre Teilnahme wieder zurück. Den verbleibenden 787 KJÄ sendete IGES die Studienunterlagen. Von diesen KJÄ sendeten 656 die ausgefüllten Studienunterlagen an IGES zurück. Der Rücklauf betrug somit 83,4 % und es beteiligten sich 9,1 % aller KJÄ[8] an der Uheft-eva.

Für die Erhebungen in den Arztpraxen wurde bei der Erstellung des Evaluationsplans eine Powerkalkulation mithilfe des R-Pakets epiR (Stevenson, 2019) unter Berücksichtigung einer Clusterung von erhobenen Daten innerhalb der Arztpraxen durchführt. Dabei wurden folgende Annahmen getroffen: a) auch für seltenere Ereignisse wie Auffälligkeiten des Hör- oder Sehvermögens werden in 10 % der U-Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt, b) die Standardabweichung der Rate von Auffälligkeiten beträgt 4 %, c) pro Monat werden pro U-Untersuchung etwa 8,3 Untersuchungen durchgeführt (vgl. Fußnote 4) und d) die für die Schätzung einer validen Auffälligkeitsrate benötigte Accuracy (Standardfehler der Stichproben) beträgt 0,025. Basierend auf den Annahmen ergab sich eine erforderliche Stichprobengröße von 719 Arztpraxen, um auch seltenere Ereignisse mit akzeptabler Schätzunsicherheit abbilden zu können. Die angestrebte Stichprobengröße wurde zu 91,2 % (n = 656 von n = 719 KJÄ) erreicht. Durch das leichte Unterschreiten der Stichprobengröße und durch das Nicht-Zutreffen von Annahme a (die erhobenen Ereignisse sind teilweise wesentlich seltener) sind die Ergebnisse mit größerer Schätzunsicherheit behaftet, als im Evaluationsplan angenommen wurde (vgl. Kapitel 6.1.1). Dies ist insbesondere für Auswertungen zu seltenen Ereignissen relevant. In Kapitel 4 und Kapitel 5 wird an den relevanten Stellen darauf hingewiesen.

Fast zwei Drittel der teilnehmenden KJÄ sind weiblich (64,2 %, n = 420), ein gutes Drittel männlich (35,8 %, n = 234; fehlend n = 2). Unter allen KJÄ sind gemäß den statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister 60,0 % weiblich und 40,0 % männlich (KBV, 2021). Es sind Teilnehmende aus allen 16 Bundesländern vertreten, jedoch zu unterschiedlichen Anteilen (Tabelle 3). Die drei bevölkerungsreichsten Bundesländer (Statistisches Bundesamt, 2022) Nordrhein-Westfalen,

[8] Zählung nach Personen, ohne ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Stand 31.12.2020. (KBV (2021)).

Bayern und Baden-Württemberg stellen die drei größten Anteile von teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, bevölkerungsärmere Bundesländer wie Bremen und das Saarland stellen einen geringeren Anteil von Teilnehmenden. Eine bevölkerungsrepräsentative Verteilung der KJÄ über die Bundesländer wurde jedoch nicht angestrebt, da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt.

Tabelle 3: Anzahl an der Uheft-eva teilnehmender KJÄ nach Bundesland

Bundesland	**n**	**%**
Nordrhein-Westfalen	130	20,1
Bayern	121	18,7
Baden-Württemberg	94	14,5
Niedersachsen	56	8,7
Sachsen	38	5,9
Hessen	32	4,9
Rheinland-Pfalz	32	4,9
Schleswig-Holstein	29	4,5
Berlin	23	3,6
Brandenburg	22	3,4
Thüringen	19	2,9
Mecklenburg-Vorpommern	14	2,2
Sachsen-Anhalt	14	2,2
Saarland	9	1,4
Hamburg	8	1,2
Bremen	6	0,9
Anzahl valider Antworten	647	100,0
fehlend	9	
Gesamt	656	

Quelle: Angaben der KJÄ bei der Registrierung für die Uheft-eva
Anmerkungen: Bei n = 9 KJÄ fehlte die Angabe der Postleitzahl, über die das Bundesland ermittelt wurde.

654 (99,7 %) der 656 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte waren Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Zwei Ärztinnen und Ärzte hatten andere Qualifikationen, und zwar: Facharzt für Allgemeinmedizin mit Fokus u. a. Kinder- und Jugendmedizin (n = 1) und Praktischer Arzt mit Fokus auf Kinder- und Jugendmedizin (n = 1). Da die beiden Ärztinnen und Ärzte ohne die Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin, dennoch einen Schwerpunkt in Kinder- und Jugendmedizin haben, ist nicht zu erwarten, dass ihr Vorgehen bei den U-Untersuchungen anders ist als bei den übrigen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten.

Von allen KJÄ, die die Studienunterlagen ausgefüllt an IGES zurückgesendet haben, liegt ein ausgefüllter Arztfragebogen vor (n = 656, 100,0 %). Es wurden keine Veränderungen am Datensatz vorgenommen und die Auswertung erfolge ohne Bereinigungen (bspw. kein Ausschließen bestimmter Antworten und kein Ergänzungen fehlender Antworten).

Die Angaben im Arztfragebogen liegen größtenteils mit einer hohen Vollständigkeit vor (Anteil fehlender Werte unter 10 %). Anteile fehlender Werte über 10 % werden in den folgenden Fragen vorgefunden:

- Bei der Frage nach der U-Untersuchung (U2, U3, U4), in der mittels des Einsatzes der Stuhlfarbkarte oder aufgrund einer Gelbsucht, die Diagnose Gallengangatresie gestellt wurde, machten 13,3 % (n = 2 von n = 15 für die Stuhlfarbkarte) bzw. 31,6 % (n = 12 von n = 38 für Gelbsucht) der KJÄ keine Angabe. Es ist zu vermuten, dass die KJÄ die Frage aus dem Gedächtnis beantworteten und lediglich die Diagnosestellung erinnerten, jedoch nicht den genauen Zeitpunkt. Da die Antwortoption *weiß nicht* nicht angeboten wurde, wäre zu erwarten, dass die KJÄ in diesen Fällen keine Angabe machten.
- Frage: *Bitte geben Sie für die einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts an, aus welchen Gründen Sie Ergebnisse der U-Untersuchung im jeweiligen Abschnitt dokumentieren.* Antwortmöglichkeit: *Die Eltern wünschen die Dokumentation*. Als Grund für den vergleichsweise hohen Anteil fehlender Werte (7,0 %, n = 46 im Abschnitt *Ergebnisse* bis 11,0 %, n = 72, Abschnitt *Anamnese*) wird vermutet, dass KJÄ nicht immer beurteilen können, ob eine Dokumentation seitens der Eltern erwünscht ist.
- Frage: *Bitte geben Sie für die einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts an, aus welchen Gründen Sie Ergebnisse der U-Untersuchung im jeweiligen Abschnitt ggf. NICHT dokumentieren*. Hier wird je nach Abschnitt von fast einem Fünftel (17,1 %, n = 105, Abschnitt *Anamnese*) bis zu fast einem Drittel (29,3 %, n = 174, Abschnitt *Ergebnisse*) der KJÄ weder ein Kreuz bei irgendeinem der vorgeschlagenen Gründe gesetzt noch die Antwortmöglichkeit *Nichts davon trifft zu* gewählt. Als Grund für den vergleichsweise hohen Anteil fehlender Werte wird einerseits vermutet, dass KJÄ die Antwortmöglichkeit *Nichts davon trifft zu* nicht korrekt nutzten, sondern die Frage freiließen, wenn sie die Gründe als nicht zutreffend empfanden. Andererseits wird gemutmaßt, dass ein Teil der Ärztinnen und Ärzte keine

Angaben zu der Frage machen, da sie in allen Abschnitten dokumentieren und somit keine Gründe für eine Nicht-Dokumentation haben. Ungeachtet des vergleichsweise hohen Anteils fehlender Werte werden die Antworten zur Zustimmung zu den vorgeschlagenen Gründen der Nicht-Dokumentation und deren Verteilungen über die einzelnen Abschnitte als valide eingestuft, da diese in sich konsistent sind und gut mit den Antworten aus anderen Fragen bzw. Erhebungsinstrumenten (bspw. der Frage nach den Gründen für die Dokumentation sowie der tatsächlichen Häufigkeit der Dokumentation in einzelnen Abschnitten des Gelben Hefts) vereinbar sind.

- Freitextangaben zu Optimierungsbedarfen einzelner Abschnitte des Gelben Hefts, zu evtl. fehlenden Elterninformationen und zu allgemeinen Verbesserungsvorschlägen für das Gelbe Heft sowie sonstige Freitexte. Bei diesen Fragen handelt es sich um optionale Angaben. Fehlende Angaben können entweder darauf zurück gehen, dass bspw. keine Optimierungsbedarfe gesehen wurden oder KJÄ bspw. aus zeitlichen Gründen keine zusätzlichen schriftlichen Antworten geben wollten. Die Beteiligung der KJÄ bei den Freitextangaben ist insgesamt hoch, sodass davon ausgegangen werden kann, dass eine Abbildung der wichtigsten Rückmeldungen zum Gelben Heft gut gelungen ist.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Antworten im Arztfragebogen eine hohe Vollständigkeit aufweisen. Sowohl die auftretenden Unvollständigkeiten als auch die Angaben mit geringerer Vollständigkeit (Anteil fehlender Werte über 10 %) scheinen plausibel. Die Angaben im Arztfragebogen werden insgesamt als valide eingeschätzt, da eine hohe Übereinstimmung zwischen einzelnen Fragen innerhalb des Arztfragebogens und zwischen den Angaben in unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten gegeben ist. Eine Nicht-Übereinstimmung zwischen verschiedenen Erhebungsinstrumenten wird beim Lesen und Verstehen der Elterninformationen durch die Eltern vorgefunden. Dort kommen Eltern und KJÄ zu unterschiedlichen Einschätzungen. Diese Thematik wird in den Kapiteln 5.7.3.1 und 5.8.1.2 berichtet und in Kapitel 6.9.3 diskutiert.

Von insgesamt n = 653 der n = 656 teilnehmenden KJÄ (99,5 %) liegen Dokumentationen in den U-Sammelbögen vor. Bei den drei KJÄ, von denen keine U-Sammelbögen vorliegen, kam es zu einem Verlust der Studienunterlagen entweder bei der postalischen Übermittlung oder bei der Durchführung in der Praxis. In solchen Fällen wurden Ärztinnen und Ärzte gebeten, den Arztfragebogen noch einmal auszufüllen. Auf eine wiederholte Dokumentation von U-Untersuchungen in den U-Sammelbögen wurde aufgrund des hohen Aufwands für die Teilnehmenden verzichtet.

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte dokumentierten in den U-Sammelbögen insgesamt 43.834 von ihnen durchgeführte U-Untersuchungen. U2-Untersuchungen wurden am seltensten dokumentiert (n = 1.358 bzw. 3,1 % aller in den U-Sammel-

bögen dokumentierten U-Untersuchungen), da diese häufig noch im Geburtskrankenhaus erfolgen. Von den übrigen U-Untersuchungen U3 bis U9 wurden jeweils über 5.000 von den KJÄ dokumentiert (Tabelle 4).

Die vorab durchgeführte Fallzahlkalkulation (Kapitel 2.2.2) ging davon aus, dass jeder/jede KJÄ in dem einmonatigen Erhebungsfenster, in dem alle durchgeführten U-Untersuchungen in den U-Sammelbögen zu dokumentieren waren, durchschnittlich 2,1 U2-Untersuchungen und je 8,3 U3-, U4-, etc. Untersuchungen dokumentieren würde. Von den 653 KJÄ, die ausgefüllte U-Sammelbögen an IGES zurücksendeten, waren demnach 1.371 U2 und je 5.420 U3, U4, etc. in den U-Sammelbögen zu erwarten. Die erwartete Fallzahl wurde für alle U-Untersuchungen annähernd erreicht (Tabelle 4), für die U5 wurde sie leicht übertroffen. Die größte Unterschreitung trat bei der U9 auf, für die 92,3 % der erwarteten Anzahl dokumentiert wurde. Vergleicht man die Anzahl dokumentierter U-Untersuchungen mit der im Evaluationsplan geschätzten Anzahl U-Untersuchungen, die insgesamt für GKV-Versicherte durchgeführt werden (Kapitel 2.2.2), so zeigt sich, dass im Rahmen der Uheft-eva circa 9,2 % aller U-Untersuchungen bei GKV-versicherten Kindern dokumentiert wurden. Die vorliegenden Daten können somit nach Einschätzung des Evaluators genutzt werden, um Aussagen zu den einzelnen U-Untersuchungen zu treffen. Die Limitationen und Stärken werden in Kapitel 6.1.1 und Kapitel 6.1.2 diskutiert.

Tabelle 4: Anzahl der in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen

U-Untersuchung	n dokumentiert	% erwartet	% aller dokumentierten	% insgesamt
U2	1.358	99,0	3,1	9,4
U3	5.194	95,8	11,8	9,0
U4	5.384	99,3	12,3	9,4
U5	5.645	104,2	12,9	9,8
U6	5.279	97,4	12,0	9,2
U7	5.333	98,4	12,2	9,3
U7a	5.290	97,6	12,1	9,2
U8	5.349	98,7	12,2	9,3
U9	5.002	92,3	11,4	8,7
Gesamt	**43.834**	**98,0**	**100,0**	**9,2**

Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen

Anmerkungen: n dokumentiert = Anzahl U-Untersuchungen, die im Rahmen der Uheft-eva in den U-Sammelbögen dokumentiert wurden. % erwartet = Anteil der dokumentierten U-Untersuchungen an der gemäß Evaluationsplan erwarteten Anzahl dokumentierter U-Untersuchungen. % aller dokumentierten = Anteil U2, U3, U4, etc. Untersuchungen unter allen dokumentierten U-Untersuchungen. % insgesamt = Anteil der dokumentierten U-Untersuchungen an der gemäß Evaluationsplan geschätzten Anzahl U-Untersuchungen insgesamt für GKV-Versicherte.

Teilnehmende KJÄ dokumentierten zwischen n = 10 und n = 144 U-Untersuchungen, wobei der Median bei n = 69 U-Untersuchungen pro Arzt bzw. Ärztin liegt (Tabelle 5). Dies entspricht der Schätzung im Evaluationsplan (Kapitel 2.2.2).

Tabelle 5: Anzahl dokumentierter U-Untersuchungen pro KJÄ

n	MW	SD	Median	Min	Max
653	67,13	27,18	69	10	144

Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen

Bei der Auszählung der Ergebnisse wurde eine Plausibilisierung durch Anwendung von Filtern vorgenommen, um sicherzustellen, dass die Daten konsistent und sinnvoll sind. Wurde bspw. gefragt, ob ein bestimmter Test durchgeführt wurde (z. B. *Brückner-Test durchgeführt?*) und anschließend gefragt, ob mit dem Test Auffälligkeiten festgestellt wurden (z. B. *Transilluminationsunterschied festgestellt? z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie*), so wurden für die Auswertung der letzteren Frage – sofern nicht explizit anders angegeben – nur U-Untersuchungen herangezogen, bei denen die Durchführung des Tests vorher bejaht wurde. Weiterhin wurden stellenweise Erfassungsfehler in den Daten korrigiert. Insbesondere hatte der Dienstleister, der die Daten erfasste, teilweise die Werte *0* und *99* gleichbedeutend für *Angabe fehlt* verwendet. Alle betroffenen Angaben wurden nach Rücksprache mit dem Dienstleiter einheitlich auf den Wert *99* umkodiert. Weitere Veränderungen am Datensatz wurden nicht vorgenommen und die Auswertung erfolgte ohne weitere Bereinigungen der Daten (bspw. kein Ausschließen bestimmter Antworten und keine Ergänzungen fehlender Antworten).

Die Daten weisen insgesamt eine hohe Vollständigkeit auf (Anteil fehlender Werte unter 10 %). Anteile fehlender Werte über 10 % werden in den folgenden Fragen vorgefunden:

- Frage in der U8: *Falls Prüfung mittels Audiometrie NICHT durchgeführt: Warum nicht?* KJÄ konnten zur Beantwortung der Frage ein oder mehrere Kreuze bei unterschiedlichen vorgeschlagenen Gründen für die Nicht-Durchführung setzen. 13,1 % der KJÄ (n = 136 von n = 1.039) setzten jedoch kein Kreuz. Als Grund für das verhältnismäßig häufigere Fehlen von Werten wird vermutet, dass die aufgeführten Gründe möglicherweise nicht zutreffend waren und die Antwortoption *nichts davon trifft zu* nicht

angeboten wurde. Die Option *Sonstiger Grund* wurde evtl. seltener genutzt, da diese den zusätzlichen Aufwand der Eintragung eines Freitexts erforderte.

- Frage in der U5 bis U9: *Bei Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen: Diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet? Wenn ja: Welche?* KJÄ konnten zur Beantwortung der Frage *Welche?* ein oder mehrere Kreuze bei möglichen Maßnahmen setzen. 13,2 % der KJÄ (n = 859 von n = 6.517) setzten jedoch kein Kreuz. Wie auch bei der Frage nach den Gründen, keine Audiometrie durchzuführen, wird vermutet, dass fehlende Werte auf unzutreffende Antwortoptionen sowie das Fehlen der Antwortoption *nichts davon trifft zu* zurückzuführen sind. Die Option *Sonstige* wurde vermutlich seltener genutzt, da diese den zusätzlichen Aufwand der Eintragung eines Freitexts erforderte.
- Höhere Anteile fehlender Werte finden sich auch in zwei Auswertungen, in denen die Filterführung der Fragen bewusst nicht berücksichtigt wurde. Dies betrifft die Frage nach der Einleitung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ohne die Unterscheidung, ob vorher Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden (Anteil fehlender Werte 26,3 %, n = 8.392 von n = 31.898) sowie die Frage nach der Einleitung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen bei Kindern, bei denen keine Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden (Anteil fehlender Werte 29,0 %, n = 7.218 von n = 24.876). Ein höherer Anteil fehlender Werte ist hier zu erwarten, da die Frage eigentlich nur für Kinder gestellt wurde, bei denen Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden. An diesen Stellen wurde die Auswertung über alle dokumentierten U-Untersuchungen bzw. über alle Kinder ohne Hinweise auf Störungen dennoch als interessant erachtet.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Dokumentation in den U-Sammelbögen eine hohe Vollständigkeit aufweist. Die Antworten der KJÄ in den Fragen mit einer reduzierten Vollständigkeit (Anteil fehlender Werte über 10 %) scheinen wie auch im übrigen Instrument plausibel. Zudem sind auch in diesen Fragen die Anteile der fehlenden Werte mit maximal 13,2 % für eine in Papierform auszufüllende Dokumentation als gering einzuschätzen.

Die Angaben in den U-Sammelbögen werden u. a. aufgrund der anonymen, standardisierten und zeitlich nah an der Untersuchung liegenden Erfassung als valide eingeschätzt. Zudem wird eine hohe Übereinstimmung zwischen den Angaben in den U-Sammelbögen und anderen Erhebungsinstrumenten der Uheft-eva vorgefunden. Eine Ausnahme sind Diskrepanzen zwischen den Angaben der KJÄ in den U-Sammelbögen und in den Kopien der Gelben Hefte zur Häufigkeit von Auffälligkeiten in den Abschnitten *Untersuchung* und *Ergebnisse* sowie zur Häufigkeit von erweitertem Beratungsbedarf. Diese Diskrepanzen werden in den Kapiteln 5.3.1.1 (Abschnitt *Untersuchung*), 5.3.1.3 (Abschnitt *Ergebnisse*) und 5.3.2.1 (Abschnitt *Beratung*) berichtet und im Kapitel 6.9.4 diskutiert.

3.1.2 Fallanalysen

Nach dem Evaluationsplan war vorgesehen 72 KJÄ für die Anfertigung von je zehn Falldokumentationen (720 Falldokumentationen insgesamt) zu gewinnen. Dieser Planung lag die Annahme zugrunde, dass 10 % der 719 für die Teilnahme an den Querschnittserhebungen (Arztfragebogen, U-Sammelbögen) zu gewinnenden KJÄ auch bereit wären, sich an den Fallanalysen zu beteiligen. Trotz der umfangreichen Akquisetätigkeiten in mehreren Wellen und auch der relativ hohen Aufwandsentschädigung für teilnehmende KJÄ (Kapitel 2.2.3) bekundeten nur 60 KJÄ Interesse, an den Fallanalysen teilzunehmen. Zehn der interessierten KJÄ konnte die Teilnahme nicht ermöglicht werden, da sie mit anderen PVS als Medical Office oder MEDISTAR arbeiteten. Weitere zehn KJÄ, die sich ursprünglich für eine Beteiligung an den Fallanalysen angemeldet hatten und bereits die Unterlagen von IGES erhalten hatten, haben keine Fallanalysen durchgeführt. Hierfür war ausschlaggebend, dass in ihrem PVS keine Fälle, die die Einschlusskriterien erfüllten, gefunden werden konnten (bspw. PVS-Wechsel, Praxisübernahmen, erst kürzlich erfolgte Praxiseröffnung). Zur Praktikabilität der Fallanalysen gab es keine kritischen Rückmeldungen. Somit erstellten letztlich 40 KJÄ Falldokumentationen.

Von den 40 KJÄ wurden 372 Falldokumentationen erstellt. Drei Falldokumentationen mussten im Rahmen der Auswertungsvorbereitung aufgrund fehlender Angaben ausgeschlossen werden. Insgesamt konnten demnach 369 Falldokumentationen für die Auswertungen verwendet werden. Im Durchschnitt wurden 9,2 Falldokumentationen je KJÄ angefertigt. 25 KJÄ konnten jeweils zehn Kinder in ihrem Patientenbestand finden, die alle Kriterien für den Fallaufgriff (Kapitel 2.2.3) erfüllten. Die sich aus den Herausforderungen bei der Durchführung der Fallanalysen ergebenden Limitationen werden in Kapitel 6.1.1 diskutiert.

Bei der Aufbereitung der Daten wurden folgende Schritte unternommen, um unplausible bzw. ungenaue Angaben in den Analysen verwenden zu können:

In dem Dokumentationsbogen war lediglich anzugeben, wann der/die dokumentierende KJÄ erstmalig eine Diagnose dokumentierte. Daher könnten zwei besondere Fallkonstellationen grundsätzlich einen Einfluss auf die berichteten Kennzahlen zum Mittelwert und Median des Alters zum Zeitpunkt der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung haben.

- Besondere Fallkonstellation 1: erstmalige Diagnosestellung innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt und Dokumentation der Diagnose in der Patientenakte der/des dokumentierenden KJÄ als gesichert zu einem späteren Zeitpunkt als dem ersten Lebensmonat. Diese Fallkonstellation lag in sieben der 369 Falldokumentationen vor. Die Dokumentation in der Patientenakte als gesichert erfolgte bei zwei Fällen im zweiten Lebensmonat, bei zwei Fällen im vierten Lebensmonat, bei einem Fall im sechsten Lebensmonat und bei zwei Fällen im siebten Lebensmonat. In diesen wenigen Fällen war die Diagnose offenbar erst zu einem leicht späteren Zeitpunkt als dem Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung (innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt) auch als gesichert in der Patientenakte

dokumentiert. Diese Einträge wurden unverändert gelassen. In allen übrigen Fällen mit einer Angabe: „Diagnose innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt des Kindes gestellt“ war angegeben, dass die Diagnose des Falls im ersten Lebensmonat des Kindes als gesichert in der Patientenakte dokumentiert war.

- Besondere Fallkonstellation 2: erstmalige Diagnosestellung ab der vierten Woche nach der Geburt des Kindes von einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt und Übernahme der Diagnose in die Patientenakte der/des dokumentierenden KJÄ ggf. erst zu einem späteren Zeitpunkt (dokumentiert ist das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Diagnoseübernahme und nicht der erstmaligen Diagnosestellung). Diese Fallkonstellation lag in sechs der 369 Falldokumentationen vor. Die Dokumentation in der Patientenakte der/des dokumentierenden KJÄ erfolgte bei drei Fällen mit einer Diagnose G90.- (Epilepsie) im 13., 60. bzw. 63. Lebensmonat, bei einem Fall mit einer Diagnose H53.- (Sehstörungen) im 22. Lebensmonat, bei einem Fall mit einer Diagnose H54.- (Blindheit und Sehbeeinträchtigung) im 49. Lebensmonat und bei einem Fall mit einer Diagnose H90.- (Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung) im 7. Lebensmonat. Aufgrund der geringen Fallzahl und der Art der Diagnosen, bei denen eine zeitnahe Übernahme in die Patientenakte zu erwarten ist, ist von einem marginalen Einfluss auf die berichteten Kennzahlen zum Fallalter bei erstmaliger gesicherter Diagnosestellung auszugehen.

In 16 Falldokumentationen lagen Angaben zu konkreten Auffälligkeiten im Rahmen der *Anamnese* vor, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben (Angaben zu Frage 5 im Falldokumentationsbogen), aber es lag keine Angabe dazu vor, dass im Untersuchungsteil *Anamnese* erste Auffälligkeiten festgestellt worden waren, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben (Angaben zu Frage 4 im Falldokumentationsbogen). In diesen 16 Fällen wurde von IGES die Angabe ergänzt, dass im Untersuchungsteil *Anamnese* erste Auffälligkeiten festgestellt worden waren, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben.

In 13 Falldokumentationen lagen Angaben zu konkreten Auffälligkeiten im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* vor, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben (Angaben zu Frage 5 im Falldokumentationsbogen), aber es lag keine Angabe dazu vor, dass im Untersuchungsteil *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* erste Auffälligkeiten festgestellt worden waren, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben (Angaben zu Frage 4 im Falldokumentationsbogen). In diesen 13 Fällen wurde von IGES die Angabe ergänzt, dass im Untersuchungsteil *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* erste Auffälligkeiten festgestellt worden waren, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben.

In sechs Falldokumentationen lag die Angabe vor, dass erste Auffälligkeiten, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben, im Rahmen einer konkreten U-Untersuchung festgestellt worden waren (Angaben zu Frage 3a im Falldokumentationsbo-

gen), aber es lag keine Angabe zum Alter des Kindes zum Zeitpunkt der U-Untersuchung vor (Angaben zu Frage 3b im Falldokumentationsbogen). In diesen sechs Fällen wurde von IGES das Alter (der Lebensmonat) des Kindes ergänzt. Ergänzt wurde der mittlere Lebensmonat innerhalb des vorgesehenen U-Intervalls (U3: 1. Lebensmonat, U7: 23. Lebensmonat, U7a: 35. Lebensmonat, U8: 47. Lebensmonat). In einem Fall entsprach der ergänzte Lebensmonat der U-Untersuchung exakt dem Lebensmonat der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung. In den anderen fünf Fällen war der ergänzte Lebensmonat der U-Untersuchung deutlich vor dem Lebensmonat der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung.

Weitere Bereinigungen wurden nicht vorgenommen. Die Angaben in den Dokumentationsbögen für die Fallanalysen hatten eine hohe Vollständigkeit. Der Anteil fehlender Werte lag bei allen Fragen unter 10 %.

3.1.3 Nachgehende Interviews mit Ärztinnen und Ärzten

Insgesamt wurden 20 Interviews mit KJÄ geführt, die an den Erhebungen mittels des Arztfragebogens und der U-Sammelbögen teilgenommen hatten. Es wurden je 10 Interviews zu den Themen 1 bis 4 geführt. Thema 5 konnte in 20 Interviews besprochen werden, Thema 6 in 17 (in der verbleibenden drei Interviews war keine Zeit für dieses Thema).

Von allen teilnehmenden KJÄ erfüllten 300 die Auswahlkriterien für Gruppe 1 und 38 die Auswahlkriterien für Gruppe 2 (vgl. Kapitel 2.2.4). Von ersteren mussten 35 kontaktiert werden, um zehn Interviewzusagen zu erhalten. Von letzteren wurden alle kontaktiert und es resultierten sieben Interviewzusagen. Um weitere drei Interviewzusagen zu erhalten, mussten zehn weitere KJÄ kontaktiert werden. Dazu wurde auf KJÄ ausgewichen, die eigentlich die Auswahlkriterien für Gruppe 1 erfüllten. Es wurden jedoch nur solche kontaktiert, die für drei der Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* angaben, dass sie nicht immer wissen, was anzukreuzen sei. Von den KJÄ in Gruppe 1 willigten somit 28,6 % der angefragten in ein Interview ein; in Gruppe 2 (einschließlich der über die Ausweichregel kontaktierten) waren es 20,8 %. Die übrigen KJÄ antworteten nicht auf die Anfrage oder lehnten ab.

Die Dauer der Interviews betrug zwischen 20 und 35 Minuten.

3.2 Erhebungen bei Eltern

3.2.1 Elternfragebogen

Insgesamt sind 5.745 beantwortete Elternfragebögen bei IGES eingegangen. Der überwiegende Teil wurde über den Zugangsweg A erhoben (95,6 %, n = 5.492), nur ein kleiner Teil über den Zugangsweg B (4,4 %, n = 253). Die Zugangswege sind in Kapitel 2.3.1 beschrieben.

KJÄ wurden instruiert, in jeder U-Untersuchung, die sie in einem U-Sammelbogen dokumentierten, die Eltern einzuladen, an der Elternbefragung und den Interviews teilzunehmen sowie Kopien des Gelben Hefts ihres Kindes anonym an IGES zu übermitteln. Dazu teilten die KJÄ von IGES zur Verfügung gestellte Studienunterlagen an die Eltern aus (Kapitel 2.3.1). Im U-Sammelbogen sollten die KJÄ vermerken, ob sie die Unterlagen tatsächlich ausgehändigt haben. Den Angaben der KJÄ zufolge wurden in 35.204 der 43.834 im Rahmen der Uheft-eva dokumentierten U-Untersuchungen (Kapitel 3.1.1) Studienunterlagen an die Eltern ausgeteilt (Tabelle 6). Dies entspricht einem Anteil von 80,3 %. Der Anteil variiert kaum zwischen der U3, U4, U5, etc.; in der U2 wurden die Unterlagen etwas seltener ausgeteilt (Tabelle 6). Die Rücklaufquote des Elternfragebogens in Zugangsweg A beträgt somit 15,6 % (n = 5.492 von n = 35.204, Tabelle 6). Für die einzelnen U-Untersuchungen variiert die Rücklaufquote zwischen 10,9 % in der U2 und 17,1 % in der U5.

Für Zugangsweg B wird die Rücklaufquote basierend auf vertraulichen Angaben zur Reichweite der genutzten Kanäle (Kundenmagazin, Newsletter, Webseiten) auf weniger als 0,1 % geschätzt.

Eine Einordnung der Rücklaufquoten und sich ergebender Limitationen erfolgt in Kapitel 6.1.1. Insgesamt betrachtet liegt in der Einschätzung des Evaluators eine ausreichende Anzahl an Antworten der Eltern vor, um die Evaluationsfragen zu beantworten.

Tabelle 6: Anzahl ausgeteilter und ausgefüllter Elternfragebögen aus Zugangsweg A differenziert nach der letzten U-Untersuchung des Kindes

U-Untersuchung	n ausgeteilt	% ausgeteilt*	n ausgefüllt	% aller dokumentierten	% Rücklauf
U2	994	73,2	108	2,1	10,9
U3	4.177	80,4	587	11,2	14,1
U4	4.407	81,9	733	14,0	16,6
U5	4.693	83,1	802	15,3	17,1
U6	4.335	82,1	712	13,6	16,4
U7	4.274	80,1	572	10,9	13,4
U7a	4.146	78,4	645	12,3	15,6
U8	4.246	79,4	569	10,8	13,4
U9	3.932	78,6	519	9,9	13,2
Anzahl valider Antworten	35.204	80,3	5.247	100,0	14,9
fehlend	0		245		
Gesamt	35.204		5.492		15,6

Quelle: IGES basierend auf Elternfragebögen und U-Sammelbögen

Anmerkungen: n ausgeteilt = Anzahl in den U-Sammelbögen dokumentierte U-Untersuchungen, bei denen Studienunterlagen an die Eltern ausgeteilt wurden; % ausgeteilt = Anteil U-Untersuchungen, bei denen Studienunterlagen an die Eltern ausgeteilt wurden an allen in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen; n ausgefüllt = Anzahl ausgefüllte Elternfragebögen; % aller dokumentierten = Anteil der ausgefüllten Elternfragebögen, bei denen die letzte U-Untersuchung des Kindes eine U2, U3, U4 etc. war; % Rücklauf = Anteil der ausgefüllten Elternfragebögen an allen ausgeteilten Elternfragebögen

Für den Zugangsweg A standen den Befragten neben einer deutschsprachigen Version auch Versionen des Elternfragebogens in folgenden Sprachen zur Verfügung: Arabisch, Englisch, Russisch und Türkisch. Die meisten Befragten füllten den Elternfragebogen in deutscher Sprache aus (96,3 %, n = 5.291). Jeweils ein kleiner Teil beantwortete die arabische (1,6 %, n = 87), die englische (0,7 %, n = 41), die russische (0,4 %, n = 23) oder die türkische (0,9 %, n = 50) Version. Über den Zugangsweg B stand der Elternfragebogen ausschließlich in deutscher Sprache zur Verfügung (Kapitel 2.3.1).

Die Kinder wurden anhand der Angaben im Elternfragebogen zum höchsten Bildungsabschluss ihrer Eltern (*Welcher ist der höchste Bildungsabschluss der Eltern?*

Antwort getrennt für Elternteil 1 und Elternteil 2) und zur Herkunft der Eltern (*Sind die Eltern des Kindes in Deutschland geboren?* Antwort getrennt für Elternteil 1 und Elternteil 2) in Subgruppen unterteilt. Für die Subgruppen nach Bildungsabschluss wurde die Klassifizierung anhand des Elternteils mit dem höchsten Bildungsabschluss vorgenommen. Für die Subgruppen nach Migrationshintergrund wurden Kinder wie folgt klassifiziert:

- Beide Eltern in Deutschland geboren: kein Migrationshintergrund
- Ein Elternteil in Deutschland geboren: einseitiger Migrationshintergrund
- Kein Elternteil in Deutschland geboren: beidseitiger Migrationshintergrund

Fast Dreiviertel der teilnehmenden Eltern über Zugangsweg A haben entweder Abitur (20,3 %, n = 1.075 von n = 5.294 validen Angaben) oder einen Hochschulabschluss (52,7 %, n = 2.791) als höchsten Bildungsabschluss angegeben. Das restliche gute Viertel der Teilnehmenden hat entweder einen Realschulabschluss (21,6 %, n = 1.141), einen Hauptschulabschluss (3,9 %, n = 204) oder (noch) keinen Schulabschluss (1,6 %, n = 83). In der Stichprobe der Eltern über den Zugangsweg B findet sich ein noch größerer Anteil von Eltern mit Abitur oder Hochschulabschluss (insgesamt 89,3 %, n = 226 von n = 253 validen Angaben).

Die meisten Kinder, für die die Eltern einen Elternfragebogen ausfüllten, haben keinen Migrationshintergrund (80,8 %, n = 4.110 von n = 5.086 validen Angaben), jeweils etwa zehn Prozent haben einen einseitigen (9,7 %, n = 495) oder einen beidseitigen (9,5 %, n = 481) Migrationshintergrund. Über den Zugangsweg B wurden ebenfalls vorwiegend Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund rekrutiert (88,0 %, n = 221 von n = 251 validen Angaben).

Die Verteilung des Bildungsabschlusses und des Migrationshintergrunds in den Stichproben ist – wie bei freiwilliger Teilnahme an einer Erhebung und ohne geschichtete Stichprobenziehung zu erwarten – nicht repräsentativ für Familien im Allgemeinen oder die Allgemeinbevölkerung. Durch die Durchführung von Subgruppenanalysen bei Fragestellungen, für die ein unterschiedliches Antwortverhalten je nach Bildungsabschluss oder Migrationshintergrund zu erwarten war, liegen dennoch interpretierbare Ergebnisse vor. Dieser Sachverhalt und die sich ergebenden Limitationen werden in Kapitel 6.1.2 diskutiert.

Etwa ein Drittel der teilnehmenden Eltern gab ein Haushaltseinkommen von unter 3.000 € an, wobei 20,4 % (n = 1.027 von n = 5.030 validen Angaben) der Haushalte ein Einkommen von 2.000 € bis unter 3.000 €, 9,9 % (n = 498) von 1.000 € bis unter 2.000 € und 2,5 % (n = 127) von unter 1.000 € nannten. Zwei Drittel der Haushalte haben mehr als 3.000 € zur Verfügung, wobei 28,3 % (n = 1.426) der Haushalte ein Einkommen von 3.000 € bis unter 4.000 €, 19,9 % (n = 1.001) von 4.000 € bis unter 5.000 € und 18,9 % (n = 951) von über 5.000 € angaben. In der Stichprobe über den Zugangsweg B sind Haushalte mit höheren Einkommen noch häufiger vertreten (81,0 %, n = 180 mit Einkommen über 3.000 € von n = 222 validen Angaben). Aufgrund der Schwierigkeit die Angaben zum Haushaltseinkommen einzuordnen

(bspw. im Kontext der Familiengröße), wurde auf eine Verwendung in den Auswertungen verzichtet.

Eine detailliertere Charakterisierung der über den Zugangsweg B rekrutierten Eltern kann in der Anlage 5 Elternfragebogen (vgl. Anhang A3) eingesehen werden. Im Vergleich zu der über Zugangsweg A rekrutierten Stichprobe, enthält die über Zugangsweg B rekrutierte Stichprobe nur wenige Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss, niedrigerem Einkommen bzw. mit Migrationshintergrund. Daher werden für den überwiegenden Teil der Auswertungen nur die Elternfragebögen aus Zugangsweg A (n = 5.492) herangezogen. Auf die Elternfragebögen aus Zugangsweg B wird zurückgegriffen, wenn in einer Analyse das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte untersucht wird und Unterschiede zwischen an der Uheft-eva teilnehmenden und nicht-teilnehmenden KJÄ betrachtet werden sollen bzw. die Vermutung besteht, dass in einer Analyse ein Studieneffekt vorliegen könnte (vgl. Kapitel 6.1.2).

Es wurden keine Veränderungen am Datensatz vorgenommen und die Auswertung der Daten erfolge ohne Bereinigungen (bspw. kein Ausschließen bestimmter Antworten und keine Ergänzungen fehlender Antworten).

Die Angaben im Elternfragebogen weisen größtenteils eine hohe Vollständigkeit auf (Anteil fehlender Werte unter 10 %). Anteile fehlender Werte über 10 % finden sich ausschließlich in der Fragengruppe zum Lesen der U-spezifischen Elterninformationen vor bzw. nach der letzten U-Untersuchung des Kindes und nur dann, wenn Betrachtungen differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund angestellt werden in den am wenigsten besetzten Kategorien (*(noch) kein Schulabschluss*, *Hauptschulabschluss* und *beidseitiger Migrationshintergrund*). Die Ergebnisse werden in Kapitel 5.7.3.1 berichtet und auf den höheren Anteil fehlender Werte hingewiesen. Darüber hinaus treten Anteile fehlender Werte über 10 % nur bei optionalen Angaben wie zusätzlich gewünschten Informationen zur bevorstehenden U-Untersuchung sowie allgemeinen Verbesserungsvorschlägen zum Gelben Heft auf.

Die Angaben im Elternfragebogen werden insgesamt als valide eingeschätzt, da eine hohe Übereinstimmung zwischen einzelnen Fragen innerhalb des Elternfragebogens und zwischen den Angaben in unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten gegeben ist. Eine Nicht-Übereinstimmung zwischen verschiedenen Erhebungsinstrumenten wird beim Lesen und Verstehen der Elterninformationen durch die Eltern vorgefunden. Dort kommen Eltern und Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen. Diese Thematik wird in den Kapiteln 5.7.3.1 und 5.8.1.2 berichtet und in Kapitel 6.9.3 diskutiert.

3.2.2 Interviews mit Eltern

Insgesamt wurden 32 Interviews mit Eltern geführt. Ihre Verteilung über die Gruppen 1 bis 4 (Kapitel 2.3.3) und die letzte U-Untersuchung des Kindes ist in Tabelle 7 gezeigt.

Tabelle 7: Anzahl Interviews mit Eltern differenziert nach Gruppe und letzter U-Untersuchung des Kindes

Gruppe	U2 bis U6	U7 bis U9	Gesamt
Gruppe 1	5	3	8
Gruppe 2	4	4	8
Gruppe 3	7	1	8
Gruppe 4	4	4	8
Gesamt	**20**	**12**	**32**

Quelle: IGES basierend auf Interviews mit Eltern

Insgesamt erfüllten 209 Eltern, die im Elternfragebogen grundsätzlich der Teilnahme an einem Interview zugestimmt hatten, die Auswahlkriterien für die Gruppen 1 bis 4. Hiervon mussten 95 kontaktiert werden, um die 32 Interviewzusagen zu erhalten. Es sagten also 33,7 % der kontaktierten Eltern einem Interview zu. Die übrigen Eltern antworteten nicht auf die Anfrage oder lehnten ab. In Gruppe 1 und Gruppe 3 erfüllten weniger Eltern, deren Kind zuletzt die U7 bis U9 durchlaufen hatte (im Gegensatz zur U2 bis U6), die Auswahlkriterien, sodass weniger Eltern dieser Subgruppe für die Interviews kontaktiert und gewonnen werden konnten.

Die Dauer der Interviews betrug zwischen 5 und 30 Minuten.

3.2.3 Kopien Gelber Hefte

Insgesamt wurden über Zugangsweg A 1.995 Kopien von Gelben Heften durch die teilnehmenden Eltern an IGES übermittelt. Der Prozess zur Rekrutierung der Eltern war derselbe wie für den Elternfragenbogen. Die Rücklaufquote der Kopien Gelber Hefte in Zugangsweg A beträgt somit 5,7 % aller von den KJÄ um Teilnahme gebetenen Eltern (n = 1.995 von n = 35.204, vgl. Kapitel 3.2.1). Über den Zugangsweg B gingen zehn Kopien Gelber Hefte bei IGES ein. Aufgrund der geringen Anzahl wird auf die Auswertung von Kopien Gelber Hefte aus Zugangsweg B verzichtet. In Kapitel 6.1.1 erfolgt eine Einordnung des Rücklaufs der Kopien Gelber Hefte.

In den übermittelten Kopien Gelber Heften sind insgesamt n = 8.824 Kopien von einzelnen U-Untersuchungen enthalten. Für n = 8.756 dieser einzelnen U-Untersuchungen sind Eintragungen zu sehen (bei den übrigen ist in keinem der Abschnitte etwas eingetragen). Eine Übersicht über die Anzahl der übermittelten U-Untersuchungen bietet Tabelle 8. Da die Kopien Gelber Hefte von Kindern stammen, die zuletzt irgendeine U-Untersuchung (U2, U3, U4, etc.) durchliefen, sind die späteren U-Untersuchungen weniger häufiger in den Kopien Gelber Hefte enthalten als die früheren.

Tabelle 8: Anzahl der in den übermittelten Kopien der Gelben Hefte dokumentierten U-Untersuchungen differenziert nach U-Untersuchung

	Eingesandte Kopien		Kopien mit Eintragungen	
U-Untersuchung	**n**	**%**	**n**	**%**
U2	1.732	19,6	1.719	19,6
U3	1.735	19,7	1.730	19,8
U4	1.530	17,3	1.520	17,4
U5	1.218	13,8	1.209	13,8
U6	924	10,5	914	10,4
U7	737	8,4	725	8,3
U7a	524	5,9	520	5,9
U8	314	3,6	310	3,5
U9	110	1,3	109	1,2
Ges.	**8.824**	**100,0**	**8.756**	**100,0**

Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte

Die Daten aus den übermittelten Kopien Gelber Hefte wurden durch einen externen Dienstleister erfasst. Vor Auswertung der erfassten Daten wurden von IGES basierend auf den Originaldateien der Kopien Gelber Hefte folgende Bereinigungen durchgeführt, die vorrangig die Berichtigung von Erfassungsfehlern betrafen:

- Manuelles Nacherfassen einiger zuvor als nicht lesbar gekennzeichneter Freitexte.
- Korrektur bei Auftreten von Implausibilitäten: Z. B. ist im Abschnitt *Ergebnisse* angegeben, dass ein Kreuz bei dem Feld *keine Auffälligkeiten* gesetzt wurde, zugleich ist ein Eintrag in dem Freitextfeld *Auffälligkeiten zur Beobachtung* erfolgt. Solche Implausibilitäten konnten einerseits durch Fehler bei der Dokumentation durch die KJÄ oder aber durch die inkorrekte Erfassung der Kopien entstehen. Erfassungsfehler wurden manuell korrigiert, während Dokumentationsfehler durch die KJÄ in den Daten belassen wurden, um diese möglichst wenig zu verändern.
- Vereinheitlichung von uneinheitlichen Kodierungen für fehlende Werte innerhalb einer Frage (wenn bspw. die Werte *0* und *99* beide bedeuteten, dass eine Angabe fehlt, wurden alle betroffenen Angaben einheitlich auf den Wert *99* umkodiert).

Weitere Veränderungen wurden am Datensatz nicht vorgenommen und die Auswertung erfolge ohne weitere Bereinigungen (bspw. kein Ausschließen bestimmter Antworten und keine Ergänzungen fehlender Antworten).

Bei einem substanziellen Teil der Daten aus den Kopien der Gelben Hefte findet sich ein Anteil fehlender Werte über 10 %. Dies betrifft Angaben aus allen Abschnitten des Gelben Hefts mit Ausnahme des Abschnitts *Ergebnisse*. So fehlen über alle U-Untersuchungen nur 0,6 % der Angaben zum Vorliegen von Einträgen zu *Auffälligkeiten zur Beobachtung* im Abschnitt *Ergebnisse*, während die Anzahl der Kreuze zu Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchungen* für alle U-Untersuchungen in 22,3 % der Fälle fehlt. Grund hierfür ist das häufige Fehlen von einzelnen Seiten oder ganzen Abschnitten in den übermittelten Kopien der Gelben Hefte. Während die Ergebnisseite bei den meisten U-Untersuchungen übermittelt wurde, fehlen die anderen Abschnitte des Gelben Hefts deutlich häufiger, was sich wiederum in einem höheren Anteil fehlender Werte in den einzelnen Fragen aus diesen Abschnitten widerspiegelt. Mögliche Auswirkungen der fehlenden Seiten bzw. Abschnitte werden in Kapitel 6.1.3 diskutiert.

3.3 Erhebungen in Krankenhäusern

Von den neun kontaktierten Krankenhäusern sendeten fünf den ausgefüllten Fragebogen an IGES zurück. In den zurückgesendeten Fragebögen sind Angaben zu 153 Fällen von Gallengangatresie enthalten.

Bei der Plausibilisierung der Angaben wurden zwei Änderungen im Datensatz vorgenommen: In der Antwort eines Krankenhauses addierten sich die *davon*-Werte für die Art der Untersuchung, in der die Stuhlfarbkarte zum Einsatz gekommen war bzw. eine Gelbsucht festgestellt worden war, zu einem Fall mehr auf als für die jeweilige Summe angegeben war (Stuhlfarbkarte: 3 bzw. 4; Gelbsucht: 25 bzw. 26). Die beiden angegebenen Summen wurden korrigiert, sodass sie mit der Summe der *davon*-Angaben überstimmen. Weitere Veränderungen wurden am Datensatz nicht vorgenommen und die Auswertung erfolge ohne weitere Bereinigungen (bspw. kein Ausschließen bestimmter Antworten und keine Ergänzungen fehlender Antworten).

Eine Beurteilung der Vollständigkeit ist für zwei Fragen in der Erhebung in Krankenhäusern relevant: Zum einen die Frage nach der Art der Untersuchung, in der mittels der Stuhlfarbkarte eine Auffälligkeit festgestellt wurde, zum anderen die Frage nach der Art der Untersuchung, in der ein Ikterus festgestellt wurde. Erstere Frage wurde vollständig beantwortet. Für zweitere Frage fehlen für 62 (49,6 %) der 125 betroffenen Fälle die Angaben. Es erscheint plausibel, dass Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus zwar wissen, ob ein Ikterus vor der Krankenhauseinweisung festgestellt wurde, aber nicht unbedingt in welcher Untersuchung die Feststellung erfolgte. Anstelle die Antwortoption *Art der Untersuchung mit Feststellung des Ikterus nicht bekannt* zu nutzen, machte ein Krankenhaus in seiner Antwort keine Angabe.

4. Ergebnisse der Evaluation von Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie

Die Evaluation der Neufassung der Kinder-Richtlinie umfasst zwei Teile (Kapitel 1). Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluation von Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie berichtet. Die Ergebnisse der Evaluation von Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie werden in Kapitel 5 berichtet.

Die Evaluation der Früherkennungsuntersuchungen adressierte Fragen zur Untersuchung der Augen (Kapitel 4.1), des Hörvermögens (Kapitel 4.2), der Zähne und der Schleimhaut (Kapitel 4.3), auf Gallengangatresie (Kapitel 4.4) sowie auf Sprach- und Sprechstörungen (Kapitel 4.5). Ferner wurden Fragen bezüglich der Feststellung von Entwicklungsverzögerungen (Kapitel 4.6) sowie der Information und Beratung der Eltern (Kapitel 4.7) untersucht.

4.1 Untersuchung der Augen (U2-U9)

4.1.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Im Zuge der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie wurde eine Nutzenbewertung einer Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen für Kinder bis zum sechsten Lebensjahr im Sinne eines universellen Sehscreenings hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele durchgeführt. Der Bericht des IQWiG (IQWIG, 2008) kommt zu dem Schluss, dass es nicht gerechtfertigt erscheint, die bestehenden Früherkennungsmaßnahmen zu intensivieren. Auch eine Update-Recherche (IQWIG, 2015) änderte diese Schlussfolgerung nicht.

Vor diesem Hintergrund wurde kein universelles Sehscreening eingeführt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 11)[9]. Es wurde jedoch standardisiert, welche Sehtests in den einzelnen U-Untersuchungen anzuwenden sind (Tabelle 9). Die Sehtests adressieren verschiedene am Sehvorgang beteiligte Kompartimente und Funktionen (z. B. Linse, Netzhaut, Pupillenreflex, Akkommodation, Verarbeitung visueller Reize im Gehirn). Bei der Auswahl der Testverfahren ist der physiologische und kognitive Entwicklungsstand des Kindes zu den Zeitpunkten der U-Untersuchungen relevant sowie das teilweise altersabhängige Auftreten bestimmter Erkrankungen der am Sehvorgang beteiligten Strukturen und den zugehörigen Therapieempfehlungen. In den ersten Lebensmonaten ist es vornehmlich das Ziel, eine kongenitale Katarakt, ein kongenitales Glaukom, ein Retinoblastom oder eine Frühgeborenenretinopathie auszuschließen (Lagrèze, 2010). Diese Erkrankungen sind mit Prävalenzen von 0,03 %, 0,06 %, 0,007 % bzw. 0,3 % selten (ebd.). Im weiteren Verlauf liegt der Fokus der Sehtests darauf, eine Ametropie (z. B. Kurz-, Weit- und

[9] Hier und an anderen Stellen des vorliegenden Abschlussberichts, an denen die zusammenfassende Dokumentation zitiert wird, beziehen sich die Seitenzahlen auf die Nummerierung der Seiten des PDF-Dokuments mit der zusammenfassenden Dokumentation (Seite 1 bis 1.328), nicht die Seitenzahlen, die in den einzelnen Teilen gedruckt sind.

Stabsichtigkeit), einen Strabismus (Schielen) und andere Auffälligkeiten zu erkennen, die durch eine Hemmung der Sehentwicklung zu einer Amblyopie (d. h. einer Unfähigkeit des Gehirns, Sinneseindrücke des Auges richtig zu verarbeiten) führen können. Die Prävalenz einer Ametropie wird auf 10 % geschätzt, die eines Strabismus auf 5 % und die einer Amblyopie auf 3 % (ebd.).

Tabelle 9: In den U-Untersuchungen vorgesehene Sehtests

	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U9
Inspektion auf morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus und (ab U6) Kopffehlhaltung	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prüfung im durchfallenden Licht	X	X							
Brückner-Test			X	X	X	X			
Prüfung der Blickfolge			X	X	X				
Pupillenstatus					X	X	X	X	X
Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test)							X	X	X
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							X	X	X

Quelle: IGES basierend auf Kinder-Richtlinie

Im Rahmen der Uheft-eva wurde untersucht, wie häufig die Tests durchgeführt werden und wie häufig dabei Auffälligkeiten erkannt werden. Weiterhin wurde betrachtet, inwiefern in der U2 und U3 bei Auffälligkeiten eine Überweisung in eine Augenarztpraxis erfolgte. Die einzelnen Evaluationsfragen werden in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführt.

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf Auswertungen der U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2) und der Elternfragebögen (vgl. Kapitel 2.3.2) sowie ergänzender Informationen aus den nachgehenden Interviews (vgl. Kapitel 2.2.4) und der Gruppendiskussion (vgl. Kapitel 2.2.5) mit KJÄ.

4.1.2 Inspektion und Prüfung im durchfallenden Licht (U2 und U3)

Während der U2 und U3 kommen die Inspektion auf morphologische Auffälligkeiten und Nystagmus sowie die Prüfung im durchfallenden Licht zum Einsatz. Für diese Sehtests muss das Kind zu einem gewissen Grad dem Arzt oder der Ärztin seine Aufmerksamkeit schenken; eine aktive Mitarbeit ist jedoch nicht erforderlich. Daher eignen sich die Tests für den Einsatz bei kleinen Kindern. Bei der Inspektion betrachtet der Arzt oder die Ärztin die Augen bzw. den Kopf, um morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus oder eine Kopffehlhaltung festzustellen. Die Prüfung im durchfallenden Licht ist ein Durchleuchtungstest, der mit dem Ophthalmoskop durchgeführt wird. Bei Kindern in der U2 und U3 wird die Durchleuchtung aus der Nähe (10–30 cm) durchgeführt (Lawrenz, 2020). Eine Durchleuchtung aus größerer Distanz ist nicht sinnvoll, da bei Neugeborenen Brechungsfehler vorliegen können, die sich von allein zurückbilden (Gräf, 2007).[10] Der Arzt oder die Ärztin achtet insbesondere darauf, ob eine Trübung der lichtbrechenden Medien, z. B. aufgrund einer kongenitalen Katarakt, vorliegt. Die frühzeitige Feststellung einer Katarakt ist besonders wichtig, da eine Katarakt nur bei frühzeitiger operativer Versorgung in der sechsten bis zehnten Lebenswoche eine gute Prognose hinsichtlich der Sehfähigkeit hat (Lawrenz, 2020).

Zu den beiden Sehtests in der U2 und U3 wurden folgende Evaluationsfragen untersucht:

- Wie häufig werden morphologische Auffälligkeiten der Augen erkannt?
- Wie häufig wird mit der Prüfung im durchfallenden Licht die Trübung der Linse erkannt?
- Wie häufig erfolgt bei erkanntem Bedarf eine Überweisung zum Augenarzt bzw. zur Augenärztin?

Um die Ergebnisse einordnen zu können wurde zudem erhoben, wie häufig die Tests durchgeführt werden.

4.1.2.1 Häufigkeit der Durchführung

Die Auswertung der von teilnehmenden KJÄ in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen zeigen, dass sowohl die Inspektion auf morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom) als auch die Prüfung im durchfallenden Licht in nahezu allen U2- und U3-Untersuchungen durchgeführt werden.

Von insgesamt 6.552 in den U-Sammelbögen dokumentierten U2- und U3-Untersuchungen liegen 6.501 valide Angaben zu der Inspektion auf morphologische Auffälligkeiten und 6.488 valide Angaben zu der Prüfung im durchfallenden Licht vor.

[10] Die Unterschiede in der Distanz dürften der Grund sein, warum der Durchleuchtungstest in der Kinder-Richtlinie in der U2 und der U3 als „Prüfung im durchfallenden Licht“ und ab der U4 als „Brückner-Test“ bezeichnet wird.

Die Durchführung der **Inspektion** auf morphologische Auffälligkeiten wurde in insgesamt 99,0 % der U2- und U3-Untersuchungen dokumentiert, wobei die Durchführung in der U3 mit 99,5 % (n = 5.140) noch etwas häufiger erfolgte als in der U2 mit 97,1 % (n = 1.295). Eine **Prüfung im durchfallenden Licht** fand bei insgesamt 95,5 % der in einer U2 oder U3 untersuchten Kinder statt. In der U3 erfolgte die Prüfung ebenfalls etwas häufiger (96,3 %, n = 4.976) als in der U2 (92,4 %, n = 1.222).

4.1.2.2 Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten

Nur bei wenigen Kindern werden im Rahmen der Inspektion und der Prüfung im durchfallenden Licht in der U2- und U3-Untersuchung Auffälligkeiten festgestellt. Die überwiegende Mehrheit der untersuchten Kinder zeigt sich unauffällig.

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte dokumentierten in insgesamt 1,2 % (n = 73) der durchgeführten **Inspektionen** morphologische Auffälligkeiten (valide Angaben n = 6.343). Zwischen der U2 und der U3-Untersuchung besteht dabei mit respektive 1,3 % (n = 17) und 1,1 % (n = 56) kein nennenswerter Unterschied.

Transilluminationsauffälligkeiten wurden in 0,7 % (n = 46) der **Prüfungen im durchfallenden Licht** (valide Angaben n = 6.152) berichtet. In der U2 wurden Trübungen der Linse dabei tendenziell häufiger erfasst (1,2 %, n = 14) als in der U3 (0,6 %, n = 32). Aufgrund der insgesamt geringen Auftrittshäufigkeit ist dieser Unterschied jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

An der Elternbefragung teilnehmende Eltern, deren Kind zuletzt eine U2- bzw. U3-Untersuchung durchlaufen ist (n = 695 Eltern), wurden ebenfalls dazu befragt, ob bei ihrem Kind im Rahmen der Untersuchung Auffälligkeiten der Augen festgestellt wurden (valide Angaben n = 691, davon n = 107 U2 und n = 584 U3). Die Eltern gaben an, dass in 6,5 % (n = 7) der U2- und in 3,8 % (n = 22) der U3-Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt wurden. Somit berichten Eltern tendenziell häufiger von festgestellten Auffälligkeiten als sich in der ärztlichen Dokumentation in den U-Sammelbögen befinden, wobei der Unterschied aufgrund der geringen absoluten Häufigkeit nur eingeschränkt interpretierbar ist.

Die Ergebnisse sind aufgrund der geringen Auftrittshäufigkeiten als nur bedingt belastbar einzustufen.

4.1.2.3 Häufigkeit von Überweisungen

Über alle von KJÄ in den U-Sammelbögen dokumentierten U2- und U3-Untersuchungen wurden insgesamt 1,4 % (n = 93 von n = 6.470 validen Angaben) der Kinder an einen Augenarzt oder eine Augenärztin überwiesen. Zwischen der U2 (1,3 %, n = 17) und der U3 (1,5 %, n = 76) besteht dabei kein nennenswerter Unterschied.

Werden nur diejenigen U2- und U3-Untersuchungen betrachtet, bei denen entweder sowohl eine Inspektion durchgeführt als auch die Feststellung einer morphologischen Auffälligkeit berichtet wurde, oder sowohl eine Prüfung im durchfallenden Licht erfolgt ist als auch Transilluminationsauffälligkeiten festgestellt wurden, ergibt sich für die resultierenden n = 138 U2- und U3-Untersuchungen mit validen Angaben folgendes Bild: Insgesamt erhielten etwas mehr als ein Drittel der Kinder eine Überweisung in die augenärztliche Versorgung (37,5 %, n = 39). Der Anteil der überwiesenen Kinder ist dabei in der U2 mit einem Drittel (33,3 %, n = 9) und in der U3 mit 39,0 % (n = 30) ähnlich hoch.

Eltern, bei deren Kindern im Rahmen einer U2- oder U3-Untersuchung Auffälligkeiten der Augen festgestellt wurden (n = 29, Kapitel 4.1.2.2), gaben in etwa einem Viertel (U3: 28,6 %, n = 6) bis der Hälfte (U2: 57,1 %, n = 4) der Fälle an, dass eine Überweisung an einen Augenarzt bzw. eine Augenärztin veranlasst wurde. Somit wurden laut Angaben der Eltern 3,7 % aller U2- und 1,0 % aller U3-untersuchten Kinder in augenärztliche Behandlung überwiesen.

4.1.3 Brückner-Test (U4–U7)

Während der U4 bis U7 kommt – neben anderen Tests – der Brückner-Test zum Einsatz. Der Brückner-Test ist, wie die in der U2 und U3 vorgesehene Prüfung im durchfallenden Licht, ein Durchleuchtungstest, der mit dem Ophthalmoskop durchgeführt wird. Die Durchleuchtung findet aus unterschiedlichen Distanzen (20–50 cm, 3–4 m) statt (Lawrenz, 2020), wodurch unterschiedliche Ursachen für eine Amblyopie (Schwachsichtigkeit) festgestellt werden können. Hierzu gehören Hinweise auf Fehlbildungen des Auges, auf eine Ametropie (z. B. Kurz-, Weit- und Stabsichtigkeit), einen Strabismus (Schielen), die Trübung der lichtbrechenden Medien (z. B. aufgrund einer Katarakt) und Erkrankungen des Augenhintergrunds (Gräf, 2007).

Im Rahmen der Evaluation wurden zum Brückner-Test folgende Fragen untersucht:

- Bei wie vielen Kindern wird der Brückner-Test durchgeführt?
- Wie häufig werden mit dem Brückner-Test Auffälligkeiten im Auge erkannt?

Weiterhin wurde untersucht, inwiefern der Brückner-Test mit einem binokularen Autorefraktometer (z. B. von Plusoptix oder Welch Allyn) durchgeführt wurde.

4.1.3.1 Häufigkeit der Durchführung

Insgesamt liegen für n = 21.549 U4- bis U7-Untersuchungen in den U-Sammelbögen valide Angaben zur Durchführung des Brückner-Tests vor. Der Brückner-Test wurde im Durchschnitt bei etwa neun von zehn erfassten U-Untersuchungen von der U4 bis zur U7 durchgeführt (91,4 %, n = 19.704). Die Durchführung ist dabei in der U4 am häufigsten (95,5 %, n = 5.118). Mit zunehmendem Kindesalter wurde

der Brückner-Test tendenziell etwas seltener durchgeführt. In der U7 wurde dieser jedoch noch bei 86,8 % (n = 4.610) der untersuchten Kinder angewandt.

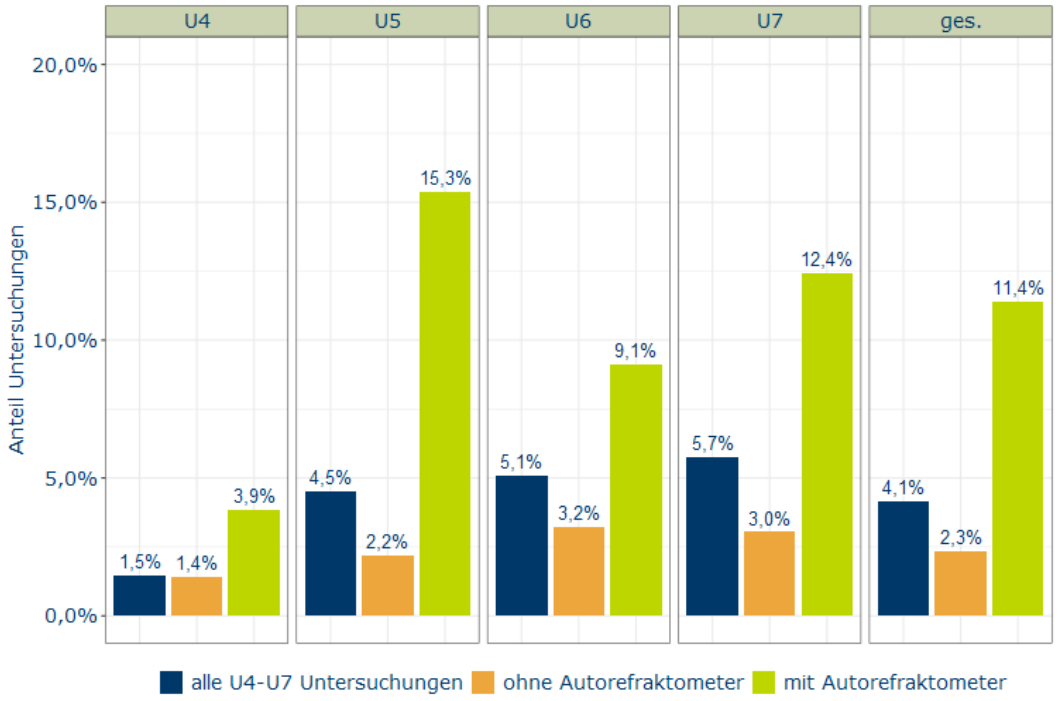
Der Brückner-Test wird in der Regel mithilfe eines Ophthalmoskops durchgeführt. Eine dem Brückner-Test entsprechende Untersuchung zur Feststellung von Transilluminationsunterschieden kann jedoch auch mithilfe eines binokularen Autorefraktometers erfolgen. Teilnehmende KJÄ gaben an, in etwa einem Fünftel der von ihnen in den U-Sammelbögen dokumentierten U4- bis U7-Untersuchungen (19,6 %, n = 3.831), in denen ein Brückner-Test durchgeführt wurde (valide Angaben n = 19.582), ein binokulares Autorefraktometer verwendet zu haben. In der U4 wurde ein binokulares Autorefraktometer in nur 4,1 % (n = 207) der Brückner-Tests und somit eher selten eingesetzt. Im Gegensatz dazu wurde ein solches Gerät in über einem Viertel der U6- (30,4 %, n = 1.433) und U7-Untersuchungen (28,3 %, n = 1.298) verwendet.

4.1.3.2 Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten

Im Rahmen des Brückner-Tests stellten teilnehmende KJÄ über alle in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen von der U4 bis zur U7 im Mittel bei 4,1 % (n = 797 von n = 19.213 validen Angaben) der Kinder Transilluminationsunterschiede fest. In den früheren U-Untersuchungen wurden Auffälligkeiten seltener berichtet als in den späteren U-Untersuchungen. So waren in der U4 nur 1,5 % (n = 74) der Kinder auffällig, in der U7 wurden hingegen bei 5,7 % (n = 258) der Kinder Auffälligkeiten gefunden. Die Ergebnisse sind aufgrund der geringen Auftrittshäufigkeiten als nur bedingt belastbar einzustufen.

Die Häufigkeit, mit der Transilluminationsauffälligkeiten festgestellt wurden, unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit vom genutzten Instrument bzw. Gerät (X^2 (1, N = 19.122) = 632,40, p < ,001). Wurde die Untersuchung mit einem binokularen Autorefraktometer durchgeführt (n = 3.373), so wurden im Mittel bei über 10 % der Kinder in der U4 bis U7 Auffälligkeiten vermerkt (11,4 %, n = 434). In den Untersuchungen, die ohne ein binokulares Autorefraktometer (also mit einem Ophthalmoskop oder einer anderen geeigneten Lichtquelle) durchgeführt wurden, wurden hingegen bei im Mittel nur 2,3 % (n = 357 von n = 15.315 validen Angaben) der Kinder in der U4 bis U7 Auffälligkeiten dokumentiert. Unter Verwendung eines binokularen Autorefraktometers wurden demnach signifikant mehr Transilluminationsauffälligkeiten berichtet (OR = 5,39, 95 % KI 4,66–6,23).

Abbildung 3: Relative Häufigkeit der Feststellung von Transilluminationsauffälligkeiten mit und ohne Anwendung eines binokularen Autorefraktometers



Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen

Anmerkung: Alle U4-U7 Untersuchungen: n = 19.213, ohne Autorefraktometer: n = 3.807, mit Autorefraktometer: n = 15.315; Differenz in Fallzahlen resultiert aus fehlenden Angaben zur Verwendung eines Autorefraktometers;
Die Häufigkeit von Transilluminationsauffälligkeiten über alle Untersuchungen reflektiert jeweils das Verhältnis von Untersuchungen, die mit bzw. ohne Autorefraktometer durchgeführt wurden.

4.1.4 Inspektion, Pupillenstatus, Hornhautreflexbildchen, Stereo-Test und Formenwiedererkennungstest (U7a–U9)

Während der U7a, U8 und U9 können eine Reihe verschiedener Tests für das Sehvermögen zum Einsatz kommen: Inspektion auf morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus und Kopffehlhaltung, Prüfung des Pupillenstatus, Prüfung der Hornhautreflexbildchen, Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test) sowie monokulare Prüfung mittels nonverbalem Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand).

Bei den drei erstgenannten Sehtests muss das Kind nur zu einem gewissen Grad dem Arzt oder der Ärztin seine Aufmerksamkeit schenken; eine aktive Mitarbeit ist nicht erforderlich. Bei der Inspektion betrachtet der Arzt oder die Ärztin die Augen bzw. den Kopf, um morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus oder eine Kopffehlhaltung festzustellen (wie auch in der U2 und U3, Kapitel 4.1.2). Bei der Prüfung

des Pupillenstatus betrachtet der Arzt oder die Ärztin die Pupillen zunächst ohne Hilfsmittel, um Auffälligkeiten der Form oder der Größe festzustellen; zusätzlich wird mittels einer kleinen Lichtquelle der Pupillenreflex getestet, d. h. ob sich beide Pupillen verkleinern, wenn ein Auge angeleuchtet wird. Auffälligkeiten beim Pupillenreflex können u. a. auf Erkrankungen der Nerven hinweisen. Zur Prüfung der Hornhautreflexbildchen leuchtet der Arzt oder die Ärztin mit einer kleinen Lichtquelle auf den Nasenrücken und beobachtet, ob die Lage der Lichtreflexe in beiden Augen seitengleich ist. Dies ist ein orientierender Test zur Feststellung eines Strabismus (Schielen).

Beim Stereo-Test und nonverbalen Formenwiedererkennungstest handelt es sich um funktionelle Tests, in denen der gesamte Sehprozess getestet wird. Sie erfordern eine aktive Mitwirkung des Kindes. Im Rahmen des Stereo-Tests wird das räumliche Sehen geprüft, welches bspw. aufgrund eines Strabismus beeinträchtigt sein kann. Das Kind betrachtet eine Tafel oder ein Buch mit einem Punktemuster, in dem es – bei normaler räumlicher Sehfähigkeit – Objekte wie einen Stern oder eine Katze erkennt. Der Titmus- und der TNO-Test erfordern dabei das Tragen einer Polarisations- oder Rot-Grün-Brille, der Lang-Test erfordert keine solche Brille. Der nonverbale Formenwiedererkennungstest dient der Prüfung der Sehschärfe. Das Kind schaut auf eine Tafel mit einem Bild und wird gebeten das Bild zu identifizieren (z. B. durch Zeigen auf eine Antworttafel). Je nach Testverfahren (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test) kann das Bild bspw. ein Apfel, ein Haus, ein Kreis oder ein Viereck sein. Der Formenwiedererkennungstest kann als monokulare Prüfung, d. h. mit Verdecken eines Auges, durchgeführt werden, um die Sehschärfe seitengetrennt zu testen. Der Stereo-Test und der nonverbale Formenwiedererkennungstest setzen eine ausreichende kognitive Entwicklung sowie die Kooperation des zu untersuchenden Kindes voraus.

Die Evaluation untersuchte zu den Sehtests in der U7a, U8 und U9 folgende Fragen:

- Welcher Test wird wie häufig in der U7a, U8 und U9 angewandt? (Durchführung in dem Alter möglich?)
- Wie häufig können mit den vorgegebenen Tests Auffälligkeiten im Auge erkannt werden?

Weiterhin wurde untersucht, inwiefern ein Test mit einem binokularen Autorefraktometer (z. B. von Plusoptix oder Welch Allyn) durchgeführt wurde.

4.1.4.1 Häufigkeit der Durchführung

Eine **Inspektion** (auf morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus oder Kopffehlhaltung) wurde im Rahmen der in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen U7a bis U9 wie auch schon in den U2 und U3 bei nahezu allen Kindern durchgeführt (97,5 %, n = 15.097 von n = 15.481 validen Angaben). Der **Pupillenstatus** wurde etwas seltener (93,0 %, n = 14.380 von n = 15.458 validen Angaben),

aber noch immer bei einer überwiegenden Mehrheit der Kinder, geprüft. Bei beiden Untersuchungen zeigen sich nur leichte Schwankungen in der Häufigkeit der Durchführung zwischen den U-Untersuchungen U7a bis U9.

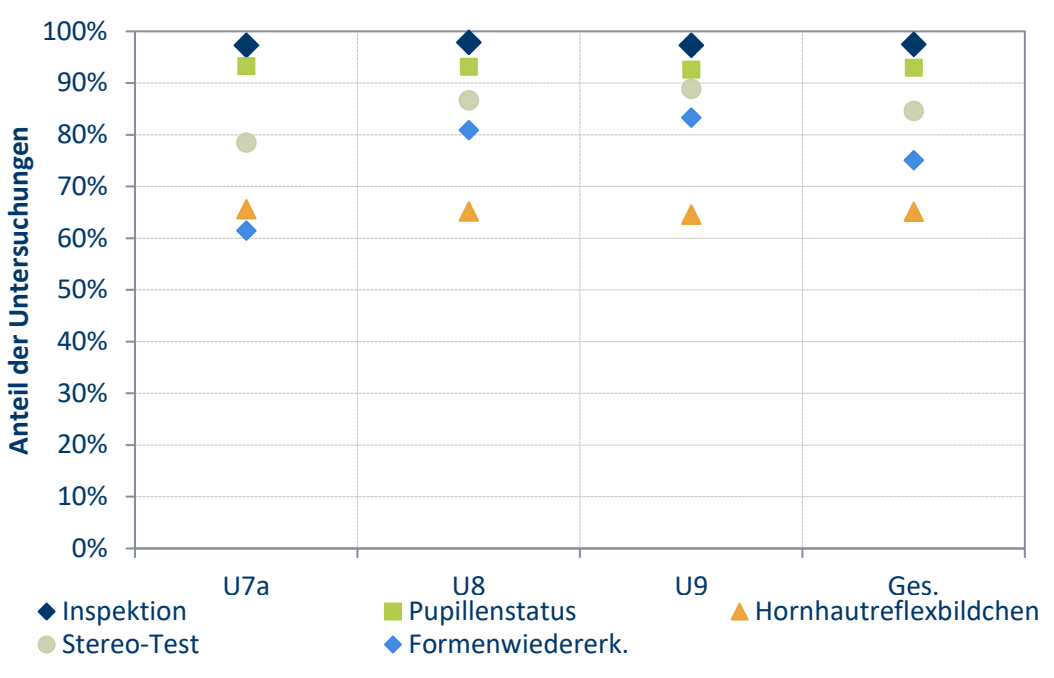
Die Prüfung der **Hornhautreflexbildchen** erfolgte im Gegensatz zur Inspektion und der Prüfung des Pupillenstatus seltener: Sie wurde bei etwa zwei Drittel der U-Untersuchungen U7a bis U9 vorgenommen (65,1 %, n = 9.950 von n = 15.274 validen Angaben). Die Hornhautreflexbildchen können mithilfe eines binokularen Autorefraktometers geprüft werden. Dies war bei einem Fünftel (n = 1.961) der in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen, in denen die Hornhautreflexbildchen geprüft wurden, der Fall. Dabei zeigt sich ein statistisch signifikanter Trend (X^2 (2, N = 9.802) = 29,66, p < ,001), ein binokulares Autorefraktometer in früheren U-Untersuchungen häufiger (U7a: 22,8 %, n = 765) und in späteren seltener (U9: 17,5 %, n = 543; OR = 0,72, 95 % KI 0,63 – 0,81) zur Prüfung der Hornhautreflexbildchen zu nutzen.

Der **Stereo-Test** wurde bei 84,6 % der U7a- bis U9-Untersuchungen durchgeführt (n = 13.038 von n = 15.043 validen Angaben), wobei eine signifikante Zunahme (X^2 (2, N = 15.403) = 237,14, p < ,001) der Häufigkeit zwischen U7a (78,5 %, n = 4.091) und U9 (88,9 %, n = 4.376; OR = 2,20, 95 % KI 1,97 – 2,46), also mit zunehmendem Kindesalter zu verzeichnen ist. In 17,7 % (n = 2.237 von n = 12.650 validen Angaben) der Fälle wurde der Stereo-Test mit einem binokularen Autorefraktometer durchgeführt. Wie auch bei der Prüfung der Hornhautreflexbildchen wurde das binokulare Refraktometer in früheren U-Untersuchungen signifikant häufiger (X^2 (2, N = 12.650) = 47,41, p < ,001) für einen Stereo-Test herangezogen als in späteren U-Untersuchungen (U7a: 20,5 %, n = 810 vs. U9: 14,7 %, n = 624; OR = 1,49, 95 % KI 1,33 – 1,68).

Ein Sehtest als monokulare Prüfung mittels **nonverbalem Formenwiedererkennungstest** erfolgte in drei Viertel der in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen von der U7a bis zur U9 (75,1 %, n = 11.523 von n = 15.342 validen Angaben). Bei jüngeren Kindern in der U7a wurde der Test in 61,5 % der Fälle (n = 3.191), bei älteren Kindern in der U9 in 83,3 % der Fälle (n = 4.080; OR = 3,11, 95 % KI 2,84 – 3,42) und somit signifikant häufiger durchgeführt (X^2 (2, N = 15.342) = 778,69, p < ,001).

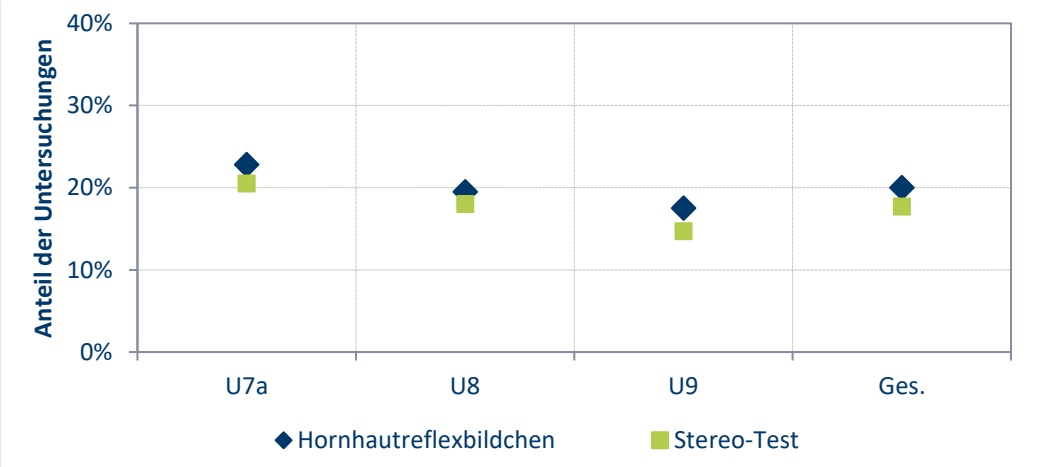
Die Häufigkeit der Durchführung der hier aufgeführten Sehtests ist in Abbildung 4 veranschaulicht. Abbildung 5 stellt den Anteil der entsprechenden Tests dar, bei denen ein binokulares Autorefraktometer verwendet wird.

Abbildung 4: Relative Häufigkeit der Durchführung von unterschiedlichen Sehtests in den U7a- bis U9-Untersuchungen



Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen
Anmerkungen: Formenwiederk. = nonverbaler Formenwiedererkennungstest;
Je nach Test liegen Angaben von insgesamt zwischen n = 15.274 und n = 15.481 Kindern vor, dies entspricht 97,7 % bis 99,0 % validen Antworten.

Abbildung 5: Relative Häufigkeit von Sehtests in U7a- bis U9-Untersuchungen, die mit einem binokularen Autorefraktometer durchgeführt wurden



Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen
Anmerkungen: Hornhautreflexbildchen: n = 9.802 (98,5 % valide Antworten); Stereo-Test n = 12.650 (97,0 % valide Antworten)

In den U-Untersuchungen werden unterschiedliche Sehtests parallel eingesetzt, da es keinen einzelnen Sehtest gibt, der mit hoher Sensitivität und Spezifität alle relevanten Auffälligkeiten identifizieren könnte. Weiterhin spielt eine Rolle, dass nicht alle Sehtests in jeder U-Untersuchung durchführbar sind, bspw. in Abhängigkeit von der Kooperationsbereitschaft des Kindes. Durch den Einsatz mehrerer Sehtests soll dennoch mit möglichst großer Sicherheit ausgeschlossen werden, dass Auffälligkeiten übersehen werden. Vor diesem Hintergrund wurde – als Ergänzung zur bisher beschriebenen Beantwortung der Evaluationsfragen – analysiert, wie die Sehtest in der U7a bis U9 in Kombination eingesetzt werden.

Betrachtet man, wie viele der fünf in den U7a- bis U9-Untersuchungen durchzuführenden Sehtests bei Kindern durchgeführt werden, so zeigt sich, dass fast alle Kinder mindestens einen Sehtest durchlaufen. Bei nur 0,8 % (n = 121) der Kinder von der U7a bis U9 wird kein Sehtest eingesetzt. Während der meisten U-Untersuchungen von der U7a bis U9 kommen mehrere Tests zur Anwendung, wobei bei fast der Hälfte der Untersuchungen (48,5 %, n = 7.297 von n = 15.034 validen Angaben) alle fünf Tests durchgeführt werden. Die Durchführung aller angedachten Sehtests nimmt mit dem Kindesalter zu: Der Anteil Untersuchungen mit fünf Sehtests steigt von 40,8 % (n = 2.080) in der U7a auf 53,6 % (n = 2.572) in der U9. Bei fast einem Drittel aller U7a bis U9-Untersuchungen kommen vier von fünf Tests zur Anwendung (29,9 %, n = 4.497), bei weiteren 13,4 % (n = 2.010) werden drei Tests durchgeführt. Bei einem kleinen Anteil der Kinder werden im Rahmen der U7a- bis U9-Untersuchungen zwei (6,0 %, n = 906) oder nur ein Sehtest (1,4 %, n = 203) durchgeführt.

Die Prüfung der Hornhautreflexbildchen findet im Vergleich zu den anderen Sehtests seltener statt (s. o.). In diesem Kontext ist von Interesse, inwiefern für U-Untersuchungen, in denen keine Prüfung der Hornhautreflexbildchen erfolgte, die funktionellen Sehtests (Stereo-Test und Formenwiedererkennungstest), mit denen das Sehen insgesamt beurteilt werden kann, durchgeführt wurden. Bei insgesamt vier von fünf Kindern, die eine U7a- bis U9-Untersuchung durchlaufen sind und bei denen keine Prüfung der Hornhautreflexbildchen erfolgte (82,2 %, n = 4.315 von n = 5.324 validen Angaben), wurde entweder ein Stereo-Test, ein Formenwiedererkennungstest oder beide funktionellen Tests durchgeführt. Die übrigen 17,8 % (n = 937) der Kinder, bei denen die Hornhautreflexbildchen nicht geprüft wurden, erhielten weder einen Stereo-Test noch einen Formenwiedererkennungstest. Die Durchführung von mindestens einem funktionellen Sehtest bei Kindern ohne Prüfung von Hornhautreflexbildchen steigt in den späteren U-Untersuchungen: während dies in der U7a bei etwa drei Viertel der U-Untersuchungen der Fall ist (73,0 %, n = 1.284) steigt der Anteil in der U8 auf 86,7 % (n = 1.553) und in der U9 auf 86,8 % (n = 1.478).

Der Stereo-Test und der Formenwiedererkennungstest erfordern, wie oben erwähnt, die aktive Mitwirkung des Kindes. Wenn das Kind nicht kooperiert oder die Anleitungen nicht ausreichend versteht, kann es schwierig sein die Tests durchzuführen. Um die Durchführbarkeit der Tests genauer beurteilen zu können, wurde geprüft, wie häufig beide, einer von beiden oder keiner der beiden funktionellen

Sehtests im Rahmen einer U7a- bis U9-Untersuchung zum Einsatz kommt. Am häufigsten werden beide Tests durchgeführt (69,7 %, n = 10.651 von n = 15.276 validen Angaben), wobei die Durchführung beider Tests mit dem Kindesalter zunimmt. In der U7a werden bei über der Hälfte der untersuchten Kinder (56,1 %, n = 2.893) beide Tests eingesetzt, in der U8 ist dies bei drei Viertel (74,7 %, n = 3.912) und in der U9 bei über drei Viertel der Kinder (78,8 %, n = 3.846) der Fall. Ausschließlich der Stereo-Test kommt bei insgesamt 15,0 % der U7a- bis U9-Untersuchungen zum Einsatz. Die ausschließliche Durchführung des Stereo-Tests ist in der U7a mit 22,5 % (n = 1.162) deutlich häufiger als in der U8 (12,0 %, n = 626) und U9 (10,2 %, n = 496). Ausschließlich ein Formenwiedererkennungstest wird in 5,4 % der U7a- bis U9-Untersuchungen durchgeführt (n = 823), wobei bei diesem, anders als beim Stereo-Test, keine eindeutige Dynamik im Zusammenhang mit dem Kindesalter zu beobachten ist. Bei rund zehn Prozent der Kinder wird keiner der beiden funktionellen Tests durchgeführt (9,9 %, n = 1.518). Während es in der U7a noch 15,9 % der U-Untersuchungen sind, trifft das in der U9 nur noch auf 6,6 % (n = 321) der U-Untersuchungen zu. Die Ergebnisse korrespondieren mit den Aussagen aus den Interviews mit KJÄ (Kapitel 4.1.4.3), dass beim Stereo-Test und beim Formenwiedererkennungstest altersbedingte Schwierigkeiten auftreten können. Diese wirken sich jedoch unterschiedlich aus, sodass in einem Teil der Untersuchungen zumindest einer der Tests (eher der Stereo-Test) durchgeführt werden kann.

4.1.4.2 Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten

Über alle in den U-Sammelbögen dokumentierten U7a- bis U9-Untersuchungen wurden bei 1,7 % der Kinder (n = 252 von n = 14.800 validen Angaben, Abbildung 6), bei denen eine **Inspektion** durchgeführt wurde, morphologische Auffälligkeiten, ein Nystagmus oder eine Kopffehlhaltung festgestellt. Die Größe, Form oder Lichtreaktion der Pupillen war bei 1,0 % (n = 143 von n = 14.095 validen Angaben) der U7a- bis U9-untersuchten Kinder, bei denen der **Pupillenstatus** geprüft wurde, auffällig. Die Häufigkeit beider Auffälligkeiten unterscheidet sich nicht zwischen den einzelnen U-Untersuchungen.

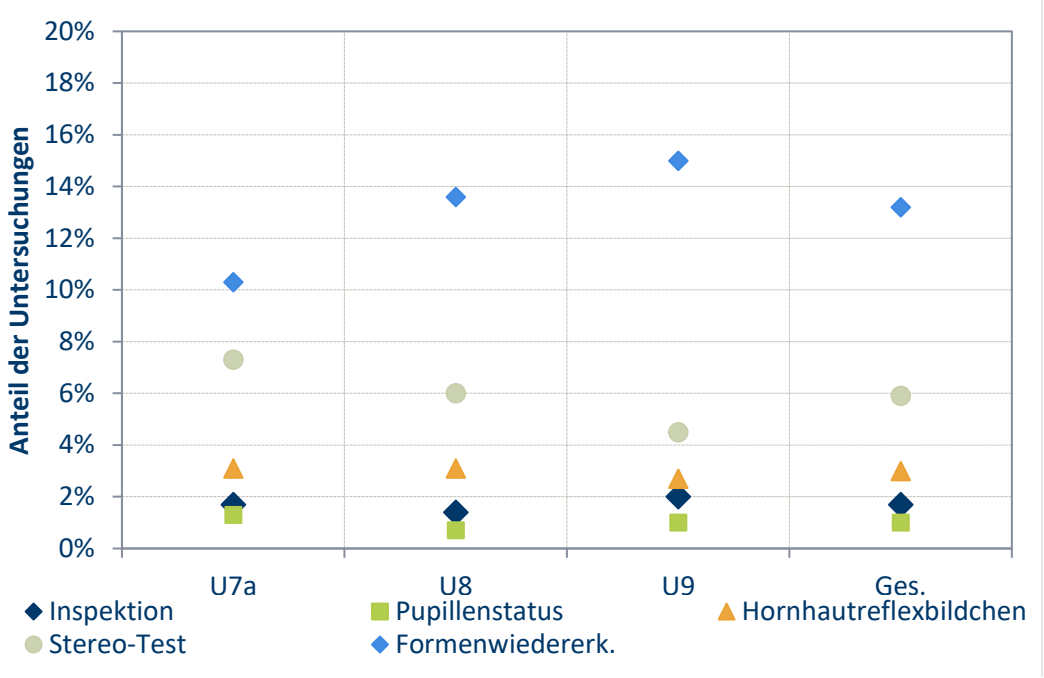
Teilnehmende KJÄ gaben in 3,0 % der Untersuchungen von der U7a bis zur U9, in denen die **Hornhautreflexbildchen** geprüft wurden (n = 289 von n = 9.783 validen Angaben), an, einen Strabismus festgestellt zu haben. Der Anteil ist in den einzelnen U-Untersuchungen fast gleich. Allerdings zeigen sich Unterschiede je nach Art der Durchführung: Wurden Hornhautreflexbildchen mit einem binokularen Autorefraktometer geprüft, wurde ein Strabismus in 4,8 % (n = 94 von n = 1.955 validen Angaben) der so durchgeführten U7a- bis U9-Untersuchungen festgestellt. In den Untersuchungen, die ohne ein binokulares Autorefraktometer (also mit einem Ophthalmoskop oder einer anderen geeigneten Lichtquelle) durchgeführt wurden, wurde ein Strabismus demgegenüber bei nur 2,5 % der Kinder in der U7a bis U9 dokumentiert (n = 190 von n = 7.718 validen Angaben). Unter Verwendung eines binokularen Autorefraktometers wird ein Strabismus somit signifikant häufiger festgestellt (X^2 (1, N = 9.673) = 30,14, p < ,001; OR = 2,01, 95 % KI 1,55 – 2,57).

Der in den U7a- bis U9-Untersuchungen durchgeführte **Stereo-Test** war bei insgesamt 5,9 % der Kinder auffällig (n = 738 von n = 12.555 validen Angaben). Dabei wurden Auffälligkeiten in der U7a am häufigsten (7,3 %, n = 287) und mit zunehmendem Kindesalter seltener (U8: 6,0 %, n = 262; U9: 4,5 %, n = 189) in den U-Sammelbögen dokumentiert. Die Feststellung von Auffälligkeiten unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit von dem verwendeten Gerät (X^2 (1, N = 12.311) = 307,40, p < ,001). Bei Stereo-Tests, die mit einem binokularen Autorefraktometer durchgeführt wurden, ist die Feststellung von Auffälligkeiten mit insgesamt 13,7 % (n = 304 von n = 2.219 validen Angaben) etwa dreimal so häufig wie bei Stereo-Tests, bei denen kein solches Gerät zum Einsatz kam (4,1 %, n = 412 von n = 10.092 validen Angaben; OR = 3,73, 95 % KI 3,19 – 4,36).

Eine Sehschwäche oder eine Rechts-Links-Differenz dokumentierten teilnehmende Ärztinnen und Ärzte in insgesamt 13,2 % der U7a- bis U9-Untersuchungen, in denen ein Sehtest mittels **nonverbalem Formenwiedererkennungstest** durchgeführt wurde (n = 1.495 von n = 11.336 validen Angaben). Dabei wurden eine Sehschwäche oder eine Rechts-Links-Differenz in früheren U-Untersuchungen (U7a: 10,3 %, n = 321) signifikant seltener festgestellt (X^2 (2, N = 11.336) = 34,81, p < ,001) als in späteren U-Untersuchungen (U8: 13,6 %, n = 570; OR = 0,72, 95 % KI 0,62 – 0,84¸U9: 15,0 %, n = 604; OR = 0,65, 95 % KI 0,56 – 0,75).

Die Ergebnisse der Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten bei der Inspektion auf morphologische Auffälligkeiten, der Prüfung des Pupillenstatus und der Hornhautreflexbildchen sowie beim Stereo-Test sind aufgrund der geringen Auftrittshäufigkeiten als nur bedingt belastbar einzustufen.

Abbildung 6: Relative Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten bei unterschiedlichen Sehtests in den U7a- bis U9-Untersuchungen



Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen
Anmerkungen: Formenwiederk. = nonverbaler Formenwiedererkennungstest;
Je nach Test liegen Angaben von zwischen n = 9.783 und n = 14.800 Kindern vor, dies entspricht 62,5 % bis 94,6 % aller dokumentierten U7a bis U9

4.1.4.3 Schwierigkeiten bei der Durchführung der Tests

Eine Auswahl von teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten (n =10) wurden in nachgehenden Interviews zu evtl. Schwierigkeiten mit der Durchführung der in der U7a bis U9 vorgesehenen Sehtests bzw. Untersuchungsverfahren, die auf das Alter der Kinder zurückzuführen sind, befragt (Thema 1, vgl. Kapitel 2.2.4). Die Interviewfragen bezogen sich zum einen auf die Durchführung aller zum Einsatz kommender Tests im Allgemeinen und zum anderen auf altersbedingte Schwierigkeiten bei der Prüfung der Hornhautreflexbildchen, der Durchführung des Stereo-Tests und des nonverbalen Formenwiedererkennungstests im Besonderen. Die Interviewführung zu den einzelnen Sehtests stellte sich als herausfordernd dar, da den KJÄ die in der Kinder-Richtlinie genannten Namen für die Tests nicht immer geläufig waren. Soweit möglich wurde versucht anhand von Beschreibungen („der Test mit den vier Symbolen“), den Test zu identifizieren. Es war jedoch nicht immer möglich, die Aussagen der Interviewten bestimmten Tests zuzuordnen, sodass sich relativ viele fehlende Angaben ergeben.

Gefragt nach allgemeinen altersbedingten Problemen bei der Durchführung von Sehtests bei Kindern in der U7a bis U9 gaben zwei KJÄ an, keine Schwierigkeiten zu haben und die Testung – wenn notwendig – einfach zu einem späteren Zeitpunkt

vorzunehmen („Es gibt keine Schwierigkeiten. Wenn die Durchführung nicht klappt, wird das Kind nochmal einbestellt“). Eine Ärztin bzw. ein Arzt merkte allgemein an: „Im Rahmen der U8 und U9 werden zwei Termine vereinbart. Der eine dient der Vorbereitung, wenn Testungen nicht klappen, dann wird der zweite Termin genutzt, um die Tests nochmal durchzuführen“. Vier der befragten KJÄ berichteten in der U7a häufig und in der U8 vereinzelt von Schwierigkeiten („In der U7a ist die Durchführung nur bei 50 % möglich, ab der U8 geht es.“ Oder „In der U7a ist die Durchführung sinnlos, die U8 funktioniert bei cleveren Kindern, ab der U9 klappt es gut“). Vier der befragten KJÄ berichteten keine altersbedingten Schwierigkeiten bei der Durchführung der Sehtests, gaben aber auch nicht explizit an, keinen solchen Schwierigkeiten gegenüberzustehen.

Die Prüfung der Hornhautreflexbildchen funktioniert gemäß den Aussagen von vier interviewten KJÄ in jedem Alter gut, da entweder keine Mitarbeit der Kinder erforderlich ist oder ggf. nur etwas Ablenkung des Kindes notwendig ist, um die Durchführung des Tests zu ermöglichen. Zwei Ärztinnen und Ärzte berichteten von Schwierigkeiten bei jüngeren Kindern („bei Zwei-, Drei- und Vierjährigen schwierig“ oder „U7a schwierig, danach geht es“). Wenn Schwierigkeiten bei der Durchführung auftreten, so liegen diese nach Angabe der KJÄ (jeweils n = 1) daran, dass die Kinder nicht mitmachen, ängstlich sind oder der Test nicht funktioniert („Funktioniert nicht. Wird nicht durchgeführt“). In den weiteren vier Interviews wurden speziell zu Hornhautreflexbildchen keine Angaben gemacht.

Die Hälfte der KJÄ, die hierzu Angaben machte (n =8), verwendet zur Prüfung der Hornhautreflexbildchen ein binokulares Autorefraktometer (n = 4, z. B. „Ja, sehr hilfreich. Es wird bei allen Kindern ab sechs Monaten eingesetzt.“, „Ja, wird angeboten.“), wobei der häufigeren Nutzung teilweise entgegensteht, dass der Einsatz als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) in Rechnung gestellt werden muss (n = 2, z. B: „Ja, aber nur bei Schwierigkeiten, weil es eine IGeL ist“). Die andere Hälfte setzt (eher) kein binokulares Autorefraktometer ein (n = 4, wobei auch hier häufig als Begründung genannt wird, dass dies eine IGeL ist (n = 3, z. B. „Nein, wir wollen keine IGeL.“ Oder „Eher nein, da es eine IGeL ist. Ich wünsche mir die Aufnahme in die Regelversorgung“). Eine Ärztin bzw. ein Arzt merkte allgemein an, dass das binokulare Autorefraktometer zusätzlich und nicht als Ersatz zu anderen Testverfahren verwendet würde; ein Vorteil des Autorefraktometers bestünde darin, dass die Auffälligkeit als „gesichert“ gilt und man somit schneller einen Termin beim Augenarzt bekäme.

Die Durchführung eines Stereo-Tests funktioniert nach Angabe von drei interviewten KJÄ in allen Altersstufen gut, wohingegen weitere vier KJÄ von Schwierigkeiten bei jüngeren Kindern berichteten. In drei Interviews wurden hierzu keine Angaben gemacht. Die Altersangabe, ab der in der Regel keine Probleme mehr auftreten, variiert: ab der U7a bzw. ab drei Jahren oder ab der U8 bzw. ab vier Jahren (jeweils n = 1). Als Schwierigkeiten, die einer Durchführung im Weg stehen, nannten KJÄ, dass Kinder nicht mitmachen (n = 4), den Test nicht verstehen (n = 3) oder ängstlich sind (n = 1). Als konkretes Testverfahren kommt bei allen befragten KJÄ der Lang-Test (n = 9, n = 1 fehlend) zum Einsatz. Ein binokulares Autorefraktometer

wird von zwei Interviewpartnern zur Durchführung des Stereo-Test eingesetzt, wobei insgesamt nur fünf Ärztinnen und Ärzte hierzu eine Angabe machten. Die übrigen drei KJÄ gaben an, kein binokulares Autorefraktometer einzusetzen.

Bei nonverbalen Formenwiedererkennungstests treten nach Aussage von vier KJÄ bei jüngeren Kindern Schwierigkeiten auf („U7a geht nicht gut“ oder „Mit drei Jahren eher schwierig. Ab vier Jahren geht es bei den meisten“). Eine Person antwortete, dass die Durchführung in jedem Kindesalter gut funktioniert. In den weiteren fünf Interviews konnte der Test nicht explizit angesprochen werden. Auf die Frage nach der Art von auftretenden Schwierigkeiten wurden Verständnisprobleme und mangelnde Kooperation des Kindes, ein hoher Aufwand und eine Unsicherheit in den Ergebnissen (jeweils n = 1) genannt. Als konkretes Verfahren des nonverbalen Formenwiedererkennungstests wurde zumeist der Lea-Hyvärinen-Test genannt (n = 5, fehlend = 3), zwei KJÄ nannten abweichende Testverfahren („Vier Symbole – M, Kreis, Viereck, X“[11] und E-Haken-Test).

In der Gruppendiskussion mit KJÄ wurde deutlich, dass es eines gewissen Geschicks und einer gewissen Flexibilität bei der Auswahl der Sehtests bedürfte, um möglichst frühzeitig Auffälligkeiten der Augen festzustellen. Aus Sicht der teilnehmenden Personen wäre es wünschenswert, wenn ein Autorefraktometer als eine Option eingesetzt werden könnte, ohne dass die Eltern dafür bezahlen müssten. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass es vorteilhaft ist, Kontakte zu Augenärztinnen und -ärzten aufzubauen, die sich besonders auf Kinder ausrichten. Dies erhöhe die Wahrscheinlichkeit, dass eine Auffälligkeit zeitnah abgeklärt werden kann.

4.2 Untersuchung des Hörvermögens (U8)

4.2.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Bereits 2008 wurde das Neugeborenen-Hörscreening neu in die Kinder-Richtlinie aufgenommen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008). Im weiteren Verlauf der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie fand eine Nutzenbewertung eines Screenings auf erworbene Hörstörungen statt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 10). Die Ergebnisse zeigen, dass die Notwendigkeit für einen Hörtest besteht. Daher wurde in der am 01.09.2016 in Kraft getretenen Fassung der Kinder-Richtlinie der bei der U8 verbindlich durchzuführende Hörtest (Screeningaudiometrie) beibehalten. Ferner wurde konkretisiert, dass er mittels Tonschwellenaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens fünf Prüffrequenzen) durchzuführen ist. In der U5 bis U7a sowie der U9 sollen die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten zur Hörreaktion des Kindes befragt werden. Hörreaktionsprüfungen, welche sich als störanfällig erwiesen haben, wurden gestrichen.

[11] Vermutlich ist der H-Test nach Hohmann/Haase gemeint.

Die Evaluation untersuchte in Bezug auf die Screeningaudiometrie in der U8 folgende Fragestellungen:

- Bei wie vielen Kindern erfolgt eine Prüfung des Hörvermögens mittels Audiometrie?
- Was waren die Gründe, weshalb keine Prüfung des Hörvermögens mittels Audiometrie durchgeführt wurde bzw. durchgeführt werden konnte?
- Bei wie vielen Kindern wird erstmalig ein auffälliger Befund des Hörvermögens mittels Audiometrie ermittelt?
- Bei wie vielen Kindern mit auffälligem Befund des Hörvermögens wird an einen HNO-Arzt oder Pädaudiologen überwiesen?

Die Ergebnisse beruhen auf Auswertungen der U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2) und der Elternfragebögen (vgl. Kapitel 2.3.2) sowie ergänzender Informationen aus der Gruppendiskussion mit KJÄ (vgl. Kapitel 2.2.5).

4.2.2 Hörtest mittels Tonschwellenaudiometrie (U8)

4.2.2.1 Häufigkeit der Durchführung

Die Auswertung der von teilnehmenden KJÄ in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen zeigen, dass eine Prüfung mittels Tonschwellenaudiometrie in 80,3 % der U8-Untersuchungen durchgeführt wurde (n = 4.235 von n = 5.274 validen Angaben). Im Umkehrschluss dokumentierten Ärztinnen und Ärzte in 19,7 % (n = 1.039) der U8-Untersuchungen, keine Tonschwellenaudiometrie durchgeführt zu haben.

Eltern, deren Kind zuletzt eine U8-Untersuchung erhalten hat (n = 569), wurden bezüglich der Durchführung eines Hörtest bei ihrem Kind befragt. Dabei gaben 89,5 % der Eltern an, dass ein Hörtest im Rahmen der U8-Untersuchung durchgeführt wurde (n = 501 von n = 560 validen Angaben).

Der Begriff *Hörtest* wurde zur Befragung der Eltern gewählt, weil davon auszugehen ist, dass eine Tonschwellenaudiometrie den meisten Eltern nicht bekannt ist. Da für die U8-Untersuchung die Tonschwellenaudiometrie als durchzuführender Hörtest vorgesehen ist, kann eine Äquivalenz der Fragestellungen an KJÄ und Eltern angenommen werden. Darauf weist auch die hohe Kongruenz der Antworten bezüglich der Häufigkeit der Durchführung bei beiden befragten Parteien hin.

4.2.2.2 Gründe gegen die Durchführung einer Tonschwellenaudiometrie

KJÄ wurden im Fall einer nicht durchgeführten Tonschwellenaudiometrie gebeten, Angaben zu den Gründen zu machen, welche der Durchführung in der jeweiligen U8-Untersuchung im Wege standen. Für 903 der 1.039 in den U-Sammelbögen dokumentierten U8-Untersuchungen (86,9 %), in denen keine Tonschwellenaudio-

metrie durchgeführt wurde, liegen Angaben zu den Gründen der Nicht-Durchführung vor. Als Grund für den Anteil fehlender Werte von 13,1 % (n = 136) wird vermutet, dass die aufgeführten Gründe möglicherweise nicht zutreffend waren und die Antwortoption *Nichts davon trifft zu* nicht angeboten wurde. Es konnten mehrere Gründe je U-Untersuchung angeben werden.

Die am häufigsten genannten Gründe, keine Tonschwellenaudiometrie durchzuführen, sind zum einen eine mangelnde Kooperation des Kindes bei der Untersuchung (*Kind nicht überfordert, kooperiert aber nicht*, 32,9 %, n = 297) und zum anderen eine Überforderung des Kindes (*keine Sprachbarriere, aber Kind mit den Anweisungen im Test überfordert*, 27,6 %, n = 249). Bei etwa einem Fünftel der Kinder wurde aufgrund einer Sprachbarriere keine Tonschwellenaudiometrie durchgeführt (19,7 %, n = 178). Bei 15,8 % der Kinder (n = 143) wurde aufgrund einer bereits bestehenden Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren (HNO) Arzt bzw. Ärztin auf eine Tonschwellenaudiometrie verzichtet. Nur selten waren eine mangelnde Kooperation seitens der Eltern (n = 39) oder widrige klinische Gründe (bspw. Otitis Media, n = 12) ursächlich für die Nicht-Durchführung einer Tonschwellenaudiometrie.

Zusätzlich wurden in fast einem Viertel der U8-Untersuchungen (24,3 %, n = 219), in denen keine Tonschwellenaudiometrie durchgeführt wurde, sonstige Gründe für die Nicht-Durchführung angegeben. Sonstige Gründe konnten in einem Freitextfeld spezifiziert werden, wobei Mehrfachangaben möglich waren. Ein Teil der insgesamt n = 243 handschriftlich eingetragenen Gründe ließ sich einer bereits zur Verfügung stehenden Kategorie zuordnen. Als zusätzliche Gründe gegen eine Tonschwellenaudiometrie wurde am häufigsten genannt, dass diese zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt wird oder wurde (22,4 % der sonstigen Angaben bzw. 5,4 % der Untersuchungen, n = 49). Ebenfalls als Gründe gegen die Durchführung genannt wurden technische Probleme bzw. ein defektes Gerät (16,9 % bzw. 4,1 %, n = 37), eine beim Kind vorliegende Entwicklungsstörung (8,2 % bzw. 2,0 %, n = 18) oder die Durchführung eines *Pilotentests* (6,4 % bzw. 1,6 %, n = 14). Weiterhin wurde die Tonschwellenaudiometrie nach Angabe einiger Ärztinnen und Ärzte nicht durchgeführt, weil diese Leistung für sie nicht abrechenbar sei (16,4 %, n = 4,0 %, n = 36). Letztere Antwort ist insofern überrauschend, als die Tonschwellenaudiometrie Teil der U8 ist und somit in der Vergütung für die U8 enthalten ist. Ggf. handelt es sich um ein Missverständnis, da früher eine eigene Abrechnung für einen Hörtest in der U8 möglich war.

4.2.2.3 Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten

In 12,8 % (n = 532 von n = 4.166 validen Angaben) der U8-Untersuchungen in den U-Sammelbögen, in denen eine Tonschwellenaudiometrie durchgeführt wurde, dokumentierten KJÄ einen auffälligen Befund. Das entspricht 9,9 % aller U8.

Während bei 15,9 % der Kinder (n = 78 von n = 490 validen Angaben) bereits vorher Hinweise auf Störungen des Hörvermögens bestanden, wurden bei 84,1 % (n = 412) der Kinder mit auffälligem Befund die Auffälligkeiten im Rahmen der U8-

Untersuchung erstmalig festgestellt. Somit zeigen die Auswertungen der von teilnehmenden KJÄ in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen, dass bei 9,9 % der U8-Untersuchungen mit validen Angaben zur Feststellung von Auffälligkeiten (n = 412 von n = 4.166) erstmalig ein auffälliger Befund des Hörvermögens mittels Tonschwellenaudiometrie ermittelt wurde.

Von befragten Eltern, die angaben, dass in der U8 ein Hörtest durchgeführt wurde (n = 501, Kapitel 4.2.2.1), gaben 8,0 % (n = 39 von n = 488 validen Angaben) im Elternfragebogen an, dass bei ihrem Kind Probleme beim Hören festgestellt wurden. Davon wurden bei 81,1 % der Kinder (n = 30) erstmalig Probleme festgestellt. Dies entspricht 6,0 % aller zuletzt U8-untersuchten Kinder, deren Eltern an der Elternbefragung teilgenommen haben.

4.2.2.4 Häufigkeit von Überweisungen

Teilnehmende KJÄ dokumentierten in den U-Sammelbögen, dass sie 56,2 % der Kinder, bei denen die Tonschwellenaudiometrie einen auffälligen Befund ergeben hat, in HNO-ärztliche bzw. pädaudiologische Behandlung überwiesen haben (n = 278 von n = 495 validen Angaben). Wurde in der U-Untersuchung ein auffälliger Befund erstmalig festgestellt, so erhielten 50,2 % der Kinder (n = 203 von n = 404 validen Angaben) eine entsprechende Überweisung. Bestanden bereits vorher Anhaltspunkte für eine Störung des Hörvermögens (n = 78), wurde ein Großteil der Kinder (83,3 %, n = 65) in HNO-ärztliche oder pädaudiologische Behandlung überwiesen. Über alle dokumentierten U8-Untersuchungen hinweg wurde bei 5,2 % der Kinder eine Überweisung in eine HNO-ärztliche bzw. pädaudiologische Behandlung veranlasst (n = 278 von n = 5.349).

Befragte Eltern von zuletzt U8-untersuchten Kindern, bei deren Kind das Ergebnis eines Hörtest auffällig war, gaben in 58,3 % der Fälle (n = 21 von n = 36 validen Angaben) an, an einen HNO- oder anderen Spezialisten überwiesen worden zu sein. Das entspricht einer Überweisungsrate von 3,7 % aller U8-untersuchten Kinder. Dabei wurden Kinder, bei denen Probleme mit dem Hören bereits bekannt waren in 71,4 % der Fälle (n = 4) überwiesen. Kinder, bei denen die Auffälligkeiten erstmalig festgestellt wurden, erhielten in 55,2 % der Fälle (n = 16) eine Überweisung in eine HNO-ärztliche bzw. pädaudiologische Behandlung. Der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen ist jedoch nicht statistisch signifikant (OR = 1,84; 5 % KI 0,24 – 22,52; p = 0,676).

In der Gruppendiskussion mit KJÄ (Kapitel 2.2.5) wurde das Ergebnis, dass nur circa die Hälfte der Kinder mit erstmals auffälliger Tonschwellenaudiometrie überwiesen werden, als nicht überraschend eingestuft. In einigen Fällen würde der Test an einem späteren Termin wiederholt, bevor eine Überweisung in Betracht gezogen wird. In anderen Fällen läge ein akuter Infekt vor, sodass auch hier zunächst abgewartet bzw. auf weitere Hinweise geachtet würde. Teilweise würde auch für die U9 vorgemerkt, besonders auf das Hörvermögen zu achten und zu diesem Zeitpunkt

ggf. erneut einen Hörtest durchzuführen. Insbesondere würde auch die Sprachentwicklung eine Rolle spielen: Wenn eine normale Sprachentwicklung vorläge, würde eine Überweisung eher nicht in Betracht gezogen.

4.3 Untersuchung der Zähne und der Schleimhaut (U6)

4.3.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Die Untersuchung der Zähne und der Schleimhaut wurde im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie konkretisiert. In der Kinder-Richtlinie, die 2011 in Kraft trat, ist vorgesehen, dass Zähne, Kiefer und Mundhöhle unter dem Thema „Sinnesorgane“ auf „Fehlbildungen oder Erkrankungen“ untersucht werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011/16.12.2010). Weiterhin wird bei der „Erhebung der Vorgeschichte“ das Thema Fluoridprophylaxe erwähnt (U2 „Fluoridprophylaxe besprochen“, U3 „Fluoridprophylaxe nicht eingeleitet“, U4 bis U9 „Fluoridprophylaxe nicht fortgeführt“).

Die 2016 in Kraft getretene Kinder-Richtlinie präzisiert im Abschnitt *Eingehende körperliche Untersuchungen* für alle U-Untersuchungen ab der U2, worauf bei der Untersuchung von Mundhöhle, Kiefer und Nase zu achten ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015). Für die U2 heißt es beispielsweise, dass auf Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms, Kiefer- und Gaumenanomalie, abnorme Größe der Zunge und behinderte Nasenatmung zu achten ist. Im Abschnitt *Anamnese* wird in der U7 und der U7a auf *Kariesprophylaxe mittels Fluorid* hingewiesen. Weiterhin enthält die Neufassung der Kinder-Richtlinie mehr Hinweise darauf, zu welchen Themen Eltern in Bezug auf Zähne und Schleimhaut beraten werden sollen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Anpassungen in Bezug auf die Beratung zum Thema Zähne und Schleimhaut

U	Kinder-Richtlinie i. K. g. 12.03.2011	Kinder-Richtlinie i. K. g. 16.09.2016, Abschnitt ***Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung*,**
U2	-	Information zu Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
U3	Ernährungshinweise im Hinblick auf Mundgesundheit	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
U4	-	Stillen/Ernährung/Mundgesundheit Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
U5	Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid

U	Kinder-Richtlinie i. K. g. 12.03.2011	Kinder-Richtlinie i. K. g. 16.09.2016, Abschnitt *Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung*,
		Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut[1]
U6	Hinweise zur Zahnpflege	Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnschonende Ernährung Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut[1]
U7	-	Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid) Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut[1]
U7a	-	Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung
U8	-	Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung
U9	-	Kariesprophylaxe mittels Fluorid prüfen Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

Quelle: Kinder-Richtlinie veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013
Kinder-Richtlinie veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1

Anmerkungen: [1] Diese Vorgabe wurde mit Beschluss des G-BA vom 15.08.2019 geändert in „Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019b).

Die Konkretisierungen finden sich auch im Gelben Heft wieder. Im Abschnitt *Untersuchung* werden die in Bezug auf Mundhöhle, Kiefer und Nase zu untersuchenden Aspekte aufgeführt und können angekreuzt werden, falls Auffälligkeiten auftreten. Im Abschnitt *Beratung* können die in Tabelle 10 gezeigten Themen angekreuzt werden, falls erweiterter Beratungsbedarf besteht.

In Gelben Heften vor 2017 erfolgte kein Hinweis auf die in Tabelle 10 gezeigten Beratungsthemen; es gab jedoch die Möglichkeit ergänzende Angaben zu Fluoridprophylaxe zu machen (z. B. U2 *Rachitis/Fluoridprophyl. Besprochen*, U3 *Rachitis/Fluoridprophyl. Nicht eingeleitet*). Als zu erhebende Befunde für den Mund wurde vor 2017 aufgeführt:

- U2: *Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, große Zunge*
- U3 und U4: *große Zunge*
- U7: *Karies*
- U7a, U8 und U9: *Karies, Kiefer- und/oder Zahnstellungsanomalie*

Am 15.08.2019 beschloss der G-BA eine weitere Änderung der Kinder-Richtlinie hinsichtlich der Untersuchung der Zähne und der Schleimhaut (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019b): In der U5, U6 und U7 wurde die Vorgabe, zur Abklärung von Auffälligkeiten zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zu verweisen, geändert in die Vorgabe, zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zu verweisen.

Die Evaluation der Neufassung der Kinder-Richtlinie untersuchte folgende Fragestellungen zum Thema Zähne und Schleimhaut, wobei auf die U6 fokussiert wurde:

- Wie häufig wurden Auffälligkeiten der Zähne und Schleimhaut festgestellt?
- Wie häufig erfolgte ein Verweis zum Zahnarzt bzw. zur Zahnärztin, wenn ein Befund als auffällig eingestuft wurde?

Den nachfolgenden Ergebnissen liegt die Auswertung der U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2) und die Gruppendiskussion mit KJÄ (vgl. Kapitel 2.2.5) zugrunde.

4.3.2 Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut (U6)

4.3.2.1 Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten

Teilnehmende KJÄ dokumentierten in den U-Sammelbögen 5.244 U6-Untersuchungen mit validen Angaben zur Feststellung von Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Schleimhaut. In 3,0 % (n = 157) dieser U6-Untersuchungen wurden Auffälligkeiten festgestellt, wohingegen sich die übrigen 97,0 % der Kinder unauffällig zeigten. Die Ergebnisse sind aufgrund der geringen Auftrittshäufigkeiten als nur bedingt belastbar einzustufen.

4.3.2.2 Häufigkeit von Überweisungen

Wurden bei Kindern im Rahmen der U6-Untersuchung Auffälligkeiten an den Zähnen oder der Schleimhaut festgestellt (n = 157), so wurden 42,7 % dieser Kinder (n = 67) an einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin verwiesen. Die übrigen 57,3 % der Kinder mit auffälligem Befund wurden nicht verwiesen. Wenn keine Feststellung von Auffälligkeiten dokumentiert wurde, erhielten etwas mehr als ein Viertel der Kinder (26,9 %, n = 1.343 von n = 4.997 validen Angaben) einen Verweis zu einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin. Über alle Kinder, die eine U6-Untersuchung durchliefen, erhielten 27,4 % (n = 1.412 von n = 5.160 validen Angaben) einen entsprechenden Verweis.

In der Gruppendiskussion mit KJÄ wurde darauf hingewiesen, dass mit dem Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt unterschiedlich umgegangen wird: Einige KJÄ würden grundsätzlich und bereits in der U6 zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung verweisen, „damit die Eltern das Kennenlernen“; andere würden nur zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verweisen, wenn sie eine Auffälligkeit festgestellt haben.

Die unterschiedliche Handhabung könnte damit zusammenhängen, dass die Kinder-Richtlinie bezüglich des Verweises zur Zahnärztin bzw. zum Zahnarzt 2019 geändert wurde. Wie in Kapitel 4.3.1 erwähnt, sollte laut der Kinder-Richtlinie, die 2016 in Kraft trat, in der U5 und U6 ein Verweis zum Zahnarzt erfolgen „zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut“; in der U7 hieß es „zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut“. Es sollte also nur bei Auffälligkeiten ein Verweis erfolgen. Mit Beschluss vom 15.08.2019 wurde dies in der U5, U6 und U7 geändert in „Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“. Es soll also ein Verweis erfolgen, wenn eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung angemessen erscheint, was auch ohne bereits vorliegende Auffälligkeiten im Kieferwachstum bzw. an den Zähnen oder der Schleimhaut der Fall sein kann.

In der Gruppendiskussion wurde auch auf eine weitere Unklarheit bezüglich des Verweises zum Zahnarzt hingewiesen: In der U5 bis U9 kann im Gelben Heft im Abschnitt *Beratung* angekreuzt werden *Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung* (bzw. die oben erwähnte Vorgängerversion des Items für die U5, U6 und U7). Im Abschnitt *Ergebnisse* kann *Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt* angekreuzt werden. Es sei unklar, wann welches Feld anzukreuzen sei. Es läge nahe, immer entweder beide oder keins der Felder anzukreuzen; diese wäre dann eine Doppeldokumentation.

4.4 Untersuchung auf Gallengangatresie (U2–U4)

4.4.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Die neugefasste Kinder-Richtlinie geht vermehrt auf Gelbsucht und die Stuhlfarbe ein, welche Hinweise auf eine Gallengangatresie geben können. Vor der Neufassung wurde das Thema Gelbsucht lediglich in der U1 als ein zu beachtender Aspekt erwähnt. Diese Erwähnung von Gelbsucht in der U1 als ein Aspekt der körperlichen Untersuchung wurde beibehalten. Für die U2 und U3 wurde mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie als ein Ziel bzw. Schwerpunkt definiert, einen pathologischen Ikterus zu erkennen. In der Anamnese wird explizit auf die Stuhlfarbe hingewiesen, die mit einer Farbtafel zu erfragen ist. In der eingehenden körperlichen Untersuchung ist auf einen Ikterus zu achten.

Die Evaluation untersuchte zu Gallengangatresie folgende Fragestellungen:

- Wie häufig erfolgt durch den Einsatz der Stuhlfarbkarte eine frühzeitige – bis zur 8. Lebenswoche – Diagnose der Gallengangatresie?

- Wie häufig wird durch die Feststellung der Gelbsucht im Rahmen der körperlichen Untersuchung die Diagnose der Gallengangatresie gestellt?

Die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse beruhen auf Erhebungen mit dem Arztfragebogen (vgl. Kapitel 2.2.2) und in Krankenhäusern (vgl. Kapitel 2.4).

4.4.2 Ergebnisse zu Gallengangatresie aus Arztpraxen

Sowohl die nachfolgend berichteten Ergebnisse aus Arztpraxen als auch die in Kapitel 4.4.3 berichteten Ergebnisse aus Krankenhäusern zeigen, dass die Diagnose der Gallengangatresie überwiegend nach der Feststellung einer Gelbsucht im Rahmen der körperlichen Untersuchung gestellt wird. Demgegenüber hat der Einsatz der Stuhlfarbkarte bei der Diagnosestellung der Gallengangatresie eine deutlich geringere Bedeutung.

4.4.2.1 Häufigkeit der Feststellung von Gallengangatresie

Von den 656 KJÄ, die den Arztfragebogen beantworteten, haben 6,7 % (n = 44) angegeben, dass sie seit 2018 mindestens einen Fall von Gallengangatresie diagnostiziert haben. Dabei gaben 5,5 % der KJÄ (n = 36) an, seit 2018 bei einem Kind die Diagnose Gallengangatresie gestellt zu haben, während 1,2 % (n = 8) im selben Zeitraum bei zwei Kindern die Diagnose stellten. Insgesamt wurden durch die KJÄ, die den Fragebogen beantworteten, seit 2018 52 Fälle von Gallengangatresie diagnostiziert.

Die mit dem Arztfragebogen erhobene Anzahl der Fälle von Gallengangatresie ist in der zu erwartenden Größenordnung, wobei eine genaue Beurteilung aufgrund der Seltenheit der Krankheit schwierig ist. Die Einschätzung beruht darauf, dass in Deutschland unter den jährlich circa 785.000 Lebensgeborenen (Schulz et al., 2020) circa 40 bis 140 Fälle mit Gallengangatresie auftreten dürften (die Inzidenz liegt je nach Quelle bei 1:15.000 (Kodde, 2016), 1:12.500 bis 1:20.000 (Sanchez-Valle et al., 2017) oder 1:5.600 bis 1:18.000 (Corrado & Mack, 2022)). Den Fragebogen beantworteten 9,1 % aller KJÄ in Deutschland (Kapitel 3.1.1). Nimmt man an, dass Fälle mit Gallengangatresie gleichmäßig über alle KJÄ verteilt sind, würde man bei den KJÄ, die den Fragebogen beantworteten, vier bis zwölf Fälle mit Gallengangatresie pro Jahr erwarten (9,1 % von 40 bzw. 140 Fällen insgesamt). Der Fragebogen fragte nach einem Zeitraum von drei Jahren, wofür sich 11 bis 38 Fälle ergeben würden. Tatsächlich in den Antworten angegeben wurden 52 Fälle.

4.4.2.2 Art der Feststellung von Gallengangatresie

Für die diagnostizierten Fälle wurde gefragt, in wie vielen Fällen die Diagnose durch den Einsatz einer Stuhlfarbkarte bzw. durch die Feststellung einer Gelbsucht gestellt wurde.

Einsatz der Stuhlfarbkarte

Von den 44 KJÄ, die angaben, mindestens eine Gallengangatresie festgestellt zu haben, nutzten 31,8 % (n = 14) in mindestens einem Fall die Stuhlfarbkarte (Tabelle 11). Bezogen auf die Anzahl der Fälle, kam bei 28,8 % (n = 15) der insgesamt 52 Fälle die Stuhlfarbkarte zum Einsatz.

Tabelle 11: Häufigkeit der Diagnosestellung *Gallengangatresie* mit bzw. ohne Stuhlfarbekarte

Diagnosestellung	KJÄ		Fälle	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ohne Stuhlfarbkarte	30	68,2	37	71,2
Mit Stuhlfarbkarte	14	31,8	15	28,8
Gesamt	**44**	**100,0**	**52**	**100,0**

Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen
Anmerkung: Für die KJÄ ist gezeigt, inwiefern mindestens eine Diagnosestellung mittels Stuhlfarbkarte erfolgte.

Die Diagnosestellung mittels Stuhlfarbkarte erfolgte dabei in 26,7 % (n = 4) der Fälle in der U2 und in 60,0 % (n = 9) der Fälle in der U3. Für zwei der Fälle (13,3 %) kann die U-Untersuchung, in der die Diagnose gestellt wurde, aufgrund fehlender Angaben nicht ermittelt werden. Es ist zu vermuten, dass die KJÄ den Zeitpunkt nicht erinnerten und – da die Antwortoption *weiß nic*ht nicht angeboten wurde – keine Angabe machten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen des Arztfragebogens niedergelassene KJÄ befragt wurden und diese die U2 relativ selten durchführen: So wurden im Jahr 2017 119,4 Tsd. U2-Untersuchungen von KJÄ in der ambulanten Versorgung durchgeführt, demgegenüber stehen 631,0 Tsd. U3-Untersuchungen (Schulz et al., 2020). Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der U2- und U3-Untersuchungen ähnlich hoch ist und somit die Mehrheit der U2 aufgrund des geringen Lebensalters des Kindes (dritter bis zehnter Lebenstag) nicht in der ambulanten Versorgung, sondern noch im Krankenhaus stattfinden. Insofern ist zu erwarten, dass die Diagnose Gallengangatresie in der ambulanten Versorgung bei weniger Fällen im Rahmen einer U2 als einer U3 festgestellt wird.

Feststellung einer Gelbsucht

Von den 44 KJÄ, die angaben, mindestens eine Gallengangatresie festgestellt zu haben, stellten fast Dreiviertel (72,7 %, n = 32) in mindestens einem Fall zunächst eine Gelbsucht fest (Tabelle 12). Bezogen auf die Anzahl der Fälle, ging der Diagnosestellung der Gallengangatresie ebenfalls bei fast Dreiviertel (73,1 %, n = 38) der insgesamt 52 Fälle die Feststellung einer Gelbsucht voraus.

Tabelle 12: Häufigkeit der Diagnosestellung *Gallengangatresie* mit bzw. ohne Feststellung einer Gelbsucht

Diagnosestellung	KJÄ		Fälle	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ohne Feststellung Gelbsucht	12	27,3	14	26,9
Mit Feststellung Gelbsucht	32	72,7	38	73,1
Gesamt	**44**	**100,0**	**52**	**100,0**

Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen
Anmerkung: Für die KJÄ ist gezeigt, inwiefern mindestens eine Diagnosestellung mit der Feststellung einer Gelbsucht einherging.

Die Diagnosestellung aufgrund von Gelbsucht erfolgte in 13,2 % (n = 5) der 38 Fälle in der U2, in 42,1 % (n = 16) der Fälle in der U3 und in 10,5 % (n = 4) der Fälle in der U4. Für 13 Fälle (34,2 %) kann die U-Untersuchung, in der die Diagnose gestellt wurde, nicht ermittelt werden. Für zwölf dieser Fälle wurden keine Angaben gemacht. Es ist zu vermuten, dass die KJÄ den Zeitpunkt nicht erinnerten und – da die Antwortoption *weiß nic*ht nicht angeboten wurde – keine Angabe machten. Für einen Fall wurden zwei U-Untersuchungen angegeben, sodass keine eindeutige Zuordnung möglich ist. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist, wie oben erwähnt, zu berücksichtigen, dass die U2 relativ selten in der ambulanten Versorgung durchgeführt wird.

4.4.3 Ergebnisse zu Gallengangatresie aus Krankenhäusern

Die Ergebnisse aus der Befragung niedergelassener KJÄ werden durch die Angaben von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern bestätigt: Der Diagnose Gallengangatresie geht relativ häufig die Feststellung einer Gelbsucht voraus, der Einsatz der Stuhlfarbkarte führt eher selten zur Diagnosestellung.

Fünf der neun kontaktierten Krankenhäuser beantworteten den zugesendeten Fragebogen (Kapitel 2.4). Seit dem 01.01.2018 wurden in diesen Krankenhäusern 153 Kinder mit Geburtsdatum nach dem 01.01.2018 mit der Krankenhaushauptdiagnose *Gallengangatresie* (ICD-10: Q44.2) behandelt (Tabelle 13).

Bei 81,6 % (n = 125) dieser Kinder wurde bereits vor der erstmaligen Krankenhausbehandlung ein Ikterus (d. h. eine Gelbsucht) festgestellt. Für rund die Hälfte dieser Kinder mit einem Ikterus (49,6 %, n = 62) liegen Angaben zu der Art der Untersuchung vor, bei der der Ikterus festgestellt worden ist. Demnach wurde die Gelbsucht bei einem guten Drittel der Kinder (35,5 %, n = 22) im Rahmen einer U-Untersuchung (überwiegend U2 und U3) festgestellt. Bei den anderen zwei Dritteln der Kinder (64,6 %, n = 40) erfolgte die Feststellung des Ikterus im Rahmen einer anderen Untersuchung. Für 62 der 125 Fälle (49,6 %) liegt keine Angabe dazu vor, in welcher Untersuchung die Gelbsucht festgestellt wurde (auch die Antwortoption *Art der Untersuchung mit Feststellung des Ikterus nicht bekannt* wurde nicht

genutzt). Für einen Fall wurde die Antwortoption *Art der Untersuchung mit Feststellung des Ikterus nicht bekannt* gewählt. Es erscheint plausibel, dass Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus zwar von der Feststellung einer Gelbsucht vor der Einweisung ins Krankenhaus wissen, jedoch nicht über die genaue Untersuchung, in der die Feststellung getroffen wurde, informiert sind.

Bei nur 5,2 % (n = 8) der 153 mit Gallengangatresie behandelten Kinder wurde im Vorfeld der Krankenhausbehandlung eine Auffälligkeit durch den Einsatz einer Stuhlfarbkarte dokumentiert. Bei drei Kindern (37,5 %) geschah dies im Rahmen einer U-Untersuchung. Bei einem Kind ist die Untersuchung, in der die Feststellung getroffen wurde, nicht bekannt.

Tabelle 13: Anzahl im Krankenhaus behandelte Kinder mit Hauptdiagnose *Gallengangatresie* nach auffälliger Stuhlfarbkarte oder Ikterus vor der Krankenhausbehandlung

Fragen des Krankenhausfragebogens (Nummer und Kurztext)			Anzahl	
1	**Im Krankenhaus behandelte Kinder mit Gallengangatresie ab 01.01.2018:**	**153**		
2	**Auffälligkeit in Stuhlfarbkarte vor erster Behandlung im Krankenhaus festgestellt**	**8**		
2a	Davon: Feststellung Auffälligkeit in U-Untersuchung		3	
	- Davon: U2			0
	- Davon: U3			2
	- Davon: U4			1
	Davon: Feststellung Auffälligkeit in anderer Untersuchung		4	
	Davon: Art der Untersuchung nicht bekannt		1	
3	**Ikterus vor erster Behandlung im Krankenhaus festgestellt**	**125**[1]		
3a	Davon: Feststellung Ikterus in U-Untersuchung		22	
	- Davon: U2			9
	- Davon: U3			10
	- Davon: U4			3
	Davon: Feststellung Ikterus in anderer Untersuchung		40	
	Davon: Art der Untersuchung nicht bekannt		1	

Quelle: IGES basierend auf Erhebung in Krankenhäusern

Anmerkungen: [1] Für 62 (49,6 %) der 125 Fälle liegen keine Angaben dazu vor, in welcher Untersuchung der Ikterus festgestellt wurde. Daher addieren sich die davon-Angaben zu 63 auf.

4.5 Untersuchung auf Sprach- und Sprechstörungen (U5–U9)

4.5.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie führte das IQWiG im Auftrag des G-BA eine Nutzenbewertung von Früherkennungsuntersuchungen auf Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS) durch (IQWIG, 2009). Die Nutzenbewertung kommt zu dem Schluss, dass ein Screening auf UESS nicht empfohlen werden kann. Daher beschloss der G-BA bei der Neufassung der Kinder-Richtlinie, kein Screening auf UESS einzuführen. Es erfolgte jedoch eine Überarbeitung der Vorgaben in der Kinder-Richtlinie zur Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 9).

In der Kinder-Richtlinie, die 2011 in Kraft trat, wurde das Thema Sprechen und Sprache ab der U6 im Rahmen der *Erhebung der Vorgeschichte* behandelt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011/16.12.2010). In der Kinder-Richtlinie, die 2016 in Kraft trat, beinhaltet der Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* ab der U5 jeweils ein Item, welches Entwicklungsziele bezüglich des Sprechens und der Sprache beschreibt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015). Tabelle 14 stellt diese Vorgaben zu Sprechen und Sprache in den beiden Versionen der Kinder-Richtlinie gegenüber.

Tabelle 14: Anpassungen der Inhalte der Kinder-Richtlinie zum Thema Sprechen und Sprache

U	Kinder-Richtlinie i. K. g. 12.03.2011, Abschnitt *Erhebung der Vorgeschichte*	Kinder-Richtlinie i. K. g. 16.09.2016, Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*
U5	Nicht zutreffend.	Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)
U6	Verzögerte Sprachentwicklung (keine Silbenverdopplung wie da-da)	Spontane Äußerungen von längeren Silbenketten. Produziert Doppelsilben (z. B. ba-ba, da-da). Ahmt Laute nach.
U7	Altersgem. Sprache fehlt (z. B. keine Zweiwortsätze, kein Sprechen in der 3. Person wie „Peter Essen“) Altersgem. Sprachverständnis fehlt (z. B. kein Zeigen auf Körperteile nach Befragen, kein Befolgen einfacher Aufforderung)	Einwortsprache (wenigsten 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 eigne Vorstellungen hat. Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile.
U7a	Altersgem. Sprache fehlt (z. B. keine Drei- bis Fünfwortsätze, eigener Vor- oder Rufname wird nicht verwendet) Altersgem. Sprachverständnis fehlt (z. B.	Spricht mindestens Dreiwortsätze. Spricht von sich aus in ich-Form. Kennt und sagt seinen Rufnamen.

U	Kinder-Richtlinie i. K. g. 12.03.2011, Abschnitt *Erhebung der Vorgeschichte*	Kinder-Richtlinie i. K. g. 16.09.2016, Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*
	kein Zeigen auf Körperteile auf Befragen)	
U8	Altersgem. Sprache fehlt (z. B. kein Sprechen in Sätzen in der „Ich-Form“) Aussprachestörungen (z. B. Stottern, schwere Stammelfehler, unverständliche Sprache)	Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache. Geschichten werden etwa in zeitlichen und logischen Verlauf wiedergegeben.
U9	Sprachstörungen (deutl. Fehler in Grammatik und/oder Satzbildung) Aussprachestörungen (z. B. Stottern, Stammeln, Poltern) Sprachverständnis (versteht häufig nicht, wenn ihm etwas gesagt wird)	Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden. Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten jedoch einfach konstruierten Sätzen.

Quelle: Kinder-Richtlinie veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013
Kinder-Richtlinie veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1

Zusätzlich zu den in Tabelle 14 gezeigten Änderungen enthält die neue Kinder-Richtlinie im Abschnitt *Anamnese* ab der U7 die folgenden Fragen zum Sprechen und zur Sprache:

- *Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?* (U7 bis U9)
- *Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?* (U7 bis U9)
- *Stottert Ihr Kind?* (U7a bis U9)

Die Items zum Thema Sprechen und Sprache in den Abschnitten *Anamnese* und *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* sollen dazu dienen, Kinder mit verzögertem Sprachbeginn oder verlangsamtem Wortschatzerwerb frühzeitig zu identifizieren, um ggf. durch eine weiterführende Diagnostik abzuklären, ob eine behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsstörung vorliegt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 15). Weiterhin kann ab der U4 in der entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung eine Sprachberatung stattfinden zu *Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)* (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015).

Zusätzlich zu den zuvor genannten Anpassungen wurde im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie durch die Einführung der U7a, welche bereits im Jahr 2008 erfolgte, eine zusätzliche Untersuchung in dem für das Sprechen und die Sprache relevanten Alter geschaffen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 10).

Die Evaluation untersuchte in Bezug auf die Feststellung von Auffälligkeiten des Sprechens und der Sprache für die U5 bis U9 folgende Fragestellungen:

- Wie häufig werden die vorgegebenen Items zur Sprache im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* nicht erfüllt?
- Wann und wie häufig wurde eine Sprach- und Sprechstörung gemäß den ICD-Diagnosen in Anhang A2 zum ersten Mal diagnostiziert?
- Wie wurde die Sprachberatung durchgeführt und wie häufig bestand erweiterter Beratungsbedarf?
- Wie häufig und welche Abklärungsdiagnostik und therapeutische Maßnahmen wurden nach Hinweisen auf eine Sprach- und Sprechstörung im Rahmen der *Anamnese* oder *Orientierender Beurteilung der Entwicklung* eingeleitet?

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf Auswertungen der U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2), der Fallanalysen (vgl. Kapitel 2.2.3), der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Kapitel 2.5), der Interviews mit KJÄ (vgl. Kapitel 2.2.4) und der Gruppendiskussion mit KJÄ (vgl. Kapitel 2.2.5).

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Ergebnisse wird hier eine Einordnung des Begriffs UESS vorangestellt. Gemäß einer Stellungnahme der Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie bezeichnet der Begriff **Sprachentwicklungsstörungen (SES)** „erhebliche zeitliche und inhaltliche Abweichungen nach unten von der normalen Sprachentwicklung im Kindesalter. Die Abweichungen können Sprachproduktion und/oder Sprachverständnis auf einer oder mehreren linguistischen Ebenen (phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantisch, morphologisch-syntaktisch, pragmatisch-kommunikativ) betreffen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 365).

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS) sind eine Teilmenge der SES (ebd.). Gemäß der International Classification of Diseases Version 10 (ICD-10) ist die Diagnose F80.- (*Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache*) wie folgt definiert: „Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Umschriebene 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“ (BfArM, 2022). UESS ist demnach eine eng umschriebene Diagnose, die insbesondere Komorbiditäten ausschließt. Gemäß den Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von UESS ist eine aufwändige interdisziplinäre Befunderhebung für die Diagnosestellung notwendig (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 356).

SES (und damit UESS) sind gemäß der Stellungnahme der Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie von weiteren, während der kindlichen Entwicklung auftretenden **sprachassoziierten Probleme, die keinen Krankheitscharakter haben**, abzugrenzen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 365). Hierzu gehören „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“ (ebd.).

Wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen und auch während den Beratungen zur inhaltlichen Überarbeitung der Kinder-Richtlinie festgehalten wurde, gelingt die Diagnosestellung von UESS in der Praxis nicht immer ausreichend differenziert. Eine Abgrenzung zu „Sprachrückständen aufgrund mangelnder sprachlicher Anregung oder – im Falle von Migration – von unzureichendem Kontakt mit der Zweitsprache ist nach heutigem Wissensstand oftmals nicht möglich“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 356).

4.5.2 Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen

Teilnehmende KJÄ dokumentierten für die von ihnen durchgeführten U5- bis U9-Untersuchungen, ob entweder bei der *Anamnese* (valides n = 31.560) oder bei der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* (valides n = 31.378) Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen bei den untersuchten Kindern festgestellt wurden.

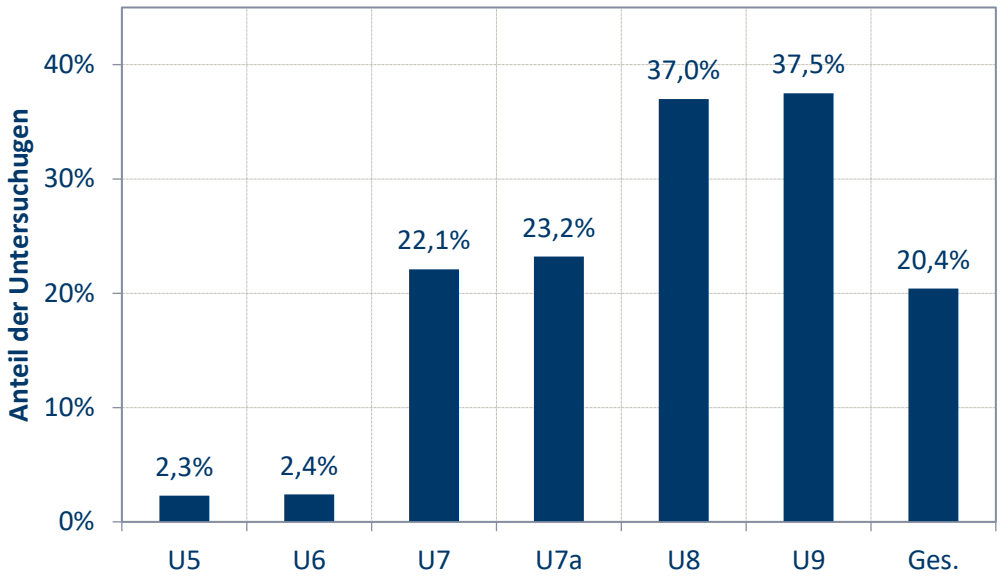
Über alle in den U-Sammelbögen U5- bis U9-Untersuchungen hinweg wurden Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen **im Rahmen der *Anamnese*** bei 17,2 % der Kinder (n = 5.439) beobachtet, 82,8 % (n = 26.121) der Kinder zeigten sich unauffällig. In der *Anamnese* in früheren U-Untersuchungen wurden Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen signifikant seltener, in den späteren U-Untersuchungen signifikant häufiger festgestellt (X^2 (5, N = 31.560) = 3105,91, p < ,001). So waren in der U5 und der U6 nur 1,8 % (n = 99) bzw. 2,2 % (n = 118) der Kinder diesbezüglich auffällig. In der U7 und der U7a wurden demgegenüber bei etwa einem Fünftel der Kinder Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen berichtet (U7: 19,6 %, n = 1.040; U7a: 20,6 %, n = 1.075). In der U8 wurden entsprechende Hinweise mit 29,4 % (n = 1.542) und in der U9 mit 31,8 % bei fast einem Drittel der Kinder festgestellt (n = 1.565; im Vergleich zur U5 OR = 25,88, 95 % KI 21,15 – 32,04).

Im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* wurden bei insgesamt 18,2 % der U5- bis U9-Untersuchungen in den U-Sammelbögen (n = 5.708) Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt, während sich die übrigen 81,8 % (n = 25.670) der Kinder unauffällig zeigten. Wie auch in der *Anamnese* waren Auffälligkeiten in den früheren U-Untersuchungen eher selten: in der U5 zeigten nur 1,3 % (n = 72), in der U6 nur 1,5 % (n = 76) der Kinder Hinweise auf Störungen der Sprache oder des Sprechens. In der U7 und U7a wurden solche Hinweise bei der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* – analog zur *Anamnese* – bei

etwa einem Fünftel der Kinder festgestellt (U7: 19,1 %, n = 1.007; U7a: 20,5 %, n = 1.060). In den U8- und U9-Untersuchungen dokumentierten Ärztinnen und Ärzte bei 35,0 % (n = 1.815) bzw. 34,2 % (n = 1.678) der Kinder die Feststellung von Hinweisen auf Sprach und Sprechstörungen.

Bei 14,5 % der U5- bis U9-Untersuchungen (n = 4.630) dokumentierten Ärztinnen und Ärzte die Feststellung von Hinweisen in der *Anamnese* und in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*. Es besteht jedoch keine vollständige Übereinstimmung zwischen der Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in der *Anamnese* und deren Feststellung im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*. Betrachtet man den Anteil der U-Untersuchungen, in denen **entweder in der *Anamnese* oder in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*** Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden, so trifft dies in insgesamt 20,4 % aller U5- bis U9-Untersuchungen (n = 6.517) zu. In der U8 betrifft dies 37,0 % (n = 1.980), in der U9 37,5 % (n = 1.875) der Kinder (Abbildung 7).

Abbildung 7: Relative Häufigkeit von U5- bis U9-Untersuchungen, in denen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden



Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen
Anmerkungen: Ges. = gesamt über alle dokumentierten U5- bis U9-Untersuchungen.
Basierend auf n = 31.898 U-Untersuchungen mit validen Angaben.

Bei U5- bis U9-Untersuchungen, bei denen im Rahmen der *Anamnese* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden (n = 5.407 mit ebenfalls validen Angaben zur *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*), wurden in 85,6 %

der Fälle (n = 4.630) auch im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise dokumentiert. Bei den übrigen 14,4 % (n = 777) dieser U-Untersuchungen wurden in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* jedoch keine Auffälligkeiten erkannt. Umgekehrt wurden für die U5- bis U9-Untersuchungen, bei denen sich im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen zeigten (n = 5.702 mit ebenfalls validen Angaben zur *Anamnese*), in 81,2 % der Fälle (n = 4.630) auch in der *Anamnese* entsprechende Hinweise erkannt. Bei fast einem Fünftel der in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* auffälligen Kinder (18,8 %, n = 1.072) war das Ergebnis der *Anamnese* jedoch hinsichtlich potenzieller Sprach- und Sprechstörungen unauffällig.

Die Auswertung der von KJÄ durchgeführten **retrospektiven Fallanalysen** (vgl. Kapitel 2.2.3) ermöglicht insbesondere Aussagen darüber, ob erste Auffälligkeiten in Bezug auf UESS (Diagnose F80.-) außerhalb oder bei U-Untersuchungen festgestellt werden, in welchen U-Untersuchungen diese Feststellungen erfolgen und bei welchen von der Kinder-Richtlinie vorgegebenen Items bzw. Prüfungen im Rahmen der *Anamnese* und/oder im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* diese Auffälligkeiten festgestellt werden.

58 der 369 Falldokumentationen (15,7 %) bezogen sich auf Fälle mit einer gesicherten Diagnose F80.-. Nur bei einem der Fälle waren die ersten Auffälligkeiten bezüglich dieser Diagnose **nicht im Rahmen einer U-Untersuchung**, sondern durch die an der Falldokumentation teilnehmende Ärztin bzw. den teilnehmenden Arzt außerhalb von U-Untersuchungen festgestellt worden. Bei den übrigen 57 Fällen waren die ersten Auffälligkeiten bzgl. UESS **im Rahmen einer U-Untersuchung** festgestellt worden. Bei 42 % dieser Fälle erfolgte die Feststellung einer Auffälligkeit, die zur Stellung dieser Diagnose beigetragen hat, in der U7 (n = 24), bei 25 % in der U7a (n = 14), bei 23 % in der U8 (n = 13) und bei 9 % in der U9 (n = 5).

Die Feststellung erster Auffälligkeiten, die zur Stellung der Diagnose F80.- beigetragen haben, erfolgte während der U-Untersuchungen überwiegend im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*: Unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen wurden in 75 % der Fälle (n = 43 von n = 57) erste Auffälligkeiten im Rahmen der *Anamnese* und in 95 % der Fälle (n = 54) im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt. Erste Auffälligkeiten im Rahmen der *körperlichen Untersuchung* wurden in 19 % (n = 11) der Fälle dokumentiert (Tabelle 15). Zwischen den Fällen, in denen die Feststellung in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* stattfand, gab es Überschneidungen. Insgesamt zeigten sich erste Auffälligkeiten, die zur Stellung der Diagnose F80.- beigetragen haben, bei 96 % der Fälle im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* (n = 55 von n = 57).

Für 75 % der Fälle (n = 41 von n = 55), bei denen während einer U-Untersuchung im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* eine Auffälligkeit festgestellt wurde, enthielten die Falldokumentationen Angaben zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Anamnese*. Für 93 % der Fälle (n = 51) traf dies in Bezug auf die *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* zu. Die Ergebnisse zu den konkreten Auffälligkeiten sind in der Tabelle 16 ausgewiesen.

Tabelle 15: ICD-10: F80.- *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen

Kennzahl	**Anzahl**	**Anteil**	**Alter in Monaten**	***Hinweis***
Falldokumentationen	**58**	15,7 %		*Anteil an allen gültigen Falldokumentationen*
Alter bei erstmaliger gesicherter Diagnosestellung zum Zeitpunkt der Dokumentation in der Patientenakte der an der Falldokumentation teilnehmenden KJÄ				
Mittelwert			40	
Median			38	
Minimum			22	
Maximum			72	
Fälle mit gesicherter Diagnosestellung innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt	**0**	**0 %**		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose nicht im Rahmen einer U-Untersuchung	**1**	**2 %**	44	*MW Alter der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung*
darunter:				
- In der teilnehmenden Praxis wurden außerhalb von U-Untersuchungen erste Auffälligkeiten festgestellt, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben.	1	100 %	44	
- Die Diagnose wurde ab der vierten Woche nach der Geburt des Kindes von einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt gestellt und in die Patientenakte der teilnehmenden Praxis übernommen.	0	0 %	-	
- Sonstiges	0	0 %	-	
- Keine Angabe	0	0 %		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose im Rahmen einer U-Untersuchung	**57**	**98 %**	**36**	*MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit*
darunter:				

Kennzahl	Anzahl	Anteil	Alter in Monaten	*Hinweis*
- erste Auffälligkeit in der U3	1	2 %	1	
- erste Auffälligkeit in der U4	0	0 %	-	
- erste Auffälligkeit in der U5	0	0 %	-	
- erste Auffälligkeit in der U6	0	0 %	-	
- erste Auffälligkeit in der U7	24	42 %	25	
- erste Auffälligkeit in der U7a	14	25 %	37	
- erste Auffälligkeit in der U8	13	23 %	48	
- erste Auffälligkeit in der U9	5	9 %	62	
Median Alter der ersten Auffälligkeit			36	
Teil der U-Untersuchung, in dem die erste(n) Auffälligkeit(en) festgestellt wurde(n), die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben				*- MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung* *- Anteil an allen Fällen mit erster Auffälligkeit in einer U-Untersuchung*
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese*	43	75 %	33	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	54	95 %	35	
- erste Auffälligkeit im Rahmen der körperlichen Untersuchung	11	19 %	44	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* darunter:	55	96 %	35	
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Anamnese*	41	75 %		*vgl. Tabelle 16*
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	51	93 %		
Abweichung zwischen dem Lebensmonat der gesicherten Diagnosestellung und dem Lebensmonat, in dem die erste(n) Auffälligkeit(n) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde(n)	14	25 %	16	*MW der Altersdifferenz zwischen den Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit(en) in einer U-Untersuchung und dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung*

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkungen: MW = Mittelwert

In 60 % der 55 Falldokumentationen mit konkreten Angaben zu mindestens einer im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten ersten Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose F80.- beigetragen hat, findet sich in die Angabe, dass die KJÄ im Rahmen der aktuellen Anamnese von den Eltern darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass diese mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden sind (n = 33). In 47 % der Fälle bestand die erste Auffälligkeit, die zur Stellung einer F80-Diagnose beigetragen hat, im Hinweis der Eltern darauf, dass ihr Kind von der Umgebung nicht gut verstanden wird (n = 26). In weiteren einzelnen Fällen gab es Hinweise der Eltern an die KJÄ, die sich auf das Hörvermögen oder das Stottern ihres Kindes oder auf dessen regelmäßiges Schnarchen bezogen. Im Rahmen der Sozialanamnese zeigten sich bei 9 % der Fälle erste Auffälligkeiten, die sich auf besondere Belastungen in der Familie bezogen. Erste Auffälligkeiten auf UESS im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* bezogen sich in 89 % der Fälle (n = 49) auf nicht erreichte sprachliche Entwicklungsziele. In 29 % der Fälle (n = 16) zeigten sich die ersten Auffälligkeiten (ggf. zusätzlich) bei der Überprüfung der Entwicklungsziele im Bereich Interaktion/Kommunikation und bei 13 % der Fälle (n = 7) im Bereich Kontakt/Kommunikation. Alle weiteren vorgegebenen Items der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* wurden nur in wenigen Fällen dokumentiert (Tabelle 16).

Insgesamt belegen die Ergebnisse der Fallanalysen, dass sich für einen sehr hohen Anteil der Kinder mit einer gesicherten Diagnose F80.- (UESS) bei der Überprüfung der vorgegebenen Items zur Sprache im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* erstmalige Auffälligkeiten zeigen.

Tabelle 16: ICD-10: F80.- *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden

Teil der U-Untersuchung	Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie	Anzahl	Anteil*
Aktuelle Anamnese	Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung	0	0 %
	Auffälliges Schreien	0	0 %
	Schwierigkeiten beim Trinken, Erbrechen, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung	1	2 %
	Abnorme Stühle	1	2 %
	Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)	0	0 %
	Essverhalten nicht altersgemäß	0	0 %
	Hörvermögen	3	5 %
	Regelmäßiges Schnarchen	2	4 %
	Eltern: Mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden	33	60 %
	Eltern: Kind wird von der Umgebung nicht gut verstanden	26	47 %
	Eltern: Kind stottert	3	5 %

Familienanamnese	Augenerkrankungen	0	0 %
	Hörstörungen	1	2 %
	Immundefekte	0	0 %
Sozialanamnese	Betreuungssituation	1	2 %
	Besondere Belastungen in der Familie	5	9 %
Orientierende Beurteilung der Entwicklung	Grobmotorik	1	2 %
	Feinmotorik	4	7 %
	Perzeption/Kognition	3	5 %
	Soziale/emotionale Kompetenz	3	5 %
	Sprache	49	89 %
	Stimmung/Affekt	2	4 %
	Kontakt/Kommunikation	7	13 %
	Regulation/Stimulation	2	4 %
	Hinweise auf weitere Auffälligkeiten	2	4 %
	Interaktion/Kommunikation	16	29 %

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkung: * Anteil an allen Fällen mit Feststellung der ersten Auffälligkeit(en) in der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* im Rahmen einer U-Untersuchung

4.5.3 Häufigkeit der Diagnosedokumentation

Die Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Kapitel 2.5) zeigt, dass bei circa der Hälfte der Kinder in der Studienpopulation bis zum sechsten Lebensjahr (Quartal 24) mindestens einmal eine gesicherte Diagnose F80.- (UESS) dokumentiert wurde (Kohorte 2012: 51,7 %, n = 264.163 von n = 510.937. Kohorte 2013: 51,5 %, n = 262.250 von n = 509.550). Die Studienpopulation beinhaltet den Großteil aller Kinder, die im Jahr 2012 bzw. 2013 geboren wurden und in der GKV versichert waren (für Details zur Definition der Studienpopulation siehe Kapitel 2.5).

Die Dokumentation der Diagnose F80.- ist also sehr häufig und ein weit größerer Anteil der Kinder erhält mindestens einmal eine gesicherte Diagnose F80.- als gemäß den in der Literatur publizierten Werten für die Prävalenz von UESS oder auch Sprachstörungen im weiteren Sinne zu erwarten wäre. Der im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie vom IQWiG erstellte Bericht „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ zitiert Prävalenzen zwischen 7 % und 25 %, wobei Studien berücksichtigt wurden, denen unterschiedliche Definitionen und Tests für Sprachstörungen und nicht ausschließlich die ICD-10 Kriterien für UESS zugrunde liegen (IQWIG, 2009, S. 140).

In nachgehenden Interviews mit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten wurden diese gefragt, inwiefern sie die Häufigkeit der Diagnose F80.- überraschend finden (Thema 2, vgl. Kapitel 2.2.4, n = 10). Die Meinung der befragten KJÄ ist dabei gespalten: Die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (n = 5) zeigt sich überrascht („Bei gesicherten Diagnosen ist das arg viel."), wobei zwei dieser KJÄ eine Häufigkeit von bis zu 30 % für realistisch halten („Ich bin ein bisschen überrascht, ich hätte mit 20 % bis 30 % gerechnet" und „50 % sind schon recht häufig, aber 30 % sind durchaus nachvollziehbar"). Die andere Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte ist nicht überrascht, d. h. sie haben mit der Häufigkeit von 50 % gerechnet (n = 5).

Im nächsten Schritt wurden Ärztinnen und Ärzte danach gefragt, welche Ursache es ihrer Einschätzung nach hat, dass die Diagnose F80.- so häufig kodiert wird. KJÄ nennen hier eine Vielzahl von Gründen. Wiederholt wird die Mehrsprachigkeit von Kindern als mögliche Ursache aufgeführt (z. B. „Wir haben viele Ausländer in der Praxis. Wenn Kinder mehrsprachig aufwachsen, fangen sie oft später an zu sprechen oder sie sprechen nicht so sauber. Insgesamt dauert die Sprachentwicklung dann länger." und „Der Anteil [von Diagnosen] steigt mit einem wachsenden Anteil von Migranten").

Auch ein gestiegener Medienkonsum von Kindern wird als Ursache für eine verzögerte Sprachentwicklung genannt. Insbesondere in der COVID-19-Pandemie habe der Medienkonsum von Kindern zugenommen („Das hängt mit Corona zusammen. Die Kinder werden im Homeoffice mit Medien abgelenkt und es wird nicht sprechen gelernt" oder „Ich versuche klarzumachen, dass mobile Geräte nicht Teil der Sprachentwicklung sein sollten"). Eine Ärztin bzw. ein Arzt gab an, dass mit Eltern ein Vertrag über eine bildschirmfreie Erziehung bis zum Alter von drei Jahren geschlossen wird, um dem entgegenzuwirken.

KJÄ bemängeln darüber hinaus, dass Eltern die Sprachentwicklung ihrer Kinder nicht ausreichend fördern, z. B. „Das Problem ist: es wird nicht gelesen, gesungen, gesprochen" und „Eltern arbeiten häufig sehr viel und reden wenig mit dem Kind. Die Eltern haben ein mangelndes Interesse an der Sprachentwicklung des Kindes und nehmen an, dass diese im Kindergarten oder woanders stattfindet". Auch Kindergärten tragen nach Einschätzung einzelner KJÄ nicht genug zur Sprachentwicklung bei. Zum einen gibt es ein unzureichendes Kindergartenangebot, dieses sei jedoch für die Sprachentwicklung – insbesondere mehrsprachig aufwachsender Kinder – entscheidend. Zum anderen wird die Sprache dort in zu geringem Maße gefördert: „Sprachschule im Kindergarten" wäre gut, „statt Logopädie für alle".

Zusätzlich zu den genannten Gründen, warum die Sprachentwicklung der Kinder tatsächlich beeinträchtigt sein kann, nannten KJÄ auch mögliche systemische Ursachen. Eine interviewte Person gab an, dass Ärztinnen und Ärzte für das Thema Sprachentwicklung stark sensibilisiert seien, sie stellten daher ggf. auch bei erstem Verdacht eine Diagnose: „Die Diagnose F80 ist recht niedrigschwellig angesetzt. Ein bisschen Aussprachefehler sind nicht so selten. Wir sind angehalten recht früh/großzügig zu diagnostizieren. Wobei es nicht alles gesicherte Diagnosen sind." Eine andere Person merkte abrechnungsrelevante Aspekte als eine Ursache für die

Kodierung der F80-Diagnose an. Diese sei z. B. günstig, um Logopädie zu verordnen. Weiterhin könnten bei Kodierung der F80.1 zusätzliche Leistungen über die reguläre Versorgung hinaus abgerechnet werden, weswegen diese möglicherweise häufiger vermerkt wird.

KJÄ wurden gefragt, wie hoch der Anteil der Kinder mit einer F80-Diagnose ist, die eine weiterführende Behandlung erhalten. Auch hier kommen Ärztinnen und Ärzte (n = 5, fehlend = 5) zu unterschiedlichen Einschätzungen: von einem eher kleinen Anteil der Kinder („10-15 % erhalten Logopädie, wenn im Alter von vier Jahren noch Probleme bestehen“), über die Hälfte der Kinder („50 % erhalten Logopädie, wenn nach Abklärung Therapiebedarf besteht“) bis hin zu einem Großteil der diagnostizierten Kinder („80 % bei gesicherter F80“ oder „70-80 % Behandlung vor allem, wenn ein Kind kurz vor der Einschulung noch lispelt. Dann bekommt das Kind ‚eine Rutsche Logo von mir‘“).

Gefragt danach, ob es ausreichende Versorgungsmöglichkeiten für Kinder mit der Diagnose F80.- gibt, kommen KJÄ häufig zu der Einschätzung, dass viele Anlaufstellen zur Verfügung stehen, wobei städtische Gebiete erwartungsgemäß besser aufgestellt seien als ländliche. Einschränkend wird genannt, dass trotz einer Vielzahl von Anlaufstellen häufig lange Wartezeiten (sechs Monate oder länger) auf einen Termin bestehen. Dies habe sich durch die COVID-19-Pandemie weiter verschärft. Der Bedarf sei deswegen nicht immer (lokal) gedeckt.

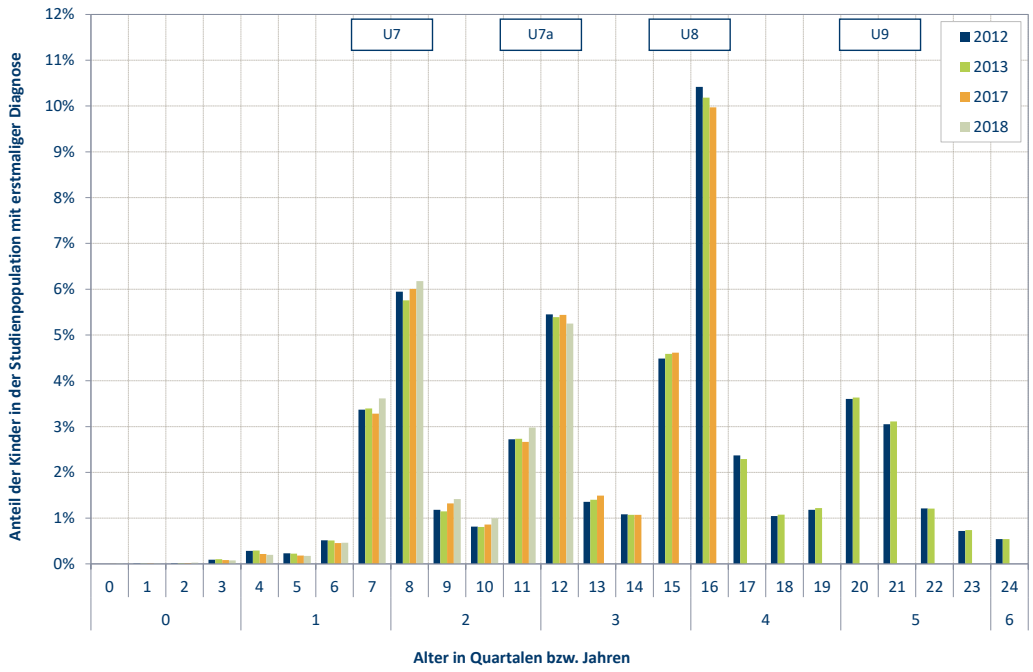
Nach Einschätzung der an der Gruppendiskussion (Kapitel 2.2.5) teilnehmenden Personen dürfte es sich in vielen Fällen, in denen die Diagnose F80.- dokumentiert wird, nicht um eine gemäß Leitlinie diagnostizierte UESS handeln, sondern um sprachassoziierte Probleme, die keinen Krankheitscharakter haben. Es handele sich um ein „mit Minen besetztes Feld“, das KJÄ vor große Herausforderungen stelle. Die Sprachentwicklung habe einen besonders hohen Stellenwert in der kindlichen Entwicklung und daher würde ihr besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt. Hieraus ergäben sich bei Auffälligkeiten in Bezug auf Sprache und Sprechen häufig Forderungen seitens der Eltern oder von Erzieherinnen und Erziehern nach einer logopädischen Behandlung. Aus Sicht der KJÄ wären jedoch in vielen Fällen nicht-medizinische Angebote, wie z. B. Sprachförderung in der Kita, oder vermehrte Förderung der Sprache durch die Eltern oder auch in Vereinen angemessener. Die Aushandlungsprozesse mit den Eltern diesbezüglich würden viel Zeit in Anspruch nehmen. Weiterhin gäbe es nicht überall ausreichend viele nicht-medizinische Angebote.

Eine weitere in der Gruppendiskussion angesprochene Herausforderung stellt Mehrsprachigkeit dar. Da der Anteil der mehrsprachig aufwachsenden Kinder in den letzten Jahren stark zugenommen hat, müssen KJÄ immer häufiger ermitteln, inwiefern Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen in einer ihnen nicht bekannten Sprache vorliegen. Hierfür fehlen laut Angabe der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer geeignete Instrumente (z. B. Fragebögen in der jeweiligen Sprache und auf den jeweiligen kulturellen Hintergrund angepasst).

4.5.4 Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation

Die Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Kapitel 2.5) zeigt, dass die Diagnose F80.- (UESS) bei Kindern überwiegend zwischen dem Alter von zwei und fünfeinhalb Jahren als gesichert dokumentiert wird (Abbildung 8). Zum Beispiel erhielten circa 3 % der Kinder in der Studienpopulation (Definition siehe Kapitel 2.5) im vierten Quartal des zweiten Lebensjahrs und circa 6 % im ersten Quartal des dritten Lebensjahrs erstmalig die Diagnose F80.-. Interessanterweise wird um den Zeitpunkt des zweiten, dritten und vierten Geburtstags sowie kurz nach dem fünften Geburtstag besonders häufig erstmalig die Diagnose F80.- dokumentiert. Diese Zeitpunkte entsprechen den empfohlenen Zeitpunkten für die U7, U7a, U8 und U9. Die Ergebnisse aus den Fallanalysen zeigen, dass die Diagnose F80.- fast ausschließlich während einer der U-Untersuchungen dokumentiert wird (Kapitel 4.5.2).

Abbildung 8: Relative Häufigkeit der erstmaligen Dokumentation der Diagnose F80.- (gesichert) nach Alter der Kinder



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung
Anmerkung: Die Analyse erfolgte für vier Kohorten von Kindern: Kinder die 2012, 2013, 2017 oder 2018 geboren wurden. Die ungefähren Zeitpunkte der U7 bis U9 sind durch Kästchen angedeutet. In die Analyse flossen alle Abrechnungsdaten für GKV-Versicherte in der vertragsärztlichen Versorgung ein, nicht nur solche aus U-Untersuchungen.

Die Analyse wurde für vier Geburtskohorten durchgeführt: für Kinder die 2012, 2013, 2017 oder 2018 geboren wurden. Es zeigen sich keine nennenswerten Un-

terschiede zwischen diesen Kohorten im Anteil der Kinder, die in einem bestimmten Alter erstmalig die Diagnose F80.- erhielten. Allerdings können Kinder aus den Geburtsjahren 2017 und 2018 aufgrund der Datenverfügbarkeit zum Zeitpunkt der Analyse nur bis zum vierten bzw. dritten Lebensjahr beobachtet werden.

Die Auswertung der von KJÄ durchgeführten retrospektiven Fallanalysen (vgl. Kapitel 2.2.3) ermöglicht insbesondere Aussagen darüber, in welchen Lebensmonaten die gesicherte Stellung einer Diagnose F80.- (UESS) erfolgt und bei welchem Anteil dieser Fälle es zu einem zeitlichen Versatz zwischen der Feststellung einer ersten Auffälligkeit bezüglich einer solchen Entwicklungsstörung und der gesicherten Diagnosestellung kommt.

Die Altersverteilung der 58 Fälle mit gesicherter Diagnose F80.-, für die im Rahmen der retrospektiven Fallanalysen eine Falldokumentation ausgefüllt wurde, bestätigt die oben dargestellten Ergebnisse aus den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung: Die Diagnose F80.- wird erstmalig überwiegend innerhalb oder kurz nach den für die U7 bis U9 vorgesehenen Monatsintervallen gestellt. Für Dreiviertel der dokumentierten Fälle (n = 44 von n = 58) erfolgte die gesicherte Diagnosestellung dabei im selben Lebensmonat wie dem Lebensmonat, in dem bei einer U-Untersuchung eine erste Auffälligkeit bezüglich der Diagnose F80.- im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde. Bei dem übrigen Viertel der dokumentierten Fälle (n = 14) erfolgte die gesicherte Diagnosestellung in einem späteren Lebensmonat. In diesen Fällen erfolgte die gesicherte Diagnosestelle im Durchschnitt etwa 16 Monate nach der Feststellung einer ersten Auffälligkeit (Tabelle 15).

In der nachfolgenden Tabelle 17 sind Detailinformationen für diese 14 Fälle ausgewiesen. Ein zeitliches Auseinanderfallen des Zeitpunktes der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit und des Zeitpunktes der erstmaligen gesicherten Stellung einer Diagnose F80.- ist für 38 % aller Fälle mit einer erstmaligen Auffälligkeit in der U7 und für 21 % aller Fälle mit einer erstmaligen Auffälligkeit in der U7a zu beobachten. Bei den drei Fällen mit einer erstmaligen Auffälligkeit in der U7a ist die gesicherte Diagnosestellung zwischen zwei und sieben Monaten nach der U7a erfolgt. Bei sechs der neun Fällen mit einer erstmaligen Auffälligkeit in der U7 ist die gesicherte Diagnosestellung zwischen sechs und zwölf Monate nach der U7a erfolgt und bei den übrigen drei Fällen zwischen drei und vier Jahre nach der U7a.

Tabelle 17: Detailinformationen zu den Fällen mit einer Abweichung zwischen dem Zeitpunkt der Feststellung einer ersten Auffälligkeit bezüglich einer Diagnose F80.- im Rahmen der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* und dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung

U-Untersuchung mit Feststellung einer ersten Auffälligkeit	Lebensmonat mit Feststellung der ersten Auffälligkeit	Lebensmonat der Diagnosestellung (gesichert)	Differenz Lebensmonat Diagnosestellung/erste Auffälligkeit
U3*	1	26	25
U7	24	30	6
U7	25	32	7
U7	26	35	9
U7	24	35	11
U7	25	36	11
U7	37	49	12
U7	24	60	36
U7	23	64	41
U7	24	72	48
U7a	36	38	2
U7a	35	42	7
U7a	36	44	8
U8	48	49	1

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkung: * Bei diesem Fall wurden im Rahmen der Familienanamnese „Hörstörungen“ und im Rahmen der Sozialanamnese „Besondere Belastungen in der Familie“ dokumentiert.

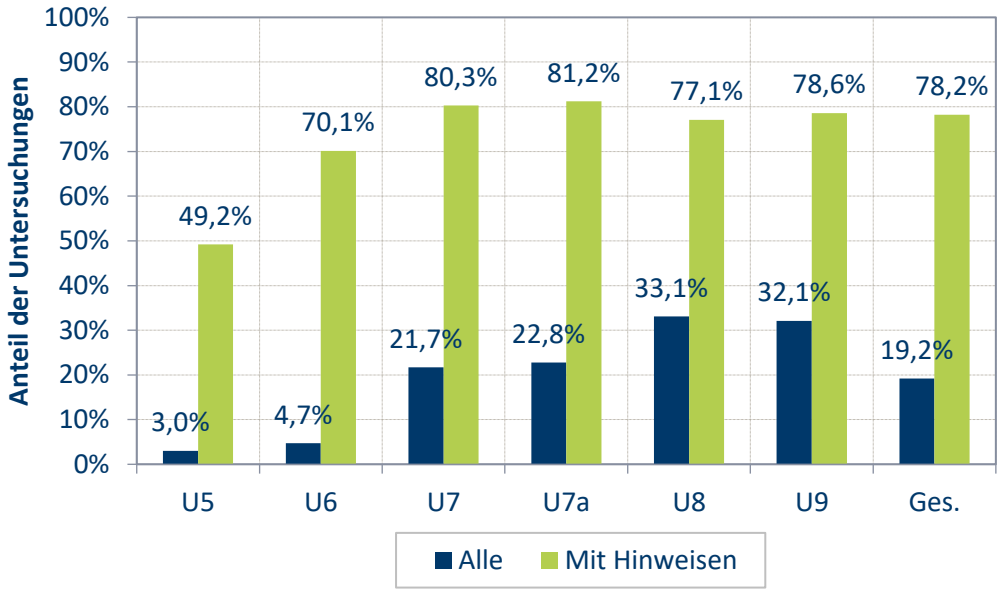
4.5.5 Häufigkeit von erweitertem Beratungsbedarf und Durchführung von Sprachberatung

In 19,2 % der U5- bis U9-Untersuchungen (n = 6.031 von n = 31.349 validen Angaben) dokumentierten KJÄ in den **U-Sammelbögen** einen erweiterten Beratungsbedarf zum Thema Sprache. Der erweiterte Beratungsbedarf zum Thema Sprache wurde – wie auch Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen – bei späteren U-

Untersuchungen häufiger festgestellt als bei früheren U-Untersuchungen. Während Ärztinnen und Ärzte eine erweiterte Sprachberatung bei nur 3,0 % (n = 168) und 4,7 % (n = 246) der Kinder, die eine U5 bzw. U6 durchliefen, für indiziert hielten, gaben sie für etwa ein Drittel der Kinder, die eine U8 oder U9 durchliefen, einen solchen erweiterten Beratungsbedarf an (U8: 33,1 %, n = 1.711; U9: 32,1 %, n = 1.579, Abbildung 9).

Bei denjenigen U5- bis U9-Untersuchungen, im Zuge derer Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen entweder in der *Anamnese* oder in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden, sahen Ärztinnen und Ärzte in mehr als drei Viertel der Fälle (78,2 %, n = 5.036 von n = 6.441 validen Angaben) einen erweiterten Beratungsbedarf zum Thema Sprache. Für das übrige Fünftel der Kinder mit Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen (21,8 %, n = 1.405) wurde dagegen kein erweiterter Beratungsbedarf dokumentiert. Ein erweiterter Beratungsbedarf wurde in 49,2 % der U5-Untersuchungen mit Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt, in 70,1 % solcher U6- und circa 80 % solcher U7- bis U9-Untersuchungen (Abbildung 9).

Abbildung 9: Relative Häufigkeit von erweitertem Beratungsbedarf zum Thema Sprache in U5- bis U9-Untersuchungen



Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen

Anmerkungen: Alle = Alle der jeweiligen U-Untersuchungen. Mit Hinweisen = U-Untersuchungen, in denen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden. Ges. = gesamt über alle dokumentierten U5- bis U9-Untersuchungen.
Basierend auf n = 31.349 U-Untersuchungen mit validen Angaben, wobei in n = 6.517 dieser U-Untersuchungen Hinweise festgestellt wurden. Für n = 6.441 dieser Untersuchungen liegen valide Angaben zum Beratungsbedarf vor.

Auch für insgesamt 3,9 % der U5- bis U9-Untersuchungen ohne Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen (n = 974 von n = 24.720 mit validen Angaben) dokumentierten Ärztinnen und Ärzte einen erweiterten Beratungsbedarf zum Thema Sprache. Ein erweiterter Beratungsbedarf wurde somit erwartungsgemäß vermehrt bei Kindern mit Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt. Allerdings geht die Feststellung von Anzeichen, die auf mögliche Sprach- und Sprechstörungen hindeuten, nicht zwangsläufig mit der Dokumentation eines erweiterten Beratungsbedarfs zum Thema Sprache einher. Möglicherweise ist bei (ersten) Hinweisen auf eine Sprach- und Sprechstörung in bestimmten Fällen eine erweiterte Beratung (vorerst) nicht erforderlich. Umgekehrt können bei einigen Kindern sprachbezogene Themen relevant sein, die nicht auf Sprach- und Sprechstörungen hinweisen, jedoch potenziell von einer erweiterten Beratung zum Thema Sprache profitieren würden.

Eine denkbare Erklärung für das Nicht-Überlappen von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen und der Dokumentation eines erweiterten Beratungsbedarfs zum Thema Sprache ist auch, dass auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte Unklarheit darüber bestehen könnte, wann ein Beratungsbedarf als *erweitert* einzustufen ist. Weder in der Kinder-Richtlinie noch im Gelben Heft ist klar umrissen, wann ein erweiterter Beratungsbedarf vorliegt. KJÄ sind somit darauf angewiesen, einen erweiterten Beratungsbedarf nach eigenem Ermessen zu definieren und könnten dabei zu unterschiedlichen Lösungen gelangen.

Die Auswertung der von KJÄ durchgeführten **retrospektiven Fallanalysen** (vgl. Kapitel 2.2.3) ermöglicht Aussagen darüber, bei welchem Anteil der Kinder mit einer ersten Auffälligkeit bezüglich einer Diagnose F80.- (UESS) oder einer unmittelbar gestellten gesicherten Diagnose F80.- von der dokumentierenden Ärztin bzw. dem dokumentierenden Arzt selbst oder durch eine andere Stelle eine Sprachberatung durchgeführt wurde und in welchem Alter der Kinder diese Sprachberatung durchgeführt bzw. veranlasst wurde. 97 % (n = 56) der 58 Falldokumentationen zur Diagnose F80.- enthielten hierzu valide Angaben. Die Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse aus den U-Sammelbögen.

In 77 % der Fälle (n = 43 von n = 56) gaben die KJÄ an, selbst eine Sprachberatung durchgeführt zu haben. Für 42 dieser Fälle lag auch eine Angabe darüber vor, wie alt das Kind zum Zeitpunkt der Sprachberatungen war. Das Alter der Kinder bei der von den dokumentierenden KJÄ selbst durchgeführten Sprachberatung lag im Durchschnitt bei 34 Monaten (Medianwert: 36 Monate). Bei 12 % dieser Fälle wurde die Sprachberatung bereits vor der ersten Auffälligkeit auf eine später gestellte Diagnose F80.- durchgeführt (zwischen 15 und 27 Monaten vor der ersten Auffälligkeit), in 64 % der Fälle bei der U-Untersuchung bzw. im Monat der U-Untersuchung mit der ersten Auffälligkeit und in 24 % der Fälle nach der U-Untersuchung bzw. nach dem Monat der U-Untersuchung mit der ersten Auffälligkeit (zwischen 3 und 24 Monaten nach der ersten Auffälligkeit).

Für 28 % der Fälle (n = 12 von n = 43), die vom dokumentierenden KJÄ eine Sprachberatung erhielten, wurde durch den dokumentierenden KJÄ zusätzlich eine Sprachberatung durch einen anderen Leistungserbringer veranlasst. Unter den Freitextnennungen (Mehrfachangaben waren möglich) finden sich in acht Fällen Logopädinnen und Logopäden, in zwei Fällen Pädaudiologinnen und Pädaudiologen, in zwei Fällen ein Sozialpädiatrisches Zentrum und in jeweils einem Fall HNO-Ärztinnen und -ärzte sowie Frühförderung/Heilpädagogie.

Für 8 der 13 Fälle, bei denen die KJÄ selbst keine Sprachberatung durchgeführt haben, wurde durch den dokumentierenden KJÄ eine Sprachberatung durch einen anderen Leistungserbringer veranlasst. Das Alter der Kinder bei der von den dokumentierenden KJÄ veranlassten Sprachberatung lag im Durchschnitt bei 42 Monaten (Medianwert: 47 Monate). Unter den Freitextnennungen (Mehrfachangaben waren möglich) finden sich in sechs Fällen Logopädinnen und Logopäden, in zwei Fällen Pädaudiologinnen und Pädaudiologen, in zwei Fällen ein Sozialpädiatrisches Zentrum und in einem Fall der Öffentliche Gesundheitsdienst.

Insgesamt wurde für die dokumentierten 56 Fälle mit einer gesicherten Diagnose F80.- in 51 Fällen (91 %) entweder durch die dokumentierenden KJÄ selbst eine Sprachberatung durchgeführt und/oder eine Sprachberatung durch einen anderen Leistungserbringer veranlasst. Das Alter der Kinder bei der ersten Sprachberatung lag im Durchschnitt bei 35 Monaten (Medianwert: 36 Monate). Die fünf Fälle, für die angeben wurde, dass keine Sprachberatung durchgeführt oder veranlasst worden ist, unterscheiden sich hinsichtlich der übrigen Fallmerkmale, insbesondere jedoch hinsichtlich der festgestellten ersten Auffälligkeiten in der *Anamnese* und oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* nicht von den übrigen Fällen.

Für ein besseres Verständnis von Aspekten der Durchführung einer erweiterten Sprachberatung wurden Ärztinnen und Ärzte in **nachgehenden Interviews** (Thema 2, Kapitel 2.2.4, n = 10) einerseits zum typischen Ablauf einer Sprachberatung und andererseits zum Verweis von Eltern an andere Beratungsstellen befragt.

In der Regel führen KJÄ täglich erweiterte Sprachberatungen durch (n = 8). Nur zwei der Befragten gaben an, dass ihre letzte Sprachberatung im Vergleich zum Zeitpunkt des Interviews bereits eine Woche zurückläge. Die erweiterte Sprachberatung findet nach Angabe der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer während der U-Untersuchung, zum Beispiel am Ende der Untersuchung statt.

Der Ablauf der Sprachberatung besteht im Wesentlichen darin, dass Ärztinnen und Ärzte sich zunächst einen Überblick über die Sprachentwicklung des Kindes verschaffen. Zum einen, werden die Eltern nach der Sprachentwicklung ihres Kindes befragt. Das kann im Gespräch mit den Eltern erfolgen, z. B. durch gezielte Fragen an die Eltern oder durch das Aufzeigen, wie die Sprachentwicklung bei einem regelrecht entwickelten Kind aussehen könnte. Der Sprachstand kann aber auch mittels eines Fragebogens erhoben werden (z. B. „In der Regel verwende ich zu jeder U-Untersuchung den Fragebogen ‚Grenzsteine der Entwicklung', da sind auch Fra-

gen zur Sprache dabei“). Eine andere Ärztin bzw. ein anderer Arzt beklagt demgegenüber den Mangel von Standardinstrumenten zur Erfassung des Sprachstandes. Zum anderen, testen KJÄ die Sprachentwicklung teilweise selbst (z. B: über sprechen lassen, Bilderbücher anschauen oder „Ich teste das Kind mit Sprachbildern ab der U8“).

Im nächsten Schritt empfehlen KJÄ den Eltern entsprechend der evtl. festgestellten Defizite Maßnahmen, mit denen diese die Sprachentwicklung ihres Kindes fördern können. Sowohl die Bestandsaufnahme der sprachlichen Entwicklung als auch die daraus resultierenden Empfehlungen variieren dabei je nach Alter des Kindes. In früheren U-Untersuchungen (U4, U5, U6) wird bspw. auf das Benennen von Objekten durch die Eltern, das gemeinsame Singen und Sprechen sowie auf das Ansehen von Bildern und Büchern verwiesen. Ab der U6 kann z. B. darauf hingewiesen werden, welche Laute besonderer Förderung bedürfen. Bei etwas älteren Kindern spielt die Grammatik eine größere Rolle. Sofern Kinder mehrsprachig aufwachsen, ist – insbesondre bei älteren Kindern (U8, U9) – auch der Umgang mit der Mehrsprachigkeit Teil der erweiterten Sprachberatung. Je nach Schilderung der Eltern werden Maßnahmen zur Förderung von Vokabeln und Grammatik empfohlen. Mehrsprachig aufwachsenden Kindern wird zudem der Besuch eines Kindergartens besonders empfohlen.

Unabhängig vom Alter der Kinder wird von KJÄ auf den hohen Stellenwert des Vorlesens und des aktiven Sprechens für die Sprachentwicklung hingewiesen. Auch das Thema Medienkonsum spielt bei der Sprachberatung eine wichtige Rolle: KJÄ ermahnen die Eltern, die Bildschirmzeit der Kinder zu minimieren („Vertrag, dass das Kind drei Jahre bildschirmfrei sein soll.“) und die Sprachentwicklung ihrer Kinder nicht mobilen Geräten zu überlassen („Ich versuche klarzumachen, dass mobile Geräte nicht Teil der Sprachentwicklung sein sollten“)

Ärztinnen und Ärzte wurden im nächsten Schritt gefragt, ob und ggf. an welche Stellen sie die Eltern verweisen, um sich bezüglich der Sprachentwicklung ihres Kindes beraten zu lassen. Drei der befragten KJÄ empfehlen Eltern weiterführende Beratungsstellen. Der Großteil der KJÄ (n = 6, fehlend = 1) übernimmt die Sprachberatung jedoch selbst und verweist Kinder nur dann weiter, wenn sie eine diagnostische Abklärung oder eine Therapie für notwendig halten.

Gemäß der Anmerkung einiger KJÄ erfolgt ein Weiterverweis eher bei älteren Kindern (ab 3,5 oder 4 Jahren), vorher empfehlen Ärztinnen häufig die oben genannten Maßnahmen, die die Eltern selbst durchführen können. Als Beratungsstellen, an die Eltern zur weiterführenden Beratung verwiesen werden, nennen KJÄ z. B. Familienberatungszentren (FBZ) und Familienpädagogische Zentren (FPZ). Als Stellen zur weiteren diagnostischen Abklärung und/oder Therapie genannt werden: Pädaudiologie zur Abklärung des Hörvermögens, Logopädie (selten auch zur Beratung) und Sozialpädiatrische Zentren. Des Weiteren werden für mehrsprachig aufwachsende Kinder Vereine empfohlen, in denen gezielt oder auch indirekt durch soziale Interaktionen das Deutschlernen gefördert wird. KJÄ betonen in den Interviews, dass therapeutische Maßnahmen wie die Logopädie zur Behandlung von

Störungen der Sprachentwicklung und nicht zum Erlernen der deutschen Sprache genutzt werden sollten.

4.5.6 Diagnostische und therapeutische Maßnahmen

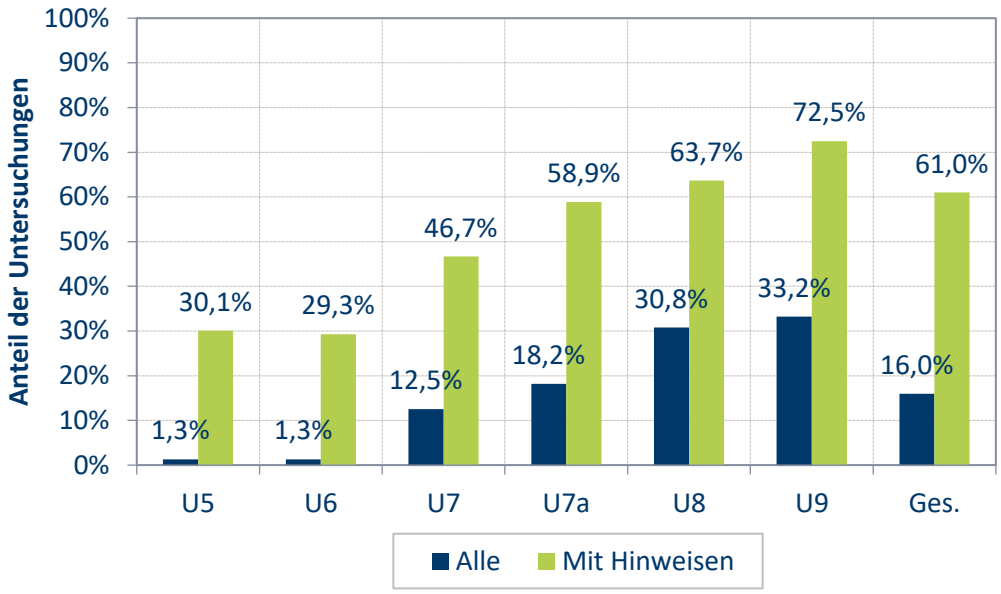
Über alle von KJÄ in den U-Sammelbögen dokumentierten U5- bis U9-Untersuchungen wurden bei 16,0 % der Kinder (n = 3.762 von n = 23.506 validen Angaben[12]) diagnostische/therapeutische Maßnahmen in Bezug auf Sprach- und Sprechstörungen eingeleitet. Analog zur Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen wurden diagnostische/therapeutische Maßnahmen bei jüngeren Kindern eher selten (U5: 1,3 %, n = 55; U6: 1,3 %, n = 52) und bei älteren Kindern deutlich häufiger eingeleitet (U8: 30,8 %, n = 1.077; U6: 33,2 %, n = 1.344, Abbildung 10).

Wenn sich bei U5- bis U9-Untersuchungen entweder in der *Anamnese* oder in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen ergaben, wurden für insgesamt 61,0 % der Kinder (n = 3.451 von n = 5.658 mit validen Angaben) diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet. Bei 39,0 % der Kinder (n = 2.207) wurde auf die Einleitung von entsprechenden Maßnahmen verzichtet. Bei jüngeren Kindern, bei denen Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden, wurden daraufhin in knapp einem Drittel der Fälle diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet (U5: 30,1 %, n = 34, U6: 29,3 %, n = 34). Aufgrund der insgesamt geringen Auftrittshäufigkeit von Anzeichen von Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern in diesem Alter, sind diese Angaben mit Vorsicht zu interpretieren. Eine Einleitung von Maßnahmen erfolgte bei etwa der Hälfte der Kinder, die eine U7 (46,7 %, n = 468) oder eine U7a (58,9 %, n = 661) durchliefen und Auffälligkeiten der Sprache zeigten. Bei der U8 war dies für fast zwei Drittel (63,7 %, n = 1.014) und bei der U9 für fast drei Viertel der Kinder (72,5 %, n = 1.240) der Fall (Abbildung 10).

Die Frage nach Einleitung diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen infolge der Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen wurde von etwa neun von zehn der Ärztinnen und Ärzten beantwortet (86,8 %, n =5.658), in 13,2 % (n = 859) der betroffenen U-Untersuchungen fehlte diese Angabe. Es wird nicht davon ausgegangen, dass die Validität der Aussagen durch die fehlenden Angaben beeinträchtigt wurde.

[12] Der Anteil fehlender Werte beträgt bei dieser Auswertung 26,3 % (n = 8.392 von 31.898), allerdings war vorgesehen, dass die Frage nicht für alle U-Untersuchungen, sondern nur für diejenigen beantwortet wird, bei denen Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden (Filterführung des Fragebogens). Um die Ergebnisse einordnen zu können, wurde jedoch auch die Auswertung unabhängig von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen durchgeführt.

Abbildung 10: Relative Häufigkeit der Veranlassung von diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen zu Sprach- und Sprechstörungen in U5- bis U9-Untersuchungen



Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen

Anmerkungen: Alle = Alle der jeweiligen U-Untersuchungen. Mit Hinweisen = U-Untersuchungen, in denen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt wurden. Ges. = gesamt über alle dokumentierten U5- bis U9-Untersuchungen.
Basierend auf n = 23.506 U-Untersuchungen mit validen Angaben, wobei in n = 5.658 dieser U-Untersuchungen Hinweise festgestellt wurden.

Auch bei 1,7 % der Kinder, für die keine Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen dokumentiert wurden (n = 292 von n = 17.658 validen Angaben), wurden diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet. Hierbei könnte es sich möglicherweise um eine Inkonsistenz in der Dokumentation handeln.

Im Fall der Einleitung von diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen wurden Ärztinnen und Ärzte gebeten, die Art der Maßnahme zu dokumentieren, wobei eine Mehrfachauswahl von Maßnahmen möglich war. Es liegen valide Angaben aus n = 3.286 U-Untersuchungen mit insgesamt n = 4.629 Nennungen für Maßnahmen vor. Ein Überblick über die ergriffenen Maßnahmen ist in Tabelle 18 dargestellt. Die insgesamt über alle U5- bis U9-Untersuchungen am häufigsten eingeleitete Maßnahme ist eine Verordnung von Logopädie, welche in über der Hälfte der U-Untersuchungen mit eingeleiteten Maßnahmen genannt wird (55,6 %, n = 1.828). Ein Fünftel der sich auffällig zeigenden Kinder erhielt eine Überweisung in eine HNO-ärztliche Behandlung (20,5 %, n = 673). Einen Verweis an ein Sozialpädiatrisches Zentrum wurde bei 14,7 % der Kinder (n = 482) und eine Überweisung in die

Pädaudiologie bzw. Phoniatrie bei 13,5 % der Kinder (n = 445) dokumentiert. In etwas über einem Drittel der Fälle (36,5 %, n = 1.201) wurden sonstige Maßnahmen angegeben.

Die Häufigkeit der eingeleiteten Maßnahmen verschiebt sich je nach U-Untersuchung (Tabelle 18): Für die U5 und U6 wurde häufiger Pädaudiologie bzw. Phoniatrie, Sozialpädiatrisches Zentrum oder HNO-Arzt genannt, wobei die Fallzahlen hier gering sind, sodass die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind. Für die U7 wurden besonders häufig sonstige Maßnahmen genannt (s. u.). In den späteren U-Untersuchungen spielt Logopädie zunehmend eine Rolle: In der U9 wurde bei fast 80 % der Kinder, für die therapeutische/diagnostische Maßnahmen veranlasst wurden, Logopädie verordnet (78,9 %, n = 953). Dies entspricht 19,1 % (n = 953 von n = 5.002) der im Rahmen der Uheft-eva dokumentierten U9-Untersuchungen.

Tabelle 18: Eingeleitete diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in Prozent

Maßnahme	U5 (n=26)	U6 (n=32)	U7 (n=436)	U7a (n=618)	U8 (n=966)	U9 (n=1.208)	Ges. (n=3.286)
Logopädie	34,6	9,4	8,7	35,8	62,5	78,9	55,6
HNO-Arzt	23,1	25,0	26,1	32,2	20,3	12,4	20,5
Sozialpädiatrisches Zentrum	30,8	34,4	12,2	18,0	14,8	12,9	14,7
Pädaudiologie/ Phoniatrie	38,5	21,9	14,0	20,2	13,1	9,5	13,5
Sonstige	23,1	40,6	62,4	44,5	34,6	24,9	36,5

Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen
Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich; Fallzahlen in der Kopfzeile stellen die Anzahl von U-Untersuchungen mit validen Antworten dar.

KJÄ, die sonstige diagnostische/therapeutische Maßnahmen angekreuzt haben, konnten zusätzliche Freitextangaben machen. Am häufigsten wurden als sonstige Maßnahmen die weitere Beobachtung bzw. Kontrolle zum späteren Zeitpunkt vermerkt (46,9 %, n = 467 von n = 995 der U-Untersuchungen mit Freitext zu sonstigen Maßnahmen bzw. 14,2 % der 3.286 U-Untersuchungen mit validen Angaben zu eingeleiteten Maßnahmen). Häufig empfahlen Ärztinnen und Ärzte auch nichtmedizinische Maßnahmen (43,1 % bzw. 13,1 %, n = 429), worunter bspw. Frühförderung, Sprachförderung (der deutschen Sprache bei Mehrsprachigkeit), unterschiedliche Beratungen, die häusliche Förderung und Sprachpaten genannt wurden. In weiterführende Behandlung, wie bspw. HNO-, zahnärztliche oder augenärztliche Behandlung, aber auch zu Ergotherapie, Kieferorthopädie oder Hörtests, verwiesen KJÄ nach eigenen Angaben in 12,1 % der Fälle mit sonstigen

Maßnahmen bzw. 3,7 % aller Fälle mit diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen (n = 120 von n = 995 bzw. n = 3.286).

In der U7 wurden besonders häufig sonstige Maßnahmen genannt (62,4 %, Tabelle 18). In 53,6 % (n = 119 von n = 222) dieser U7 handelte es sich dabei um die weitere Beobachtung bzw. Kontrolle zu einem späteren Zeitpunkt. In 39,6 % (n = 88) dieser U7 wurden nicht-medizinische Maßnahmen veranlasst. Dies entspricht 27,3 % bzw. 20,2 % (n = 119 bzw. n = 88 von n = 436) aller U7-Untersuchungen, in denen diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet wurden und valide Angaben zu der Art der Maßnahme vorliegen. D. h. in fast der Hälfte[13] der U7-Untersuchungen, für die angegeben wurde, dass diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet wurden, handelte es sich dabei um Abwarten bzw. nicht-medizinische Maßnahmen.

Die Auswertung der von KJÄ durchgeführten **retrospektiven Fallanalysen** (vgl. Kapitel 2.2.3) ermöglicht insbesondere Aussagen darüber, bei welchem Anteil der Kinder mit einer im Rahmen einer U-Untersuchung festgestellten ersten Auffälligkeit bezüglich einer Diagnose F80.- (UESS) oder einer unmittelbar bei der U-Untersuchung gestellten, gesicherten Diagnose F80.- von der dokumentierenden Ärztin bzw. dem dokumentierenden Arzt weitergehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen mit Bezug zu der Sprach- und Sprechstörung veranlasst wurden und in welchem Alter der Kinder diese Maßnahmen veranlasst wurden.

Für die 56 Fälle, bei denen die KJÄ Auskunft darüber gaben, ob weitergehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen mit Bezug zu der Sprach- und Sprechstörung veranlasst wurden, wurde in 91 % (n = 51) angegeben, dass die KJÄ mindestens eine derartige Maßnahme veranlasst haben. Demnach wurden nur bei etwa 9 % der Kinder (n = 5) keine solchen weitergehenden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen veranlasst. Die am häufigsten veranlasste Maßnahme war die Logopädie, welche bei 61 % (n = 31) dieser Fälle dokumentiert war. Bei fast einem Drittel der Fälle (31 %; n = 16), wurde eine Überweisung in eine HNO-ärztliche Behandlung dokumentiert und bei etwas mehr als einem Viertel der Fälle (27 %; n = 14) eine Überweisung in die Pädaudiologie/Phoniatrie. 12 % der Kinder (n = 6) wurden an ein Sozialpädiatrisches Zentrum verwiesen. Zudem wurden in 25 % der Fälle (n = 13) Freitextangaben zu sonstigen Maßnahmen dokumentiert. In acht Nennungen (16 %) wurde die häusliche Sprachförderung/Hausfrühförderung als sonstige Maßnahme aufgeführt, in drei Nennungen (6 %) die Frühförderung und in je einer Nennung die Sprachförderung in der Kindertagesstätte und die Hörbehindertenstelle/der Öffentliche Gesundheitsdienst.

Für 48 Fälle lag auch eine Angabe darüber vor, wie alt das Kind zum Zeitpunkt der Veranlassung weitergehender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen

[13] Die Freitextangaben, die als Abwarten und als nicht-medizinische Maßnahmen klassifiziert wurden sind weitgehend disjunkt, sodass die Summe der Nennungen näherungsweise die Anzahl der U-Untersuchungen darstellt, in denen entweder Abwarten oder nicht-medizinische Maßnahmen eingeleitet wurden.

mit Bezug zu der Sprach- und Sprechstörung war. Das Alter der Kinder lag zum Zeitpunkt der Maßnahmenveranlassungen im Durchschnitt bei 42 Monaten (Medianwert: 42 Monate). Zum Zeitpunkt der Verordnung logopädischer Maßnahmen waren die Kinder im Durchschnitt 48 Monate alt (Medianwert: 49 Monate), zum Zeitpunkt der Überweisung in eine HNO-ärztliche Behandlung belief sich das Alter im Durchschnitt auf 42 Monate (Medianwert: 39 Monate) und zum Zeitpunkt der Überweisung in die Pädaudiologie/Phoniatrie waren die Kinder im Durchschnitt im 39. Lebensmonat (Medianwert: 41. Lebensmonat). Der Verweis an ein Sozialpädiatrisches Zentrum erfolgte im Durchschnitt im 40. Lebensmonat (Medianwert: 37. Lebensmonat) und bei der Initiierung der o. g. sonstigen Maßnahmen waren die Kinder im Durchschnitt 34 Monate (Medianwert: 26 Monate) alt.

In Tabelle 19 ist für die 48 Fälle, für die sowohl Angaben zum Zeitpunkt der ersten Feststellung einer Auffälligkeit auf eine Diagnose F80,- und zum Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung als auch zum Zeitpunkt der erstmaligen Veranlassung einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme mit Bezug zu einer Sprach- und Sprechstörung vorliegen, dargestellt, ob und inwieweit die Maßnahmenveranlassung zeitlich vor oder nach der Feststellung der Auffälligkeit bzw. der Diagnosesicherung erfolgt ist. Bei 6 % der Kinder (n = 2) erfolgte die Maßnahmenveranlassung vor dem Termin der Diagnosestellung und für jeweils etwa der Hälfte der Kinder unmittelbar zum Zeitpunkt der Feststellung der ersten Auffälligkeit bzw. der Diagnosesicherung. Für jeweils etwa ein Viertel der Kinder erfolgte die Veranlassung einer oder mehrerer Maßnahmen innerhalb des ersten Jahres der Feststellung der ersten Auffälligkeit bzw. der Diagnosesicherung, bei jeweils 13 % der Kinder innerhalb des zweiten Jahres. Lediglich in wenigen Fällen lagen zwischen dem Zeitpunkt der Feststellung der ersten Auffälligkeit bzw. der Diagnosesicherung und der Maßnahmeneinleitung mehr als zwei Jahre.

Tabelle 19: Zeitlicher Abstand zwischen der ersten Auffälligkeit bzw. der gesicherten Diagnosestellung und der erstmaligen Veranlassung von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen mit Bezug zu einer Sprach- und Sprechstörung

Zeitpunkt der Erstveranlassung der Maßnahme(n)	… ersten Auffälligkeit	… gesicherten Diagnosestellung
früher als zum Zeitpunkt der …	0 %	6 %
unmittelbar zum Zeitpunkt der …	50 %	52 %
innerhalb des ersten Halbjahres nach …	10 %	17 %
innerhalb des zweiten Halbjahres nach …	17 %	8 %
innerhalb des zweiten Jahres nach …	13 %	13 %
innerhalb des dritten Jahres nach …	6 %	0 %
innerhalb des vierten Jahres nach …	4 %	4 %

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkungen: Die Auswertung beruht auf n = 48 Falldokumentationen

4.6 Untersuchung auf Entwicklungsverzögerungen (U3–U9)

4.6.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Die Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten ist ein wichtiges Ziel der U-Untersuchungen U2 bis U9 (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 14). Vor diesem Hintergrund beauftragte der G-BA im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie eine Nutzenbewertung von Früherkennungsuntersuchungen auf Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. Die sich daraus ergebenden Änderungen, Evaluationsfragen und -ergebnisse werden gesondert in Kapitel 4.5 vorgestellt. Für weitere Entwicklungsbereiche, wie z. B. Motorik oder Sozialverhalten, beauftragte der G-BA orientierende Literaturrecherchen. Diese ergaben, dass es „derzeit hierzu keine geeigneten Entwicklungstests für eine effektive Früherkennung gibt“ (ebd.). Insofern sieht die Kinder-Richtlinie keine verbindlichen Entwicklungstests vor.

Aus verschiedenen Datenquellen wurde jedoch eine Beschreibung von Entwicklungsitems erstellt und in die Kinder-Richtlinie aufgenommen. Hierdurch soll die Objektivität der Beurteilung der kindlichen Entwicklung gefördert werden (ebd.). Die Entwicklungsitems beschreiben Entwicklungsziele, die von 90 % bis 95 % der Kinder des jeweiligen Alters erreicht werden sollten. Die Formulierungen wurden bewusst so gewählt, da die wissenschaftliche Literatur darauf hindeutet, dass Kinder am unteren Ende der Merkmalsverteilung in den Ergebnissen von Entwicklungsprüfungen besser bzw. stabiler identifiziert werden können als Kinder im

Durchschnitt oder am oberen Ende der Verteilung. Für letztere besitzen die Ergebnisse von Entwicklungsprüfungen eine geringe Durchführungsobjektivität (da das im Rahmen der Untersuchung gezeigte Verhalten stark vom Untersucher bzw. der Untersucherin abhängt), eine geringe Auswertungs- und Interpretationsobjektivität (d. h. unterschiedliche Untersucher bzw. Untersucherinnen interpretieren dieselben Ergebnisse unterschiedlich) und eine geringe Retest-Reliabilität (d. h. die Ergebnisse hängen stark von der „Tagesform“ des Kindes ab) (ebd.).

Die Entwicklungsitems decken folgende Bereiche ab: Grobmotorik, Feinmotorik, Perzeption/Kognition, soziale/emotionale Kompetenz und Sprache. In Bezug auf die Interaktion mit der primären Bezugsperson werden Stimmung/Affekt, Kontakt/Kommunikation und Regulation/Stimulation betrachtet. Die Entwicklungsitems werden für jede U-Untersuchung ab der U3 im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* der Kinder-Richtlinie beschrieben. Beispielsweise heißt es für die U3 zum Thema Grobmotorik: „Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten. Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015). Die Entwicklungsitems sind im Gelben Heft ebenfalls im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* enthalten. Nicht zutreffende Items sind von der Ärztin oder dem Arzt anzukreuzen.

Die bis 2017 gültige Kinder-Richtlinie enthielt keinen Abschnitt *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011/16.12.2010). Die mit den neuen Entwicklungsitems angesprochenen Themen wurden teilweise in den Abschnitten *Erfragte Befunde* und *Erhobene Befunde* adressiert. Beispielsweise gab es im Gelben Heft im Abschnitt *Erhobene Befunde* zum Thema *Motorik und Nervensystem* in der U3 das Item „Kopfkontrolle fehlt (Kopf kann nicht in Sitzhaltung für kurze Zeit balanciert werden, kein Anheben des Kopfes in Bauchlage)“ (ebd.). Insgesamt betrachtet, waren die Struktur und die Fragen zur Dokumentation des Entwicklungsstandes jedoch deutlich anders.

Bei der Beurteilung der Entwicklung eines Kindes sollen auch die Ergebnisse der Anamnese berücksichtigt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 14). Im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurden die obligaten Inhalte der Anamneseerhebung überarbeitet und u. a. um Fragen zur Sozial- und Familienanamnese ergänzt (ebd., S. 13).

Um „Entwicklungsverzögerungen“ für den Zweck der Uheft-eva zu definieren, gab der G-BA eine Liste mit 127 ICD-Codes auf Dreisteller-Ebene vor (Anhang A2). Für diese ICD-Codes waren folgende Evaluationsfragen zu bearbeiten:

- In welchem Alter werden Entwicklungsverzögerungen diagnostiziert?
- Wann und wie häufig finden sich erste Auffälligkeiten in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* (oder auch *Anamnese*) der Früherkennungsuntersuchungen gemäß Kinder-Richtlinie bei Kindern mit entsprechenden ICD-Diagnosen?

- Welche Auffälligkeiten in der *Anamnese* und der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* können den Diagnosen zugeordnet werden?[14]

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf der Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Kapitel 2.5) und auf den Fallanalysen (vgl. Kapitel 2.2.3).

4.6.2 Häufigkeit der Diagnosedokumentation

Die Häufigkeit der 127 im Rahmen der Uheft-eva zu betrachtenden Diagnosen für Entwicklungsverzögerungen wurde durch eine Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung ermittelt. Die Auswertung beruht auf Kindern, die im Jahr 2013 geboren wurden. Die Methodik der Auswertung ist in Kapitel 2.5 beschrieben. Insgesamt wurden $N_{2013} = 512.987$ Kinder als Studienpopulation identifiziert. Für diese Kinder wurde ermittelt, ob die zu betrachtenden Diagnosen bis zum vierten Quartal 2020 (d. h. bis zum achten Lebensjahr) mindestens einmal als gesichert in den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung dokumentiert wurden. Die Ergebnisse können Anhang A2 entnommen werden.

Die 127 im Rahmen der Uheft-eva zu betrachtenden Diagnosen für Entwicklungsverzögerungen werden unterschiedlich häufig dokumentiert (Anhang A2). Beispielsweise wurde die Diagnose F80.- (*Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache*) bei 50,2 % der Kinder bis zum achten Lebensjahr mindestens einmal als gesichert dokumentiert. Ebenfalls häufig waren F82.- (*Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen*, 22,6 %) und Q66.- (*Angeborene Deformitäten der Füße*, 21,2 %). Weitere sieben der Diagnosen haben eine Häufigkeit zwischen 10 % und 20 % und 29 der Diagnosen eine Häufigkeit zwischen 1 % und 10 %. Die restlichen 88 Diagnosen wurden bei weniger als 1 % der Kinder als gesichert dokumentiert, wobei jede der Diagnosen mindestens einmal auftrat.

4.6.3 Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation

Anhand der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung wurde auch ermittelt, in welchem Alter die 127 zu betrachtenden Diagnosen zum ersten Mal dokumentiert wurden. Die Methodik ist in Kapitel 2.5 beschrieben. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der Auswertung reflektieren, wann eine Diagnose erstmalig in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsrelevant war. Dies kann zum Zeitpunkt der ersten Diagnosestellung der Fall sein,

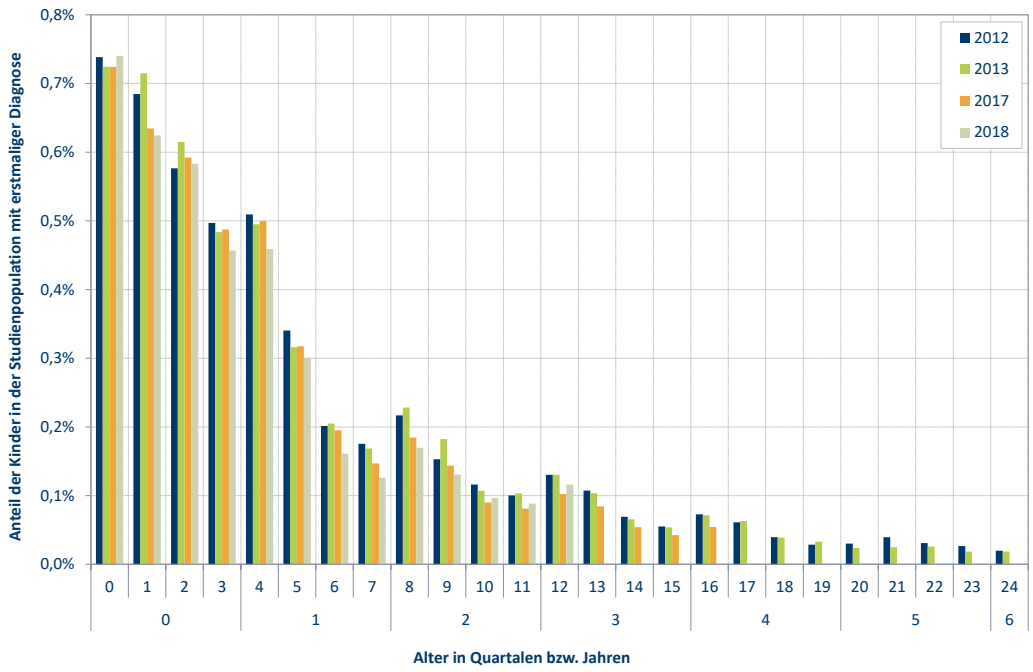
[14] Die Evaluationsfrage wurde im Rahmen der Entwicklung des Evaluationsplans modifiziert, um die geplante Erhebungsmethodik mittels Fallanalysen zu reflektieren. Ursprünglich lautete die Evaluationsfrage „Welche Diagnosen und in welcher Häufigkeit können den Auffälligkeiten in den jeweiligen Kategorien der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* zugeordnet werden?“ Da die Fallanalysen als Ausgangspunkt die Diagnosen nehmen, wurde untersucht, welche Auffälligkeiten mit den Diagnosen verbunden sind, nicht welche Diagnosen mit bestimmten Auffälligkeiten verbunden sind.

aber auch erst später. Insbesondere bei einigen angeborenen Fehlbildungen ist zu vermuten, dass die Diagnosestellung bei der Geburt und somit häufig in einem Krankenhaus erfolgt. Erst wenn eine solche Diagnose im Kontext der ambulanten Versorgung abrechnungsrelevant ist, liegt sie in den analysierten Daten vor. Es wurden alle Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung analysiert, nicht nur solche aus U-Untersuchungen. Es wurden nur als gesichert dokumentierte Diagnosen berücksichtigt.

Für jede der vier Kohorten (Geburtsjahr 2012, 2013, 2017 oder 2018) wurde ermittelt, für wie viele Kinder in der Studienpopulation eine der 127 zu betrachtenden Diagnosen im Alter von null, ein, zwei etc. Quartalen erstmalig dokumentiert wurde. Für Kinder in den Kohorten 2012 und 2013 erfolgte die Betrachtung bis zum Alter von 24 Quartalen (sechster Geburtstag). Für Kinder in den Kohorten 2017 und 2018 bis zum Alter von 16 bzw. 12 Quartalen (vierter bzw. dritter Geburtstag), da darüber hinaus zum Zeitpunkt der Datenauswertung noch keine Abrechnungsdaten vorlagen. Abbildung 11 zeigt die Auswertung beispielhaft für die Diagnose Q10.- (*Angeborene Fehlbildungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita*). Die Auswertungen für alle 127 zu betrachtenden Diagnosen können der Anlage 9 Abrechnungsdaten (vgl. Anhang A3) entnommen werden.

Für Diagnosen die seltener auftreten, erfolgte die Auswertung jahres-, nicht quartalsweise. Da Werte kleiner 30 aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ausgewiesen werden können, würden bei einer quartalsweisen Darstellung seltener Diagnosen zu viele Leerstellen vorliegen, um Aussagen zum Zeitverlauf der erstmaligen Diagnosedokumentation treffen zu können. Von den 127 Diagnosen konnten 72 in der quartalsweisen Darstellung ausgewertet werden, 55 in der jahresweisen.

Abbildung 11: Anteil der Kinder in der Studienpopulation mit erstmaliger Dokumentation der Diagnose Q10.- im jeweiligen Alter in Quartalen



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung

Der Anteil der Kinder, für die in einem gegebenen Alter erstmalig eine der 127 zu betrachtenden Diagnosen dokumentiert wurde, unterscheidet sich zwischen den Diagnosen. Für eine übersichtsartige Darstellung wurden die Diagnosen in fünf Gruppen unterteilt. Hierzu wurde zunächst basierend auf den Daten für die Kohorten 2012 und 2013 der kumulative Anteil der Kinder in der Studienpopulation mit erstmaliger Diagnosedokumentation bis zum Alter von 24 Quartalen bzw. sechs Jahren ermittelt. Basierend auf dieser Auswertung wurde jede Diagnose einer der folgenden Gruppen zugeordnet:

- **Fast ausschließlich Jahr 1**: Bei 80 % oder mehr der Fälle, für die diese Diagnose bis zum Alter von 24 Quartalen bzw. sechs Jahren dokumentiert wurde, erfolgte die erstmalige Dokumentation im ersten Lebensjahr.
- **Mehrheit Jahr 1**: Bei 50 bis 80 % der Fälle, für die diese Diagnose bis zum Alter von 24 Quartalen bzw. sechs Jahren dokumentiert wurde, erfolgte die erstmalige Dokumentation im ersten Lebensjahr.
- **Mehrheit vor 3 Jahren, aber nicht in Jahr 1**: Bei 50 % oder mehr der Fälle, für die diese Diagnose bis zum Alter von 24 Quartalen bzw. sechs Jahren dokumentiert wurde, erfolgte die erstmalige Dokumentation bis zum Ende des zweiten Lebensjahrs; im ersten Lebensjahr erfolgte jedoch bei weniger als 50 % der Fälle die erstmalige Dokumentation.

- **Mehrheit ab 3 Jahren**: Bei weniger als 50 % der Fälle, für die diese Diagnose bis zum Alter von 24 Quartalen bzw. sechs Jahren dokumentiert wurde, erfolgte die erstmalige Dokumentation bis zum Ende des zweiten Lebensjahrs; bis zum Ende des vierten Lebensjahrs wurde jedoch bei 70 % oder mehr der Fälle die Diagnose erstmalig dokumentiert.
- **Mehrheit ab 4 Jahren**: Bei weniger als 50 % der Fälle, für die diese Diagnose bis zum Alter von 24 Quartalen bzw. sechs Jahren dokumentiert wurde, erfolgte die erstmalige Dokumentation bis zum Ende des vierten Lebensjahrs; bis zum Ende des fünften Lebensjahrs wurde jedoch bei 70 % oder mehr der Fälle die Diagnose erstmalig dokumentiert.

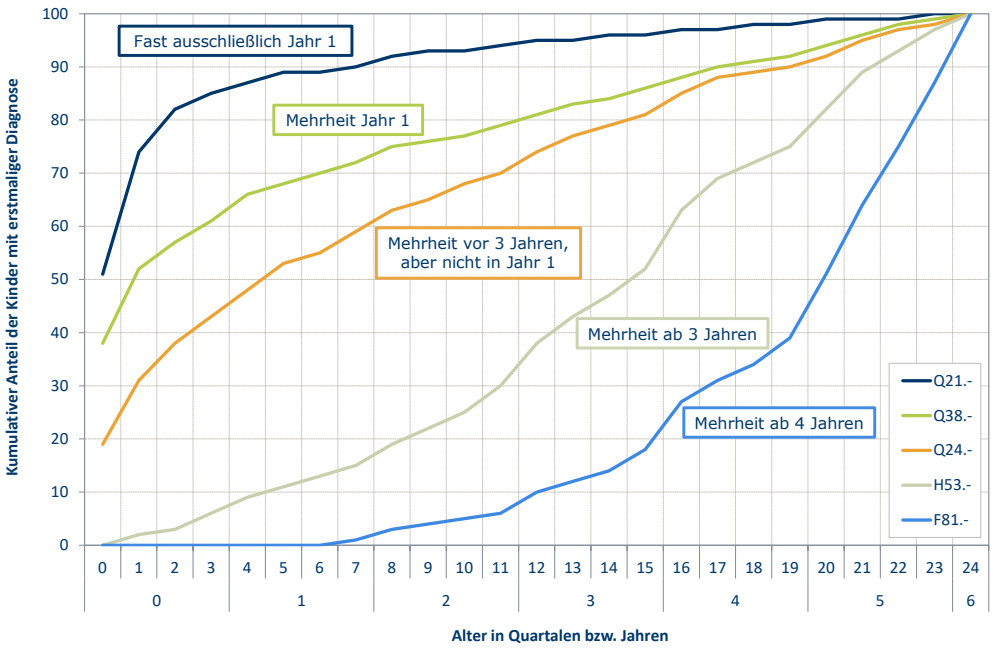
Acht Diagnosen haben einen sonstigen Verlauf des Altersprofils der erstmaligen Diagnosedokumentation, sodass sie keiner der fünf Gruppen zugeordnet werden konnten. Für 17 Diagnosen liegen zu wenige Fälle vor, um eine Kategorisierung vorzunehmen.

Abbildung 12 zeigt jeweils ein Beispiel für jede der fünf Gruppen. Für die Abbildung wurden Diagnosen gewählt, für die eine quartalsweise Auswertung möglich ist. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte analog auch für Diagnosen, für die nur eine jahresweise Auswertung möglich war. Die Zuordnung der gezeigten Diagnosen zu den fünf Gruppen ist wie folgt:

- Q21.- (*Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten*): Fast ausschließlich Jahr 1
- Q38.- (*Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge, des Mundes und des Rachens*): Mehrheit Jahr 1
- Q24.- (*Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens*): Mehrheit vor 3 Jahren, aber nicht in Jahr 1
- H53.- (*Sehstörungen*): Mehrheit ab 3 Jahren
- F81.- (*Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten*): Mehrheit ab 4 Jahren

Die entsprechende Darstellung für alle 127 Diagnosen kann der Anlage 9 Abrechnungsdaten (vgl. Anhang A3) entnommen werden. Dort werden auch die übrigen Kohorten gezeigt. Um die Kohorten 2017 und 2018 darstellen zu können, wird die Auswertung dort auch mit Bezug zum Alter von 12 bzw. 16 Quartalen oder zum Alter von zwei bzw. drei Jahren gezeigt.

Abbildung 12: Kumulativer Anteil der Kinder in der Studienpopulation mit erstmaliger Diagnosedokumentation bis zum Alter von 24 Quartalen anhand von fünf beispielhaften Diagnosen



Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung
Anmerkung: Gezeigt sind die Ergebnisse für die Kohorte 2012 für fünf Diagnosen, die beispielhaft die fünf bei der Auswertung gebildeten Gruppen verdeutlichen. Weitere Erläuterungen finden sich im Text.

Tabelle 20 fasst die Ergebnisse der Zuordnung der Diagnosen zu den Gruppen zusammen. Die Zuordnung jeder einzelnen Diagnose zu den Gruppen kann Tabelle 42 in Anhang A2 entnommen werden. Eine tabellarische und graphische Aufbereitung der Altersprofile für jeder der Diagnosen kann der Anlage 9 Abrechnungsdaten (vgl. Anhang A3) entnommen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Diagnosen aus Kapitel XVII der ICD-10 (Q00–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) überwiegend in einem frühen Alter erstmalig in den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung dokumentiert werden: Von den 87 aus diesem Kapitel zu betrachtenden Diagnosen wurden 28 der Gruppe *Fast ausschließlich Jahr 1* zugeordnet, d. h. die erstmalige Diagnosedokumentation in den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung erfolgte in 80 % oder mehr der Fälle vor dem ersten Geburtstag. Weitere 28 Diagnosen aus Kapitel XVII wurden der Gruppe *Mehrheit Jahr 1* zugeordnet, d. h. in 50 bis 80 % der Fälle erfolgte die erstmalige Diagnosedokumentation in den Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung vor dem ersten Geburtstag. 18 Diagnosen aus Kapitel XVII wurden der Gruppe *Mehrheit vor 3 Jahren, nicht in Jahr 1* zugeordnet, d. h. auch hier erfolgte eine relativ frühe Dokumentation in der ambulanten Versorgung. Die übrigen Diagnosen aus

Kapitel XVII wurden den Gruppen *Mehrheit ab 3 Jahren* (zwei Diagnosen), *Sonstige* (drei Diagnosen) oder *Zu wenige Fälle* (acht Diagnosen) zugeordnet.

Die aus Kapitel V der ICD-10 (F00–F99: *Psychische und Verhaltensstörungen*) zu betrachtenden 22 Diagnosen wurden zu etwa der Hälfte der Gruppe *Mehrheit ab 3 Jahren* zugeordnet (zwölf Diagnosen). Das heißt bei weniger als der Hälfte der Fälle mit diesen Diagnosen erfolgte die erstmalige Dokumentation vor dem dritten Geburtstag; bis zum Ende des vierten Lebensjahrs erfolgte die erstmalige Dokumentation jedoch bei 70 % oder mehr der Fälle mit diesen Diagnosen. Die übrigen Diagnosen aus Kapitel V wurden den Gruppen *Mehrheit ab 4 Jahren* (drei Diagnosen), *Sonstige* (drei Diagnosen), *Mehrheit vor 3 Jahren, aber nicht in Jahr 1* (zwei Diagnosen) oder *Zu wenige Fälle* (zwei Diagnosen) zugeordnet. Bei den überwiegend ab vier Jahren dokumentierten Diagnosen handelt es sich um leichte (F70.-) und schwere (F72.-) Intelligenzminderung sowie um *Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten* (F81.-). Bei den beiden relativ früh dokumentierten Diagnosen handelt es sich um F82.- (*Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen*) sowie F89.- (*Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung*).

Die aus Kapitel VI (G00–G99: *Krankheiten des Nervensystems*) zu betrachtenden 13 Diagnosen, treten überwiegend zu selten auf, um eine Klassifikation vornehmen zu können (acht Diagnosen). Zwei Diagnosen – G80.- (*Infantile Zerebralparese*) und G81.-(*Hemiparese und Hemiplegie*) – wurden relativ früh in der ambulanten Versorgung dokumentiert (Gruppe *Mehrheit Jahr 1*). Jeweils eine weitere G-Diagnose wurde den Gruppen *Mehrheit vor 3 Jahren, nicht in Jahr 1*, *Mehrheit ab 4 Jahren* und *Sonstige* zugeordnet.

Die je zwei Diagnosen aus Kapitel VII (H00–H59: *Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde*) und Kapitel VIII (H60–H95: *Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes*) wurden der Gruppe *Mehrheit ab 3 Jahren* zugeordnet. Die Dokumentation dieser Diagnosen erfolgte für circa 20 bis 30 % der Fälle, die diese Diagnosen bis zum sechsten Geburtstag erhielten, erstmalig vor dem dritten Geburtstag. Bis zum Ende des vierten Lebensjahres erhielten dann insgesamt circa 70 bis 80 % der Fälle erstmalig diese Diagnosen.

Die aus ICD-10-Kapitel XVIII (R00–R99: *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*) zu betrachtende Diagnose R62.- (*Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung*) wurde der Gruppe *Mehrheit Jahr 1* zugeordnet: Für 50 % der Fälle, die bis zum sechsten Lebensjahr die Diagnose R62.- erhielten, erfolgte die erstmalige Dokumentation in Abrechnungsdaten der ambulanten Versorgung im nullten Lebensjahr. In den darauffolgenden Jahren wurde für jeweils circa 10 % der Fälle die Diagnose R62.- erstmalig dokumentiert.

Die Altersprofile für die erstmalige Diagnosedokumentation stehen in Einklang mit den Ergebnissen aus den Fallanalysen (Kapitel 4.6.4): Beispielsweise wurde in den Fallanalysen dokumentiert, dass Auffälligkeiten mit Bezug zu Diagnosen aus Kapitel XVII der ICD-10 (Q00–Q99) häufig bei sehr kleinen Kindern festgestellt werden,

während Auffälligkeiten zu Diagnosen aus Kapitel V (F00–F99) häufig erst bei etwas älteren Kindern auftreten. Dies entspricht den in den Abrechnungsdaten beobachteten Verläufen für die frühe erstmalige Dokumentation von Diagnosen aus Kapitel XVII und die häufig etwas spätere erstmalige Dokumentation von Diagnosen aus Kapitel V.

Tabelle 20: Anzahl Diagnosen, die den Gruppen für die Altersprofile der erstmaligen Diagnosedokumentation zugeordnet wurden, differenziert nach Kapitel der ICD-10

Gruppe	F	G	H	R	Q	Ges.
Fast ausschließlich Jahr 1	0	0	0	0	28	28
Mehrheit Jahr 1	0	2	0	1	28	31
Mehrheit vor 3 Jahren, nicht in Jahr 1	2	1	0	0	18	21
Mehrheit ab 3 Jahren	12	0	4	0	2	18
Mehrheit ab 4 Jahren	3	1	0	0	0	4
Sonstige	3	1	0	0	3	7
Zu wenig Fälle	2	8	0	0	8	18
Gesamt	**22**	**13**	**4**	**1**	**87**	**127**

Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung
Anmerkung: Eine Erläuterung der Gruppen erfolgt im Text.

Die Analyse der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung wurde für vier Kohorten – Geburtsjahrgänge 2012, 2013, 2017 und 2018 – durchgeführt. Durch einen Vergleich der Kohorten kann festgestellt werden, inwiefern sich das Altersprofil der erstmaligen Diagnosedokumentation über die Jahre verändert hat. Vor dem Hintergrund der Kinder-Richtlinie, deren Ziel u. a. die frühestmögliche Feststellung von Entwicklungsverzögerungen ist, ist dabei von besonderem Interesse, inwiefern für die Jahrgänge 2017 und 2018 im Vergleich zu 2012 und 2013 bei einem größeren Anteil der Fälle, für die bis zu einem bestimmten Alter eine Diagnose dokumentiert wurde, die Dokumentation erstmalig in einem frühen Alter erfolgte.

Diese Betrachtung konnte für 49 der Diagnosen durchgeführt werden. Bei den übrigen 78 Diagnosen liegen entweder zu wenig Fälle vor oder die erstmalige Diagnosedokumentation erfolgt überwiegend bei älteren Kindern, die für die Jahrgänge 2017 und 2018 noch nicht ausgewertet werden konnten, sodass keine Einschätzung des Altersprofils möglich ist. Bei 34 der 49 näher betrachteten Diagnosen zeigen sich keine auffälligen oder konsistenten Verschiebungen im Altersprofil der erstmaligen Diagnosestellung. Bei 14 Diagnosen zeigt sich eine mögliche Verschiebung zur Diagnosedokumentation in einem früheren Alter, bei einer Diagnose in

einem späteren Alter. Diese 15 Diagnosen werden nachfolgend näher vorgestellt. Tabellarische und graphische Darstellungen zu den einzelnen Diagnosen können der Anlage 9 Abrechnungsdaten (vgl. Anhang A3) entnommen werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist, wie eingangs erwähnt, zu berücksichtigen, dass die erstmalige Dokumentation einer Diagnose in vertragsärztlichen Abrechnungsdaten betrachtet wird. Dieser Zeitpunkt kann dem Zeitpunkt der Diagnosestellung entsprechen, die Diagnosestellung kann aber auch bereits vorher in einem anderen Sektor (insbes. Krankenhaus) erfolgt sein. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl von Faktoren Auswirkung auf das Dokumentationsgeschehen in Abrechnungsdaten hat. Insofern können die Ergebnisse nur mit Vorsicht als Hinweise auf eine möglicherweise frühere oder spätere Feststellung von Entwicklungsverzögerungen genutzt werden.

Bis zum Alter von zwölf Quartalen (dritter Geburtstag) wurde die Diagnose F88.- (*Andere Entwicklungsstörungen*) bei 0,33 % (2012, 2017), 0,34 % (2018) bzw. 0,37 % (2013) der Kinder in der Studienpopulation mindestens einmal als gesichert dokumentiert. Die kumulative Häufigkeit der Dokumentation dieser Diagnose war demnach bis zum Alter von zwölf Quartalen in den vier Jahrgängen weitgehend gleich. In den Jahrgängen 2017 und 2018 erfolgte die erstmalige Dokumentation der Diagnose F88.- jedoch häufiger in einem etwas späteren Alter als in den Jahrgängen 2012 und 2013: Im Alter von sieben Quartalen war bei 63 % bzw. 64 % der Kinder aus den Kohorten 2012 und 2013 bereits erstmalig die Diagnose F88.- dokumentiert worden. In den Kohorten 2017 und 2018 war nur bei 49 % bzw. 52 % der Fälle die erstmalige Dokumentation erfolgt. In den nachfolgenden Lebensquartalen war dann die Diagnosedokumentation in den Kohorten 2017 und 2018 etwas häufiger, sodass sich die Differenz bis zum Alter von zwölf Quartalen wieder schließt.

Umgekehrt verhält es sich für die Diagnosen F45.- (*Somatoforme Störungen*), F82.- (*Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen*), F93.- (*Emotionale Störungen des Kindesalters*), F94.- (*Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) und F98.- (*Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*). Die Beobachtung ist für die Diagnose F93.- am deutlichsten, sodass sie nachfolgend anhand dieser Diagnose erläutert wird. Für die anderen vier Diagnosen ist tendenziell dasselbe Muster zu beobachten. Die Diagnose F93.- wurde bei 3,5 % bis 3,8 % der Kinder in den Jahrgängen 2012 (3,5 %), 2013 (3,8 %), 2017 (3,6 %) und 2018 (3,7 %) bis zum Alter von zwölf Quartalen mindestens einmal dokumentiert. Somit ist die Häufigkeit der Diagnosedokumentation bis zu diesem Altern in den vier Kohorten vergleichbar. In den Kohorten 2017 und 2018 erfolgte die erstmalige Diagnosedokumentation jedoch in einem früheren Alter: Bei 18 % bzw. 17 % der Fälle mit der Diagnose F93.- in den Jahrgängen 2017 und 2018 erfolgte die erstmalige Dokumentation bereits im Alter von null oder einem Quartal. In den Jahrgängen 2012 und 2013 war dies bei nur 3 % bzw. 7 % der Fall. Ab etwa dem Alter von fünf Quartalen erfolgte dann bei einem größeren Anteil der Fälle in den Jahrgängen 2012 und 2013 eine erstmalige

Diagnosedokumentation, sodass sich die Differenz bis zum Alter von zwölf Quartalen wieder schießt.

Für die Diagnosen H53.- (*Sehstörungen*), H54.- (*Blindheit und Sehbeeinträchtigung*), H90.- (*Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung*) und H91.- (*Sonstiger Hörverlust*) ist beim Vergleich der vier Kohorten festzustellen, dass die Häufigkeit, mit der diese Diagnosen bis zum Alter von zwölf Quartalen dokumentiert wurden, zurückging (beim Vergleich der Jahrgänge 2012 und 2013 mit 2017 und 2018). Gleichzeitig verschiebt sich das Altersprofil der erstmaligen Diagnosedokumentation etwas hin zu jüngeren Altern. Bei den beiden das Sehen betreffenden Diagnosen (H53.- und H54.-) geht die Verschiebung darauf zurück, dass im Alter von null bis vier Quartalen bei einem etwas größeren Anteil der Jahrgänge 2017 und 2018 im Vergleich zu 2012 und 2013 erstmalig die Diagnosen dokumentiert wurden. In den darauffolgenden Quartalen erfolgte die erstmalige Dokumentation in den Jahrgängen 2017 und 2018 jedoch bei einem geringeren Anteil. Für die beiden das Hören betreffenden Diagnosen geht die Verschiebung des Altersprofils für die erstmalige Diagnosedokumentation darauf zurück, dass die Diagnosen in jedem Lebensquartal jedoch insbesondere in den späteren Lebensquartalen in den Jahrgängen 2017 und 2018 bei einem kleineren Anteil der Studienpopulation erstmalig dokumentiert wurden. Die Verschiebung des Altersprofils ist somit bei allen vier Diagnosen vornehmlich auf den Rückgang der Häufigkeit der Diagnosedokumentation zurückzuführen; weniger auf eine möglicherweise frühere Feststellung der Entwicklungsverzögerungen.

Bei den weiteren vier Diagnosen mit einer möglichen Verschiebung des Altersprofils bei erstmaliger Diagnosedokumentation handelt es sich um die Diagnosen Q17.- (*Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres*), Q18.- (*Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses*), Q38.- (*Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge, des Mundes und des Rachens*) und Q84.- (*Sonstige angeborene Fehlbildungen des Integumentes*). Für Q17.- und Q18.- verhält es sich analog zu der oben für F93.- dargestellten Beobachtung: Während die Häufigkeit der Diagnosedokumentation in den vier Kohorten ähnlich ist, erfolgte die erstmalige Diagnosedokumentation in den Kohorten 2017 und 2018 etwas früher. Für die Diagnosen Q38.- und Q84.- geht die Verschiebung des Altersprofils mit einer Zunahme bzw. Abnahme der Häufigkeit der Diagnosedokumentation einher, sodass eine möglicherweise frühzeitigere Feststellung einer Entwicklungsverzögerung mit den vorliegenden Daten für diese Diagnosen nicht isoliert betrachtet werden kann.

4.6.4 Mit Entwicklungsverzögerungen assoziierte Auffälligkeiten

Die Auswertung der von KJÄ durchgeführten retrospektiven Fallanalysen (vgl. Kapitel 2.2.3) ermöglicht insbesondere Aussagen darüber, ob und welche ersten Auffälligkeiten bei Kindern mit einer der 127 vom G-BA für die Evaluation vorgegebenen ICD-10-Diagnosen im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden*

Beurteilung der Entwicklung festgestellt wurden. Weiterhin wurde erfragt, in welchen U-Untersuchungen und welchem Alter der Kinder sich diese Auffälligkeiten gezeigt haben.

Insgesamt wurden von den KJÄ Falldokumentationen für 55 unterschiedliche ICD-10-Diagnosen auf Dreisteller-Ebene angefertigt. Entsprechend liegt für 43,3 % der 127 vom G-BA für die o. g. Fragestellungen ausgewählten ICD-10-Dreisteller mindestens eine Falldokumentation vor. Zwischen den 72 ICD-10-Diagnosen, für die keine Falldokumentation erstellt wurde, und den ICD-10-Diagnosen, für die sich in der Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung eine nur sehr niedrige Prävalenz zeigt (Kapitel 4.6.2), gibt es eine hohe Übereinstimmung. Für 68 der 72 ICD-10-Diagnosen ohne eine einzige vorliegende Falldokumentation lag die Prävalenz unter 0,5 %, d. h. weniger (zum Teil erheblich weniger) als circa 2.500 Kinder eines Jahrgangs erhalten eine solche Diagnose. Auch wenn die KJÄ für die Fallanalysen gezielt nach Kindern mit den zu betrachtenden Diagnosen suchten (Kapitel 2.2.3), ist es daher kaum überraschend, dass sie für die seltenen Diagnosen kein Kind finden konnten, das die Einschlusskriterien für die Fallanalysen erfüllte.

Die Verteilung der vorliegenden Falldokumentationen auf die einzelnen Diagnosen (gesichert vorliegend) ist in Tabelle 21 dargestellt. Unter den acht am häufigsten dokumentierten Diagnosen, die zusammen etwa 52 % aller in den Falldokumentationen angegebenen Diagnosen ausmachen, finden sich vier Diagnosen aus der Diagnosegruppe F80–F89: *Entwicklungsstörungen* (Diagnosen: F80.-, F82.-, F83.- und F89.-) und zudem die Diagnosen F98.- (*Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*), H53.- (*Sehstörungen*), R62.- (*Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung*) und Q21.- (*Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten*). Diese acht Diagnosen mit der höchsten Anzahl vorliegender Falldokumentationen finden sich auch in den Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung unter den 17 Diagnosen mit der höchsten Prävalenz (Kapitel 4.6.2).

Tabelle 21: Anzahl und Anteil der gültigen Falldokumentationen nach gesicherten Diagnosen der Fälle

ICD-10-Dreisteller	Bezeichnung des ICD-10-Dreistellers	Anzahl Falldokumentationen [n]	Anteil
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	58	15,7 %
R62	Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	26	7,0 %
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	25	6,8 %
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	17	4,6 %
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	17	4,6 %

ICD-10-Dreisteller	Bezeichnung des ICD-10-Dreistellers	Anzahl Falldokumentationen [n]	Anteil
H53	Sehstörungen	17	4,6 %
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	16	4,3 %
Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	16	4,3 %
Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	14	3,8 %
G40	Epilepsie	13	3,5 %
Q65	Angeborene Deformitäten der Hüfte	13	3,5 %
F91	Störungen des Sozialverhaltens	12	3,3 %
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	11	3,0 %
H54	Blindheit und Sehbeeinträchtigung	8	2,2 %
Q10	Angeborene Fehlbildungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	7	1,9 %
Q68	Sonstige angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten	7	1,9 %
F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	6	1,6 %
H90	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung	6	1,6 %
Q55	Sonstige angeborene Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane	5	1,4 %
Q82	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Haut	5	1,4 %
F88	Andere Entwicklungsstörungen	4	1,1 %
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	4	1,1 %
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	4	1,1 %
H91	Sonstiger Hörverlust	4	1,1 %
F45	Somatoforme Störungen	3	0,8 %
Q17	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres	3	0,8 %
Q38	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge, des Mundes und des Rachens	3	0,8 %
Q53	Nondescensus testis	3	0,8 %
Q62	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters	3	0,8 %
Q75	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	3	0,8 %
F90	Hyperkinetische Störungen	2	0,5 %
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	0,5 %

ICD-10-Dreisteller	Bezeichnung des ICD-10-Dreistellers	Anzahl Falldokumentationen [n]	Anteil
G80	Infantile Zerebralparese	2	0,5 %
Q02	Mikrozephalie	2	0,5 %
Q20	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	2	0,5 %
Q32	Angeborene Fehlbildungen der Trachea und der Bronchien	2	0,5 %
Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	2	0,5 %
Q50	Angeborene Fehlbildungen der Ovarien, der Tubae uterinae und der Ligg. lata uteri	2	0,5 %
Q52	Sonstige angeborene Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane	2	0,5 %
Q74	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)	2	0,5 %
Q90	Down-Syndrom	2	0,5 %
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	1	0,3 %
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	1	0,3 %
G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	1	0,3 %
Q04	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns	1	0,3 %
Q14	Angeborene Fehlbildung des hinteren Augenabschnittes	1	0,3 %
Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	1	0,3 %
Q25	Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	1	0,3 %
Q31	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	1	0,3 %
Q54	Hypospadie	1	0,3 %
Q63	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Niere	1	0,3 %
Q73	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)	1	0,3 %
Q83	Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]	1	0,3 %
Q87	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme	1	0,3 %
Q93	Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert	1	0,3 %
Gesamt		**372**	**100 %**

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen

Nachfolgend werden zunächst die über alle Einzeldiagnosen aggregierten Ergebnisse vorgestellt (Kapitel 4.6.4.1). Zudem wird in den Kapiteln 4.6.4.2 bis 4.6.4.4 aggregiert zu den Ergebnissen für die Diagnosegruppen F80–F89 (*Entwicklungsstörungen*) und F90–F98 (*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) und für das ICD-10-Kapitel XVII (Q00–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) berichtet. In der Anlage 3 Fallanalysen (vgl. Anhang A3) finden sich Auswertungen zu jeder der Diagnosen, für die mehr als vier valide Falldokumentationen vorliegen.

4.6.4.1 Ergebnisse in der Gesamtschau

In den 369 Falldokumentationen belief sich das Alter der dokumentierten Fälle zum Zeitpunkt der Diagnosestellung im Durchschnitt am 29 Monate (Medianwert: 30 Monate). Diese und alle folgenden Ergebnisse sind in einem für die Beantwortung der Fragestellungen entwickelten Auswertungstableau dargestellt (Tabelle 22).

Bei 11 % der dokumentierten Fälle (n = 39 von n = 369) erfolgte die gesicherte Diagnosestellung **innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt**, in denen (üblicherweise) auch die Untersuchungen U1 und U2 durchgeführt werden, die bei den Fallanalysen auftragsgemäß nicht berücksichtigt wurden. Bei 87 % (n = 34) dieser Fälle wurde innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt eine Diagnose aus dem Kapitel XVII des ICD-10-GM (Q01–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) festgestellt (vgl. Kapitel 4.6.4.4).

Bei etwa einem Viertel der dokumentierten Fälle (25 %, n = 93 von n = 369) wurde mindestens eine erste Auffälligkeit bezüglich der dokumentierten Diagnose **nicht im Rahmen einer Untersuchung U3–U9** festgestellt. Bei den Diagnosen F89.- (*Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung*), F98.- (*Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) und H90.- (*Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung*) lag dieser Anteil mit etwa der Hälfte aller für diese Diagnosen dokumentierten Fälle deutlich höher und bei der Diagnose G40.- (*Epilepsie*) lag dieser Anteil bei 93 % (Anlage 3 Fallanalysen, vgl. Anhang A3). Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit außerhalb der Untersuchungen U3–U9 etwa 33 Monate alt. In 80 % der Fälle (n = 74) wurde die erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, von den dokumentierenden KJÄ selbst außerhalb von U-Untersuchungen festgestellt. In weiteren 6 % (n = 6) war die Diagnose von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt gestellt und nachgehend in die Patientenakte der an der Falldokumentation teilnehmenden KJÄ übernommen worden. In elf Falldokumentationen (12 %) wurde angegeben, dass eine erste Auffälligkeit anderweitig bemerkt worden waren. Hier waren die Hinweise der Kindertagesstätten an die Eltern und deren Empfehlung, hierzu einen KJÄ zu konsultieren, die häufigste Angabe in den Freitexten (Anlage 3 Fallanalysen, vgl. Anhang A3).

Bei fast zwei Drittel der dokumentierten Fälle (64 %, n = 237 von n = 369) wurde die erste Auffälligkeit bezüglich der dokumentierten Diagnose von den dokumentierenden KJÄ **in einer Untersuchung U3–U9** festgestellt. Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit etwa 27 Monate alt (Medianwert: 24 Monate). Bei 14 % dieser Fälle (n = 32) wurde die erste Auffälligkeit in der U3 festgestellt. Weit überwiegend handelte es sich hierbei um Hinweise auf Erkrankungen aus dem Diagnosekapitel XVII (Q01–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) (vgl. Kapitel 4.6.4.4)[15]. In den weiteren U-Untersuchungen vor der U7 wurden vergleichsweise selten erste Auffälligkeiten, die zur späteren Diagnosestellung beitrugen, festgestellt. Bei etwa einem Viertel der Fälle mit im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung festgestellten ersten Auffälligkeiten bezüglich der dokumentierten Diagnose (24 %, n = 56) fand die Feststellung in der U7 statt. Darunter waren zu 63 % Hinweise auf *Entwicklungsstörungen* (Diagnosen F80–F89) (n = 35). In der U7a und der U8 wurden jeweils 16 % aller dokumentierten ersten Auffälligkeiten festgestellt und in der U9 11 %. Auch hier handelte es sich in mehr als der Hälfte aller Fälle um auf *Entwicklungsstörungen* bezogene Auffälligkeiten (Diagnosen F80–F89).

Weiterhin geben die Falldokumentationen darüber Auskunft, in welchem Teil der U-Untersuchung und in welchem Alter die erste Auffälligkeit in Bezug auf die später gesichert gestellte Diagnose festgestellt wurde. Obwohl sich die Evaluationsfragestellungen nur auf die Teile *Anamnese* und *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* der Kinder-Richtlinie beziehen, wurde auch der Untersuchungsteil *(Eingehende) körperliche Untersuchung* in den Falldokumentationsbogen aufgenommen, um den teilnehmenden KJÄ eine einfachere und klarere Zuweisung jeder der in der Patientenakte vorgefundenen Auffälligkeiten zu einem dieser drei obligaten Teile der U-Untersuchung zu ermöglichen. Insgesamt wurden bei 55 % der Kinder, für die eine erste Auffälligkeit in einer U-Untersuchung festgestellt wurde, im Rahmen der *Anamnese* (n = 130 von n = 237) und bei 62 % im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* (n = 146) Hinweise festgestellt. Die Kinder waren zum Zeitpunkt dieser Feststellung einer ersten Auffälligkeit im Durchschnitt 31 bzw. 32 Monate alt.[16] Insgesamt wurden bei 67 % aller dokumentierten Fälle erste Auffälligkeiten auf die jeweilige Diagnose im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt (n = 158) (Durchschnittalter: 32 Monate).

In 69 % dieser 158 Fälle machten die KJÄ auch mindestens eine Angabe zu der in der *Anamnese* festgestellten konkreten Auffälligkeit und in 86 % dieser Fälle auch

[15] Dies zeigt sich auch für die Fälle mit ersten Auffälligkeiten in der U4.

[16] Erste Auffälligkeiten im Rahmen der körperlichen Untersuchung zeigten sich bei 55 % aller Kinder mit einer ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung (n = 130) (Durchschnittalter: 22 Monate).

mindestens eine Angabe zu dem im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* als auffällig bewerteten konkreten Entwicklungsziel (Tabelle 23)[17].

Bei etwa einem Drittel aller Kinder, bei denen eine erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde, erfolgte die gesicherte Diagnosestellung nicht direkt zum Zeitpunkt bzw. im Lebensmonat der Inanspruchnahme der jeweiligen U-Untersuchung, sondern im Durchschnitt 16 Monate nach der Feststellung der ersten Auffälligkeit. Bei den Fällen mit einer Diagnose aus dem Diagnosekapitel XVII (Q01–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) erfolgte die Diagnosestellung häufiger zeitnah zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit (vgl. Kapitel 4.6.4.4).

Tabelle 22: Alle Falldokumentationen – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen

Kennzahl	**Anzahl**	**Anteil**	**Alter in Monaten**	***Hinweis***
Falldokumentationen	**369**	100 %		*Anteil an allen gültigen Falldokumentationen*
Alter bei erstmaliger gesicherter Diagnosestellung zum Zeitpunkt der Dokumentation in der Patientenakte der an der Falldokumentation teilnehmenden KJÄ				
Mittelwert			29	
Median			30	
Minimum			0	
Maximum			77	
Fälle mit gesicherter Diagnosestellung innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt	**39**	**11 %**		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose nicht im Rahmen einer U-Untersuchung	**93**	**25 %**	33	*MW Alter der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung*
darunter:				

[17] Es ist plausibel, dass die KJÄ in den Falldokumentationen häufiger „allgemein“ über eine erste Auffälligkeit im Rahmen der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* berichteten, als sie diese Auffälligkeit konkret angeben (konnten). Die Kinder-Richtlinie gibt die obligaten Inhalte der Anamneseerhebung vor, die einen Rahmen für das Anamnesegespräch bilden. Unter der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* fasst die Kinder-Richtlinie ausgewählte, relevante Entwicklungsziele aus den verschiedenen Entwicklungsbereichen zusammen und beschreibt diese präzise und verfolgt auch in diesem Teil der U-Untersuchungen nicht den Anspruch einer vollständigen Abdeckung aller möglichen Entwicklungsziele.

Kennzahl	Anzahl	Anteil	Alter in Monaten	*Hinweis*
- In der teilnehmenden Praxis wurden außerhalb von U-Untersuchungen erste Auffälligkeiten festgestellt, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben.	74	80 %	31	
- Die Diagnose wurde ab der vierten Woche nach der Geburt des Kindes von einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt gestellt und in die Patientenakte der teilnehmenden Praxis übernommen.	6	6 %	36	
- Sonstiges	11	12 %	38	
- Keine Angabe	2	2 %		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose im Rahmen einer U-Untersuchung	**237**	**64 %**	**27**	*MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit*
darunter:				*ein Fall ohne Angabe der konkreten U-Untersuchung*
- erste Auffälligkeit in der U3	32	14 %	1	
- erste Auffälligkeit in der U4	21	9 %	3	
- erste Auffälligkeit in der U5	14	6 %	6	
- erste Auffälligkeit in der U6	11	5 %	11	
- erste Auffälligkeit in der U7	56	24 %	24	
- erste Auffälligkeit in der U7a	39	16 %	37	
- erste Auffälligkeit in der U8	38	16 %	48	
- erste Auffälligkeit in der U9	25	11 %	62	
Median Alter der ersten Auffälligkeit			24	
Teil der U-Untersuchung, in dem die erste(n) Auffälligkeit(en) festgestellt wurde(n), die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben				*- MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung* *- Anteil an allen Fällen mit erster Auffälligkeit in einer U-Untersuchung*
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese*	130	55 %	31	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	146	62 %	32	
- erste Auffälligkeit im Rahmen der körperlichen Untersuchung	130	55 %	22	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	158	67 %	32	
darunter:				

Kennzahl	Anzahl	Anteil	Alter in Monaten	*Hinweis*
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Anamnese*	109	69 %		*vgl. Tabelle 23*
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	137	86 %		
Abweichung zwischen dem Lebensmonat der gesicherten Diagnosestellung und dem Lebensmonat, in dem die erste(n) Auffälligkeit(n) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde(n)	52	33 %	16	*MW der Altersdifferenz zwischen den Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit(en) in einer U-Untersuchung und dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung*

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkungen: MW = Mittelwert

Unter den 158 Falldokumentationen mit konkreten Angaben zu mindestens einer im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten ersten Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat (Tabelle 22), findet sich zu 62 Fällen (39 %) die Angabe, dass die KJÄ im Rahmen der aktuellen Anamnese von den Eltern darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass diese mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden sind und zu 45 Fällen (28 %) die Angabe, dass die Eltern die KJÄ (ggf. zusätzlich) darüber informiert haben , dass ihr Kind von der Umgebung nicht gut verstanden wird. In 7 % aller Fälle (n = 11) teilten die Eltern den KJÄ während der U-Untersuchung mit, dass sie das Essverhalten ihres Kindes als nicht altersgemäß erachten, in 6 % aller Fälle (n = 9), dass sie mit dem Hörvermögen ihres Kindes „nicht zufrieden“ sind und in weiteren 6 % aller Fälle (n = 9), dass ihr Kind Schwierigkeiten beim Trinken hat, erbricht, Schluckstörungen hat und/oder sich nicht altersgemäß ernährt. In der Familienanamnese wurde bezüglich der gemäß der Kinder-Richtlinie obligaten Inhalte bzw. Themen nur in zwei Fällen eine erste Auffälligkeit festgestellt. Im Rahmen der Sozialanamnese zeigten sich bei 10 % der 158 Fälle (n = 16) auf die Betreuungssituation bezogene erste Auffälligkeiten und bei 21 % der Fälle (n = 33) erste Auffälligkeiten, die sich auf besondere Belastungen in der Familie bezogen.

Bezogen auf im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellte erste Auffälligkeiten, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben, findet sich zu 87 der 158 Fälle (55 %) die Angabe, dass sich hinsichtlich der für die Spracheentwicklung formulierten Ziele erste Auffälligkeiten zeigten. Erste Auffälligkeiten zeigten sich in 30 % der Fälle bei den auf die Interaktion/Kommunikation ausgerichteten Entwicklungszielen (n = 47), in 28 % der Fälle bei den auf die soziale/emotionale Kompetenz ausgerichteten Entwicklungszielen (n = 44), in 21 % der Fälle bei den Entwicklungszielen für die Feinmotorik (n = 33) und in 20 % der Fälle bei den Entwicklungszielen für die Grobmotorik (n = 32). 11 % bis 16 % aller

Fälle waren bei den übrigen Entwicklungszielen aus dem Untersuchungsteil *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* erstmalig in einer der U-Untersuchungen auffällig (Tabelle 23).

Tabelle 23: Alle Falldokumentationen – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden

Teil der U-Untersuchung	Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie	Anzahl	Anteil*
Aktuelle Anamnese	Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung	5	3 %
	Auffälliges Schreien	4	3 %
	Schwierigkeiten beim Trinken, Erbrechen, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung	9	6 %
	Abnorme Stühle	2	1 %
	Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)	0	0 %
	Essverhalten nicht altersgemäß	11	7 %
	Hörvermögen	9	6 %
	Regelmäßiges Schnarchen	3	2 %
	Eltern: Mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden	62	39 %
	Eltern: Kind wird von der Umgebung nicht gut verstanden	45	28 %
	Eltern: Kind stottert	4	3 %
Familienanamnese	Augenerkrankungen	1	1 %
	Hörstörungen	1	1 %
	Immundefekte	0	0 %
Sozialanamnese	Betreuungssituation	16	10 %
	Besondere Belastungen in der Familie	33	21 %
Orientierende Beurteilung der Entwicklung	Grobmotorik	32	20 %
	Feinmotorik	33	21 %
	Perzeption/Kognition	25	16 %
	Soziale/emotionale Kompetenz	44	28 %
	Sprache	87	55 %
	Stimmung/Affekt	17	11 %
	Kontakt/Kommunikation	23	14 %
	Regulation/Stimulation	24	15 %
	Hinweise auf weitere Auffälligkeiten	17	11 %
	Interaktion/Kommunikation	47	30 %

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkung: * Anteil an allen Fällen mit Feststellung der ersten Auffälligkeit(en) in der Anamnese und/oder der Orientierenden Beurteilung der Entwicklung im Rahmen einer U-Untersuchung

4.6.4.2 Ergebnisse für die Diagnosegruppe F80–F89 (*Entwicklungsstörungen*)

Etwa ein Drittel aller 369 Falldokumentationen entfallen auf die Diagnosegruppe F80–F90 (*Entwicklungsstörungen*) (n = 125). Das Alter dieser Fälle belief sich zum Zeitpunkt der Diagnosestellung im Durchschnitt auf 41 Monate (Medianwert: 46 Monate). Diese und alle folgenden Ergebnisse sind in der Tabelle 24 dargestellt

Bei 15 % der Fälle mit einer gesichert gestellten Diagnose aus der Gruppe F80–F89 (n = 19 von n = 125) wurde eine erste Auffälligkeit bezüglich der dokumentierten Diagnose **nicht im Rahmen einer Untersuchung U3–U9** festgestellt. Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit außerhalb der Früherkennungsuntersuchungen U3–U9 etwa 36 Monate alt. In 95 % dieser Fälle (n = 18) wurde die erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, von den dokumentierenden KJÄ selbst außerhalb von U-Untersuchungen festgestellt.

Bei 84 % der Fälle mit einer gesichert gestellten Diagnose aus der Gruppe F80–F89 (n = 105 von n = 125) war die erste diesbezügliche Auffälligkeit von den dokumentierenden KJÄ **in einer Untersuchung U3–U9** festgestellt worden. Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit auf diesem Weg etwa 37 Monate alt (Medianwert: 36 Monate). Auf eine Entwicklungsstörung hinweisende erste Auffälligkeiten wurden bis auf wenige Ausnahmen in den Untersuchungen U7–U9 festgestellt.

Bei 75 % der in einer U-Untersuchung auffälligen Kinder wurde eine erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, im Rahmen der *Anamnese* (n = 79 von n = 105) und bei 94 % im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* (n = 99) festgestellt. Die Kinder waren zum Zeitpunkt dieser Feststellung im Durchschnitt 36 beziehungsweise 38 Monate alt.[18] Insgesamt wurden die ersten Auffälligkeiten bei 100 der 105 Fälle (95 %) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt (Durchschnittalter: 37 Monate). Für 70 % dieser Fälle (n = 70) machten die KJÄ auch mindestens eine Angabe zu der in der Anamneseerhebung festgestellten konkreten Auffälligkeit und in 96 % dieser Fälle (n = 96) zu der im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten Auffälligkeit, die im Einzelnen in der Tabelle 25 dargestellt sind.

Bei 31 % aller Kindern, bei denen eine erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde (n = 31), erfolgte die gesicherte Diagnosestellung nicht direkt zum Zeitpunkt bzw. im Lebensmonat der Inanspruchnahme der jeweiligen U-Untersuchung, sondern im Durchschnitt 17 Monate nach der Feststellung der ersten Auffälligkeit.

[18] Erste Auffälligkeiten im Rahmen der körperlichen Untersuchung zeigten sich bei 30 % aller Kinder mit einer ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung (n = 32) (Durchschnittalter: 38 Monate).

Tabelle 24: ICD-10-Gruppe: F80–F89 *Entwicklungsstörungen* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen

Kennzahl	**Anzahl**	**Anteil**	**Alter in Monaten**	***Hinweis***
Falldokumentationen	**125**	33,9 %		*Anteil an allen gültigen Falldokumentationen*
Alter bei erstmaliger gesicherter Diagnosestellung zum Zeitpunkt der Dokumentation in der Patientenakte der an der Falldokumentation teilnehmenden KJÄ				
Mittelwert			41	
Median			46	
Minimum			1	
Maximum			72	
Fälle mit gesicherter Diagnosestellung innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt	**1**	**1 %**		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose nicht im Rahmen einer U-Untersuchung	**19**	**15 %**	36	*MW Alter der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung*
darunter:				
- In der teilnehmenden Praxis wurden außerhalb von U-Untersuchungen erste Auffälligkeiten festgestellt, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben.	18	95 %	35	
- Die Diagnose wurde ab der vierten Woche nach der Geburt des Kindes von einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt gestellt und in die Patientenakte der teilnehmenden Praxis übernommen.	0	0 %	-	
- Sonstiges	1	5 %	56	
- Keine Angabe	0	0 %		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose im Rahmen einer U-Untersuchung	**105**	**84 %**	**37**	*MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit*
darunter:				
- erste Auffälligkeit in der U3	0	0 %	-	
- erste Auffälligkeit in der U4	3	3 %	3	
- erste Auffälligkeit in der U5	3	3 %	7	
- erste Auffälligkeit in der U6	2	2 %	12	
- erste Auffälligkeit in der U7	35	33 %	25	
- erste Auffälligkeit in der U7a	20	19 %	37	

Kennzahl	Anzahl	Anteil	Alter in Monaten	*Hinweis*
- erste Auffälligkeit in der U8	25	24 %	46	
- erste Auffälligkeit in der U9	17	16 %	62	
Median Alter der ersten Auffälligkeit			36	
Teil der U-Untersuchung, in dem die erste(n) Auffälligkeit(en) festgestellt wurde(n), die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben				*- MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung* *- Anteil an allen Fällen mit erster Auffälligkeit in einer U-Untersuchung*
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese*	79	75 %	36	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	99	94 %	38	
- erste Auffälligkeit im Rahmen der körperlichen Untersuchung	32	30 %	38	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* darunter:	100	95 %	37	
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Anamnese*	70	70 %		*vgl. Tabelle 25*
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	96	96 %		
Abweichung zwischen dem Lebensmonat der gesicherten Diagnosestellung und dem Lebensmonat, in dem die erste(n) Auffälligkeit(n) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde(n)	31	31 %	17	*MW der Altersdifferenz zwischen den Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit(en) in einer U-Untersuchung und dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung*

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkungen: MW = Mittelwert

In der Hälfte der 100 Falldokumentationen mit konkreten Angaben zu mindestens einer im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten ersten Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat (Tabelle 24), findet sich in die Angabe, dass die KJÄ im Rahmen der aktuellen Anamnese von den Eltern darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass diese mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden sind. Bei 38 % der Fälle (n = 38) bestand die erste Auffälligkeit, die zur Stellung einer Diagnose aus der Diagnosegruppe F80–F89 (*Entwicklungsstörungen*) beigetragen hat, im Hinweis der Eltern

darauf, dass ihr Kind von der Umgebung nicht gut verstanden wird. In der Familienanamnese zeigte sich bei keinem der dokumentierten Fälle eine Auffälligkeit auf eine dieser Diagnosen. Im Rahmen der Sozialanamnese ergaben sich bei 9 % der Fälle (n = 9) auf die Betreuungssituation bezogene erste Auffälligkeiten und bei 19 % der Fälle (n = 19) erste Auffälligkeiten, die sich auf besondere Belastungen in der Familie bezogen. Im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* wurden erste Auffälligkeiten vor allem bezogen auf die sprachlichen Entwicklungsziele (71 %, n = 71) und die Interaktion/Kommunikation (35 %, n = 35) festgestellt. Bei 29 % der Fälle (n = 29) zeigten sich erste Auffälligkeiten bei den auf die Überprüfung der Feinmotorik gerichteten Elterngesprächen und Tests. Bei 27 % der Fälle (n = 27) wurden erste Auffälligkeiten im Bereich soziale/emotionale Kompetenz dokumentiert. Auffälligkeiten bei den übrigen in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* obligat zu untersuchenden Entwicklungszielen zeigten sich bei weniger als 20 % aller Fälle mit einer Diagnose aus der Diagnosegruppe F80–F89 (Tabelle 25).

Tabelle 25: ICD-10-Gruppe: F80–F89 *Entwicklungsstörungen* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden

Teil der U-Untersuchung	Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie	Anzahl	Anteil*
Aktuelle Anamnese	Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung	1	1 %
	Auffälliges Schreien	1	1 %
	Schwierigkeiten beim Trinken, Erbrechen, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung	3	3 %
	Abnorme Stühle	1	1 %
	Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)	0	0 %
	Essverhalten nicht altersgemäß	5	5 %
	Hörvermögen	6	6 %
	Regelmäßiges Schnarchen	3	3 %
	Eltern: Mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden	50	50 %
	Eltern: Kind wird von der Umgebung nicht gut verstanden	38	38 %
	Eltern: Kind stottert	3	3 %
Familienanamnese	Augenerkrankungen	0	0 %
	Hörstörungen	0	0 %
	Immundefekte	0	0 %
Sozialanamnese	Betreuungssituation	9	9 %
	Besondere Belastungen in der Familie	19	19 %
Orientierende Beurteilung der Entwicklung	Grobmotorik	18	18 %
	Feinmotorik	29	29 %
	Perzeption/Kognition	19	19 %

	Soziale/emotionale Kompetenz	27	27 %
	Sprache	71	71 %
	Stimmung/Affekt	10	10 %
	Kontakt/Kommunikation	18	18 %
	Regulation/Stimulation	13	13 %
	Hinweise auf weitere Auffälligkeiten	9	9 %
	Interaktion/Kommunikation	35	35 %

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkung: * Anteil an allen Fällen mit Feststellung der ersten Auffälligkeit(en) in der Anamnese und/oder der Orientierenden Beurteilung der Entwicklung im Rahmen einer U-Untersuchung

4.6.4.3 Ergebnisse für die Diagnosegruppe F90–F98 (*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*)

41 aller 369 Falldokumentationen (11 %) entfallen auf die Diagnosegruppe F90–F98 (*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) (n = 41).[19] Das Alter dieser Fälle belief sich zum Zeitpunkt der Diagnosestellung im Durchschnitt auf 41 Monate (Medianwert: 44 Monate). Diese und alle folgenden Ergebnisse sind in der Tabelle 26 dargestellt.

Bei 49 % der Fälle (n = 20 von n = 41) wurde eine erste Auffälligkeit bezüglich der dokumentierten Diagnose **nicht im Rahmen einer Untersuchung U3–U9** festgestellt, was einen vergleichsweise hohen Anteil darstellt. Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit außerhalb der Früherkennungsuntersuchungen U3–U9 etwa 46 Monate alt. In 70 % dieser Fälle (n = 14) wurde die erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, von den dokumentierenden KJÄ selbst außerhalb von U-Untersuchungen festgestellt. In fünf Fällen (25 %) ergaben sich die ersten Hinweise auf eine *Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend* außerhalb von Arztpraxen. In vier dieser Fälle wurden die Eltern von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kindertagesstätte ihres Kindes auf Auffälligkeiten hingewiesen.

Bei weiteren 49 % der Fälle (n = 20 von n = 41) war die erste Auffälligkeit bezüglich der dokumentierten Diagnose **in einer Untersuchung U3–U9** von den dokumentierenden KJÄ festgestellt worden. Im Durchschnitt waren diese Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit etwa 32 Monate alt (Medianwert: 35 Monate). Diese ersten Auffälligkeiten wurden vor allem in den Früherkennungsuntersuchungen U7 und U8 festgestellt.

Bei 95 % der in einer U-Untersuchung auffälligen Kinder (n = 19 von n = 20) wurde eine erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, im Rahmen der *Anamnese* und bei 80 % der Kinder (n = 16) im Rahmen der *Orientierenden*

[19] Es liegen Falldokumentationen zu allen Diagnosen aus dieser Gruppe mit Ausnahmen der Ticstörungen (Diagnose F95.-) vor.

Beurteilung der Entwicklung festgestellt. Die Kinder waren zum Zeitpunkt dieser Feststellung einer ersten Auffälligkeit im Durchschnitt 32 Monate alt.[20] Insgesamt wurden bei fast allen diesen Fällen (n = 19) erste Auffälligkeiten auf die jeweilige Diagnose im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt (Durchschnittsalter: 31 Monate). Für 84 % diese Fälle (n = 16) machten die dokumentierten KJÄ auch mindestens eine Angabe zu der in der Anamneseerhebung festgestellten konkreten Auffälligkeit und in 80 % dieser Fälle (n = 15) zu der im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten ersten Auffälligkeit, die im Einzelnen in der Tabelle 27 dargestellt sind.

Bei 37 % aller Kinder, bei denen eine erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde, erfolgte die gesicherte Diagnosestellung nicht direkt zum Zeitpunkt bzw. im Lebensmonat der Inanspruchnahme der jeweiligen U-Untersuchung, sondern im Durchschnitt 17 Monate nach der Feststellung der ersten Auffälligkeit.

Tabelle 26: ICD-10-Gruppe: F90–F98 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen

Kennzahl	**Anzahl**	**Anteil**	**Alter in Monaten**	***Hinweis***
Falldokumentationen	**41**	11,1 %		*Anteil an allen gültigen Falldokumentationen*
Alter bei erstmaliger gesicherter Diagnosestellung zum Zeitpunkt der Dokumentation in der Patientenakte der an der Falldokumentation teilnehmenden KJÄ				
Mittelwert			41	
Median			44	
Minimum			1	
Maximum			67	
Fälle mit gesicherter Diagnosestellung innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt	**1**	**2 %**		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose nicht im Rahmen einer U-Untersuchung	**20**	**49 %**	46	*MW Alter der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung*
darunter:				

[20] Erste Auffälligkeiten im Rahmen der körperlichen Untersuchung zeigten sich bei 15 % aller Kinder mit einer ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung (n = 3) (Durchschnittalter: 23 Monate).

Kennzahl	Anzahl	Anteil	Alter in Monaten	*Hinweis*
- In der teilnehmenden Praxis wurden außerhalb von U-Untersuchungen erste Auffälligkeiten festgestellt, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben.	14	70 %	47	
- Die Diagnose wurde ab der vierten Woche nach der Geburt des Kindes von einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt gestellt und in die Patientenakte der teilnehmenden Praxis übernommen.	0	0 %	-	
- Sonstiges	5	25 %	43	
- Keine Angabe	1	5 %		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose im Rahmen einer U-Untersuchung	**20**	**49 %**	**32**	*MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit*
darunter:				
- erste Auffälligkeit in der U3	0	0 %	-	
- erste Auffälligkeit in der U4	1	5 %	3	
- erste Auffälligkeit in der U5	1	5 %	5	
- erste Auffälligkeit in der U6	2	10 %	11	
- erste Auffälligkeit in der U7	5	25 %	24	
- erste Auffälligkeit in der U7a	6	30 %	37	
- erste Auffälligkeit in der U8	3	15 %	49	
- erste Auffälligkeit in der U9	2	10 %	62	
Median Alter der ersten Auffälligkeit			35	
Teil der U-Untersuchung, in dem die erste(n) Auffälligkeit(en) festgestellt wurde(n), die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben				*- MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung* *- Anteil an allen Fällen mit erster Auffälligkeit in einer U-Untersuchung*
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese*	19	95 %	32	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	16	80 %	32	
- erste Auffälligkeit im Rahmen der körperlichen Untersuchung	3	15 %	23	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	19	100 %	31	
darunter:				

Kennzahl	Anzahl	Anteil	Alter in Monaten	*Hinweis*
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Anamnese*	16	80 %		*vgl. Tabelle 27*
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	15	75 %		
Abweichung zwischen dem Lebensmonat der gesicherten Diagnosestellung und dem Lebensmonat, in dem die erste(n) Auffälligkeit(n) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde(n)	7	35 %	24	*MW der Altersdifferenz zwischen den Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit(en) in einer U-Untersuchung und dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung*

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkungen: MW = Mittelwert

In 32 % der 19 Falldokumentationen mit konkreten Angaben zu mindestens einer im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten ersten Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat (Tabelle 26), findet sich in die Angabe, dass die KJÄ im Rahmen der aktuellen Anamnese von den Eltern darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass diese mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden sind. In 21 % aller Fälle (n = 4) bestand die erste Auffälligkeit, die zur Stellung einer Diagnose aus der Diagnosegruppe F90–F98 beigetragen hat, im Hinweis der Eltern darauf, dass ihr Kind von der Umgebung nicht gut verstanden wird. Im Rahmen der Sozialanamnese zeigten sich bei 26 % der Fälle (n = 5) auf die Betreuungssituation bezogene erste Auffälligkeiten und bei 37 % der Fälle (n = 7) erste Auffälligkeiten, die sich auf besondere Belastungen in der Familie bezogen. Erste im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellte Auffälligkeiten wurden bei diesen 19 Fällen vor allem bezogen auf die Entwicklungsziele der sozialen/emotionalen Kompetenz (58 %, n = 11), der Interaktion/Kommunikation (42 %, n = 8), der Regulation/Stimulation (37 %, n = 7) und der Sprache (32 %, n = 6) dokumentiert (Tabelle 27).

Tabelle 27: ICD-10-Gruppe: F90–F98 *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden

Teil der U-Untersuchung	Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie	Anzahl	Anteil*
Aktuelle Anamnese	Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung	0	0 %
	Auffälliges Schreien	2	11 %
	Schwierigkeiten beim Trinken, Erbrechen, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung	2	11 %
	Abnorme Stühle	1	5 %

	Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)	0	0 %
	Essverhalten nicht altersgemäß	2	11 %
	Hörvermögen	0	0 %
	Regelmäßiges Schnarchen	0	0 %
	Eltern: Mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden	6	32 %
	Eltern: Kind wird von der Umgebung nicht gut verstanden	4	21 %
	Eltern: Kind stottert	1	5 %
Familienanamnese	Augenerkrankungen	0	0 %
	Hörstörungen	0	0 %
	Immundefekte	0	0 %
Sozialanamnese	Betreuungssituation	5	26 %
	Besondere Belastungen in der Familie	7	37 %
Orientierende Beurteilung der Entwicklung	Grobmotorik	3	16 %
	Feinmotorik	1	5 %
	Perzeption/Kognition	4	21 %
	Soziale/emotionale Kompetenz	11	58 %
	Sprache	6	32 %
	Stimmung/Affekt	5	26 %
	Kontakt/Kommunikation	2	11 %
	Regulation/Stimulation	7	37 %
	Hinweise auf weitere Auffälligkeiten	0	0 %
	Interaktion/Kommunikation	8	42 %

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkung: * Anteil an allen Fällen mit Feststellung der ersten Auffälligkeit(en) in der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* im Rahmen einer U-Untersuchung

4.6.4.4 Ergebnisse für das Diagnosekapitel XVII (Q01–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*)

Etwas weniger als ein Drittel (n = 120) aller validen Falldokumentationen entfallen auf Diagnosen aus dem Diagnosekapitel XVII (Q01–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*).[21] Das Alter dieser Fälle belief sich zum Zeitpunkt der Diagnosestellung im Durchschnitt auf neun Monate (Medianwert: zwei Monate). Diese und alle folgenden Ergebnisse sind in der Tabelle 28 dargestellt.

[21] Es liegen nicht für alle einzelnen Diagnosen aus dem Diagnosekapitel XVII (Q01–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) Falldokumentationen vor. Für welche einzelnen Q-Diagnosen Falldokumentationen vorliegen, kann dem Kapitel 4.6.4.1 entnommen werden.

Für 28 % der Fälle dieser Gruppe (n = 34 von n = 120) erfolgte die gesicherte Diagnosestellung **innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt**, in denen (üblicherweise) auch die Untersuchungen U1 und U2 durchgeführt werden, die bei den Fallanalysen auftragsgemäß nicht berücksichtigt wurden.

Bei 18 % der Fälle (n = 21 von n = 120) wurde eine erste Auffälligkeit bezüglich der dokumentierten Diagnose **nicht im Rahmen einer Untersuchung U3–U9** festgestellt. Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit außerhalb der Untersuchungen U3–U9 etwa elf Monate alt. In 95 % dieser Fälle (n = 20) wurde die Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, von den dokumentierenden KJÄ selbst außerhalb von U-Untersuchungen festgestellt.

Bei 54 % der Fälle (n = 65 von n = 120) war die erste Auffälligkeit bezüglich der dokumentierten Diagnose **in einer Untersuchung U3–U9** von den dokumentierenden KJÄ festgestellt worden. Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung einer Auffälligkeit in dieser Fallgruppe etwa zwölf Monate alt (Medianwert: drei Monate). Diese auf angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien hinweisenden ersten Auffälligkeiten wurden zu 43 % in der U3 (n = 28) und zu 22 % (n = 14) in der U4 festgestellt. Bei den übrigen 22 Kindern[22] wurden die ersten Auffälligkeiten zu Anteilen von 5 % bis 8 % verteilt auf die U5–U9 festgestellt.

Bei 14 % der in einer U-Untersuchung auffälligen Kinder (n = 9 von n = 65) wurde eine erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, im Rahmen der *Anamnese* und bei 14 % der Kinder (n = 9) im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt. Die Kinder waren zum Zeitpunkt dieser Feststellung einer ersten Auffälligkeit im Durchschnitt acht Monate alt. Erste Auffälligkeiten in den Untersuchungen U3–U9 zeigten sich bei den Kindern mit einer Q-Diagnose nahezu durchweg (auch) im Rahmen der körperlichen Untersuchung (97 % aller Kinder, n = 63; Durchschnittalter: zwölf Monate). Insgesamt wurden bei nur 15 % der dokumentierten Fälle mit ersten Auffälligkeiten in einer U-Untersuchung erste Auffälligkeiten bzgl. der jeweiligen Diagnose im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt (n = 10) (Durchschnittalter: sieben Monate). In 50 % dieser Fälle (n = 5) machten die KJÄ auch mindestens eine Angabe zu der in der Anamneseerhebung festgestellte konkreten Auffälligkeit und in 70 % der Fälle (n = 7) zu der im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten Auffälligkeit, die im Einzelnen in der Tabelle 27 dargestellt sind.

Bei 20 % der Kinder, bei denen eine erste Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat, im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde, erfolgte die gesicherte Diagnosestellung nicht direkt zum Zeitpunkt bzw. im Lebensmonat der Inanspruchnahme der

[22] Für einen Fall liegt keine Angabe zur konkreten U-Untersuchung vor.

jeweiligen U-Untersuchung, sondern im Durchschnitt zwei Monate nach der Feststellung der ersten Auffälligkeit.

Tabelle 28: ICD-10-Kapitel XVII: Q01–Q99 *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien* – Gesamtschau der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalysen

Kennzahl	**Anzahl**	**Anteil**	**Alter in Monaten**	***Hinweis***
Falldokumentationen	**120**	32,5 %		*Anteil an allen gültigen Falldokumentationen*
Alter bei erstmaliger gesicherter Diagnosestellung zum Zeitpunkt der Dokumentation in der Patientenakte der an der Falldokumentation teilnehmenden KJÄ				
Mittelwert			9	
Median			2	
Minimum			0	
Maximum			65	
Fälle mit gesicherter Diagnosestellung innerhalb der ersten drei Wochen nach der Geburt	**34**	**28 %**		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose nicht im Rahmen einer U-Untersuchung	**21**	**18 %**	11	*MW Alter der erstmaligen gesicherten Diagnosestellung*
darunter:				
- In der teilnehmenden Praxis wurden außerhalb von U-Untersuchungen erste Auffälligkeiten festgestellt, die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben.	20	95 %	11	
- Die Diagnose wurde ab der vierten Woche nach der Geburt des Kindes von einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt gestellt und in die Patientenakte der teilnehmenden Praxis übernommen.	0	0 %	-	
- Sonstiges	1	5 %	5	
- Keine Angabe	0	0 %		
Fälle mit Feststellung der ersten Auffälligkeit bzgl. der Diagnose im Rahmen einer U-Untersuchung	**65**	**54 %**	**12**	*MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit*
darunter:				*ein Fall ohne Angabe der konkreten U-Untersuchung*
- erste Auffälligkeit in der U3	28	43 %	1	
- erste Auffälligkeit in der U4	14	22 %	3	
- erste Auffälligkeit in der U5	4	6 %	6	

Kennzahl	Anzahl	Anteil	Alter in Monaten	*Hinweis*
- erste Auffälligkeit in der U6	3	5 %	11	
- erste Auffälligkeit in der U7	4	6 %	23	
- erste Auffälligkeit in der U7a	3	5 %	37	
- erste Auffälligkeit in der U8	5	8 %	48	
- erste Auffälligkeit in der U9	3	5 %	63	
Median Alter der ersten Auffälligkeit			3	
Teil der U-Untersuchung, in dem die erste(n) Auffälligkeit(en) festgestellt wurde(n), die zur Stellung der Diagnose beigetragen haben				*- MW Alter zum Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit in einer U-Untersuchung* *- Anteil an allen Fällen mit erster Auffälligkeit in einer U-Untersuchung*
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese*	9	14 %	8	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	9	14 %	8	
- erste Auffälligkeit im Rahmen der körperlichen Untersuchung	63	97 %	12	
- erste Auffälligkeit(en) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	10	15 %	7	
darunter:				
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Anamnese*	5	50 %		*vgl. Tabelle 29*
- auch mit Angabe zu mindestens einer konkreten Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*	7	70 %		
Abweichung zwischen dem Lebensmonat der gesicherten Diagnosestellung und dem Lebensmonat, in dem die erste(n) Auffälligkeit(n) im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurde(n)	2	20 %	2	*MW der Altersdifferenz zwischen den Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit(en) in einer U-Untersuchung und dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung*

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkungen: MW = Mittelwert

In 20 % der Falldokumentationen (n = 2 von n = 10) mit konkreten Angaben zu mindestens einer im Rahmen der *Anamnese* und/oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellten ersten Auffälligkeit, die zur Stellung der Diagnose beigetragen hat (Tabelle 28), findet sich die Angabe, dass die KJÄ im Rahmen der

aktuellen Anamnese von den Eltern informiert wurden, dass es seit der letzten Untersuchung zu einer schwerwiegenden Erkrankung des Kindes gekommen ist. In 20 % aller Fälle bestand die erste Auffälligkeit, die zur Stellung einer Diagnose aus dem Diagnosekapitel XVII beigetragen hat, im Hinweis der Eltern darauf, dass ihr Kind Schwierigkeiten beim Trinken hat, sich erbricht, Schluckstörungen hat oder sich nicht altersgemäß ernährt. Weiterhin wurden je ein Mal aufgeführt, dass das Essverhalten des Kindes nicht altersgemäß ist, das Kind von der Umgebung nicht gut verstanden wird und/oder, dass besondere Belastungen in der Familie vorliegen. Erste Auffälligkeiten im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* ergaben sich bei vier der zehn Kinder aus den bei grobmotorischen Fähigkeiten nicht erreichten Entwicklungszielen und bei vier von zehn Kinder aufgrund von Hinweisen auf weitere Auffälligkeiten (Tabelle 29).

Tabelle 29: ICD-10-Kapitel XVII: Q01–Q99 *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien* – Auffälligkeiten, die bei den U-Untersuchungen in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* festgestellt wurden

Teil der U-Untersuchung	Auffälligkeit gemäß der Kinder-Richtlinie	Anzahl	Anteil*
Aktuelle Anamnese	Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung	2	20 %
	Auffälliges Schreien	0	0 %
	Schwierigkeiten beim Trinken, Erbrechen, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung	2	20 %
	Abnorme Stühle	0	0 %
	Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)	0	0 %
	Essverhalten nicht altersgemäß	1	10 %
	Hörvermögen	0	0 %
	Regelmäßiges Schnarchen	0	0 %
	Eltern: Mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden	0	0 %
	Eltern: Kind wird von der Umgebung nicht gut verstanden	1	10 %
	Eltern: Kind stottert	0	0 %
Familienanamnese	Augenerkrankungen	0	0 %
	Hörstörungen	0	0 %
	Immundefekte	0	0 %
Sozialanamnese	Betreuungssituation	0	0 %
	Besondere Belastungen in der Familie	1	10 %
Orientierende Beurteilung der Entwicklung	Grobmotorik	4	40 %
	Feinmotorik	0	0 %
	Perzeption/Kognition	0	0 %
	Soziale/emotionale Kompetenz	1	10 %
	Sprache	0	0 %

	Stimmung/Affekt	0	0 %
	Kontakt/Kommunikation	0	0 %
	Regulation/Stimulation	1	10 %
	Hinweise auf weitere Auffälligkeiten	4	40 %
	Interaktion/Kommunikation	0	0 %

Quelle: IGES basierend auf retrospektiven Fallanalysen
Anmerkung: * Anteil an allen Fällen mit Feststellung der ersten Auffälligkeit(en) in der Anamnese und/oder der Orientierenden Beurteilung der Entwicklung im Rahmen einer U-Untersuchung

4.7 Information und Beratung der Eltern (U2–U9)

4.7.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurden primärpräventive Beratungsinhalte verbindlich in die U2 bis U9 aufgenommen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 17). In der Richtlinie werden hierzu für jede U-Untersuchung unter der Überschrift *Beratung* Themen aufgeführt, die im Rahmen einer entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung vor allem angesprochen werden sollen (Tabelle 30). Die Themen werden auch im Gelben Heft im Abschnitt *Beratung* aufgeführt und sollen angekreuzt werden, wenn ein erweiterter Beratungsbedarf festgestellt wird.

In der vor dem 01.09.2016 gültigen Fassung der Kinder-Richtlinie gab es keine analogen Vorgaben bezüglich der Beratung. In der U3, U5 und U6 wurde jedoch erwähnt, dass „Hinweise“ erfolgen sollen: In der U3 „Ernährungshinweise im Hinblick auf Mundgesundheit“, in der U5 „Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung“ und in der U6 „Hinweise zur Zahnpflege“. Im Gelben Heft wurde lediglich dokumentiert, ob eine Aufklärung über Impfungen erfolgte. Weitere Dokumentationsfelder bezüglich Beratung gab es nicht.

Tabelle 30: Übersicht der Themen gemäß Kinder-Richtlinie für die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung

U	Themen für Beratung
U2	◆ 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)
U3	◆ Plötzlicher Kindstod ◆ Unfallverhütung

U	Themen für Beratung
	◆ 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)
U4	◆ 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
U5	◆ 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
U6	◆ 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)

U	Themen für Beratung
	◆ Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
U7	◆ 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
U7a	◆ 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
U8	◆ 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
U9	◆ 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

Quelle: Kinder-Richtlinie veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1

Im Rahmen der Uheft-eva wurden in Bezug auf die Beratung der Eltern folgende Evaluationsfragen untersucht:

- In welchem Umfang werden Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten in den Arztpraxen vorgehalten? (U2–U6)
- Findet eine umfassende und verständliche Beratung der Eltern statt? (U3–U5, U7a–U9)

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf Auswertungen der U-Sammelbögen und des Arztfragebogens (vgl. Kapitel 2.2.2) sowie des Elternfragebogens (vgl. Kapitel 2.3.2). Weiterhin wurde die Beratung der Eltern in den nachgehenden Interviews mit KJÄ (vgl. Kapitel 2.2.4) und in den Interviews mit Eltern (vgl. Kapitel 2.3.3) behandelt.

4.7.2 Feststellung von erweitertem Beratungsbedarf (U2–U9)

In den U-Sammelbögen gaben teilnehmende KJÄ an, bei wie vielen Themen sie im Rahmen der entsprechenden U-Untersuchung einen erweiterten Beratungsbedarf festgestellt haben. Bei 62,9 % der U-Untersuchungen (n = 27.558 von n = 43.834) wurde zu keinem Thema[23] ein erweiterter Beratungsbedarf festgestellt, bei den übrigen 37,1 % (n = 16.276) wurde jedoch zu mindestens einem Thema ein erweiterter Beratungsbedarf festgestellt. Das Auftreten von erweitertem Beratungsbedarf bei mindestens einem Thema verteilt sich weitestgehend gleichmäßig über die U-Untersuchungen und variiert zwischen 34,2 % in der U5-Untersuchung (n = 1.930) und 40,8 % in der U8-Untersuchung (n = 2.184).

Betrachtet man ferner nur die U-Untersuchungen, bei denen zu mindestens einem Thema ein erweiterter Beratungsbedarf festgestellt wurde (n = 16.276) hinsichtlich der Anzahl der identifizierten Beratungsthemen, so zeigt sich, dass bei 42,5 % der U-Untersuchungen erweiterter Beratungsbedarf zu einem Thema bestand. Bei über der Hälfte der U-Untersuchungen, in denen erweiterter Beratungsbedarf vorlag, bezog sich dieser somit auf mehr als ein Thema: Bei 22,5 % der Kinder (n = 3.663) lag zu zwei Themen erweiterter Beratungsbedarf vor, bei 14,7 % der Kinder (n = 2.396) zu drei Themen und bei einem weiteren Fünftel der Kinder (20,3 %, n = 3.307) zu vier oder mehr Themen. Das Maximum lag bei elf Themen. Die Verteilung der Anzahl Themen ist in den unterschiedlichen U-Untersuchungen ähnlich, wobei in der U2 und U3 häufiger zu vier oder mehr Themen erweiterter Beratungsbedarf festgestellt wurde und seltener zu nur einem Thema.

[23] An dieser Stelle ist anzumerken, dass bei der Erfassung der U-Sammelbögen hinsichtlich der Anzahl von festgestellten Beratungsbedarfen 0 als Ausgangswert verwendet und fehlende Werte nicht gesondert dokumentiert wurden. Die Anzahl der tatsächlichen Angaben von 0 erweiterten Beratungsbedarfen ist daher wahrscheinlich überschätzt. Aufgrund des ansonsten geringen Anteils von fehlenden Werten in den U-Sammelbögen dürfte die Überschätzung jedoch gering ausfallen.

4.7.3 Information zu regionalen Unterstützungsangeboten (U2–U6)

KJÄ sind dazu angehalten, Eltern im Rahmen der U-Untersuchungen über regionale Unterstützungsangebote zu informieren, damit diese frühzeitig wissen, wo sie im Falle von Belastungen oder Überforderung Hilfe erhalten können. Für die Uhefteva wurde für die Untersuchungen U2 bis U6 zum einen untersucht, wie viele Ärztinnen und Ärzte Informationsmaterial zu entsprechenden Unterstützungsangeboten in ihren Praxen vorhalten, zum anderen, wie viele der Eltern Informationen über regionale Unterstützungsangebote erhalten.

Teilnehmende KJÄ wurden gefragt, ob sie Informationsmaterial (z. B. Broschüren) zu regionalen Unterstützungsangeboten für Familien vorhalten, das im Rahmen der U2- bis U6-Untersuchungen angeboten werden kann. Der überwiegende Großteil der Ärztinnen und Ärzte (94,2 %, n = 598 von n = 635 validen Angaben) gab an, entsprechendes Material vorzuhalten. Nur 5,8 % (n = 37) der Ärztinnen und Ärzte hielten in ihrer Praxis kein solches Informationsmaterial vor.

Diejenigen KJÄ, die die Frage nach Informationsmaterial bejahten, wurden ferner gebeten, für eine Reihe regionaler Unterstützungsangebote anzugeben, ob *Informationsmaterial vorhanden* ist, *bei Bedarf beschafft* wird oder *nicht vorhanden* ist. Am häufigsten vorhanden waren Informationsmaterial zu *Frühen Hilfen* (89,0 %, n = 520) und *Eltern-Kind-Angeboten* (73,1 %, n = 427). Etwa die Hälfte der KJÄ hielt zudem Material zu *Familienhebammen* (54,3 %, n = 317) und dem *Öffentlichen Gesundheitsdienst* (47,4 %, n = 277) vor. Informationen zu *Familienpaten* fanden sich nur in Praxen von 13,7 % (n = 80) der befragten Ärztinnen und Ärzte. Bei Bedarf beschafft (z. B. durch eine Internetrecherche) wird nach Angabe der KJÄ am häufigsten Informationsmaterial zu folgenden Unterstützungsangeboten: *Familienpaten* (33,0 %, n = 193), *Öffentlicher Gesundheitsdienst* (28,8 %, n = 168) und *Familienhebammen* (25,0 %, n = 146). Für diese wurde am häufigsten kein Informationsmaterial vorgehalten und auch nicht nach Bedarf beschafft (*Familienpaten*: 53,3 %, n = 311; *Öffentlicher Gesundheitsdienst*: 23,8 %, n = 139; *Familienhebamme*: 20,7 %, n = 121).

KJÄ konnten zudem weitere regionale Unterstützungsangebote angeben, zu denen in ihrer Praxis entweder Informationsmaterial vorhanden ist oder bei Bedarf beschafft wird. 139 KJÄ machten hierzu eine Angabe; dies entspricht 23,2 % der KJÄ, die angaben, Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Am häufigsten wurden sonstige Beratungsangebote, wie bspw. Erziehungsberatungsstellen, psychische Beratung oder Schlafberatung, genannt (32,1 %, n = 43 von n = 139 KJÄ mit Freitextangaben bzw. 7,2 %, n = 43 von n = 598 KJÄ, die Informationsmaterial zur Verfügung stellten). Ein Teil der Ärztinnen und Ärzte nannte Informationen zur Unfallverhütung bzw. Anlaufstellen für Notfälle (11,9 % bzw. 2,7 %, n = 16), Förderangebote (9,0 % bzw. 2,0 %, n = 12) oder Informationsangebote zur Ernährung (6,0 % bzw. 1,3 %, n = 8).

Teilnehmende Eltern von Kindern, die zuletzt eine U2- bis U6-Untersuchung durchlaufen hatten, wurden gefragt, ob sie im Rahmen der jeweiligen U-Untersuchung Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Familien in ihrer Region

erhalten haben (valide Angaben n = 2.879). Die Frage wurde über alle betrachteten U-Untersuchungen hinweg von 16,0 % der Eltern (n = 460) bejaht. Acht von zehn Eltern (80,3 %, n = 2.311) gaben demgegenüber an, keine Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten erhalten zu haben, ein kleiner Teil der Eltern (3,8 %, n = 108) war sich diesbezüglich unsicher. Informationen zu Unterstützungsangeboten in ihrer Region erhielten Eltern in den früheren U-Untersuchungen häufiger. So trifft dies auf ein Fünftel bis ein Viertel der U2- und U3-Untersuchungen zu (U2: 20,2 %, n = 21; U3: 25,9 %, n = 148). In den U-Untersuchungen U4 bis U6 gaben nur noch 12 % bis 14 % der Eltern an, Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten erhalten zu haben.

Wenn Eltern Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten erhalten hatten, wurden sie gebeten, die Angebote zu benennen (valide Angaben n = 428, Mehrfachangaben möglich). Am häufigsten wurden Informationen zu *Eltern-Kind-Angeboten* (57,7 %, n = 247 von n = 428 Eltern, die Informationen erhielten und dazu valide Angaben machten) und *Frühen Hilfen* (48,4 %, n = 207) genannt. Betrachtet man die einzelnen U-Untersuchungen, liegt der Anteil der Eltern, die zu *Eltern-Kind-Angeboten* Informationen erhalten haben, in den U2- bis U5-Untersuchungen bei jeweils etwas über der Hälfte der Eltern (57,1 % bis 60,9 %), in der U6 liegt er bei 50,0 % (n = 40). *Frühe Hilfen* wurden in früheren U-Untersuchungen besonders häufig, in späteren U-Untersuchungen seltener genannt: in der U2 erhielten 61,9 % der Eltern (n = 13), die Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten erhalten hatten, Informationen zu *Frühen Hilfen*. Der Anteil sinkt mit zunehmendem Kindesalter auf nur noch 38,8 % in der U6 (n = 31). Frühe Hilfen richten sich an Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2022). Insofern sind diese Angebote auch für Kinder, die zur U6 kommen, relevant. Der Informationsbedarf bei Eltern mit Kindern in diesem Alter könnte jedoch geringer sein, wenn sie zuvor bereits über die Angebote informiert wurden.

Informationen zum *Öffentlichen Gesundheitsdienst* erhielten insgesamt 19,4 % (n = 83), zu einer *Familienhebamme* 11,2 % (n = 48) und zu *Familienpaten* 5,4 % (n = 23) der Eltern, die die Frage nach erhaltenen Informationen zu Unterstützungsangeboten in ihrer Region bejaht haben. Informationen zu einer *Familienhebamme* und zu *Familienpaten* in ihrer Nähe erhielten Eltern – analog zu den *Frühen Hilfen* – in der U2 und U3 am häufigsten und mit zunehmendem Kindesalter seltener (nur noch 3,8 % bzw. 1,2 % in der U6). Die Häufigkeit von Informationen zum *Öffentlichen Gesundheitsdienst* bleibt demgegenüber vergleichsweise konstant (U2: 23,8 %, n = 5; U6: 17,5 %, n = 14). Insgesamt 14,7 % der Eltern (n = 63) berichteten Informationen zu sonstigen Unterstützungsangeboten in ihrer Region erhalten zu haben.

Eltern, die Informationen zu sonstigen regionalen Unterstützungsangeboten erhalten hatten, konnten in einem Freitext die Art der Angebote beschreiben. Am häufigsten nannten Eltern dabei Informationen zur Unfallverhütung und Anlaufstellen für Notfälle (27,0 %, n = 17 von n = 59 Eltern mit Freitextangaben bzw. 4,0 %, n = 17 von n = 428 Eltern, die Informationen erhielten und dazu valide Angaben

machten). Häufig genannt wurden zudem sonstige Beratungsstellen, wie bspw. Elterntelefon oder Schlafberatung (23,8 % bzw. 3,5 %, n = 15). Weiterhin wurden Informationsangebote zur Ernährung, Angebote zur Förderung/Frühförderung und einzelne sonstige Angebote genannt.

4.7.4 Wahrnehmung der Beratung durch Eltern (U3–U5, U7a–U9)

An der Uheft-eva teilnehmende Eltern wurden gefragt, ob sie während des Elterngesprächs im Rahmen der letzten U-Untersuchung ihres Kindes zu allen von ihnen gewünschten Themen und Fragen ausführlich beraten wurden. Die Befragten konnten dabei zwischen den Antwortkategorien *ja*, *eher ja*, *eher nein* und *nein* wählen oder angeben, dass sie *keinen Bedarf* für eine Beratung hatten. Die Eltern sind mit der **Ausführlichkeit der ärztlichen Beratung** insgesamt zufrieden. Über alle diesbezüglich zu evaluierenden U-Untersuchungen hinweg (U3–U5, U7a–U9) gaben fast neun von zehn befragten Eltern an, zu allen gewünschten Themen vollständig oder eher vollständig beraten worden zu sein (89,3 %, n = 4.046 von n = 4.502 validen Angaben). Nur wenige Eltern fühlten sich (eher) nicht vollständig beraten (2,6 %, n = 112). 8,2 % gaben an, keinen Beratungsbedarf gehabt zu haben. Betrachtet man ausschließlich die Eltern, die auch einen Beratungsbedarf hatten, so fühlten sich fast alle zu allen gewünschten Themen vollständig oder eher vollständig (86,6 % bzw. 10,6 %, Summe 97,2 %) beraten. Das Antwortmuster variiert nur wenig zwischen den einzelnen U-Untersuchungen.

Zusätzlich wurden befragte Eltern darum gebeten, die Themen oder Fragen zu benennen, auf die im Rahmen der ärztlichen Beratung nicht genügend eingegangen wurde. Von den 112 Eltern, die sich (eher) nicht vollständig beraten fühlten, verfassten 83 hierzu einen Freitext. Am häufigsten fühlten sich Eltern unzureichend zu Themen rund um die Entwicklung und das Verhalten ihres Kindes beraten (28,9 %, n = 24 von n = 83 Eltern mit Freitextangaben), wobei die mangelnde Beratung zum Schlafverhalten besonders häufig Erwähnung findet. Ein Viertel der Eltern hätte sich eine eingehendere Beratung zu den Themen Stillen/Beikost und Ernährung gewünscht (25,3 %, n = 21). Ein weiteres Viertel fühlte sich unzureichend zu gesundheitlichen Problemen des Kindes bzw. den in der U-Untersuchung festgestellten Auffälligkeiten beraten (25,3 %, n = 21). Etwa ein Fünftel der Eltern vermisste mehr ärztliche Beratung zum Thema Impfungen (19,3 %, n = 16). Einige Eltern wären zudem gerne mehr über die im Gelben Heft vorgenommenen Eintragungen aufgeklärt worden, andere hätten sich Informationen zu Zähnen und zur Zahnpflege gewünscht (jeweils 6,0 %, n = 5).

Neben der Ausführlichkeit wurden Eltern auch zur **Verständlichkeit der ärztlichen Beratung** bei der letzten U-Untersuchung ihres Kindes befragt. Auf die Frage wie gut sie die Beratung der Ärztin oder des Arztes verstanden haben, konnten Eltern zwischen den Antwortkategorien *alles verstanden*, *das meiste verstanden*, *kaum etwas verstanden* oder *gar nichts verstanden* auswählen. Darüber hinaus gab es auch die Möglichkeit anzugeben, dass *kein Beratungsbedarf* bestand. Die Beratung der KJÄ beurteilten die meisten Eltern als gut verständlich. Über alle diesbezüglich

zu evaluierenden U-Untersuchungen hinweg (U3–U5, U7a–U9) haben insgesamt 86,3 % der Eltern (n = 3.890 von n = 4.505 validen Angaben) die Beratung vollständig verstanden, weitere 9,7 % (n = 439) haben die meisten Inhalte der Beratung verstanden. Nur sehr wenige Eltern antworteten, die Beratung kaum oder gar nicht verstanden zu haben (0,5 %, n = 24); ein kleiner Teil hatte keinen Beratungsbedarf (3,4 %, n = 152). Die Beurteilung der Verständlichkeit der ärztlichen Beratung unterscheidet sich kaum in Abhängigkeit von der letzten U-Untersuchung des Kindes: Betrachtet man ausschließlich die Eltern, die einen Beratungsbedarf hatten, so haben laut ihrer Selbsteinschätzung in jeder U-Untersuchung über 99 % der Eltern entweder alle oder die meisten Inhalte der Beratung verstanden.

Um näher zu beleuchten, woher – bei den wenigen Eltern, bei denen dies zutrifft – Unzufriedenheit mit der Beratung stammt, wurden acht Interviews mit Eltern durchgeführt, die im Elternfragebogen angaben, dass die Beratung durch die Ärztin oder den Arzt nicht besonders ausführlich bzw. nicht leicht zu verstehen war (Gruppe 4, vgl. Kapitel 2.3.3). Insgesamt zeigte sich in Bezug auf die Aspekte Verständlichkeit der Aussprache, persönlicher Umgang und Relevanz der Beratung eine (eher) positive Bewertung. Hingegen zweifelten die Eltern am ehesten an der Zugänglichkeit des Arztes oder der Ärztin für ihre Anliegen, an der Qualität des Zuhörens sowie an Vertrauenswürdigkeit, Vollständigkeit, Verständlichkeit bzw. Umfang der Beratung.

Mit Blick auf die Zugänglichkeit bzw. Qualität des Zuhörens ist hervorzuheben, dass über die Hälfte der Interviewten (n = 5) von positiven Erfahrungen berichten. Allerdings wurden insbesondere die eingeschränkten zeitlichen Ressourcen der Ärztinnen bzw. der Ärzte als hinderlich wahrgenommen (z. B. „Kommt auf die Anzahl eigener Fragen an und die zeitlichen Kapazitäten des Arztes.“, „In den Hochphasen im Herbst gibt es vermehrt Infekte und da bleibt weniger Zeit für die Untersuchungen, genaueres Zuhören oder Ernstnehmen war nicht immer gegeben“).

In Bezug auf Glaub- bzw. Vertrauenswürdigkeit zeigte sich, dass der Großteil der Eltern (n = 5) die Empfehlungen der Ärztinnen und Ärzte umsetzt. Jedoch wurde kritisch angemerkt, dass „[…] jedes Kind individuell ist und man nicht jede Beratung auf jedes Kind anwenden kann“ und daher „nicht unreflektiert“ jede ärztliche Empfehlung umgesetzt wird.

Zweifel an der Vollständigkeit ergaben sich primär aufgrund von zwei Arten von Erfahrungen. Zum einen blieben Fragen aufgrund von „Zeitmangel“ bzw. dem „schnellen Abarbeiten“ unbeantwortet: „Der Arzt muss die Untersuchung runterleiern, es fehlt die Zeit auf jedes Kind einzugehen“. Auf der anderen Seite berichtete eine interviewte Person von einer „abschätzigen“ Haltung der Ärztin oder des Arztes in Bezug auf die eigenen Fragen.

Während der Großteil der interviewten Eltern (n = 6) angab, dass die Beratung (eher) verständlich war, berichteten zwei Personen von negativen Erfahrungen. Einerseits wurde angemerkt, dass die Beratung aufgrund der Fachbegriffe schwer einzuordnen war und daher „eine Erklärung, die auch Laien verstehen, gefehlt

hat“. Weiterhin wurde erneut der „Zeitmangel“ der Ärztinnen und Ärzte thematisiert – dies unterstreicht die oben beschriebene Kritik. Ausgehend hiervon erscheint schlüssig, dass fast die Hälfte der Interviewten den Beratungsumfang als zu gering bewertet (z. B. „Eine Beratung in dem Sinne fand nicht statt, sondern der Arzt hat im Rahmen von weitergehenden Untersuchungen bei Auffälligkeiten beraten und Fragen beantwortet“).

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die Zufriedenheit der Eltern in Bezug auf die Beratung besonders von der zeitlichen Kapazität der Ärztinnen und Ärzte abhängt.

5. Ergebnisse der Evaluation von Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie

Die Evaluation der Neufassung der Kinder-Richtlinie umfasst zwei Teile (Kapitel 1). Nachfolgend werden die Ergebnisse des zweiten Teils – „Evaluation von Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie“ – berichtet. Die Ergebnisse zum ersten Teil – „Evaluation von Abschnitt B (Früherkennungs-untersuchungen) der Kinder-Richtlinie“ – werden in Kapitel 4 berichtet.

5.1 Änderungen durch die Neufassung und Evaluationsfragen

Mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurden die Inhalte des Gelben Hefts (Anlage 1 der Kinder-Richtlinie) grundlegend überarbeitet. Nachfolgend werden die für die Uheft-eva relevanten Unterschiede zwischen der vor dem 01.09.2016 gültigen Fassung des Gelben Hefts (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011/16.12.2010) und der danach geltenden Fassung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015) vorgestellt.

Teilnahmekarte

Die herausnehmbare Teilnahmekarte, auf der die Teilnahme an den U-Untersuchungen von der Ärztin bzw. dem Arzt bestätigt wird, wurde mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie neu eingeführt. Ziel war es, eine Möglichkeit zu schaffen, die Teilnahme an den U-Untersuchungen belegen zu können (z. B. in Kita oder Schule) ohne das gesamte Gelbe Heft, welches vertrauliche Informationen enthält, vorlegen zu müssen.

Allgemeine Elterninformation

Die allgemeine Elterninformation am Anfang des Gelben Hefts wurde im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie ausführlicher gestaltet und der Kommunikationsstil angepasst. Vor der Neufassung wurde knapp der Zweck der U-Untersuchungen erläutert und an die Eltern appelliert, die U-Untersuchungen wahrzunehmen. In der neuen Fassung des Gelben Hefts werden die U-Untersuchungen in die Entwicklung des Kindes eingeordnet und darüber ihr Stellenwert verdeutlich. Um die Eltern zur Wahrnehmung der U-Untersuchungen zu motivieren, werden Vorteile aufgeführt, die sie und ihr Kind daraus ziehen.

Datenschutzhinweis

Die Formulierung des Datenschutzhinweises wurde im Rahmen der Neufassung geändert. In der alten Fassung stand: „Dieses Untersuchungsheft enthält ärztliche Befunde über Ihr Kind. Ihr Arzt händigt es Ihnen nach jeder Untersuchung aus. Bitte bewahren Sie es sorgfältig auf. Wem Sie dieses Heft zugänglich machen wollen, entscheiden Sie selbst als Eltern (Erziehungsberechtigte).“ In der neuen Fassung weist der Datenschutzhinweis deutlicher darauf hin, dass eine Einsichtnahme in das Gelbe Heft nicht verlangt werden darf: „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."

Untersuchungen U1 bis U9

Die Vorgängerversion des Gelben Hefts hatte für die Untersuchungen U2 bis U9[24] jeweils zwei Seiten: Auf der ersten Seite konnten in drei Abschnitten (erfragte Befunde, erhobene Befunde und ergänzende Angaben) relevante auffällige Befunde bzw. Angaben angekreuzt werden. Als Freitext konnten Gründe für Unzufriedenheit der Eltern mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes (U3 bis U8) sowie entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen seit der letzten Früherkennungsuntersuchung (U4 bis U9) festgehalten werden. Auf der zweiten Seite wurden Geschlecht, Geburtsjahr, Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang, Gesamteindruck, gesicherte und abzuklärende Diagnosen sowie sonstige Bemerkungen dokumentiert. Für die U3 gab es eine weitere Seite zur Dokumentation des Hüftsonographie-Screenings.

Die seit 01.09.2016 gültige Fassung des Gelben Hefts ist wesentlich umfangreicher als die vorherige Fassung: Für die U2 sind fünf Seiten enthalten, für die U3 sieben Seiten und für die U4 bis U9 jeweils sechs Seiten. Die Seiten für die einzelnen U-Untersuchungen gliedern sich in die Abschnitte *Elterninformation*, *Notizen der Eltern*, *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* (ab der U3), *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse*. Die Elterninformation erläutert die Ziele und Inhalte der jeweiligen U-Untersuchung. In dem Abschnitt für Notizen, können die Eltern Beobachtungen festhalten, die sie mit der Ärztin oder dem Arzt besprechen möchten. In den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* sind die entsprechenden Vorgaben aus Teil B der Kinder-Richtlinie als Ankreuzfelder wiedergegeben. Die Ärztin oder der Arzt ist aufgefordert bei Auffälligkeiten bzw. erweitertem Beratungsbedarf die zutreffenden Felder anzukreuzen. Zusätzlich können *Hinweise auf Auffälligkeiten* (Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*), Gründe für Unzufriedenheit der Eltern mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes (Abschnitt *Untersuchung*) sowie Bemerkungen (Abschnitt *Beratung*) als Freitexte notiert werden. Im Abschnitt *Ergebnisse* erfolgt eine Zusammenfassung der Untersuchung. Weiterhin werden Körpergewicht, Körperlänge, Kopfumfang (bis zur U7) und BMI (ab der U7) sowie der Impfstatus (ab der U4) festgehalten.

Die Evaluation des Untersuchungshefts für Kinder (Gelbes Heft) adressierte Fragen zu Häufigkeit, Vollständigkeit und Aufwand der Dokumentation (Kapitel 5.3, 5.4 und 5.5), zur Teilnahmekarte (Kapitel 5.6) sowie zur Wahrnehmung des Gelben Hefts durch Eltern (Kapitel 5.7) und durch KJÄ (Kapitel 5.8). Einleitend wird untersucht, wie häufig das Gelbe Heft während den U-Untersuchungen vorliegt (Kapitel 5.2). Die einzelnen Evaluationsfragen werden in den entsprechenden Kapiteln aufgeführt.

[24] Die U1 ist ebenfalls im Gelben Heft enthalten wird hier jedoch nicht näher betrachtet, da sie nicht Gegenstand der Uheft-eva war.

Die Neufassung der Kinder-Richtlinie und damit das überarbeitete Gelbe Heft trat am 01.09.2016 in Kraft (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015). Für die Einführung des neue Gelben Hefts galt: „Die neuen ‚Gelben Hefte' werden den Geburtskliniken, Kinderarztpraxen und Hebammen rechtzeitig mit dem Inkrafttreten zur Verfügung gestellt. Ab diesem Stichtag ist zu beachten: Für Neugeborene dürfen die bisher geltenden Hefte nicht mehr ausgegeben werden. Kinder erhalten bis zur U6 zusätzlich ein neues ‚Gelbes Heft', Befunde aus dem bisher verwendeten Kinderuntersuchungsheft sind nicht zu übertragen. Ab der U7 wird die Ärztin oder der Arzt die Ergebnisse auf Einlegeblättern dokumentieren, die in das vorhandene Heft eingeklebt werden. Die Teilnahmekarten und die Einlegeblätter für die neuen U7 bis U9 werden zeitgleich mit den neuen Heften zur Verfügung gestellt" (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016a).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die neuen Gelben Hefte flächendeckend ab dem zweiten Quartal 2017 von Geburtskliniken, Kinderarztpraxen, Hebammen und Entbindungspflegern ausgegeben wurden. Dies ist bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse zu berücksichtigen: Die Erhebungen für die Uheft-eva in Arztpraxen und bei Eltern fanden überwiegend zwischen November 2020 und September 2021 statt (Kapitel 2.2 und 2.3). Kinder, die in diesem Zeitraum die U9-Untersuchung erhielten, dürften bei der Geburt (Q3 2015 bis Q3 2016) noch das alte Gelbe Heft erhalten haben. Erst ab der U6- oder U7-Untersuchung dürfte für sie auf Einlegeblättern anhand der Vorgaben für das neue Gelbe Heft dokumentiert worden sein. Kinder, die während des Erhebungszeitraums der Uheft-eva die U8-Untersuchung erhielten, erhielten zumindest zum Teil bei der Geburt (Q4 2016 bis Q4 2017) noch das alte Gelbe Heft. Der Wechsel zum neuen Gelben Heft dürfte bei den ältesten dieser Kinder bei der U5-Untersuchung stattgefunden haben; bei den jüngeren bei einer früheren U-Untersuchung. Bei Kindern, die während des Studienzeitraums die U-Untersuchung U7a durchliefen, kann davon ausgegangen werden, dass sie bei der Geburt (Q4 2017 bis Q4 2018) das gemäß der 2016 in Kraft getretenen Neufassung der Kinder-Richtlinien überarbeitete Gelbe Heft erhielten.

5.2 Vorliegen des Gelben Hefts bei U-Untersuchungen

Das Gelbe Heft wird den Eltern i. d. R. kurz nach der Geburt von der Geburtsklinik, einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger als gedrucktes Heft ausgehändigt[25]. Danach verbleibt das Gelbe Heft bei den Eltern und sie müssen es zu jeder U-Untersuchung mitbringen, damit die Ärztin oder der Arzt darin dokumentieren kann. Zur Einordnung der weiteren Ergebnisse zum Gelben Heft wurde zunächst untersucht, wie häufig das Gelbe Heft während den U-Untersuchungen tatsächlich vorliegt.

Teilnehmende KJÄ dokumentierten für die Uheft-eva in den U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2) insgesamt 43.834 U2- bis U9-Untersuchungen. Dabei gaben sie an,

[25] Seit 01.01.2022 gibt es das elektronische Kinderuntersuchungsheft als Teil der elektronischen Patientenakte (https://gesund.bund.de/das-elektronische-kinderuntersuchungsheft; Abruf 04.03.2022).

dass in 98,2 % der dokumentierten U-Untersuchungen das Gelbe Heft vorlag (n = 41.804 von n = 42.559 validen Angaben). Der Anteil von U-Untersuchungen, in denen kein Gelbes Heft vorlag, ist gering und schwankt zwischen 0,5 % bei der U3 (n = 25) und 4,0 % bei der U9 (n = 192). Das Gelbe Heft liegt laut Auskunft der KJÄ also bei fast allen U-Untersuchungen vor.

Teilnehmende Eltern, die zur letzten U-Untersuchung ihres Kindes befragt wurden, konnten im Falle dessen, dass der Arzt oder die Ärztin im Gelben Heft keine Dokumentation vorgenommen hat (5,5 %, n = 283 von n = 5.113 validen Angaben) Gründe für die fehlende Dokumentation angeben. Nur zwei Eltern (0,7 %) geben dabei an, dass die Dokumentation der U-Untersuchung nicht gemacht werden konnte, weil sie das Gelbe Heft nicht dabeihatten (vgl. Kapitel 5.7.5). Die Angaben der KJÄ und Eltern sind daher konsistent hinsichtlich dessen, dass das Gelbe Heft bei fast allen U-Untersuchungen vorliegt.

5.3 Häufigkeit der Dokumentation im Gelben Heft

Im Rahmen der Uheft-eva wurde ermittelt, wie häufig Auffälligkeiten oder ein erweiterter Beratungsbedarf im Gelben Heft dokumentiert werden.

Auffälligkeiten werden an zwei Stellen im Gelben Heft notiert: Zum einen sind im Abschnitt *Untersuchung* im Rahmen der U-Untersuchung festgestellte Auffälligkeiten anzukreuzen. Zum anderen ist im Abschnitt *Ergebnisse* unter *Gesamtergebnis* anzukreuzen, ob keine Auffälligkeiten auftraten bzw. es ist eine Beschreibung von *Auffälligkeiten zur Beobachtung* und weiterer vereinbarter Maßnahmen als Freitext zu notieren. Für Auffälligkeiten wurde zum einen betrachtet, wie häufig insgesamt in den Abschnitten *Untersuchung* und *Ergebnisse* Auffälligkeiten angekreuzt bzw. notiert wurden (Kapitel 5.3.1.1 und Kapitel 5.3.1.3). Zum anderen wurde die Häufigkeit ausgewählter Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* ausgewertet (Kapitel 5.3.1.2).

Bei erweitertem Beratungsbedarf sind im Abschnitt *Beratung* die relevanten Themen anzukreuzen. Für erweiterten Beratungsbedarf wurde zum einen betrachtet, wie häufig insgesamt die im Abschnitt *Beratung* aufgeführten Themen angekreuzt werden (Kapitel 5.3.2.1). Zum anderen wurde speziell die Häufigkeit von erweitertem Beratungsbedarf zum Thema Sprache ausgewertet (Kapitel 5.3.2.2). In diesem Zusammenhang wurde auch betrachtet, wie häufig das Item *Sprache* im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* angekreuzt wird.

Die zugehörigen Evaluationsfragen lauten:

- Wie häufig werden Auffälligkeiten bzw. erweiterter Beratungsbedarf angekreuzt? (U2-U9)
- Wie häufig werden morphologische Auffälligkeiten der Augen erkannt? (U2-U3)
- Wie häufig wird mit der Prüfung im durchfallenden Licht die Trübung der Linse erkannt? (U2-U3)

- Wie häufig werden mit dem Brückner-Test Auffälligkeiten im Auge erkannt? (U4-U7)
- Wie häufig können mit den vorgegebenen Tests Auffälligkeiten im Auge erkannt werden? (U7a-U9)
- Wie häufig wurden Auffälligkeiten der Zähne und Schleimhaut festgestellt? (U6)
- Wie häufig erfolgte ein Verweis zum Zahnarzt, wenn ein Befund als auffällig eingestuft wurde? (U6)
- Wie häufig werden die vorgegebenen Items zur Sprache im Rahmen der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* nicht erfüllt? (U5-U9)
- Wie wurde die Sprachberatung durchgeführt und wie häufig bestand erweiterter Beratungsbedarf? (U5-U9)

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen vorwiegend auf der Auswertung der von Eltern übermittelten Kopien Gelber Hefte (vgl. Kapitel 2.3.4). Die genannten Evaluationsfragen wurden auch mit Hilfe der Auswertung der U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2) beantwortet. Die Ergebnisse aus den U-Sammelbögen sind überwiegend in Kapitel 4 dargestellt und werden nachfolgend nur ergänzend dargestellt bzw. erwähnt. Es wurde bewusst eine getrennte Darstellung gewählt, da die Evaluationsfragen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden: In Kapitel 4 steht im Vordergrund, inwiefern Auffälligkeiten bzw. Beratungsbedarf festgestellt werden. Durch die eigens für die Uheft-eva geführte Dokumentation in den U-Sammelbögen ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Häufigkeit von Auffälligkeiten bzw. Beratungsbedarf dokumentiert wurde. In Kapitel 5 steht im Vordergrund, inwiefern Auffälligkeiten bzw. Beratungsbedarf im Gelben Heft dokumentiert werden. Dies erfordert zwei Schritte: Es muss eine Auffälligkeit bzw. Beratungsbedarf vorliegen und der Arzt bzw. die Ärztin muss entscheiden, die Auffälligkeit bzw. den Beratungsbedarf im Gelben Heft zu dokumentieren. Aus den initialen Interviews (Kapitel 2.2.1) war zu vermuten und die nachfolgenden Ergebnisse bestätigen, dass die Dokumentation im Gelben Heft weniger häufig erfolgt als die tatsächliche Feststellung von Auffälligkeiten bzw. Beratungsbedarf.

Es ist vorab zu erwähnen, dass sich bei einem substanziellen Teil der Angaben aus den Kopien Gelber Hefte ein Anteil fehlender Werte von über 10 % findet. Dies betrifft Angaben aus allen Abschnitten des Gelben Hefts mit Ausnahme des Abschnitts *Ergebnisse*. Grund hierfür ist das häufige Fehlen von einzelnen Seiten oder ganzen Abschnitten in den übermittelten Kopien der Gelben Hefte. Während die Ergebnisseite für die meisten U-Untersuchungen übermittelt wurde, fehlen die anderen Abschnitte des Gelben Hefts deutlich häufiger, was sich wiederum in einem höheren Anteil fehlender Werte in den einzelnen Fragen aus diesen Abschnitten widerspiegelt.

Gründe für die Nicht-Übermittlung einzelner Seiten aus einer U-Untersuchung können sein, dass Eltern die Ergebnisseite als wichtigsten Teil der Dokumentation begreifen und andere Abschnitte bei den Kopien aussparten oder aber, dass andere Abschnitte teilweise nicht übermittelt wurden, weil sich dort keine Dokumentationen vorfanden. Für die Interpretation der berichteten relativen Häufigkeiten aus den Kopien Gelber Hefte sollte daher berücksichtigt werden, dass eine Überschätzung der tatsächlich in den Gelben Heften dokumentierten Auffälligkeiten nicht auszuschließen ist (vgl. Kapitel 6.1.3).

5.3.1 Dokumentation von Auffälligkeiten

Wie einleitend erwähnt werden Auffälligkeiten an zwei Stellen im Gelben Heft notiert. Nachfolgend werden zunächst Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchungen*, dann Auffälligkeiten im Abschnitt *Ergebnisse* behandelt.

5.3.1.1 Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* insgesamt

Im Abschnitt *Untersuchung* des Gelben Hefts sind mögliche Auffälligkeiten, wie z. B. *auffällige Blässe*, *Anhalt für Verletzungen*, einzeln als Ankreuzfelder aufgeführt. Wenn eine der aufgeführten Auffälligkeiten festgestellt wird, sollen Ärztinnen und Ärzte ein Kreuz an der entsprechenden Stelle setzen. In den für die Uhefteva an IGES übermittelten **Kopien Gelber Hefte** (vgl. Kapitel 2.3.4) sind in 93,1 % der U-Untersuchungen (n = 6.336 von n = 6.803 validen Angaben) im Abschnitt *Untersuchung* keine Auffälligkeiten angekreuzt worden. Somit wurden in den Gelben Heften in nur 6,9 % der U-Untersuchungen Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* dokumentiert, wobei in 4,9 % der U-Untersuchungen (n = 332) ein Kreuz, in 1,2 % (n = 82) zwei Kreuze und in 0,8 % (n = 53) drei oder mehr Kreuze vermerkt wurden. Der Anteil der Kinder ohne dokumentierte Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* ist in der U9 am geringsten (82,5 %, n = 52) und in der U7 am höchsten (95,7 %, n = 493).

Im Rahmen der Dokumentation der von ihnen durchgeführten U-Untersuchungen in den **U-Sammelbögen** (vgl. Kapitel 2.2.2) wurden KJÄ gebeten anzugeben, wie viele Auffälligkeiten sie in der entsprechenden U-Untersuchung im Abschnitt *Untersuchung* angekreuzt haben. Über alle U-Untersuchungen hinweg werden in fast drei Viertel der U-Untersuchungen (72,5 %, n = 31.783 von n = 43.834 Angaben[26]) keine Kreuze im Abschnitt *Untersuchung* des Gelben Hefts berichtet. Im Umkehrschluss wurde also für 27,5 % der U-Untersuchungen im Abschnitt *Untersuchung* mindestens eine Auffälligkeit berichtet. Der Anteil von Kindern ohne im Abschnitt *Untersuchung* dokumentierte Auffälligkeiten variiert zwischen 64,6 % in der U8-

[26] Bei der Erfassung dieser Frage aus den U-Sammelbögen wurden fehlende Werte nicht gesondert ausgewiesen. D. h. sowohl die Angabe „0“ als auch keine Angabe (Freitextfeld leer) wurde als „keine Auffälligkeiten dokumentiert“ erfasst. Die Anzahl der tatsächlichen Angaben von 0 Auffälligkeiten ist daher wahrscheinlich überschätzt. Aufgrund des ansonsten geringen Anteils von fehlenden Werten in den U-Sammelbögen dürfte die Überschätzung jedoch gering ausfallen.

und 78,4 % in der U6-Untersuchung. Bei insgesamt 18,5 % der Kinder (n = 8.117) wird im Abschnitt *Untersuchung* eine Auffälligkeit, bei 6,1 % der Kinder zwei Auffälligkeiten (n = 2.690) vermerkt. Bei nur 2,8 % der Kinder (n = 1.244) werden drei oder mehr Auffälligkeiten dokumentiert. Der Anteil der Kinder mit drei oder mehr Kreuzen schwankt dabei zwischen 0,4 % in der U2 (n = 6) und 5,8 % in der U8 (n = 311).

In den übermittelten Gelben Heften finden sich somit weniger dokumentierte Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* als in den U-Sammelbögen angegeben wurde (Tabelle 31). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich KJÄ im Kontext der Erhebung von Studiendaten für die Uheft-eva angehalten fühlten, mehr im Gelben Heft zu dokumentieren oder zumindest im U-Sammelbogen anzugeben, dass sie mehr dokumentierten. Die ausgewerteten Gelben Hefte enthalten jedoch auch vorherige U-Untersuchungen, die nicht im Kontext der Uheft-eva stattfanden, und dürften somit das im Praxisalltag übliche Dokumentationsgeschehen widerspiegeln.

Tabelle 31: Relative Häufigkeit der Dokumentation von Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* basierend auf den Kopien Gelber Hefte und den U-Sammelbögen

	Anteil der U-Untersuchungen mit mindestens einer Auffälligkeit	
U	**Basierend auf Kopien Gelber Hefte**	**Basierend auf U-Sammelbögen**
U2	7,1 %	24,7 %
U3	5,9 %	28,1 %
U4	8,5 %	27,4 %
U5	6,1 %	22,8 %
U6	5,2 %	21,6 %
U7	4,3 %	24,3 %
U7a	7,2 %	28,9 %
U8	14,1 %	35,4 %
U9	17,5 %	32,8 %

Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte und U-Sammelbögen

5.3.1.2 Ausgewählte Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung*

Entsprechend der Evaluationsfragen wurden ausgewählte Auffälligkeiten der Augen sowie der Zähne und der Schleimhaut betrachtet.

Ausgewählte Auffälligkeiten der Augen in der U2–U3

Eine Inspektion der Augen auf morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus und (ab der U6) Kopffehlhaltung ist in allen U-Untersuchungen vorgesehen (Tabelle 9). Im Rahmen der Evaluation der Kinder-Richtlinie war zu betrachten, wie häufig in den U-Untersuchungen U2 und U3 morphologische Auffälligkeiten als Ergebnis einer Inspektion erkannt werden. Weiterhin war für die U2 und U3 zu betrachten, wie häufig Transilluminationsauffälligkeiten als Ergebnis der Prüfung im durchfallenden Licht erfasst werden.

Beide Auffälligkeiten wurden nur selten im Gelben Heft dokumentiert. Bei nur einem halben Prozent der U2- und U3-Untersuchungen wurden morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom) im Gelben Heft vermerkt (0,5 %, n = 15 von n = 3.102 U-Untersuchungen mit validen Angaben). Auch auffällige Transilluminationsunterschiede (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie) wurden bei nur 0,5 % der U-Untersuchungen (n = 16 von n = 3.103 validen Angaben) im Gelben Heft notiert. Die Häufigkeit der Dokumentation beider Auffälligkeiten unterscheidet sich nicht in Abhängigkeit von der U-Untersuchung.

In den U-Sammelbögen wurden morphologische Auffälligkeiten und Transilluminationsunterschiede etwas häufiger dokumentiert (Kapitel 4.1.2.2), wobei die Aussagekraft des Unterschieds aufgrund der geringen Fallzahlen eingeschränkt ist.

Ausgewählte Auffälligkeiten der Augen in der U4–U7

Die Durchführung eines Brückner-Tests ist in den U-Untersuchungen U4 bis U7 vorgesehen (Tabelle 9). Bei insgesamt knapp über einem Prozent der U4- bis U7-Untersuchungen (1,2 %, n = 44 von n = 3.572 validen Angaben) findet sich im Gelben Heft die Dokumentation eines Transilluminationsunterschieds (z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie). Bei 98,2 % der übermittelten U-Untersuchungen ist kein Transilluminationsunterschied vermerkt. Die Häufigkeit einer dokumentierten Auffälligkeit variiert dabei leicht zwischen 0,8 % in der U6 (n = 6) bis 1,6 % in der U5 (n = 16), wobei dem Unterschied aufgrund der geringen Auftrittshäufigkeit keine weitere Bedeutung beigemessen wird.

Gemäß den Angaben der KJÄ in den U-Sammelbögen wurden mit dem Brückner-Test bei 1,5 % (U4) bis 5,7 % (U7) der Kinder Auffälligkeiten festgestellt (Kapitel 4.1.3.2).

Ausgewählte Auffälligkeiten der Augen in der U7a–U9

In den U-Untersuchungen U7a bis U9 sind als Untersuchungen der Augen eine Inspektion, eine Prüfung des Pupillenstatus, eine Prüfung der Hornhautreflexbildchen sowie ein Sehtest mittels eines nonverbalen Formenwiedererkennungstests vorgesehen (Tabelle 9).

Die Feststellung morphologischer Auffälligkeiten als Ergebnis der Inspektion der Augen wurde in keiner der U7a- bis U9-Untersuchungen in den übermittelten Gelben Heften dokumentiert (0,0 % von n = 632 validen Angaben). Auch ein Nystagmus und eine Kopffehlhaltung wurden nur sehr selten dokumentiert. Über alle übermittelten U7a- bis U9-Untersuchungen wurde in zwei U-Untersuchungen (0,3 % von n = 632 validen Angaben) ein Nystagmus und ebenfalls in zwei U-Untersuchungen (0,3 % von n = 632 validen Angaben) eine Kopffehlhaltung vermerkt.

Die Dokumentation eines auffälligen Pupillenstatus findet sich bei insgesamt 1,1 % der U-Untersuchungen (n = 7 von n = 632 validen Angaben), auffällige Hornhautreflexbildchen (Strabismus) werden in 0,8 % der U-Untersuchungen (n = 5 von n = 632 validen Angaben) berichtet. Der Stereo-Test wurde bei 1,3 % der U-Untersuchungen (n = 8 von n = 632 validen Angaben) als auffällig vermerkt. Der Sehtest (monokulare Prüfung) mittels eines nonverbalen Formenwiedererkennungstests zielt darauf ab, eine eventuell vorhandene Sehschwäche auf der rechten oder auf der linken Seite bzw. eine Rechts-Links-Differenz festzustellen. Eine Sehschwäche rechts wurde bei 1,9 % (n = 12), eine Sehschwäche links bei 1,4 % der U-Untersuchungen dokumentiert. Bei 1,6 % der U-Untersuchungen (n = 10 von jeweils n = 632 validen Angaben) wurde eine Rechts-Links-Schwäche vermerkt.

In den eigens für die Uheft-eva geführten U-Sammelbögen, wurden die hier genannten Auffälligkeiten häufiger dokumentiert (Kapitel 4.1.4.2).

Ausgewählte Auffälligkeiten der Zähne und der Schleimhaut in der U6

Für alle U-Untersuchungen können im Abschnitt *Untersuchung* unter der Überschrift *Mundhöhle, Kiefer, Nase* bestimmte Auffälligkeiten der Mundhöhle dokumentiert werden. Die Evaluation der Neufassung der Kinder-Richtlinie fokussiert sich auf die Häufigkeit der Dokumentation von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut in der U6. Darüber hinaus wird betrachtet, wie häufig in der U6 ein erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Zähne im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* bzw. ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt im Abschnitt *Ergebnisse* dokumentiert wurde.

Bei nur zwei Kindern (0,3 % von n = 756 validen Angaben) wurde eine Auffälligkeit an den Zähnen oder der Schleimhaut im Abschnitt *Untersuchung* des Gelben Hefts dokumentiert, bei 99,7 % der Kinder wurde keine solche Auffälligkeit notiert. Im Vergleich dazu wurde in den U-Sammelbögen bei 3,0 % der Kinder in der U6 eine Auffälligkeit an Zähnen oder Schleimhaut berichtet (Kapitel 4.3.2.1).

Von insgesamt n = 772 U6-Untersuchungen mit validen Angaben wurde im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* ein erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Zähne bei 2,8 % der Kinder vermerkt (n = 22), bei den restlichen 97,2 % der Kinder (n = 750) wurde kein erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Zähne dokumentiert.

Im Abschnitt *Ergebnisse* der U6 wurde bei 16,8 % der Kinder (n = 152 von n = 904 validen Angaben) ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt dokumentiert. Wie auch in den U-Sammelbögen festgestellt (Kapitel 4.3.2), erscheint nicht nur

bei Auffälligkeiten an Zähnen oder Schleimhaut ein Verweis zur Zahnärztin bzw. zum Zahnarzt zu erfolgen. Allerdings erfolgt laut den U-Sammelbögen häufiger ein Verweis (27,4 % der U6) als laut den Kopien Gelber Hefte (16,8 % der U6, s. o.).

5.3.1.3 Auffälligkeiten im Abschnitt *Ergebnisse*

Im Abschnitt *Ergebnisse* des Gelben Hefts sollen Ärztinnen und Ärzte beim Kind festgestellte Auffälligkeiten, die im weiteren Verlauf der Entwicklung beobachtet werden sollen, als Freitext dokumentieren. In den für die Uheft-eva an IGES übermittelten **Kopien Gelber Hefte** (vgl. Kapitel 2.3.4) finden sich bei 34,0 % der U-Untersuchungen (n = 2.964 von n =8.705 U-Untersuchungen mit validen Angaben) Einträge in dem Feld *Auffälligkeiten zu Beobachtung*. Bei den übrigen 66,0 % der übermittelten U-Untersuchungen ist das entsprechende Feld leer (n = 5.741). Eintragungen sind in der U2 sowie in den Untersuchungen von U7a bis U9 etwas häufiger (Tabelle 32): dort werden bei über einem Drittel bis zu der Hälfte der Kinder Auffälligkeiten zur Beobachtung vermerkt (U2: 36,8 %, n = 629; U7a:38,9 %, n = 201; U8: 50,2 %, n = 155 und U9: 44,9 %, n = 48). In den U-Untersuchungen von U4 bis U7 schwankt der Anteil von festgestellten Auffälligkeiten zwischen 28,1 % in der U6 (n = 255) und 34,0 % in der U3 (n = 586).

In den **U-Sammelbögen** sollten teilnehmende KJÄ vermerken, ob sie für die von ihnen dokumentierte U-Untersuchung im Abschnitt *Ergebnisse* des Gelben Hefts unter *Auffälligkeiten zur Beobachtung* einen Eintrag vorgenommen haben. Insgesamt liegen für 42.747 U-Untersuchungen valide Angaben zu dieser Frage vor. Die KJÄ gaben an, in 45,1 % der U-Untersuchungen (n = 19.267) Auffälligkeiten zur Beobachtung dokumentiert zu haben. In den restlichen 54,9 % der U-Untersuchungen (n = 23.480) wurden nach Angabe der KJÄ keine Auffälligkeiten im Ergebnisabschnitt des Gelben Hefts notiert. Der Anteil von Kindern mit Auffälligkeiten zur Beobachtung variiert nach U-Untersuchung (Tabelle 32). Während in den U2-, U5- und U6-Untersuchungen jeweils für ein gutes Drittel der Kinder ein Eintrag erfolgte (U2: 36,3 %, n = 475; U5: 37,3 %, n = 2.058; U6: 35,3 %, n = 1.820), wurden gemäß den Angaben der teilnehmenden KJÄ Auffälligkeiten zur Beobachtung in jeweils über der Hälfte der U8- und U9-Untersuchungen im Gelben Heft eingetragen (U8: 59,2 %, n = 3.070; U9: 56,5 %, n = 2.727).

Anders als bei der Dokumentation von Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* (Kapitel 5.3.1.1) besteht im Abschnitt *Ergebnisse* nur eine geringfügige Diskrepanz zwischen den Angaben der KJÄ in den U-Sammelbögen und den Einträgen in den an IGES übermittelten Kopien Gelber Hefte (Tabelle 32). Die in Kapitel 5.3.1.1 dargelegten Überlegungen zur Erklärung der Diskrepanz treffen scheinbar vorwiegend auf den Abschnitt *Untersuchungen* zu.

Tabelle 32: Relative Häufigkeit der Dokumentation von *Auffälligkeiten zur Beobachtung* im Abschnitt *Ergebnisse* basierend auf den Kopien Gelber Hefte und den U-Sammelbögen

	Anteil der U-Untersuchungen mit Eintrag unter *Auffälligkeiten zur Beobachtung*	
U	**Basierend auf Kopien Gelber Hefte**	**Basierend auf U-Sammelbögen**
U2	36,8 %	36,3 %
U3	34,0 %	40,6 %
U4	33,8 %	42,7 %
U5	29,5 %	37,3 %
U6	28,1 %	35,3 %
U7	31,4 %	44,0 %
U7a	38,9 %	48,6 %
U8	50,2 %	59,2 %
U9	44,9 %	56,5 %

Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte und U-Sammelbögen

5.3.1.4 *Relevante anamnestische Ergebnisse* im Abschnitt *Ergebnisse*

Im Abschnitt *Ergebnisse* des Gelben Hefts können KJÄ in dem Feld *Relevante anamnestische Ergebnisse* einen Freitext eintragen. Entsprechende Einträge finden sich bei 15,9 % der U-Untersuchungen (n = 1.392 von n = 8.756) in den übermittelten Kopien Gelber Hefte, in 84,1 % der U-Untersuchungen verblieb das Feld leer. Analog zu Eintragungen von Auffälligkeiten zur Beobachtung finden sich in der U2 und in den U7a bis U9 etwas mehr Einträge (19,6 % bis 22,0 %) als in der U4 bis U7 (13,0 % bis 15,2 %).

Ein Teil der Eintragungen in dem Feld *Relevante anamnestische Ergebnisse* ist – zumindest für Laien – nicht lesbar[27]. Das betrifft zwischen etwa einem Drittel (U4: 32,7 %, n = 91) und über der Hälfte der Freitexteinträge (U9: 54,2 %, n = 13). Über alle U-Untersuchungen hinweg werden 36,7 % der Texte als unlesbar klassifiziert (n = 511 von n = 1.392 Einträgen). Es ist denkbar, dass KJÄ oder andere Personen mit medizinischer Vorbildung einen höheren Anteil der Texte lesen könnten.

Eine Auflistung aller zumindest teilweise lesbarer Eintragungen im Feld *Relevante Anamnestische Ergebnisse* kann der Anlage 6 Gelbe Hefte (vgl. Anhang A3) entnommen werden.

[27] Die Freitexte wurden von einem Dienstleister ohne medizinische Vorbildung erfasst. Texte, die sich nicht entziffern ließen, wurden als *unlesbar* vermerkt.

5.3.2 Dokumentation von erweitertem Beratungsbedarf

Wenn zu bestimmten Themen ein erweiterter Beratungsbedarf besteht, sind KJÄ aufgefordert, dies im Abschnitt *Beratung* des Gelben Hefts zu dokumentieren (vgl. Kapitel 4.7).

5.3.2.1 Erweiterter Beratungsbedarf insgesamt

In den übermittelten Kopien Gelber Hefte finden sich in rund vier von fünf der U-Untersuchungen keine Kreuze im Abschnitt *Beratung* (83,0 %, n = 6.325 von n = 7.622 auswertbaren U-Untersuchungen). Der Anteil von U-Untersuchungen ohne vermerkten erweiterten Beratungsbedarf schwankt dabei zwischen 77,0 % in der U2 (n = 1.229) und 87,1 % in der U7 (n = 506). In den übrigen 17,0 % der U-Untersuchungen in den Kopien der Gelben Hefte wurde mindestens ein erweiterter Beratungsbedarf angekreuzt. Über alle U-Untersuchungen hinweg wurde in 3,5 % (n = 269) der U-Untersuchungen ein erweiterter Beratungsbedarf, bei jeweils 2,9 % zwei (n = 224) oder drei (n = 223) und in weiteren 3,7 % (n = 284) der U-Untersuchungen vier erweiterte Beratungsbedarfe dokumentiert. In 3,9 % (n = 297) der U-Untersuchungen wurden fünf oder mehr erweiterte Beratungsbedarfe vermerkt.

Wie auch für andere Abschnitte des Gelben Hefts bereits festgestellt (Kapitel 5.3.1.1 und 5.3.1.3), besteht eine Diskrepanz zwischen den Ergebnissen auf Basis der übermittelten Kopien Gelber Hefte und auf Basis der U-Sammelbögen (Tabelle 33). In den U-Sammelbögen berichteten die teilnehmenden KJÄ in etwas mehr als einem Drittel der U-Untersuchungen, dass ein erweiterter Beratungsbedarf vorlag (Kapitel 4.7.2). Dies ist deutlich häufiger als die Dokumentation in den Gelben Heften. Mögliche Gründe werden in Kapitel 5.3.1.1 erörtert.

Tabelle 33: Relative Häufigkeit der Dokumentation von erweitertem Beratungsbedarf im Abschnitt *Beratung* basierend auf den Kopien Gelber Hefte und den U-Sammelbögen

	Anteil der U-Untersuchungen mit mindestens einem *erweiterten Beratungsbedarf*	
U	**Basierend auf Kopien Gelber Hefte**	**Basierend auf U-Sammelbögen**
U2	23,1 %	38,9 %
U3	15,5 %	39,0 %
U4	15,7 %	36,1 %
U5	15,2 %	34,2 %
U6	15,6 %	34,7 %
U7	12,8 %	36,1 %
U7a	16,7 %	38,4 %
U8	15,6 %	40,8 %
U9	19,5 %	37,5 %

Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte und U-Sammelbögen

5.3.2.2 Sprachberatung

Im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* des Gelben Hefts sind für die U-Untersuchungen U5 bis U9 die in der Kinder-Richtlinie formulierten Entwicklungsziele für Sprache (vgl. Kapitel 4.5.1) enthalten. KJÄ sind gebeten, das Item *Sprache* anzukreuzen, wenn es nicht erfüllt ist. Anhand der Kopien Gelber Hefte wurde ermittelt, wie häufig das Item *Sprache* in den einzelnen U-Untersuchungen angekreuzt wurde. Weiterhin wurde ermittelt wie häufig im Abschnitt *Beratung* das Item *Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und ‚Muttersprache' (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)* angekreuzt wurde.

Das **Item *Sprache* im Abschnitt *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*** wurde in 96,2 % der U5- bis U9-Untersuchungen in den übermittelten Kopien Gelber Hefte (n = 2.664 von n = 2.770 validen Angaben) nicht angekreuzt. Bei den übrigen 3,8 % (n = 106) der U5- bis U9-Untersuchungen wurde es angekreuzt. In den U-Untersuchungen U5 bis U8 schwankt der Anteil, in denen das Item *Sprache* angekreuzt wurde, zwischen 2,5 % in der U5 (n = 23) und U6 (n = 17) und circa fünf Prozent in der U7 bis U8 (U7: 4,8 %, n = 25; U7a: 5,5 %, n = 20; U8: 4,8 %, n = 10). In der U9 liegt der Anteil mit 17,2 % (n = 11 von n = 64 validen Angaben) deutlich höher, er ist jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren. Das Kreuz wird also in den späteren U-Untersuchungen wesentlich seltener gesetzt als – laut den Angaben in den U-Sammelbögen (Kapitel 4.5.2) – Hinweise

auf Sprach- und Sprechstörungen in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* bestehen.

Das **Item *Sprachberatung* im Abschnitt *Beratung*** wurde in 95,9 % der U5- bis U9-Untersuchungen in den übermittelten Kopien Gelber Hefte (n = 2.998 von n = 3.126 validen Angaben) nicht angekreuzt. Bei den übrigen 4,1 % (n = 128) der U5- bis U9-Untersuchungen wurde es angekreuzt. Der Anteil schwankt zwischen 3,1 % in der U5 (n = 32) und 7,4 % in der U8 (n = 19). Auch dieses Ergebnis unterscheidet sich deutlich von den Angaben, die in den U-Sammelbögen gemacht wurden (Kapitel 4.5.5). Dort wird wesentlich häufiger von erweitertem Beratungsbedarf zum Thema Sprache berichtet.

5.4 Lückenlosigkeit der Dokumentation im Gelben Heft

Zur Beantwortung der Evaluationsfrage „Wie lückenlos erfolgt die Dokumentation? (bezogen auf jeweils eine Untersuchung; bezogen auf alle Untersuchungen)“ wurde zunächst eine Operationalisierung vorgenommen, die definiert an welchen Stellen im Gelben Heft eine Dokumentation zwingend zu erwarten ist. Im nächsten Schritt wurde einerseits betrachtet, wie häufig einzelne U-Untersuchungen und andererseits wie häufig alle U-Untersuchungen in einem Gelben Heft lückenlos dokumentiert werden. Als Datenquelle werden die übermittelten Kopien der Gelben Hefte herangezogen (vgl. Kapitel 2.3.4).

5.4.1 Lückenlose Dokumentation einer U-Untersuchung

In den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* des Geben Hefts erfolgt eine Dokumentation nur dann, wenn Auffälligkeiten bzw. erweiterter Beratungsbedarf bestehen. Wenn also in diesen Abschnitten nichts dokumentiert wurde, kann daraus nicht auf eine lückenhafte Dokumentation geschlossen werden. Vielmehr liegt nahe, dass keine Auffälligkeiten bzw. erweiterter Beratungsbedarf vorlagen. Somit finden sich lediglich im Abschnitt *Ergebnisse* des Gelben Hefts Felder, für die zwingend eine Dokumentation zu erwarten ist. Für die Auswertung wurde definiert, dass der Abschnitt *Ergebnisse* für eine U-Untersuchung lückenlos ausgefüllt wurde, wenn die in Tabelle 34 aufgeführten Kriterien alle erfüllt sind. Für die Dokumentation der Vitamin-K-Prophylaxe (U2 und U3) und des Impfstatus (U4 bis U9) ist eine relativ komplizierte Dokumentation bestehend aus Ankreuzfeldern und Freitexten vorgesehen (z. B., wenn bei *Vitamin-K-Prophylaxe gegeben* als Antwort *ja* angekreuzt wird, ist zusätzlich entweder *Dosis: 2mg oral* anzukreuzen oder die abweichende Dosis als Freitext einzutragen). Da zu vermuten war, dass ein vollständig korrektes Ausfüllen seltener sein dürfte als ein „nahezu korrektes“, wurden vereinfachte und strenge Kriterien für ein lückenloses Ausfüllen dieser Felder festgelegt. Somit wird die Lückenlosigkeit der U-Untersuchungen nach vereinfachter und strenger Definition berichtet. In die Auswertung flossen nur solche Ergebnisabschnitte aus U-Untersuchungen ein, für die irgendwelche Dokumentationen vorlagen.

Tabelle 34: Kriterien für die lückenlose Dokumentation einer U-Untersuchung

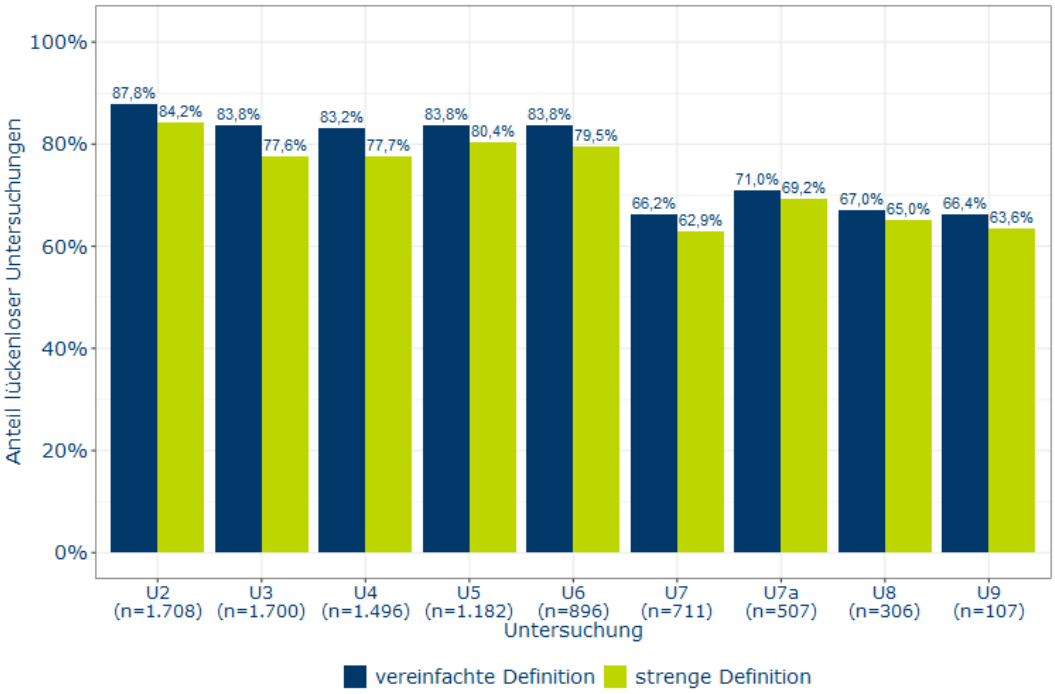
Feld	Kriterium	U
Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß	*ja* ODER *nein* angekreuzt	U3–U9
Körpergewicht	Freitext vorhanden	U2–U9
Körperlänge	Freitext vorhanden	U2–U9
Kopfumfang	Freitext vorhanden	U2–U7
BMI	Freitext vorhanden	U7–U9
Gesamtergebnis	*keine Auffälligkeiten* angekreuzt ODER Freitext unter *Auffälligkeiten zur Beobachtung*	U2–U9
Vitamin-K-Prophylaxe gegeben	Variante „vereinfacht“: *ja* angekreuzt ODER *nein* angekreuzt Variante „streng“: (*ja* angekreuzt UND (*Dosis: 2mg oral* angekreuzt ODER Freitext unter *abweichende Dosis*)) ODER *nein* angekreuzt	U2–U3
Impfstatus	Variante „vereinfacht“: *ja* angekreuzt ODER *nein* angekreuzt Variante „streng“: *ja* angekreuzt ODER (*nein* angekreuzt UND Freitext zu *fehlende Impfungen*)	U4–U9

Quelle: IGES

Nach der vereinfachten Definition von Lückenlosigkeit werden etwas über 80 % der U-Untersuchungen lückenlos ausgefüllt (81,5 %, n = 7.016 von n = 8.613 eingehenden Kopien, Abbildung 13). Dabei fällt auf, dass die Ergebnisabschnitte früherer U-Untersuchungen häufiger lückenlos ausgefüllt werden: 87,8 % der U2-Untersuchungen (n = 1.499 von n = 1.708) sind lückenlos ausgefüllt und auch für die U3- bis U5-Untersuchungen liegt der Anteil stets bei etwa 83 %. Ab der U7 sinkt der Anteil lückenlos ausgefüllter Ergebnisabschnitte: Er liegt dann nur noch zwischen 66,2 % (n = 471) in der U7 und 71,0 % (n = 360) in der U7a.

Nach der strengen Definition liegt der Anteil lückenlos ausgefüllter U-Untersuchungen mit 77,2 % (n = 6.647) erwartungsgemäß etwas niedriger: 22,8 % der Ergebnisabschnitte enthalten nach dieser Definition Lücken in der Dokumentation (n = 1.966).

Abbildung 13: Relative Häufigkeit lückenlos dokumentierter U-Untersuchungen nach vereinfachter und strenger Definition



Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte

Bei der Betrachtung an welcher Stelle, die Lücken im Ergebnisabschnitt auftreten, zeigt sich u. a., dass die Felder für Auffälligkeiten nicht immer lückenlos bearbeitet werden: In zwischen 6,2 % (n = 93, U4) und 9,5 % (n = 162, U3) der Kopien wird weder ein Freitext angegeben noch explizit angekreuzt, dass keine Auffälligkeiten bestehen. Die Angabe *ja* oder *nein* bezüglich *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung altersgemäß* fehlt bis zur U7 in etwa 7 % der U-Untersuchungen. In den späteren U-Untersuchungen steigt dieser Anteil auf bis zu 12,1 % (n = 37, U8). Einige Lücken entstehen aufgrund einer lückenhaften Dokumentation entweder der Vitamin-K-Prophylaxe oder des Impfstatus, wobei dies bei den strengen Definitionen deutlich häufiger auftritt. Bei etwa 3 % der U-Untersuchungen (U2: 3,4 %, n = 58; U3: 2,9 %, n = 49) ist die Vitamin-K-Prophylaxe nach der vereinfachten Definition lückenhaft ausgefüllt, nach der strengen Definition bestehen jedoch bei 7,5 % (n = 128, U2) bis 10,6 % (n = 180, U3) der Kopien an dieser Stelle Lücken. Der Impfstatus ist nach vereinfachter Definition bei 5,1 % (n = 26, U7a) bis 8,2 % (n = 122, U4) der U-Untersuchungen lückenhaft notiert, nach der strengen Definition sind es bis zu 14,2 % (n = 213, U4).

Ab der U7-Untersuchung ist für die Kinder neben anderen Körpermaßen auch der Body Mass Index (BMI) zu dokumentieren. In den übermittelten Kopien von U7-Untersuchungen, die am seltensten eine lückenlos ausgefüllte Ergebnisseite aufweisen, fehlt die Dokumentation des BMI bei rund einem Fünftel der Kinder (19,8 %, n = 141). Auch in den Untersuchungen U7a bis U9 fehlt der Eintrag des

BMI vergleichsweise häufig (U8: 13,1 %, n = 40 bis U7a: 15,2 %, n = 77). Dies ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass die Berechnung des BMI zusätzlichen Aufwand erfordert. Die übrigen Körpermaße (*Körpergewicht*, *Körperlänge* und *Kopfumfang*) werden demgegenüber fast immer dokumentiert: Sie fehlen teilweise in keiner einzigen übermittelten U-Untersuchung (U9) und maximal in 2,9 % der Fälle (n = 50, *Körperlänge*).

5.4.2 Lückenlose Dokumentation eines Gelben Hefts

Im nächsten Schritt wurde überprüft, wie häufig ein gesamtes Gelbes Heft lückenlos ausgefüllt ist. Ein Gelbes Heft wird dazu als insgesamt lückenlos ausgefüllt definiert, wenn für alle bisher durchgeführten U-Untersuchungen, der Abschnitt *Ergebnisse* lückenlos ausgefüllt ist. Für das lückenlose Ausfüllen des Abschnitts *Ergebnisse* trifft dabei die in Kapitel 5.4.1 beschriebene vereinfachte oder strenge Definition zu.

Es ist zu erwarten, dass die Wahrscheinlichkeit, ein lückenlos ausgefülltes Gelbes Heft vorzufinden, in Abhängigkeit von der Anzahl durchgeführter U-Untersuchungen sinkt: bei mehr U-Untersuchungen besteht eine höhere Chance, dass die Dokumentation stellenweise unvollständig ist. Der Anteil lückenlos ausgefüllter Gelber Hefte kann daher nur dann sinnvoll beurteilt und interpretiert werden, wenn die in die Auswertung eingehenden Kinder die gleiche Anzahl von U-Untersuchungen durchlaufen haben. Für die Auswertung wurde festgelegt, dass Gelbe Hefte von Kindern berücksichtigt werden, deren aktuelle Untersuchung, d. h. letzte übermittelte Kopie einer U-Untersuchung mit mindestens einer Eintragung, eine U7a war. Diese Festlegung wurde getroffen, da für Kinder, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung die U-Untersuchungen U8 und U9 durchlaufen haben (d. h. die letzte dokumentierte U-Untersuchung ist eine U8 bzw. U9) nicht sichergestellt werden kann, dass sie bei der Geburt ein gemäß der 2016 in Kraft getretenen Neufassung der Kinder-Richtlinie überarbeitetes Gelbes Heft erhalten haben (vgl. Kapitel 5.1). Bei diesen Kindern könnte die Dokumentation der ersten U-Untersuchungen aufgrund eines späteren Wechsels des Gelben Hefts fehlen. Hierbei handelt es sich um ein einmaliges Ereignis, das zu einer vermehrten Lückenhaftigkeit geführt haben könnte. Da bei der Analyse jedoch interessiert, inwiefern in der regulären Praxis eine lückenhafte Dokumentation auftritt, wurden Kinder, die zuletzt eine U8 oder U9 durchlaufen haben, von der Analyse ausgeschlossen.

Demzufolge besteht die im vorliegenden Kapitel ausgewertete Stichprobe aus n = 231 Gelben Heften, bei denen die letzte übermittelte U-Untersuchung mit mindestens einer Eintragung eine U7a war. Einschränkungen für die erste vorliegende U-Untersuchung wurden nicht getroffen.

Wie eingangs erwähnt, wurde ein Gelbes Heft als lückenlos ausgefüllt gewertet, wenn bis zur U7a alle Ergebnisabschnitte lückenlos ausgefüllt waren. Dafür mussten die folgenden aufeinander aufbauenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- Es müssen Kopien von allen U-Untersuchungen bis einschließlich zur U7a vorliegen UND

- Für alle vorliegenden Kopien muss in jeder U-Untersuchung mindestens eine Eintragung getätigt worden sein UND
- Für alle vorliegenden Kopien muss in jeder U-Untersuchung der Abschnitt *Ergebnisse* vorliegen UND
- Der Abschnitt *Ergebnisse* muss lückenlos ausgefüllt sein (vereinfachte ODER strenge Definition, siehe Kapitel 5.4.1)

Tabelle 35 stellt die Anzahl Gelber Hefte dar, die die jeweilige Voraussetzung der Lückenlosigkeit erfüllen. Von den insgesamt 231 Gelben Heften, die in die Analyse eingehen, liegen für 87,9 % (n = 203) Kopien für alle bisherigen U-Untersuchungen ab der U2 vor (bei den übrigen übermittelten die Eltern einen Teil der U-Untersuchungen nicht). In den allermeisten dieser Kopien von U-Untersuchungen finden sich irgendwelche Eintragungen (98,0 %, n = 199). Bei 9,5 % (n = 19) dieser Kopien der Gelben Hefte fehlt jedoch in mindestens einer U-Untersuchung der Abschnitt *Ergebnisse*, d. h. er wurde bei der Übermittlung der Kopien nicht mitgeschickt. Für die verbleibenden 180 Kopien Gelber Hefte, liegen alle Ergebnisabschnitte (U2 bis U7a) vor.

Bis zu dieser Stelle ist die Bewertung der Lückenlosigkeit der Gelben Hefte auch davon abhängig, wie vollständig die teilnehmenden Eltern die Kopien des Gelben Hefts ihres Kindes an IGES übermittelt haben. Teilnehmende Eltern wurden instruiert, Kopien von allen bisherigen U-Untersuchungen zu übermitteln. Das Fehlen von Kopien von U-Untersuchungen oder des Abschnitts *Ergebnisse* kann dadurch zustande kommen, dass Eltern bestimmte Seiten vergessen haben, aber auch dadurch, dass solche U-Untersuchungen oder Seiten nicht mitgeschickt wurden, in denen sich keine Einträge befanden.

Eine mögliche Erklärung für das Fehlen von Einträgen für ganze U-Untersuchungen ist, dass ein Gelbes Heft verloren ging und ersetzt wurde. In diesem Fall wäre zu erwarten, dass in den übermittelten Kopien ab der U2 alle nachfolgenden U-Untersuchungen bis zum Zeitpunkt des Ersetzens des Gelben Hefts fehlen. Das Fehlen zu Beginn der Serie ab der U2 ist bei 10 % (n = 23) der 231 Gelben Hefte, die für die Analyse in Frage kamen, der Fall. Für fünf Gelbe Hefte fehlt nur die U2, für zwei die U2 und U3, für je eins die U2 bis U4 bzw. U2 bis U5, für sechs die U2 bis U6 und für acht die U2 bis U7. Je mehr aufeinanderfolgende U-Untersuchungen ab der U2 fehlen, desto plausibler ist die Annahme, dass in diesen Fällen das Gelbe Heft verloren gegangen sein könnte. Aber auch bei Kindern, die nicht in Deutschland geboren sind, können die ersten U-Untersuchungen nicht im Gelben Heft dokumentiert sein. Da die meisten Kinder (98 % und mehr) an den U-Untersuchungen teilnehmen (Schmidtke et al., 2018), ist anzunehmen, dass tatsächlich verpasste U-Untersuchungen nur selten der Grund für eine fehlende Dokumentation im Gelben Heft ist. Bei der Interpretation dieser Größenordnung ist zu beachten, dass die Werte, wie eingangs erwähnt, von der vollständigen Übermittlung durch die Eltern abhängig sind

Die Beurteilung der lückenlosen Dokumentation durch KJÄ erfolgt im Folgenden nur auf Basis der übermittelten Gelben Hefte, für die alle Kopien und alle Ergebnisabschnitte vorliegen (n = 180). Insofern hat ein ggf. erfolgtes Ersetzen eines verlorenen Gelben Hefts keinen Einfluss auf die hier berichtete Lückenlosigkeit der Dokumentation in den Gelben Heften.

Legt man die vereinfachte Definition der Lückenlosigkeit für die Dokumentation einer einzelnen U-Untersuchung an, so sind in einem knappen Drittel der Gelben Hefte (30,6 %, n = 55) alle U-Untersuchungen lückenlos ausgefüllt. Bei Anwendung der strengen Definition sind nur noch 22,8 % der Gelben Hefte (n = 41) von der U2 bis U7a lückenlos ausgefüllt. Umgekehrt enthalten 69,4 % (n = 125) bzw. 77,2 % (n = 139) bei mindestens einer der in die Auswertung eingehenden U-Untersuchungen Lücken in der Dokumentation.

Tabelle 35: Anzahl lückenlos dokumentierter Gelber Hefte

Lückenlosigkeit	**n**	**%[1]**	**%[2]**	**%[3]**	**%[4]**
Übermittelte Gelbe Hefte	231	100,0			
Kopien liegen für alle Untersuchungen vor	203	87,9	100,0		
irgendwelche Eintragungen liegen für alle Untersuchungen vor	199	86,1	98,0	100,0	
Abschnitt *Ergebnisse* liegt für alle Untersuchungen vor	180	77,9	88,7	90,5	100,0
alle Untersuchungen lückenlos ausgefüllt (vereinfachte Definition)	55	23,8	27,1	27,6	30,6
alle Untersuchungen lückenlos ausgefüllt (strenge Definition)	41	17,7	20,2	20,6	22,8

Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte
Anmerkung: 1 = Anteil an Gelben Heften mit U7a als letzter U-Untersuchung; 2 = Anteil an Gelben Heften mit Kopien für alle Untersuchungen; 3 = Anteil an Gelben Heften irgendwelchen Eintragungen für alle Untersuchungen; 4 = Anteil an Gelben Heften mit Ergebnisabschnitt für alle Untersuchungen

Die Anzahl Gelber Hefte differenziert nach der Anzahl lückenhaft dokumentierter U-Untersuchungen kann Tabelle 36 entnommen werden. In zwei Dritteln der Gelben Hefte werden nur ein bis zwei U-Untersuchungen lückenhaft dokumentiert: 66,4 % (n = 83 von n = 125) nach der vereinfachten und 64,0 % (n = 89 von n = 139) nach der strengen Definition. In 15,1 % (n = 21, streng) bzw. 17,6 % (n = 22, vereinfacht) der Gelben Hefte finden sich Lücken in drei U-Untersuchungen. In jedem ausgewerteten Gelben Heft ist mindestens eine U-Untersuchung lückenlos dokumentiert.

Tabelle 36: Anzahl Gelber Hefte mit lückenhafter Dokumentation differenziert nach der Anzahl lückenhaft dokumentierter U-Untersuchungen

Anzahl lückenhaft dokumentierter Untersuchungen	Vereinfachte Definition		Strenge Definition	
	n	%	n	%
1	56	44,8	53	38,1
2	27	21,6	36	25,9
3	22	17,6	21	15,1
4	10	8,0	16	11,5
5	10	8,0	11	7,9
6	0	0,0	2	1,4
7	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**125**	**100,0**	**139**	**100,0**

Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte
Anmerkung: Die vereinfachte und die strenge Definition von Lückenlosigkeit kann Kapitel 5.4.1 entnommen werden.

In Tabelle 37 wird aufgeführt, in welchen U-Untersuchungen in den lückenhaften Gelben Heften der Abschnitt *Ergebnisse* nicht vollständig ausgefüllt war. In der U2 findet sich am seltensten eine lückenhafte Dokumentation: In 13,9 % (n = 25, vereinfacht) bis 18,3 % (n = 33, streng) der Gelben Hefte geht die Lückenhaftigkeit auf eine U2 zurück. Am häufigsten lückenhaft ist in den betrachteten Gelben Heften die U7-Untersuchung (36,7 %, n = 66, vereinfacht; 37,8 %, n = 68, streng). Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus dem Kapitel 5.4.1, in dem sich zeigt, dass die U7 am seltensten lückenlos dokumentiert wird.

Tabelle 37: Anzahl U-Untersuchungen mit lückenhafter Dokumentation differenziert nach der Art der U-Untersuchung

Lückenhaft dokumentierte Untersuchung	Vereinfachte Definition		Strenge Definition	
	n	%	n	%
U2	25	13,9	33	18,3
U3	34	18,9	50	27,8
U4	37	20,6	46	25,6
U5	32	17,8	36	20,0
U6	29	16,1	38	21,1
U7	66	36,7	68	37,8
U7a	43	23,9	48	26,7
Gesamt	**266**		**319**	

Quelle: IGES basierend auf Kopien Gelber Hefte

Anmerkung: Die Prozent-Angaben beziehen sich auf die jeweils 180 U2, U3, etc., die in den 180 Gelben Heften, für die alle Kopien und alle Ergebnisabschnitte vorliegen, enthalten sind.
Die vereinfachte und die strenge Definition von Lückenlosigkeit kann Kapitel 5.4.1 entnommen werden.

Während ein Großteil der einzelnen U-Untersuchungen lückenlos dokumentiert wird (im Mittel etwa 80 %, Kapitel 5.4.1), summieren sich Lücken in der Dokumentation auf, sodass bei nur 20-30 % der Kinder, die zuletzt eine U7a durchliefen, ein Gelbes Heft vorzufinden ist, in dem alle Ergebnisabschnitte lückenlos ausgefüllt sind.

An dieser Stelle ist noch einmal zu erwähnen, dass die Überprüfung der Lückenlosigkeit sich ausschließlich auf den Abschnitt *Ergebnisse* des Gelben Hefts bezieht. Nur dort ist eine Art der Dokumentation vorgesehen, bei der in jedem Fall eine Eintragung erfolgen muss. Beispielsweise muss entweder *ja* oder *nein* angekreuzt werden oder es muss eine bestimmte Angabe als Freitext gemacht werden. In den anderen Abschnitten des Gelben Hefts sind Eintragungen durch die Ärztin bzw. den Arzt nur dann vorgesehen, wenn eine Auffälligkeit bzw. erweiterter Beratungsbedarf vorliegen. Wenn eine solche Eintragung nicht vorliegt, kann nicht unterschieden werden, ob keine Auffälligkeit bzw. kein erweiterter Beratungsbedarf festgestellt wurde oder ob eine Eintragung vergessen bzw. evtl. auch bewusst nicht vorgenommen wurde. Insofern kann für diese Abschnitte keine Beurteilung von Lückenlosigkeit erfolgen. Anhand eines Vergleichs der eigens für die Uheft-eva geführten Dokumentation in den U-Sammelbögen und den Eintragungen in den Ko-

pien Geber Hefte kann jedoch abgeschätzt werden, inwiefern festgestellte Auffälligkeiten tatsächlich dokumentiert werden. Die Ergebnisse hierzu werden Kapitel 5.3.1 berichtet.

5.5 Aufwand für die Dokumentation im Gelben Heft

Zur Beantwortung der Evaluationsfrage „Wie hoch wird der Aufwand für die Eintragungen eingeschätzt?“ wurden die KJÄ gebeten, in den U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2) den Zeitaufwand für die Eintragungen in das Gelbe Heft als Schätzwert in Minuten und/oder Sekunden zu notieren. Weiterhin enthielt der Arztfragebogen (vgl. Kapitel 2.2.2) Fragen zum Umfang der Dokumentation im Gelben Heft.

Teilnehmende KJÄ gaben in den U-Sammelbögen über alle U-Untersuchungen einen minimalen Zeitaufwand für das Ausfüllen des Gelben Hefts von 0,2 Minuten (U2) und einen maximalen Zeitaufwand von 25,0 Minuten (U3, U7, U9) an. Am häufigsten gaben Ärztinnen und Ärzten einen Zweitaufwand für eine U-Untersuchung zwischen zwei und fünf Minuten an (43,0 %, n = 18.475 von n = 42.919 validen Angaben). Bei etwa einem Viertel der U-Untersuchungen benötigten KJÄ für das Ausfüllen des Gelben Hefts nur zwischen einer und zwei Minuten Zeit (26,6 %, n = 11.397), bei 17,5 % der U-Untersuchungen dokumentierten KJÄ in unter einer Minute (n = 7.513). In etwa jeder Zehnten U-Untersuchung benötigten Ärztinnen und Ärzte zwischen fünf und zehn Minuten für die Dokumentation (10,6 %, n = 4.560), bei 2,3 % der U-Untersuchungen (n = 974) nahm die Dokumentation mehr als zehn Minuten in Anspruch. Es sind keine systematischen Unterschiede im benötigten Zeitaufwand nach Art der U-Untersuchung (U2 bis U9) erkennbar.

Im Arztfragebogen wurden an der Uheft-eva teilnehmende KJÄ dazu befragt, wie sie den Umfang der Dokumentationsfelder in den einzelnen Abschnitten des Gelben Hefts (*Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse*) beurteilen. Die Ärztinnen und Ärzte konnten zu jedem der Abschnitte angeben, dass dieser *zu viele*, *das richtige Ausmaß an* oder *zu wenige Dokumentationsmöglichkeiten* enthält. Zwischen 614 und 623 KJÄ beantworteten die Fragen.

Für alle Abschnitte stellt die Einschätzung, dass der Abschnitt *das richtige Ausmaß an Dokumentationsmöglichkeiten* enthält, die am häufigsten gewählte Antwortkategorie dar. Es zeigen sich je nach Abschnitt jedoch unterschiedliche Meinungsbilder. Am häufigsten wurde der Umfang der Dokumentationsfelder im Abschnitt *Ergebnisse* als angemessen eingeschätzt: hier empfanden über 60 % der Befragten (61,3 %, n = 380), dass ihnen das richtige Ausmaß an Dokumentationsmöglichkeiten zur Verfügung steht. Über ein Viertel der KJÄ empfanden die Dokumentationsmöglichkeiten im Abschnitt *Ergebnisse* sogar als zu wenig (28,2 %, n = 175). Nur wenige (7,6 %, n = 47) fanden, dass der Abschnitt *Ergebnisse* zu viele Dokumentationsmöglichkeiten hat. Für den Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* verhält es sich ähnlich, wenn auch etwas zurückhaltender: 57,0 % (n = 351)

fanden das Ausmaß der Dokumentationsmöglichkeiten richtig, 17,0 % (n = 105) finden es zu wenig und 21,3 % (n = 131) finden es zu viel.

Für die Abschnitte *Anamnese*, *Untersuchung* und *Beratung* wird das Ausmaß der Dokumentationsmöglichkeiten kritischer gesehen, wobei *Untersuchung* am schlechtesten abschneidet. Etwa die Hälfte der KJÄ halten den Umfang der Dokumentationsmöglichkeiten in den Abschnitten *Anamnese* (49,5 %, n = 304) und *Beratung* (48,9 %, n = 300) für angemessen. Für den Abschnitt *Untersuchung* sind es 42,1 % der KJÄ (n = 262). Während sich 17,8 % der Befragten (n = 111) hier weitere Möglichkeiten zur Dokumentation wünschten, war über ein Drittel der KJÄ der Meinung, dass der Abschnitt *Untersuchung* zu viele Dokumentationsfelder enthält (35,8 %, n = 35,8). Auch bei den Abschnitten *Anamnese* und *Beratung* waren über ein Viertel der KJÄ der Meinung, der Umfang der Dokumentationsmöglichkeiten sei zu hoch (27,5 %, n = 169 und 30,8 %, n = 189).

Gefragt nach dem Zweck, den das Gelbe Heft ihrer Meinung nach erfüllen soll (Mehrfachantworten möglich, Tabelle 38), wurde am häufigsten die *Bündelung aller Ergebnisse vorangegangener U-Untersuchungen für die Ärztinnen und Ärzte z. B. im Fall eines Arztwechsels* genannt: 94,7 % (n = 607) der KJÄ wählten diese Antwortoption. Ebenfalls sehr häufig (88,9 %, n = 570) wurde die *Dokumentation der Ergebnisse von U-Untersuchungen für die Eltern* als Dokumentationszweck genannt. Für KJÄ scheint das Gelbe Heft somit in erster Linie und in ähnlichem Maße für die Dokumentation für die Kollegschaft sowie für die Eltern der untersuchten Kinder bedeutsam zu sein.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53,4 %, n = 342) sah den Zweck u. a. im *Ausfüllen der Teilnahmekarte zur Bestätigung der Teilnahme an einer U-Untersuchung*. Jeweils mehr als ein Drittel der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sah im Gelben Heft einen *Leitfaden für die notwendigen Schritte der jeweiligen U-Untersuchung/Strukturierung der U-Untersuchung* (39,2 %, n = 251) bzw. den Zweck des Hefts in der *Information und Aufklärung für die Eltern* (36,0 %, n = 231). Etwas mehr als ein Fünftel gab als Zweck des Hefts die *Aufklärung der Eltern im ärztlichen Gespräch z. B. durch Verweise auf die Elterninformation oder einzelne Dokumentationsabschnitte* (22,5 %, n = 144) an.

Nur einzelne KJÄ gaben an, dass das Gelbe Heft ihrer meiner Meinung nach keinen sinnvollen Zweck erfüllt (0,5 %, n = 3).

Tabelle 38: Antworten der KJÄ auf die Fragen „Welchen Zweck erfüllt das Gelbe Heft Ihrer Meinung nach in erster Linie?“

Zweck des Gelben Hefts	n	%
Bündelung aller Ergebnisse vorangegangener U-Untersuchungen für die Ärztinnen und Ärzte (z. B. im Fall eines Arztwechsels)	607	94,7
Dokumentation der Ergebnisse von U-Untersuchungen für die Eltern	570	88,9
Ausfüllen der Teilnahmekarte zur Bestätigung der Teilnahme an einer U-Untersuchung	342	53,4
Leitfaden für die notwendigen Schritte der jeweiligen U-Untersuchung/Strukturierung der U-Untersuchung	251	39,2
Information und Aufklärung für die Eltern	231	36,0
Aufklärung der Eltern im ärztlichen Gespräch (z. B. durch Verweise auf die Elterninformation oder einzelne Dokumentationsabschnitte)	144	22,5
Sonstige	37	5,8

Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen
Anmerkungen: Es waren Mehrfachnennungen möglich.

Der überwiegende Teil der Ärztinnen und Ärzte sieht den Zeitaufwand der Dokumentation im Gelben Heft im Hinblick auf dessen Zwecke als gerechtfertigt an: 46,8 % (n = 288, *ja*) stimmen der Aussage zu und 37,8 % eher zu (n = 233, *eher ja*). Jede achte befragte Person ist skeptisch (12,5 %, n = 77, *eher nein*) und 2,9 % sehen den Dokumentationsaufwand als nicht gerechtfertigt an (n = 18, *nein*).

5.6 Nutzung der Teilnahmekarte

Mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurde die Teilnahmekarte neu eingeführt (vgl. Kapitel 5.1). Vor diesem Hintergrund wurden in der Uheft-eva folgende Fragen untersucht:

- Wie häufig wird die Teilnahmekarte (durchgehend für alle Untersuchungen) ausgefüllt?
- In welchem Umfang wird die Teilnahmekarte zur Vorlage in anderen Institutionen (z. B. Kindergarten) genutzt? Aus welchem Grund wird die Teilnahmekarte vorgelegt?

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf Auswertungen der U-Sammelbögen (vgl. Kapitel 2.2.2) und des Elternfragebogens (vgl. Kapitel 2.3.2).

5.6.1 Ausfüllen der Teilnahmekarte

Sowohl KJÄ als auch Eltern wurden gefragt, ob die Teilnahmekarte im Rahmen der letzten U-Untersuchung eines Kindes ausgefüllt wurde. Beide Gruppen berichteten, dass dies bei 80 bis 90 % der U-Untersuchungen der Fall ist. Weiterhin gaben circa zwei Drittel der befragten Eltern an, dass die Teilnahmekarte bei ihrem Kind für alle bisherigen U-Untersuchungen ausgefüllt wurde. Es ist anzumerken, dass eine Beurteilung für die U8 und U9 zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur eingeschränkt erfolgen kann (s. u.).

In den **U-Sammelbögen** dokumentierten KJÄ, ob sie die Teilnahmekarte im Rahmen der durchgeführten U-Untersuchung ausgefüllt haben. Über alle U-Untersuchungen hinweg geben Ärztinnen und Ärzte in 86,3 % (n = 37.097) von insgesamt n = 42.996 validen Antworten an, die Teilnahmekarte ausgefüllt zu haben. In den übrigen 13,7 % der Fälle (n = 5.899) wurde die Teilnahmelkarte nach Eigenauskunft nicht ausgefüllt.

Der Anteil der ausgefüllten Teilnahmekarten ist zwischen den U3- bis U8-Untersuchungen in etwa ähnlich hoch: er variiert zwischen 86,3 % bei der U8 (n = 4.503) und 89,4 % in der U5 (n = 4.976). In der U2 ist der Anteil ausgefüllter Teilnahmekarten mit 81,8 % (n = 1.076) etwas niedriger, die U9 sticht mit einem deutlich niedrigeren Anteil von 73,5 % (n = 3.561) ausgefüllter Teilnahmekarten hervor. Es ist denkbar, dass der deutlich niedrigere Anteil von ausgefüllten Teilnahmekarten für Kinder in einer U9-Untersuchung darin begründet ist, dass diese Kinder bei der Geburt ein altes Gelbes Heft erhielten (vgl. Kapitel 5.1) und ihnen beim Wechsel zum neuen Gelben Heft keine Teilnahmekarte ausgehändigt wurde. Bei einem Teil der Kinder, die im Zeitraum der Uheft-eva die U8 durchliefen, ist dies ebenfalls möglich. Vor diesem Hintergrund kann das Ausfüllen der Teilnahmekarte während der U8 und U9 auf Basis der vorliegenden Daten nur eingeschränkt beurteilt werden.

Den an der Untersuchung teilnehmenden Eltern wurden im **Elternfragebogen** zwei Fragen zur Teilnahmekarte gestellt: zum einen, ob die Teilnahmekarte bei der letzten U-Untersuchung ihres Kindes ausgefüllt wurde und zum anderen, ob diese für alle bisherigen U-Untersuchungen ausgefüllt wurde. Die erste Frage wurde von 97,6 % (n = 5.359), die zweite von 97,3 % (n = 5.344) der Eltern beantwortet. Ähnlich wie die KJÄ gaben auch die meisten Eltern an (78,0 %, n = 4.376 von n = 5.612 validen Angaben), dass die Teilnahmekarte während der letzten U-Untersuchung ausgefüllt wurde. Bei 15,9 % der befragten Eltern (n = 892) wurde die Teilnahmekarte nicht ausgefüllt, 6,1 % der Eltern (n = 344) antworten mit *weiß nicht*. Ohne Berücksichtigung der *weiß nicht*-Antworten sagten also 83,1 % der Eltern, dass die Teilnahmekarte ausgefüllt wurde.

Die Häufigkeit, mit der die Teilnahmekarte bei der letzten U-Untersuchung ausgefüllt wurde, variiert ein Stück weit in Abhängigkeit von der Art der letzten U-Untersuchung: Für die U2 bis U8 bejahten zwischen drei Viertel (75,4 %, n = 422, U8) und über 80 % (83,8 %, n = 606, U4) der Eltern die Frage. Wie auch in den U-Sam-

melbögen sticht die U9 mit einem niedrigen Anteil vollständig ausgefüllter Teilnahmekarten hervor: in nur 58,0 % der U9-Untersuchungen (n = 282) wurde die Teilnahmekarte ausgefüllt. Ein vergleichsweise hoher Anteil der Eltern in der U9 ist sich unsicher, ob die Teilnahmekarte ausgefüllt wurde: 17,3 % der Eltern (n = 84) antworten mit *weiß nicht* im Vergleich zu circa 2 bis 9 % bei den übrigen U-Untersuchungen. Die oben erwähnte, möglicherweise fehlende Teilnahmekarte könnte die Verunsicherung der Eltern bei dieser Frage erklären.

Bezogen auf die Dokumentation aller bisherigen U-Untersuchungen in der Teilnahmekarte sinkt der Anteil von Zustimmungen erwartungsgemäß mit zunehmender Anzahl von U-Untersuchungen: circa 80 % der Eltern, die im Fragebogen die U2, U3 oder U4 als letzte U-Untersuchung ihres Kindes ankreuzten (U2: n = 87, U3: n = 455, U4: n = 563) geben an, dass die Teilnahmekarte für alle bisherigen U-Untersuchungen ausgefüllt wurde. Bei der U5, U6 oder U7 waren es circa 75 % der Eltern. Von der U7a zur U9 fällt der Anteil von circa 70 % auf 60 % ab (U7a: n = 452, U9: n = 284).

Der abnehmende Anteil von vollständig ausgefüllten Teilnahmekarten ist zumindest teilweise dadurch begründet, dass in jeder U-Untersuchung eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Teilnahmekarte nicht ausgefüllt wird. Je mehr U-Untersuchungen bereits stattfanden, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine oder mehr U-Untersuchungen nicht dokumentiert wurden. Weiterhin dürfte eine Rolle spielen, dass trotz der allgemein hohen Inanspruchnahme der U-Untersuchungen (Schmidtke et al., 2018), einzelne U-Untersuchungen nicht wahrgenommen wurden. Für Kinder, die im Zeitraum der Uheft-eva zur U9 kamen, dürfte wiederum der o. g. Umstand eine Rolle spielen, dass sie bei der Geburt ein altes Gelbes Heft ohne Teilnahmekarte erhalten hatten. Da Einträge zwischen dem alten und dem neuen Gelben Heft nicht zu übertragen waren (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016a), ist zu erwarten, dass die Teilnahmekarte bei diesen Kindern häufiger nicht für alle U-Untersuchungen ausgefüllt wurde. Diese Erklärung dürfte auch für einen Teil der Kinder zutreffen, die während der Uheft-eva zur U8 kamen.

Bei der U8 und U9 gaben die Eltern zu einem höheren Anteil an, dass sie nicht wissen, ob die Teilnahmekarte vollständig ausgefüllt wurde: Während es bei der U3 bis U7a zwischen 1,9 % (U4 n = 14; U5 n = 15) und 3,0 % (U7a, n = 19) der Eltern mit einer gültigen Angabe waren, kreuzten die Option *weiß nicht* 5,4 % (n = 39) bzw. 11,9 % (n = 57) der Eltern mit der U8 bzw. U9 als letzter U-Untersuchung ihres Kindes an. Auch dieses Ergebnis spricht dafür, dass ein Teil der Kinder beim Wechsel zum neuen Gelben Heft keine Teilnahmekarte erhielt. Die Eltern können diese Frage daher nicht beantworten. Um die Vollständigkeit des Ausfüllens der Teilnahmekarte bei der U8 und U9 beurteilen zu können, müsste die Datenerhebung zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden, wenn alle U-Untersuchungen seit der Geburt im neuen Gelben Heft dokumentiert wurden.

Das hier beobachtete häufige Ausfüllen der Teilnahmekarte könnte darauf zurückzuführen sein, dass die an der Uheft-eva teilnehmende KJÄ besonders darauf achten, die Teilnahmekarte auszufüllen – entweder generell oder speziell bei den U-

Untersuchungen während der Uheft-eva. Ein **möglicher Einfluss der Studienteilnahme** auf das Ausfüllen der Teilnahmekarte wurde mithilfe einer logistischen Regressionsanalyse überprüft. Dabei wurden zusätzlich zu den Antworten der Eltern, die über die teilnehmenden KJÄ rekrutiert wurden (Zugangsweg A), auch die Antworten der Eltern, die über eine Krankenkasse bzw. die BZgA für die Teilnahme an der Befragung gewonnen wurden, (Zugangsweg B, vgl. Kapitel 2.3.1) hinzugezogen. Denn es ist davon auszugehen, dass die Kinder dieser Eltern bei anderen KJÄ als den an der Uheft-eva teilnehmenden in Behandlung sind. Die Angabe der befragten Eltern zum Ausfüllen der Teilnahmekarte stellte dabei die abhängige Variable, der Zugangsweg der Eltern die unabhängige Variable von Interesse dar. In der Analyse wurde zudem berücksichtigt, dass sich die beiden Gruppen befragter Eltern in ggf. relevanten Merkmalen unterscheiden. Die ggf. relevante Merkmale Bildungsabschluss und Migrationshintergrund der Eltern sowie die Anzahl der bisherigen U-Untersuchungen des Kindes wurden als Kovariaten im Analysemodell berücksichtigt. Weiterhin wurde berücksichtigt, ob die Eltern schon einmal aufgefordert worden waren, die Teilnahmekarte vorzuzeigen.

Betrachtet man die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Teilnahmekarte während der letzten U-Untersuchung ausgefüllt wurde, besteht nach Kontrolle aller Kovariaten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Antworten von Eltern, die mit ihrem Kind bei einem odereiner an der Uheft-eva teilnehmenden KJÄ waren (Zugangsweg A), verglichen mit den Antworten von Eltern, die bei einem odereiner nicht-teilnehmenden KJÄ waren (Zugangsweg B): Teilnahmekarten von Kindern, die ihre letzte U-Untersuchung außerhalb der Uheft-eva durchlaufen sind, waren mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit ausgefüllt (OR = 0,67, 95 %-KI: 0,49 – 0,91, p = ,011). Umgekehrt haben Kinder, die bei an der Studie teilnehmenden KJÄ in Behandlung sind, eine fast 50 % höhere Chance (OR = 1,49), dass ihre Teilnahmekarte ausgefüllt wurde. Bezogen auf das Ausfüllen der Teilnahmekarte für alle bisherigen U-Untersuchungen besteht kein solcher Unterschied zwischen den unterschiedlichen Zugangswegen (OR = 0,86, 95 %-KI: 0,65 – 1,15, p = ,317).

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die teilnehmenden KJÄ während der Uheft-eva etwas mehr darauf achteten, die Teilnahmekarte auszufüllen, es gab also einen gewissen Studieneffekt. Vor der Teilnahme an der Uheft-eva füllten die KJÄ die Teilnahmekarte jedoch gleich häufig aus. D. h. es besteht kein genereller Unterschied beim Ausfüllen der Teilnahmekarte zwischen KJÄ, die an der Uheft-eva teilnahmen und solchen, die es nicht taten.

5.6.2 Nutzung zum Nachweis der U-Untersuchungen

Eine Reihe von Institutionen kann die Vorlage der Teilnahmekarte verlangen, um so einen Nachweis über die Teilnahme an den U-Untersuchungen zu erhalten. Von den 5.492 befragten Eltern haben 97,7 % (n = 5.365) eine Angabe zur Vorlage der Teilnahmekarte bei anderen Institutionen gemacht. Davon haben 14,1 % (n = 759)

die Teilnahmekarte schon einmal genutzt, um die bereits durchgeführten U-Untersuchungen ihres Kindes nachzuweisen.

Der Anteil der Eltern, die schon einmal die Teilnahmekarte vorgezeigt haben, steigt erwartungsgemäß mit Anzahl der bisher durchgeführten U-Untersuchungen. Während Eltern, die zuletzt mit ihrem Kind bei der U3 oder U4 waren, zu 6,8 % (n = 39) bzw. 7,4 % (n = 54) die Teilnahmekarte schon einmal vorgezeigt haben, waren es bei der U7a und U8 19,7 % (n = 124) bzw. 22,5 % (n = 126) der befragten Eltern. Dieser Anstieg ist insofern zu erwarten, als dass mit zunehmendem Kindesalter, auch die Zahl der Institutionen und Gelegenheiten zum Vorlegen der Teilnahmekarte (z. B. Kita, Schule) steigt.

Es zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit des Bildungsabschlusses und des Migrationshintergrunds der befragten Eltern: der Anteil von Eltern, die die Teilnahmekarte bereits in einer Institution vorweisen mussten, ist höher bei geringerem Bildungsabschluss und bei Migrationshintergrund. Von allen Eltern, die einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss angaben, haben 25 % (n = 47) die Teilnahmekarte schon einmal vorgezeigt, während es bei den Eltern mit Hochschulabschluss nur etwa halb so viele waren (12,5 %, n = 346). Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund haben die Teilnahmekarte ebenfalls bereits etwa doppelt so häufig vorgewiesen (23,1 %, n = 103) wie Eltern ohne Migrationshintergrund (12,2 %, n = 495).

Diejenigen Eltern, die die Teilnahmekarte ihres Kindes bereits bei einer Institution vorgelegt haben (n = 759), wurden um Angabe der Institutionen gebeten (Mehrfachnennungen möglich). Ein Großteil der Eltern 89,7 % (n = 681) nannte mindestens eine Institution. Fast drei Viertel der Eltern (73,4 %, n = 500) haben die Teilnahmekarte schon einmal bei der Kita vorgelegt. Weitere 6,2 % (n = 42) zeigten die Teilnahmekarte in der Schule vor. Ein kleiner Teil der Eltern zeigte die Teilnahmekarte beim Jugendamt (4,7 %, n = 32) oder einer anderen Behörde (4,8 %, n = 33) vor. Etwa ein Viertel der befragten Eltern kreuzte S*onstige* an (25,6 %, n = 174). Als sonstige Institution gaben Eltern größtenteils an, die Teilnahmekarte schon einmal bei der Krankenkasse vorgelegt zu haben, z. B. für Bonusprogramme. Darüber hinaus wurde die Teilnahmekarte von manchen Eltern im Krankenhaus, bei anderen Ärztinnen und Ärzten, bei einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger oder bei privaten Zusatzversicherungen vorgelegt.

5.7 Wahrnehmung des Gelben Hefts durch Eltern

In Bezug auf die Wahrnehmung des Gelben Hefts durch Eltern wurden in der Uheft-eva folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie verständlich und hilfreich sind die Elterninformationen und die Datenschutzhinweise für die Eltern? (insbesondere bei Eltern mit einem Migrationshintergrund und/oder niedrigem sozioökonomischen Status)
- In welchem Umfang werden die vorgegebenen Felder im Gelben Heft verwendet?

- Welche Fragen werden [von den Eltern im Gelben Heft] notiert?
- Wie relevant und brauchbar werden die Inhalte des Gelben Hefts für die Vorbereitung und Durchführung des Elterngesprächs angesehen?
- Wie verständlich sind die Eintragungen der Ärztin oder des Arztes für die Eltern?
- Welche Inhalte des Gelben Hefts finden Eltern besonders gut? Welche Inhalte haben aus elterlicher Sicht besonderen Optimierungsbedarf?

Nachfolgend werden die Ergebnisse entlang der Abschnitte des Gelben Hefts vorgestellt (allgemeine Elterninformation und Datenschutzhinweis am Beginn des Gelben Hefts, Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen, Notizen der Eltern, Dokumentationsfelder für die Ärztin bzw. den Arzt). Abschließend werden die Ergebnisse zu Verbesserungsvorschlägen der Eltern berichtet. Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Auswertung des Elternfragebogens (vgl. Kapitel 2.3.2) und der Interviews mit Eltern (vgl. Kapitel 2.3.3).

5.7.1 Allgemeine Elterninformation

Die allgemeine Elterninformation am Anfang des Gelben Hefts ist für viele Eltern gut verständlich, allerdings zeigen sich Unterschiede des Verständnisses je nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund der Eltern. Weiterhin ist festzustellen, dass etwas weniger als ein Fünftel der Eltern die allgemeine Elterninformation nicht gelesen hatte.

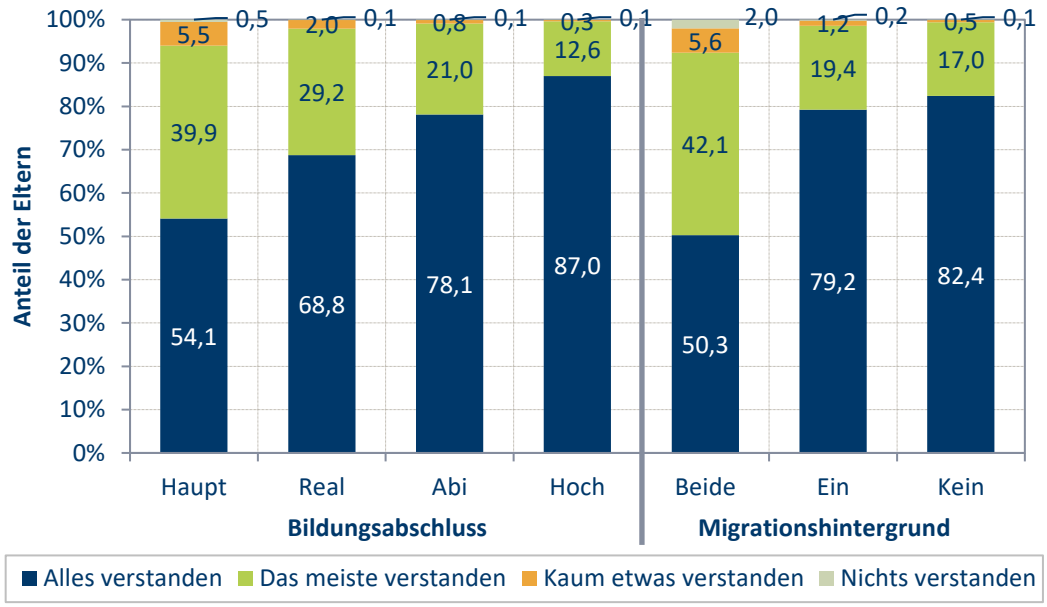
Von 5.492 Eltern beantworteten 98,2 % (n = 5.392) die Frage nach der Verständlichkeit der allgemeinen Elterninformation am Anfang des Gelben Hefts. 17,2 % (n = 929) der antwortenden Eltern gaben an, die allgemeine Elterninformation nicht gelesen zu haben. Die übrigen circa acht von zehn Eltern hatten die Elterninformation gelesen (82,8 %, n = 4.463) und machten Angaben zu deren Verständlichkeit. Nach eigener Aussage haben mehr als drei Viertel der Eltern (78,0 %, n = 3.479) die Elterninformation vollständig verstanden, weitere 20,5 % (n = 916) gaben an *das meiste verstanden* zu haben. *Kaum etwas* oder *nichts verstanden* haben nach eigener Angabe insgesamt nur 1,5 % (n = 68) der Eltern.

Betrachtet man die Verständlichkeit der allgemeinen Elterninformation unterschieden nach **Bildungsabschluss** der Eltern, so zeigt sich, dass Eltern mit einem höheren Bildungsabschluss die allgemeine Elterninformation besser verstehen (Abbildung 14). Unter den Eltern mit einem Hochschulabschluss gaben 87,0 % der Befragten (n = 1.917) an, die Information vollständig verstanden zu haben. Eltern mit Abitur wählten diese Antwort zu 78,1 % (n = 703), mit einem Realschulabschluss zu 68,8 % (n = 660) und mit einem Hauptschulabschluss nur zu 54,1 % (n = 99). Der Anteil an Eltern, die *kaum etwas* oder *gar nichts verstanden* haben, bleibt über die unterschiedlichen Bildungsabschlüsse hinweg jeweils im einstelligen Prozentbereich. Der größte Unterschied zwischen den Elterngruppen zeigt sich über eine Verschiebung von der Kategorie *alles verstanden* zu der Kategorie *das*

meiste verstanden mit abnehmendem Bildungsabschluss. Eltern mit einem Hochschulabschluss gaben letztere Antwortoption zu 12,6 % (n = 277) an, Abiturientinnen und Abiturienten zu 21,0 % (n = 189), Eltern mit einem Realschulabschluss zu 29,2 % (n = 280) und Eltern mit einem Hauptschulabschluss zu 39,9 % (n = 73).

Vergleichbar mit den Unterschieden nach Bildungsabschluss, zeigen sich auch bei der Betrachtung differenziert nach dem **Migrationshintergrund** der Eltern Unterschiede im Verständnis der Elterninformation (Abbildung 14). Die größte Differenz zeigt sich dabei zwischen Haushalten mit beidseitigem Migrationshintergrund und denen mit einseitigem oder keinem Migrationshintergrund. Nur die Hälfte der Eltern (50,3 %, n = 198), die beide einen Migrationshintergrund haben, gaben an, die Elterninformation vollständig verstanden zu haben. Wenn ein oder kein Elternteil einen Migrationshintergrund hat, berichteten 79,2 % (n = 327) bzw. 82,4 % (n = 2.746) der Eltern, die allgemeine Elterninformation vollständig verstanden zu haben. Analog zur Betrachtung nach Bildungsabschluss der Eltern, zeigt sich der Unterschied zwischen den Gruppen in einer Verschiebung von der Antwortkategorie *alles verstanden* zu der Kategorie *das meiste verstanden*. Eltern, die beide einen Migrationshintergrund haben, wählten zu 42,1 % (n = 166) *das meiste verstanden* als Antwort, während es 19,4 % (n = 80) bzw. 17,0 % (n = 567) waren, wenn nur ein oder kein Elternteil einen Migrationshintergrund hat. Der Anteil an Eltern, die *kaum etwas* oder *gar nichts* verstanden haben, bleibt unabhängig vom Migrationshintergrund im einstelligen Prozentbereich.

Abbildung 14: Einschätzung der Eltern zur Verständlichkeit der Allgemeinen Elterninformation im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Wie gut haben Sie die Elterninformation am Anfang des Gelben Hefts verstanden?“



Quelle: IGES basierend auf Elternfragebogen
Anmerkungen: Höchster Bildungsabschluss der Eltern: Haupt = Hauptschulabschluss (n = 183), Real = Realschulabschluss (n = 960), Abi = Abitur (n = 900), Hoch = Hochschulabschluss (n = 2.204);
Migrationshintergrund der Eltern: Beide = beide Eltern (n = 394), Ein = ein Elternteil (n = 413), Kein = kein Elternteil (n = 3.332).

5.7.2 Datenschutzhinweis

Zum Verständnis des Datenschutzhinweises am Anfang des Gelben Hefts wurden den Eltern fünf Fragen gestellt: Wie gut sie den Datenschutzhinweis verstanden haben, ob jemand Einsicht in das Gelbe Heft verlangen darf, ob eine Institution bisher Einsicht in das Gelbe Heft verlangt hat, welche Institution ggf. die Einsicht verlangt hat und ob sie den Datenschutzhinweis im Gelben Heft als ausreichend empfinden.

5.7.2.1 Verständlichkeit des Datenschutzhinweises

Das Verständnis des Datenschutzhinweises durch die Eltern wurde mit zwei Fragen untersucht. Zum einen wurden die Eltern gebeten eine Einschätzung darüber abzugeben, ob sie in dem Datenschutzhinweis *alles verstanden, das meiste verstanden*, *kaum etwas verstanden*, *nichts verstanden* haben oder ob sie diesen *nicht gelesen* haben. Zum anderen wurde eine Wissensfrage zum Datenschutzhinweis gestellt, um eine ggf. objektivere Einschätzung des Verständnisses zu erhalten.

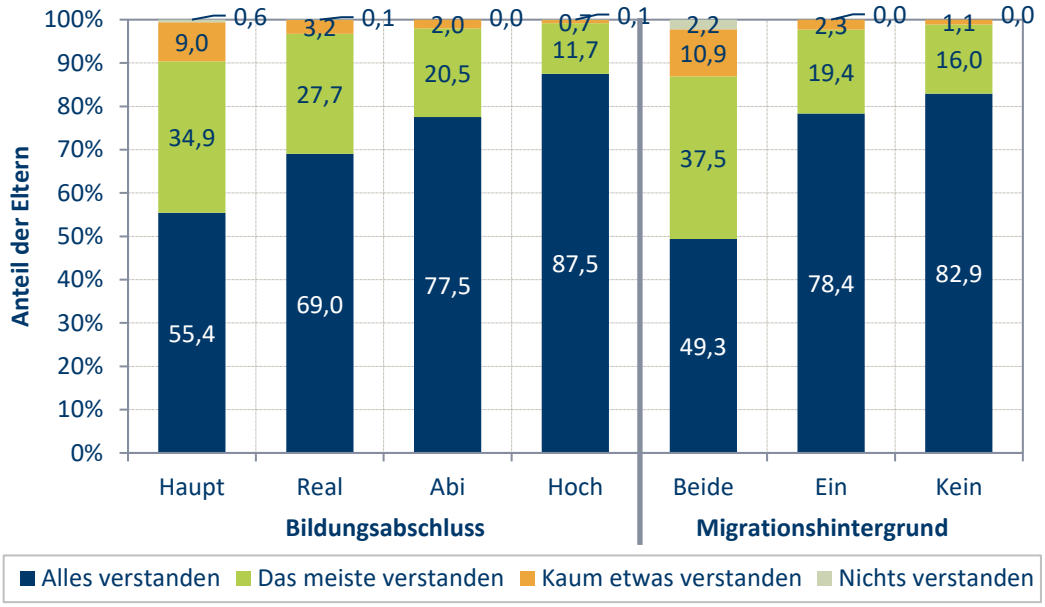
Selbstbericht des Verständnisses

Von den 5.492 befragten Eltern machten 96,8 % (n = 5.318) eine Angabe zur Selbsteinschätzung des Verständnisses des Datenschutzhinweises. Dabei gab fast ein Drittel der Eltern (32,5 %, n = 1.730) an, den Datenschutzhinweis nicht gelesen zu haben. Von den verbleibenden 3.588 Eltern haben nach eigener Angabe 77,6 % (n = 2.786) der Eltern *alles verstanden* und 19,5 % (n = 700) der Eltern *das meiste verstanden*. 2,8 % (n = 102) der befragten Eltern gaben an, den Datenschutzhinweis *kaum* oder *gar nicht* verstanden zu haben.

Das Verständnis des Datenschutzhinweises ist vom **Bildungsabschluss** der Eltern abhängig (Abbildung 15): Das selbst berichtete Verständnis steigt mit zunehmendem Bildungsabschluss. Nur knapp über die Hälfte der Eltern mit Hauptschulabschluss (55,4 %, n = 92) gaben an, den Datenschutzhinweis vollständig verstanden zu haben. Bei Eltern mit Realschulabschluss betrug dieser Anteil etwa zwei Drittel (69,0 %, n = 561), bei Eltern mit Abitur etwa drei Viertel der Befragten (77,5 %, n = 556). Von den Eltern mit Hochschulabschluss haben 87,5 % (n = 1.475) den Datenschutzhinweis nach eigener Aussage vollständig verstanden. Die übrigen Eltern geben überwiegend an, das meiste in dem Datenschutzhinweis verstanden zu haben (34,9 % bei Hauptschulabschluss bis 11,7 % bei Hochschulabschluss). 9,0 % (n = 15) der Eltern mit Hauptschlussabschluss gaben jedoch an *kaum etwas verstanden* zu haben, eine Person (0,6 %) gab an, *gar nichts verstanden* zu haben. Der Anteil der Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen, die nach eigenen Angaben den Datenschutzhinweis kaum bzw. gar nicht verstanden haben, liegt bei 3,3 % oder weniger.

Das Verständnis des Datenschutzhinweises verteilt sich außerdem unterschiedlich je nach **Migrationshintergrund** der Eltern (Abbildung 15). Basierend auf ihrer Selbsteinschätzung haben 13,1 % (n = 47) der Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund den Datenschutzhinweis *kaum* oder *gar nicht* verstanden. Bei Eltern mit einseitigem oder keinem Migrationshintergrund betrug dieser Anteil demgegenüber nur 2,3 % (n = 7) bzw. 1,1 % (n = 29). Die restlichen Eltern gaben an, *das meiste* oder *alles* in dem Datenschutzhinweis verstanden zu haben, wobei ein vollständiges Verständnis von Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener angegeben wird: Während 82,9 % (n = 2.187) der Eltern ohne Migrationshintergrund angaben, den Datenschutzhinweis nach eigener Aussage voll und ganz und weitere 16,0 % (n = 423) das meiste verstanden zu haben, waren es bei Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund 49,3 % (n = 176; *alles verstanden*) und 37,5 % (n = 134; *das meiste verstanden*).

Abbildung 15: Einschätzung der Eltern zur Verständlichkeit des Datenschutzhinweises im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Wie gut haben Sie die Datenschutzinformation am Anfang des Gelben Hefts verstanden?“



Quelle: IGES basierend auf Elternfragebogen

Anmerkungen: Höchster Bildungsabschluss der Eltern: Haupt = Hauptschulabschluss (n = 166), Real = Realschulabschluss (n = 813), Abi = Abitur (n = 717), Hoch = Hochschulabschluss (n = 1.686);
Migrationshintergrund der Eltern: Beide = beide Eltern (n = 357), Ein = ein Elternteil (n = 310), Kein = kein Elternteil (n = 2.639).

Wissensfrage zum Verständnis

Um das Verständnis der Eltern zu prüfen, wurde folgende Frage gestellt, deren korrekte Beantwortung das Verständnis des Datenschutzhinweises erfordert: „Darf jemand Einsicht in das Gelbe Heft Ihres Kindes verlangen?“. Als bewusst falsche Antworten standen folgende Optionen zur Verfügung:

- *Ja, ich bin verpflichtet, es bestimmten Institutionen vollständig vorzuzeigen.*
- *Nein, das Gelbe Heft ist vollständig vertraulich. Niemand darf die Vorlage irgendeines Teils des Gelben Hefts verlangen.*

Die korrekte Antwortoption lautete:

- *Das Gelbe Heft ist vertraulich. Nur die Vorlage der Teilnahmekarte darf verlangt werden.*

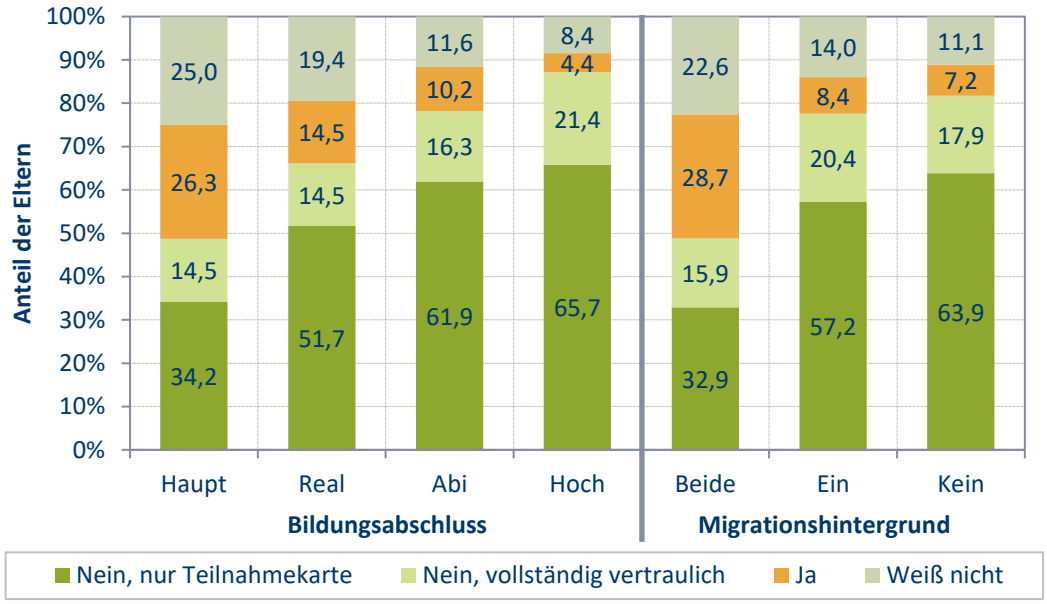
Weiterhin konnten die Eltern mit *weiß nicht* auf die Frage antworten.

Die Mehrheit der Eltern wählte die korrekte Antwort aus (58,5 %, n = 2.010). Etwas über ein Viertel der Eltern (28,2 %, n = 969) wählten eine der beiden falschen Antwortoptionen aus und die übrigen Eltern wählten die Option *weiß nicht (*13,3 %, n = 457). Es ist anzumerken, dass die Antwortoption *Nein, das Gelbe Heft ist vollständig vertraulich. Niemand darf die Vorlage irgendeines Teils des Gelben Hefts verlangen* ggf. so interpretiert wurde, dass die Teilnahmekarte nicht Teil des Gelben Hefts ist. Bei dieser Interpretation wäre die Antwort korrekt. Die eindeutig falsche Antwortoption *Ja, ich bin verpflichtet, es bestimmten Institutionen vollständig vorzuzeigen* wählten insgesamt betrachtet 10,1 % der Eltern (n = 348) aus.

Der **Bildungsabschluss** der Eltern hat einen Einfluss auf die korrekte Beantwortung der Wissensfrage zum Verständnis des Datenschutzhinweises (Abbildung 16). Bei den Eltern mit einem Hauptschulabschluss wählten nur etwa ein Drittel (34,2 %, n = 52) die korrekte Antwort, während es bei Eltern mit Realschulabschluss über die Hälfte (51,7 %, n = 404), und bei Eltern mit Abitur oder mit Hochschulabschluss fast zwei Drittel (61,9 %, n = 425 und 65,7 %, n = 1.073) waren. Die definitiv falsche Antwort *Ja, ich bin verpflichtet, es bestimmten Institutionen vollständig vorzuzeigen* wurde von nur 4,4 % (n = 72) der Eltern mit einem Hochschulabschluss gewählt, jedoch von 26,3 % (n = 40) der Eltern mit Hauptschulabschluss. Bei Eltern mit Realschulabschluss oder Abitur lag der Anteil dazwischen. *Weiß nicht* wurde von 8,4 % (n = 137) der Eltern mit Hochschulabschluss angekreuzt, bei den Eltern mit Hauptschulabschluss waren es 25,0 % (n = 38).

Auch bei einer Unterteilung nach dem **Migrationshintergrund** der Eltern zeigen sich Unterschiede bei der Beantwortung der Frage (Abbildung 16). Während nur ein Drittel der Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund (32,9 %, n = 108) die korrekte Antwort angaben, dass nur in die Teilnahmekarte Einsicht verlangt werden darf, sind es bei Eltern aus Haushalten mit einem einseitigen oder keinen Migrationshintergrund 57,2 % (n = 171; *einseitig*) bzw. 63,9 % (n = 1.627; *kein Migrationshintergrund*). Die definitiv falsche Antwort *Ja, ich bin verpflichtet, es bestimmten Institutionen vollständig vorzuzeigen* wählten Eltern aus Haushalten mit einem einseitigen oder keinem Migrationshintergrund nur selten (8,4 %, n = 25 und 7,2 %, n = 183). Bei Eltern aus Haushalten mit einem beidseitigen Migrationshintergrund waren es über ein Viertel der Befragten (28,7 %, n = 94). Auch der Anteil der Eltern, die mit *weiß nicht* antworteten, war bei beidseitigem Migrationshintergrund höher (22,6 %, n = 74) als bei einseitigem oder keinem Migrationshintergrund (14,0 %, n = 42 und 11,1 %, n = 282).

Abbildung 16: Wissensfrage zum Datenschutzhinweis im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Darf jemand Einsicht in das Gelbe Heft Ihres Kindes verlangen?“



Quelle: IGES basierend auf Elternfragebogen

Anmerkungen: Höchster Bildungsabschluss der Eltern: Haupt = Hauptschulabschluss (n = 152), Real = Realschulabschluss (n = 782), Abi = Abitur (n = 687), Hoch = Hochschulabschluss (n = 1.632);
Migrationshintergrund der Eltern: Beide = beide Eltern (n = 328), Ein = ein Elternteil (n = 299), Kein = kein Elternteil (n = 2.547).

5.7.2.2 Nützlichkeit des Datenschutzhinweises

Die Eltern wurden gefragt, ob sie den Datenschutzhinweis am Anfang des Gelben Heft als ausreichend empfinden. Von den 3.588 Eltern, die angaben, den Datenschutzhinweis gelesen zu haben, empfanden 95,4 % (n = 3.292) diesen als ausreichend.

Eltern, die den Datenschutzhinweis als nicht ausreichend empfanden, konnten angeben, welche zusätzliche Informationen sie sich gewünscht hätten. Von den 157 Eltern, die den Datenschutzhinweis nicht ausreichend fanden, machten 133 eine Freitextangabe (84,7 %). Am häufigsten wünschten sich Eltern eine klarere Kennzeichnung des Datenschutzhinweises (48,1 %, n = 64 von n = 133 Eltern, die einen Freitext verfassten). Es wurde bspw. vorgeschlagen, den Hinweis mit einer Überschrift zu versehen, fett oder farblich zu drucken oder auf einer eigenen Seite darzustellen, da er ansonsten häufig übersehen oder nicht als Datenschutzhinweis erkannt wird. Klarstellungen zur Teilnahmekarte wünschten sich 15,8 % (n = 21) der Eltern mit Freitextangaben (z. B. „Eine potenzielle Vorlagepflicht der Teilnahmekarte könnte besser herausgearbeitet werden.“ Oder „Ein Beispiel, wann die Teilnahmekarte verlangt werden darf, wäre schön“). Andere Eltern machten konkrete

Vorschläge zu inhaltlichen Verbesserungen bzw. Ergänzungen des Datenschutzhinweises (12,0 %, n = 16), bspw. die Untermalung mit Beispielen, Informationen zu gesetzlichen Grundlagen, Rechten und Pflichten der Eltern sowie damit verbundenen Konsequenzen bei deren Verletzung. Fast ein Zehntel der Eltern mit Freitextangaben (9,0 %, n = 12) nennt die Notwendigkeit der Anpassung des Umfangs, wobei von einigen Eltern mehr und von anderen weniger Text gewünscht wird. Einige Eltern wünschten sich eine verbesserte Verständlichkeit der Information, z. B., indem diese in einfacher Sprache formuliert wird (6,8 %, n = 9) oder merkten an, dass sie gern von den KJÄ mündlich über datenschutzrelevante Aspekte aufgeklärt werden würden (5,3 %, n = 7).

5.7.2.3 Einsicht des Gelben Hefts durch Dritte

Teilnehmende Eltern wurden gefragt, ob eine Person oder Institution bisher Einsicht in das Gelbe Heft ihres Kindes verlangt hat. 97,3 % der Eltern machten hierzu eine Angabe (n = 5.345 valide Angaben). Von diesen bejahten 14,0 % (n = 747) die Frage, d. h. eine Person oder Institution hatte Einsicht in das Gelbe Heft verlangt.

Die bejahenden Eltern wurden zusätzlich um die Angabe gebeten, wer Einsicht in das Gelbe Heft verlangt hat und warum. Von den 747 Eltern, die schon einmal aufgefordert worden waren, das Gelbe Heft vorzulegen, machten 91,0 % (n = 680) hierzu eine Freitextangabe. Am häufigsten gaben Eltern an, dass im Kindergarten Einsicht in das Gelbe Heft verlangt wurde (47,2 %, n = 319). Fast ein Viertel der Eltern gab an, das Gelbe Heft einem anderen Arzt bzw. einer anderen Ärztin oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Osteopathie) vorgelegt zu haben (23,1 %, n = 151), bei weiteren 11,3 % der Eltern (n = 74) verlangte eine Krankenkasse, eine private Krankenversicherung oder eine private Zusatzversicherung Einsicht in das Gelbe Heft. Darüber hinaus werden Behörden wie bspw. das Jugendamt oder Gesundheitsamt als Institutionen genannt, bei denen bisher das Gelbe Heft vorgelegt wurde.

Als Gründe für die Einsichtnahme in das Gelbe Heft werden in den Freitextantworten die Kontrolle der Teilnahme an den U-Untersuchungen, die Kontrolle des Impfstatus des Kindes sowie die Einschätzung der Entwicklung des Kindes vor allem durch Kindergarten, Schule, Behörden und andere Stellen genannt. Andere Ärztinnen und Ärzte sowie sonstige Behandlerinnen und Behandler verwenden nach Angabe der Eltern das Gelbe Heft dazu, die bisherige Krankheitsgeschichte des Kindes nachzuvollziehen. Krankenkassen und private Kranken- bzw. Zusatzversicherungen verlangten Einsicht zur Teilnahme an Bonusprogrammen oder zur Prüfung des Gesundheitszustands des Kindes z. B. bei Eintritt in die private Krankenversicherung.

5.7.3 Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Neben der allgemeinen Elterninformation am Anfang des Gelben Hefts (vgl. Kapitel 5.7.1) gibt es für jede U-Untersuchung eine spezifische Elterninformation, die eine Übersicht, über die in der Untersuchung zu behandelnden Themen gibt. Die Eltern

wurden im Elternfragenbogen und in Interviews zur Nutzung, zur Verständlichkeit und zur Nützlichkeit dieser U-spezifischen Elterninformationen befragt. Auch KJÄ wurde zu den Elterninformationen zu einzelnen U-Untersuchungen befragt. Diese Ergebnisse sind in Kapitel 5.8.1 enthalten.

5.7.3.1 Nutzung der Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Zum Zwecke eines besseren Verständnisses davon, wie die Eltern die Elterninformationen zu den einzelnen U-Untersuchungen nutzen, wurden sie dazu befragt, ob sie die Elterninformation zur letzten U-Untersuchung ihres Kindes vor und/oder nach der Untersuchung gelesen haben. Beide Fragen wurden von fast allen Eltern beantwortet (vorher: 97,5 %, n = 5.356; nachher: 97,8 %, n = 5.372; sowohl vorher als auch nachher: 96,3 %, n = 5.287 von insgesamt n = 5.492 teilnehmenden Eltern). Von den 5.287 Eltern, die beide Fragen beantworteten, machten 216 nicht plausible Angaben bezüglich des Zeitpunkts, wann sie die Elterninformation lasen. Daher wurden sie von der Auswertung ausgeschlossen. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich somit auf 5.071 Eltern, von denen plausible Angaben vorliegen, ob sie die Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen, und, ob sie sie danach lasen.

Etwas weniger als ein Viertel der Eltern (22,5 %, n = 1.141 von n = 5.071) antworteten, dass sie die Elterninformation weder vor noch nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen haben. Von den Eltern, die die Elterninformation gelesen haben, taten dies 37,1 % (n = 1.879) vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes und 19,0 % (n = 965) danach. Weitere 21,4 % (n = 1.086) der Eltern lasen die Elterninformation sowohl vor als auch nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes. Insgesamt gaben also 58,5 % der Eltern an, die Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen zu haben.

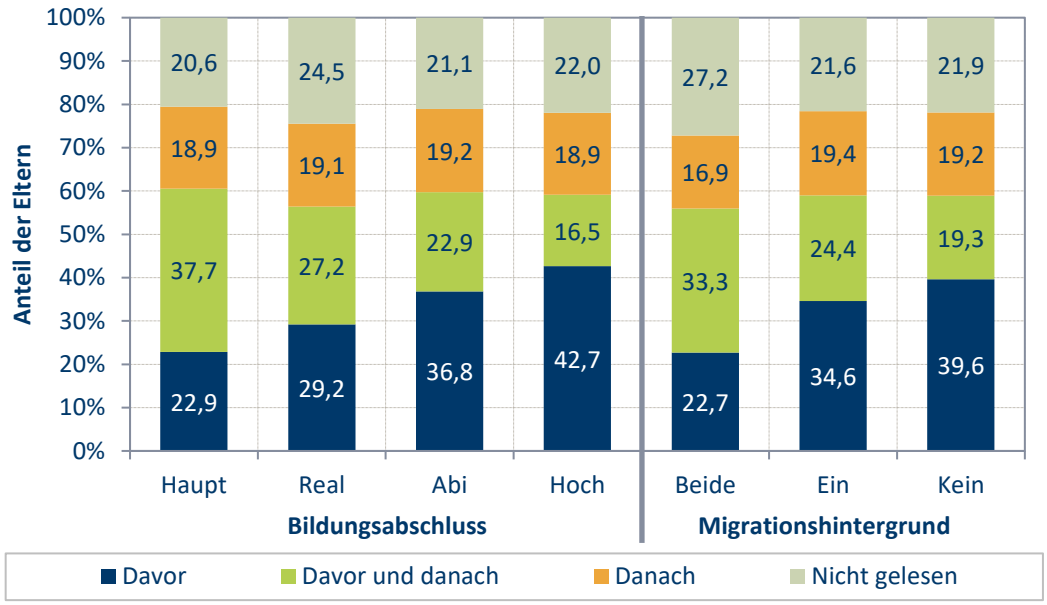
Der Anteil der Eltern, die die Elterninformation gar nicht gelesen haben, ist etwas höher, wenn das Kind zuletzt die U8 oder U9 durchlief (26,5 % bzw. 34,5 %). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass für einen Teil dieser Kinder ein altes Gelbes Heft vorlag, welches keine Elterninformation erhielt (vgl. Kapitel 5.1). Ansonsten zeigen sich keine systematischen Unterschiede zwischen den **U-Untersuchungen** in Bezug darauf, ob und wann die Eltern die Elterninformation gelesen haben.

Das Lesen der Elterninformation wird je nach **Bildungsabschluss** der Eltern etwas unterschiedlich gehandhabt (Abbildung 17): Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss haben die Elterninformation häufiger sowohl vor als auch nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen (Hochschulabschluss: 16,5 %, n = 435; Abitur:22,9 %, n = 226; Realschulabschluss: 27,2 %, n = 284; Hauptschulabschluss: 37,7 %, n = 66). Dagegen haben Eltern mit höherem Bildungsabschluss die Elterninformation eher nur vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen (Hochschulabschluss: 42,7 %, n = 1.128; Abitur: 36,8 %, n = 364; Realschulabschluss: 29,2 %, n = 305; Hauptschulabschluss: 22,9 %, n = 40). Der Anteil der Eltern, die die Elterninformation nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen haben

oder die es gar nicht taten, unterscheidet sich kaum in Abhängigkeit vom Bildungsabschluss der Eltern (jeweils circa 20 %). Bei der Betrachtung nach Bildungsabschluss ergeben sich für die seltener besetzten Bildungsabschlüsse fehlende Werte über 10 % (21,7 %, n = 18 für (noch) keinen Schulabschluss; 14,2 %, n = 29 für Hauptschulabschluss). Es ist nicht auszuschließen, dass die Antworten besonders häufig fehlen, wenn Eltern die Elterninformationen nicht gelesen haben. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte daher berücksichtigt werden, dass der Anteil der Eltern, die die Information nicht gelesen haben in diesen Subgruppen möglicherweise unterschätzt wird.

Betrachtet man das Lesen der Elterninformation in Abhängigkeit vom **Migrationshintergrund** der Eltern (Abbildung 17), so zeigt sich, dass Eltern, die beide einen Migrationshintergrund haben, die Elterninformation häufiger sowohl vor als auch nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen haben (33,3 %, n = 138). In Familien mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund taten dies 24,4 % (n = 111) bzw. 19,3 % (n = 743) der Eltern. In letzteren Familien lasen die Eltern die Elterninformation eher nur vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes (kein Migrationshintergrund: 39,6 %, n = 1.527; einseitig: 34,6 %, n = 157; beidseitig: 22,7 %, n = 94). Weiterhin ist zu beobachten, dass Eltern, die beide einen Migrationshintergrund haben, etwas häufiger antworteten, die Elterninformation gar nicht gelesen zu haben (27,2 %, n = 113) im Vergleich zu Eltern, bei denen nur ein oder kein Elternteil einen Migrationshintergrund hat (21,6 %, n = 98 bzw. 21,9 %, n = 845). Bei der am seltensten besetzten Subgruppe (beide Eltern haben einen Migrationshintergrund) finden sich fehlende Werte über 10 % (13,7 %, n = 66). Wie weiter oben beschrieben, ist nicht auszuschließen, dass Antworten besonders dann fehlen, wenn die Elterninformation nicht gelesen wurde. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte daher eine mögliche leichte Unterschätzung des Anteils der Eltern, die die Information nicht gelesen haben, in dieser Subgruppe berücksichtigt werden.

Abbildung 17: Relative Häufigkeit des Lesens der U-spezifischen Elterninformation durch die Eltern vor bzw. nach der U-Untersuchung ihres Kindes differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund



Quelle: IGES basierend auf Elternfragebogen
Anmerkungen: Höchster Bildungsabschluss der Eltern: Haupt = Hauptschulabschluss (n = 175), Real = Realschulabschluss (n = 1.045), Abi = Abitur (n = 989), Hoch = Hochschulabschluss (n = 2.644);
Migrationshintergrund der Eltern: Beide = beide Eltern (n = 415), Ein = ein Elternteil (n = 454), Kein = kein Elternteil (n = 3.856).

5.7.3.2 Verständlichkeit der Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Eltern, die die U-spezifische Elterninformation vor und/oder nach der U-Untersuchung gelesen haben, wurden gefragt, wie gut sie die Elterninformation verstanden haben. Die Antwortoptionen waren *alles verstanden*, *das meiste verstanden*, *kaum etwas* oder *nichts verstanden*. Fast alle Eltern, für die plausible Angaben zum Zeitpunkt des Lesens der Elterninformation vorliegen (vgl. Kapitel 5.7.3.1), beantworteten die Fragen nach dem Verständnis (vorher gelesen: 99,7 %, n = 1.873 von n = 1.879; nachher gelesen: 98,4 %, n = 950 von n = 965; vorher und nachher gelesen: 99,2 %, n = 1.077 für Verständnis vorher und 99,3 %, n = 1.078 für Verständnis nachher von n = 1.086).

Fast alle Eltern (99 %) antworteten, dass sie beim Lesen der Elterninformation alles oder das meiste verstanden haben. Weniger als 1 % der Eltern gaben an, kaum etwas oder nichts verstanden zu haben. Eltern, die die Elterninformation nur vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen haben, gaben zu 88,7 % (n = 1.661) *alles verstanden* an und zu 10,9 % (n = 205) *das meiste verstanden*. In

den übrigen Gruppen (nur danach gelesen sowie vorher und nachher gelesen, wobei für letztere Gruppe sowohl das Verständnis beim Lesen vorher als auch beim Lesen nachher erfragt wurde) gaben jeweils circa 80 % der Eltern an, *alles verstanden* zu haben und knapp 20 %, *das meiste verstanden* zu haben. Der Unterschied im Antwortverhalten zwischen den Gruppen wird nachfolgend im Zusammenhang mit einer Differenzierung nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund näher betrachtet.

Die Verständlichkeit der Elterninformation wird in Abhängigkeit von der letzten **U-Untersuchung** des Kindes nicht systematisch anders bewertet. Es bestehen jedoch Unterschiede in Anhängigkeit vom Bildungsabschluss und Migrationshintergrund der Eltern. Weiterhin bleiben die im vorherigen Absatz beschriebenen Unterschiede im Antwortverhalten von Eltern, die die Elterninformation zu unterschiedlichen Zeitpunkten gelesen haben, bestehen bzw. werden ausgeprägter, wenn eine Differenzierung nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund erfolgt. Diese Beobachtungen werden nachfolgend erläutert.

Die Unterschiede in der Verständlichkeit der Elterninformation für Eltern mit unterschiedlichem **Bildungsabschluss** und Migrationshintergrund werden hier anhand von Eltern vorgestellt, die die Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen. Für Eltern, die die Elterninformation nach bzw. vor und nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen, zeigen sich analoge Trends, allerdings überlagert durch die Effekte des Zeitpunkts des Lesens (s. u.). 91,7 % (n = 1.033) der Eltern mit Hochschulabschluss, die die Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen, gaben an, *alles verstanden* zu haben. Die übrigen 8,3 % (n = 93) gaben an, *das meiste verstanden* zu haben. Für Eltern mit Abitur oder Realschulabschluss ist der Anteil derer, die *alles verstanden* haben etwas niedriger (88,4 %, n = 319 bzw. 85,6 %, n = 261) und der Anteil derer, die *das meiste verstanden* haben etwas höher (11,4 %, n = 41 bzw. 13,8 %, n = 42). Ein schlechteres Verständnis zeigt sich bei Eltern mit Hauptschulabschluss: nur 65,0 % (n = 26) antworteten, beim Lesen der Elterninformation *alles verstanden* zu haben, 30,0 % (n = 12) antworteten, *das meiste verstanden* zu haben. Je eine Person (2,5 %) antwortete, kaum etwas bzw. nichts verstanden zu haben. Wie oben erwähnt zeigt sich ein ähnliches Gefälle in der Verständlichkeit je nach Bildungsabschluss auch für Eltern, die die Elterninformation nach bzw. vor und nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen.

Betrachtet man die Bewertung der Verständlichkeit der Elterninformation differenziert nach dem **Migrationshintergrund** der Eltern, so zeigt sich auch hier ein Gefälle: 90,8 % (n = 1.382) der Eltern ohne Migrationshintergrund, die die Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen, gaben an, *alles verstanden* zu haben, weitere 9,1 % (n = 138) antworteten, *das meiste verstanden* zu haben. Von Eltern mit einseitigem Migrationshintergrund wurde die Verständlichkeit der Elterninformation ähnlich gut bewertet (*alles verstanden*: 88,5 %, n = 139; *das meiste verstanden*: 11,5 %, n = 18). Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund beurteilten die Elterninformation jedoch als weniger verständlich: nur 68,1 % (n = 64) dieser Eltern gaben an, *alles verstanden* zu haben. 28,7 %

(n = 27) antworteten *das meiste verstanden* und 3,2 % (n = 3) *kaum etwas verstanden*.

Wie oben erwähnt werden die Effekte von Bildungsabschluss und Migrationshintergrund auf die Verständlichkeit der Elterninformation überlagert durch Unterschiede im Antwortverhalten von **Eltern, die die Elterninformation nur vor, nur nach bzw. vor und nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen haben**. Letztere Effekte treten insbesondere bei Eltern mit Haupt- oder Realschulabschluss sowie mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund auf. Sie werden nachfolgend anhand von Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund erläutert. Wie zuvor berichtet, beurteilen 68,1 % (n = 64) der Eltern, die beide einen Migrationshintergrund haben und die Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen, ihr Verständnis der Elterninformation mit *alles verstanden*. Für Eltern, die beide einen Migrationshintergrund haben und die Elterninformation nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen, liegt dieser Anteil bei nur 47,1 % (n = 32); weitere 45,6 % (n = 31) von ihnen gaben an, *das meiste verstanden* zu haben und 7,4 % (n = 5) *kaum etwas verstanden* zu haben. Für Eltern, die beide einen Migrationshintergrund haben und die Elterninformation vor und nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes lasen, liegt der Anteil dazwischen (*alles verstanden*: 55,8 %, n = 77, wenn nach dem Verständnis beim Lesen vor der U-Untersuchung gefragt wird bzw. 64,2 %, n = 88, wenn nach dem Verständnis beim Lesen nach der U-Untersuchung gefragt wird). Auch bei Eltern mit Hauptschulabschluss ist bei denen, die die Elterninformation nach der letzten U-Untersuchung lasen, ein besonders schlechtes Verständnis der Elterninformation zu beobachten: Sie antworteten nur zu 51,5 % (n = 17), *alles verstanden* zu haben; 42,4 % antworteten, *das meiste verstanden* zu haben und 6,1 % (n = 2) *kaum etwas verstanden*.

Eine mögliche Interpretation der Ergebnisse ist, dass Eltern, die die Elterninformation vor der U-Untersuchung ihres Kindes lesen, relativ interessiert an bzw. informiert zur Entwicklung ihres Kindes sind. Daher könnte es ihnen leichter fallen, die Elterninformation zu verstehen. Eltern, die die Elterninformation vor und nach der U-Untersuchung lesen, tun dies möglicherweise, weil es für sie besonders schwierig ist, die Entwicklung ihres Kindes zu verstehen. Die Elterninformation scheint für sie jedoch auch nur bedingt hilfreich zu sein, wobei dies einerseits darauf zurückzuführen sein könnte, dass der Text zu anspruchsvoll ist, andererseits könnten ihre Kinder Besonderheiten bei der Entwicklung zeigen, die in der Elterninformation nicht abgebildet sind, wodurch die Relevanz der Elterninformation verringert wäre. Bei Eltern, die die Elterninformation erst nach der U-Untersuchung ihres Kindes lesen, könnte die Vorerfahrung bestehen, dass sie den Text nicht gut verstehen. Durch die U-Untersuchung könnten sie angeregt werden, die Elterninformation zu lesen, um dann jedoch festzustellen, dass sie sie nicht besonders verständlich finden.

5.7.3.3 Nützlichkeit der Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Um die Nützlichkeit der U-spezifischen Elterninformation zu untersuchen, wurden die Eltern, die die Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen haben, gefragt, inwiefern sie durch das Lesen wussten, was sie in der bevorstehenden U-Untersuchung erwartet. Fast alle Eltern machten hierzu eine Angabe (98,5 %, n = 3.093 von n = 3.139 Eltern, die die Elterninformation vor der U-Untersuchung gelesen haben).

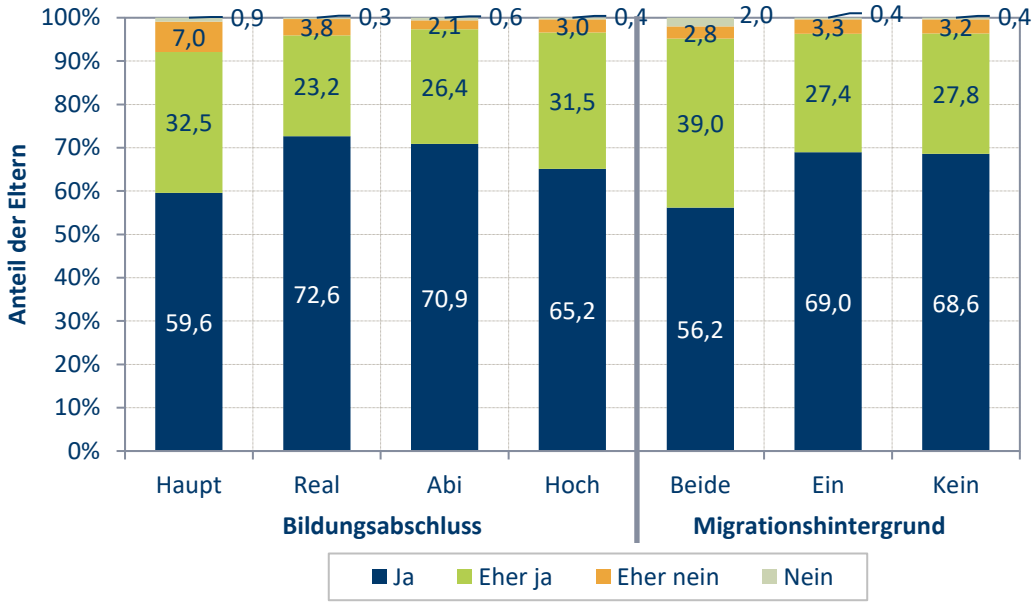
Insgesamt betrachtet schätzen die meisten befragten Eltern die Elterninformation als nützlich ein: Zwei Drittel der der Eltern (67,2 %, n = 2.079) antworteten mit *ja*, ein weiteres Viertel (28,8 %, n = 892) mit *eher ja,* d. h. sie wussten nach dem Lesen der Elterninformation, was sie in der Untersuchung ihres Kindes erwartet. Nur insgesamt 4,0 % (n = 122) der Eltern verneinten die Frage (*eher nein* oder *nein)*.

Die Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Nützlichkeit der Elterninformation verschiebt sich leicht mit zunehmendem Alter des Kindes: bei den früheren **U-Untersuchungen** bejahen Eltern die Frage häufiger klar (U2: 71,1 %, n = 32; U3: 75,9 %, n = 261; *ja*), bei den späteren U-Untersuchungen fällt die Zustimmung etwas geringer aus (U8: 61,0 %, n = 172; U9: 58,9 %, n = 122). Der Anteil von Eltern, die angeben, dass sie die entsprechende Elterninformation *eher nicht* oder *gar nicht* auf die U-Untersuchung vorbereitet hat variiert wischen 2,4 % (n = 11; *U4*) und 8,9 % (n = 4; *U2*).

Das Antwortmuster unterscheidet sich in Abhängigkeit vom **Bildungsabschluss** der Eltern (Abbildung 18). Eltern mit Hauptschulabschluss als höchstem Bildungsabschluss, stimmen verhaltener zu, dass sie nach dem Lesen der Elterninformation wussten, was sie in der U-Untersuchung ihres Kindes erwartet (*ja*: 59,6 %, n = 68, *eher ja:* 32,5 %, n = 37). Bei Eltern mit Realschulabschluss waren es 72,6 % (n = 454) bzw. 23,2 % (n = 145), bei Eltern mit Abitur 70,9 % (n = 444) bzw. 26,4 % (n = 165) und bei Eltern mit Hochschulabschluss 65,2 % (n = 1.044) bzw. 31,5 % (n = 504). Dass sie (eher) nicht wussten, was sie erwartet, sagten zwischen 2,7 % (n = 17, *Abitur*) und 7,9 % (n = 9, *Hauptschulabschluss*) der Eltern.

Bei der Betrachtung nach **Migrationshintergrund** der Eltern, lassen sich vorwiegend Unterschiede zwischen beidseitigem Migrationshintergrund und einseitigem oder keinem Migrationshintergrund feststellen (Abbildung 18): Während 69,0 % (n = 189) der Eltern mit einseitigem und 68,6 % (n = 1.621) ohne Migrationshintergrund angaben, dass sie durch das Lesen der Elterninformation eine gute Vorstellung von der bevorstehenden U-Untersuchung hatten (*ja*), sind es bei den Eltern mit beiderseitigem Migrationshintergrund nur 56,2 % (n = 140). Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund wählten hingegen häufiger die Option *eher ja* (39,0 %, n = 97) als Eltern ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (27,8 %, n = 658 bzw. 27,4 %, n = 75). Dass sie (eher) nicht wussten, was sie erwartet, sagten zwischen 3,6 % (n = 85, *kein*) und 4,8 % (n = 12, *beidseitig*) der Eltern.

Abbildung 18: Einschätzung der Eltern zur Nützlichkeit der U-spezifischen Elterninformation im Gelben Heft differenziert nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund: „Wussten Sie nach dem Lesen der Elterninformation, was Sie in der U-Untersuchung Ihres Kindes erwartet?“



Quelle: IGES basierend auf Elternfragebogen

Anmerkungen: Höchster Bildungsabschluss der Eltern: Haupt = Hauptschulabschluss (n = 114), Real = Realschulabschluss (n = 625), Abi = Abitur (n = 626), Hoch = Hochschulabschluss (n = 1.602);
Migrationshintergrund der Eltern: Beide = beide Eltern (n = 249), Ein = ein Elternteil (n = 274), Kein = kein Elternteil (n = 2,364).

Um genauer zu verstehen, warum einige Eltern die Elterninformation weniger nützlich finden, wurden mit acht Eltern, die sich trotz Lesens der Elterninformation nicht ausreichend hinsichtlich der nächsten U-Untersuchung ihres Kindes informiert fühlten (Gruppe 1, vgl. Kapitel 2.3.3), Interviews geführt. In den Interviews wurde deutlich, dass die Eltern am ehesten an der Relevanz und Verständlichkeit der Elterninformation zweifeln. Mit Aspekten wie der Zugänglichkeit, der Länge, der Aktualität, der Eindeutigkeit, der Objektivität und der Vertrauenswürdigkeit der Information waren sie in der Regel zufrieden.

Zweifel an der Relevanz ergaben sich aufgrund von zwei Arten von Erfahrungen: Zum einen, dass in der U-Untersuchung bestimmte Tests gemacht wurden (z. B. „Schraubverschlüsse öffnen und Würfel stapeln“ in der U6), die nicht in der Elterninformation beschrieben sind bzw. dass die Elterninformation Themen nur allgemein ansprechen, nicht konkret erkläre, wie die Untersuchung abläuft (z. B. „So im Allgemeinen steht dort geschrieben, worum es inhaltlich geht. Ab und an wäre es angenehm zu wissen, wie die Untersuchung abläuft“). Zum anderen stellten Eltern

in Frage, wozu sie die Information bräuchten, da die Ärztin oder der Arzt den Ablauf der U-Untersuchung kenne und sie so durchführe, wie sie oder er es für richtig hält bzw. wie dafür Zeit sei. Es könne sogar nachteilig sein, den Ablauf zu kennen, da man durch Nachfragen kostbare Zeit in Anspruch nehme (z. B. „Die Elterninformation ist interessant, aber sie hat keinen Einfluss auf die Untersuchung selbst, denn der Arzt macht seine Arbeit sowieso.“, „Ich kriege bei der Untersuchung gar nicht mit, ob alles was aufgeführt wird auch erledigt wurde.“ oder „Den Blickwinkel auf was der Arzt alles tut, findet ich irritierend. Schon eine kleine Frage der Eltern führt zu Verzögerungen der Untersuchung, sodass nicht alles gemacht werden kann“).

Bedenken bezüglich der Verständlichkeit bezogen sich auf die Verwendung von Fachbegriffen (z. B. „Mukoviszidose“ in der U2 oder „Ich bin Krankenschwester, für andere sind das aber evtl. zu viele Fachbegriffe“). Gefragt danach, wer die Texte geschrieben haben könnte, vermuteten jedoch mehrere Eltern, dass auch Pädagogen involviert waren, was darauf hindeutet, dass das Bestreben nach guter Verständlichkeit bemerkt wird (z. B. Die Elterninformation wurde von „einer Mischung aus Pädagoge und Arzt“ oder „einer ‚Übersetzungsstelle‘ zwischen Arzt und Eltern“ geschrieben).

5.7.3.4 Optimierungsbedarfe für die Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Teilnehmende Eltern wurden gefragt, ob sie sich weitere Informationen zur bevorstehenden U-Untersuchung gewünscht hätten. Insgesamt n = 1.699 Eltern machten hierzu eine Freitextangabe (30,3 % aller Eltern), wobei die meisten Eltern angaben, dass sie mit der Information zufrieden waren (78,5 %, n = 1.334) und einige Eltern nicht direkt auf die Frage antworteten (2,2 %, n = 38). Von 322 Eltern stehen gültige Freitextantworten zu Optimierungsbedarfen der Elterninformation zur Verfügung (5,9 % aller Eltern).

Eltern mit relevanten Freitextangaben wünschten sich am häufigsten Informationen zu Ablauf und Dauer der bevorstehenden U-Untersuchung (n = 126, 37,4 % bzw. 2,3 % aller Eltern). Ein Teil der Eltern wünschte sich generell mehr Informationen, ohne genauer zu konkretisieren zu welchen Themen (n = 60, 17,8 % bzw. 1,1 %), ein weiterer Teil vermisste Informationen rund um das Thema Impfungen (n = 43, 12,8 % bzw. 0,8 %). Jeweils etwa sieben Prozent der Eltern mit Freitextangaben würde gerne mehr darüber erfahren, wie sie sich auf die bevorstehende U-Untersuchung vorbereiten können (n = 26, 7,7 % bzw. 0,5 %) oder welche altersgemäßen Anforderungen ihr Kind erfüllen sollte (n = 25, 7,4 % bzw. 0,5 %, z. B. „Wir würden gerne wissen, was jeweils für das jeweilige Alter vorausgesetzt wird und was das Kind können sollte“). Ein kleiner Teil der Eltern war der Meinung, dass im Gelben Heft Informationen dazu fehlen, wie dieses zu nutzen sei (n = 15, 4,5 % bzw. 0,3 %, z. B. „Es war mir nicht bewusst, dass ich etwas ausfüllen muss. Es wird nicht ersichtlich, welche Abschnitte der Arzt auszufüllen hat und welche die Eltern“).

Auch in den Interviews (Thema 1, vgl. Kapitel 2.3.3) merkten Eltern vereinzelt an, dass sie es hilfreich fänden, den zeitlichen Rahmen der bevorstehenden U-Untersuchung zu kennen, um sich besser darauf einstellen zu können und, dass sie sich zusätzliche Informationen zum Impfverlauf und die zeitliche Abfolge von Impfungen wünschen würden.

5.7.4 Notizen der Eltern

Für jede U-Untersuchung beginnend mit der U2 enthält das Gelbe Heft im Anschluss an die Elterninformation ein Notizfeld für die Eltern. Die Eltern werden mit einem „Tipp“ eingeladen, sich Notizen zu machen, wenn ihnen bei ihrem Kind etwas Ungewöhnliches aufgefallen ist oder sie etwas beunruhigt und sie darüber mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchten. Teilnehmende Eltern wurden sowohl im Elternfragenbogen als auch in den Elterninterviews zur Nutzung des Notizfeldes im Gelben Heft sowie zum Inhalt von evtl. eingetragenen Notizen befragt. Zusätzlich wurden die Notizen der Eltern in den übermittelten Kopien der Gelben Hefte ausgewertet.

Die Notizfelder für die Eltern werden sowohl nach eigener Angabe der Eltern als auch gemäß den übermittelten Kopien der Gelben Hefte eher wenig genutzt. Wie in Kapitel 5.8.2 berichtet, stimmen diese Ergebnisse auch mit den Erfahrungen der KJÄ überein.

Die meisten Eltern haben nach eigener Aussage für die letzte U-Untersuchung ihres Kindes keine Notizen im Gelben Heft eingetragen: mehr als neun von zehn der mit dem **Elternfragebogen** befragten Eltern verneinten die Frage (92,6 %, n = 4.941 von n = 5.337 validen Angaben). Nur 7,4 % der Eltern (n = 396) gaben an, für die letzte U-Untersuchung ihres Kindes Notizen in dem entsprechenden Feld vorgenommen zu haben. Der Anteil von Eltern, die Notizen eingetragen haben, variiert leicht in Abhängigkeit davon, welche die letzte U-Untersuchung war: der Anteil schwankt zwischen 5,2 % (n = 33) bei Eltern, deren Kind zuletzt eine U7a-Untersuchung durchlaufen ist, und 10,2 % (n = 81) bei Eltern von Kindern, die zuletzt eine U5-Untersuchung hatten.

Eltern, die Notizen zur letzten U-Untersuchung ihres Kindes eingetragen haben (n = 373 valide Angaben), wurden gebeten anzugeben, wozu sie sich Notizen gemacht haben. Dabei waren Mehrfachantworten möglich. Fast drei Viertel der Befragten (71,8 %, n = 268) notierten sich *Fragen zu Dingen, die Ihnen in der Entwicklung oder im Verhalten Ihres Kindes aufgefallen sind.* Etwas mehr als ein Fünftel der Eltern, die Eintragungen vorgenommen haben (21,4 %, n = 80), notierten sich *Fragen zu konkreten Untersuchungen oder Behandlungen*. Nur wenige Eltern (5,4 %, n = 20) notierten *Rückfragen zur Elterninformation*, um diese ggf. mit der Ärztin oder dem Arzt zu besprechen. Ein weiteres Viertel (27,1 %, n = 101) gab *sonstige* Themen von Notizen im Gelben Heft an. Diese Eltern hatten Gelegenheit, in einem Freitextfeld den Inhalt ihrer Notizen im Gelben Heft zu präzisieren.

Zusätzlich zu den oben genannten Kategorien machen Eltern sich in erster Linie Notizen zu allgemeinen Fragen um Rat (35,0 % der Eltern, die sonstige Gründe angaben, n = 35), z. B. „Thema Zahngesundheit“ oder „Stuhlgang, Stillen und Beikost“. Jeweils etwa ein Fünftel der Eltern, die sonstige Gründe angaben, haben bei der letzten U-Untersuchung Fragen zu Symptomen bzw. Beschwerden notiert oder Notizen zu Medikamenteneinnahme/Behandlung/Rezepten gemacht (jeweils 23,0 %, n = 23).

In den übermittelten **Kopien von Gelben Heften** zeigen sich ähnliche Ergebnisse wie im Selbstbericht der Eltern: In einem überwiegenden Großteil der U-Untersuchungen (91,8 %, n = 5.537 von n = 6.034 auswertbaren Kopien) wurden von den Eltern keine Notizen vorgenommen. Lediglich 8,2 % der übermittelten U-Untersuchungen (n = 497) enthalten Eintragungen in dem entsprechenden Notizfeld. Für die U2 wurden besonders häufig Notizen vorgenommen: hier finden sich in 18,4 % der übermittelten Kopien (n = 235) Eintragungen in dem Notizfeld für Eltern. Für die U7 ist der Anteil von Kopien mit Elternnotizen mit 2,7 % (n = 13) am geringsten.

Eine systematische Auswertung der Eintragungen der Eltern in dem Notizfeld (n = 656 Nennungen in den n = 497 Kopien Gelber Hefte mit Notizen) zeigt, dass Eltern dieses am häufigsten für Notizen zu Medikamenteneinnahmen, Behandlungen, Rezepten u. Ä. ihres Kindes verwenden: In fast der Hälfte aller U-Untersuchungen mit Eintragungen der Eltern finden sich solche Eintragungen (46,5 %, n = 232). In 13,0 % der Notizfelder mit Eintragungen (n = 65) notierten sich Eltern Fragen zu Auffälligkeiten in der Entwicklung bzw. dem Verhalten des Kindes, etwas häufiger wurden Fragen zu konkreten Beschwerden notiert (15,6 %, n = 78). In einem Zehntel der U-Untersuchungen mit Eintragungen (10,0 %, n = 50) notierten Eltern Fragen zu allgemeinen Ratschlägen, wie bspw. „Was tun bei starken Zahnschmerzen?“ oder „Ab wann Schnuller?“. Fragen zu konkreten Untersuchungen oder Behandlungen (5,0 %, n = 25) und Rückfragen zur Elterninformation (3,0 %, n = 15) spielen eher eine untergeordnete Rolle. Bei 5,0 % (n = 25) der Untersuchungen ist auf dem Notizfeld für die Eltern ein Stempel bzw. ein Zettel eingeklebt.

In den **Interviews mit den Eltern** (alle Gruppen, n = 32, vgl. Kapitel 2.3.3) wurden Gründe für die geringe Nutzung des Notizfelds erfragt. Neben Einzelnennungen erfolgten auch Mehrfachnennungen. Sieben Personen machten hierzu keine Angabe. Des Weiteren wurden die Nennungen von zwei interviewten Personen als keine Angabe kategorisiert, weil diese bspw. nicht im Zusammenhang mit der eigentlichen Fragestellung standen. Insgesamt wurden n = 26 Nennungen aus n = 23 Interviews in die Auswertung eingeschlossen.

Zusammenfassend wurden insbesondere die folgenden Gründe berichtet:

- mangelnde Praktikabilität (n = 10),
- fehlende Notwendigkeit (n = 7),
- fehlende Bekanntheit bzw. Unwissenheit (n = 6),
- Sonstiges (n = 3).

Die Interviewten bemängelten vor allem die Praktikabilität des Gelben Hefts, da man dieses aus Sicht der Eltern meist „nur bei den Untersuchungen dabei“ hat. Eine interviewte Person begründete die eingeschränkte Nutzung mit „Das Heft verschwindet im Aktenordner.“ In diesem Kontext berichtete ein Teil der Eltern auch, dass Notizen eher digital via Mobiltelefon und/oder händisch auf einem Zettel vermerkt werden.

Als weiterer Grund für die geringe Nutzung wurde angemerkt, dass seitens der Eltern allgemein keine Notwendigkeit bestand Notizen einzutragen. Die fehlende Notwendigkeit wird zum einen mit einer Unklarheit darüber „was man notieren sollte“ begründet (z. B. „Wüsste nicht was da rein sollte“). Weiterhin wurde angeführt, dass keine Notizen eingetragen wurden, weil einerseits bei der Untersuchung „alles in Ordnung war“ bzw. nichts „Ungewöhnliches“ vorkommen sei und andererseits „alle Infos zum eigenen Kind im Kopf“, d. h. gedanklich, vermerkt wurden. Ergänzend hierzu wurde deutlich, dass die fehlende Bekanntheit bzw. die Unwissenheit über das Notizfeld im Gelben Heft die Nutzung dessen einschränkt (z. B. „Wusste nicht, dass man Notizen machen kann.“, „Es ist bisher noch nicht aufgefallen, dass man selbst Notizen machen kann“).

Unter Sonstiges wurden zudem folgende Gründe genannt:

> *„Die defizitäre Ausrichtung stellt ein Hindernis dar: wenn etwas reingeschrieben wird, hat dies evtl. indirekte Auswirkungen.“*

> *„Die Ärztinnen haben sich keine Zeit genommen, deshalb habe ich auch keine Notizen im Gelben Heft gemacht.“*

> *„Erstens verlieren Notizen ihre Relevanz eventuell wieder und zweitens wird das Gelbe Heft [von der Praxisassistenz] vor der Untersuchung weggenommen. Da kann ich dann während der Untersuchung nichts nachlesen.“*

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass der Großteil der interviewten Eltern das Notizfeld im Gelben Heft nicht nutzt.

Für eine vertiefendende Betrachtung wurden die Eltern ergänzend gefragt, ob sie sich generell vorstellen könnten, Notizen in das Gelbe Heft zu schreiben. In Übereinstimmung zu den zuvor beschriebenen Ergebnissen zeigte sich bei der Mehrzahl der Interviewten eine eher ablehnende Haltung. Nach Einschätzung der Eltern richtet sich das Gelbe Heft prioritär an die Ärztinnen und Ärzte und fungiert damit als ein „offizielles Dokument des Arztes“. Die folgenden Zitate machen dies nochmals deutlich:

> *„Das Gelbe Heft wird vom Arzt ausgefüllt; etwas reinzuschreiben würde sich anfühlen als drin rumpfuschen.“*

> *„Bei einer anderen Ausrichtung des U-Hefts könnten Notizen der Eltern eher als Austausch zwischen Eltern und Arzt dienen, in der momentanen Fassung ist es ein Heft von Medizinern, in dem rein die Entwicklung festgehalten wird.“*

Wie bereits oben beschrieben, berichteten die Eltern auch in diesem Zusammenhang nochmals, dass Mobiltelefone, Zettel, Pinnwände oder Kalender eher genutzt werden, um Notizen aufzuschreiben.

5.7.5 Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt

Teilnehmende Eltern wurden zu den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* des Gelben Hefts befragt. Diese Abschnitte enthalten Dokumentationsfelder (Ankreuzfelder, Freitextfelder), in denen die Ärztin oder der Arzt die während der U-Untersuchung getroffenen Feststellungen dokumentiert. Die Abschnitte werden nachfolgend auch als „Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern" bezeichnet. Bei der Befragung der Eltern zu den Abschnitten mit den Dokumentationsfeldern wurde darauf fokussiert, ob und wie diese zur Vorbereitung der bevorstehenden U-Untersuchung genutzt werden, welche Bedeutung Eintragungen für die Eltern haben, inwiefern von Ärztinnen und Ärzten vorgenommene Dokumentationen gelesen und verstanden werden und aus welchen Gründen keine Dokumentation erfolgt. Für alle Teile des Gelben Hefts (inkl. der allgemeinen Elterninformation und der Elterninformationen zu einzelnen U-Untersuchungen) wurde zudem erhoben, inwiefern diese von den Eltern genutzt werden, um die Entwicklungsschritte ihres Kindes besser zu verstehen. Die Einschätzungen der KJÄ zu den Abschnitten mit den Dokumentationsfeldern werden in Kapitel 5.8.3 berichtet.

5.7.5.1 Nutzung der Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern

Knapp über die Hälfte der befragten Eltern (55,4 %, n = 2.948 von n = 5.325 validen Antworten) gab an, die Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* zur Vorbereitung auf die letzte U-Untersuchung ihres Kindes angeschaut zu haben. Die übrigen Eltern (44,6 %, n = 2.377) schauten diese Abschnitte nicht an. Zur Vorbereitung der U9 wurden die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern besonders selten genutzt (39,8 %, n = 196), bei den übrigen U-Untersuchungen schwankt der Anteil zwischen 48,0 % bei der U8 (n = 268) und 61,6 % bei der U4 (n = 441).

Die Informationen im Gelben Heft, können Eltern dabei helfen, die Entwicklungsschritte ihres Kindes besser zu verstehen. Gefragt danach, welche Abschnitte sie hierfür wie häufig anschauen, zeigt sich folgendes Nutzungsverhalten: Für den Abschnitt *Ergebnisse* gaben die Eltern am häufigsten (69,8 %, n = 3.640) an, dass sie ihn *immer oder meistens* lesen, um die Entwicklungsschritte ihres Kindes besser zu verstehen. Dieser Abschnitt wurde zudem von den wenigsten Eltern *fast nie oder nie* gelesen (9,7 %, n = 508). Auch die Abschnitte *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* und *Untersuchung* wurden von immerhin knapp mehr als der Hälfte der Eltern *immer oder meistens* gelesen (52,6 %, n = 2.758 und 50,9 %, n = 2.670). Am seltensten schauten die Eltern in die allgemeine Elterninformation am Beginn des Gelben Hefts (30,9 %, n = 1.593 *immer oder meistens*; 29,7 %, n = 1.528 *fast nie oder nie*). Die relativ seltene Nutzung dieses Abschnitts könnte damit erklärt

werden, dass die allgemeine Elterninformation keinen Bezug zu einzelnen U-Untersuchungen hat und daher evtl. von den Eltern nur einmal gelesen wird, nicht für jede U-Untersuchung. Ebenfalls weniger Beachtung fanden die U-spezifischen Elterninformationen (45,4 %, n = 2.374 *immer oder meistens*; 21,2 %, n = 1.111 *fast nie oder nie*), der Abschnitt *Anamnese* (43,0 %, n = 2.246 *immer oder meistens*; 19,2 %, n = 1.002 *fast nie oder nie*) und der Abschnitt *Beratung* (42,8 %, n = 2.231 *immer oder meistens*; 19,6 %, n = 1.020 *fast nie oder nie*). Die Ergebnisse zur allgemeinen Elterninformation und zu den U-spezifischen Elterninformationen stehen im Einklang mit den in Kapitel 5.7.1 und Kapitel 5.7.3.1 berichteten Ergebnissen, dass circa 20 % der Eltern diese Texte nicht gelesen haben.

5.7.5.2 Nützlichkeit der Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern

Diejenigen Eltern, die die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern zur Vorbereitung der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen hatten (Kapitel 5.7.5.1), empfanden diese größtenteils als hilfreich: Die Hälfte dieser Eltern gab an, dass die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern zur Vorbereitung der U-Untersuchung *sehr hilfreich* waren (50,3 %, n = 1.453 von n = 2.891 validen Angaben), weitere 43,8 % (n = 1.265) gaben an, dass die Abschnitte *etwas hilfreich* waren. Insgesamt 6,0 % der Eltern (n = 173) bewerteten die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern als *kaum* oder *gar nicht hilfreich*. Der Anteil der Eltern, die die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern als *sehr hilfreich* empfanden, schwankt in Abhängigkeit von der letzten U-Untersuchung des Kindes zwischen 44,5 % (n = 117, U8) und 57,6 % (n = 232, U6). Der Anteil derjenigen, die diese als *kaum* oder *gar nicht* hilfreich empfanden ist in der U9 mit 9,1 % (n = 17) am höchsten und in der U2 mit 3,8 % (n = 2) am geringsten.

Um den Stellenwert der Dokumentationen im Gelben Heft durch Ärztinnen und Ärzte zu beurteilen, wurden die Eltern gefragt, inwiefern es ihnen wichtig ist, dass die Ergebnisse der U-Untersuchungen ihres Kindes im Gelben Heft dokumentiert werden. Fast allen Eltern war die Dokumentation im Gelben Heft wichtig (91,0 %, n = 4.923, *ja*) oder eher wichtig (7,8 %, n = 424, *eher ja*). Nur etwas mehr als einem Prozent der befragten Eltern war die Dokumentation (eher) nicht wichtig (1,1 %, n = 60, *eher nein* oder *nein*).

Der Stellenwert der Eintragungen ist für Eltern von Kindern aller Altersgruppen hoch. Allerdings bejahten mehr Eltern von jüngeren Kindern die Frage, ob es ihnen wichtig ist, dass die Ergebnisse der U-Untersuchungen im Gelben Heft eingetragen werden (z. B. U3: 94,3 %, n = 548, *ja*; 5,0 %, n = 29, *eher ja*) während Eltern älterer Kinder etwas häufiger mit *eher ja* antworteten (z. B. U8: 89,2 %, n = 502, *ja*; 9,4 %, n = 53, *eher ja*). Der Anteil von Eltern, denen die Eintragungen der KJÄ (eher) nicht wicht war, bleibt stets unter 2,5 %.

Um genauer zu verstehen, warum Eltern die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern wenig nützlich bzw. hilfreich finden, wurden acht Interviews mit Eltern durchgeführt, die angaben, dass sie die Abschnitte *Anamnese* bis *Ergebnisse* im Gelben Heft für die Vorbereitung der U-Untersuchung wenig nützlich bzw. hilfreich

fanden (Gruppe 2, vgl. Kapitel 2.3.3). Insgesamt zeigte sich in Bezug auf die Aspekte Übersichtlichkeit, Objektivität, Eindeutigkeit, Aktualität und Vertrauenswürdigkeit eine (eher) positive Bewertung. Hingegen zweifelten die Eltern am ehesten an der Verständlichkeit, Zugänglichkeit, Relevanz, Wertschöpfung sowie dem Umfang der Abschnitte.

Mit Blick auf die Verständlichkeit wurde insbesondere die Verwendung von Fachbegriffen als hinderlich wahrgenommen, wodurch die Abschnitte „für Menschen, die einfacher gestrickt sind, […] schwierig zu verstehen“ sind (z. B. „Es soll eigentlich für Eltern sein, ist aber hier nur für Ärzte verständlich“). Eine interviewte Person regte an „[…], dass es die U-Hefte auch in einfacher Sprache geben sollte, denn es gibt viele Eltern, die das benötigen, wie Eltern mit Einschränkungen oder Eltern mit Migrationshintergrund“.

Des Weiteren wurde kritisch angemerkt, dass die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern zur Vorbereitung der U-Untersuchen eher impraktikabel und eher nicht von Relevanz sind. Es könne sogar nachteilig sein, den Ablauf und die einzelnen Abschnitte zu kennen, weil dies einerseits Eltern motivieren könnte vorab zu „üben“ und damit die „momentane Entwicklung“ nicht adäquat abgebildet werde und andererseits Unsicherheiten und Sorgen bei den Eltern ausgelöst werden könnten (z. B. „Man macht sich mehr verrückt, als man bräuchte“). Vor diesem Hintergrund ist nicht verwunderlich, dass die meisten der interviewten Eltern das Lesen der Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern zur Vorbereitung der U-Untersuchungen eher nicht empfehlen.

Auf der anderen Seite wurde vereinzelt auch berichtet, dass die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern zur Vorbereitung bedeutsam sind. Eine interviewte Person beschrieb dies wie folgt: „Die Elterninfo und Abschnitte ergeben ein Bild: Was muss mein Kind können/machen/etc.“ Insgesamt vermutete der Großteil der interviewten Personen, dass die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern von Personen mit medizinischem Fachwissen formuliert wurden. Diese Einschätzung erscheint – ausgehend von der eher negativ bewerteten Verständlichkeit – schlüssig.

Zweifel am Umfang bestanden bei allen Abschnitten mit den Dokumentationsfeldern mit Ausnahme des Abschnitts *Ergebnisse*; der Umfang wurde als zu umfassend bewertet. Weiterhin wurde sowohl insgesamt als auch im Zusammenhang mit der Vollständigkeit der „defizitäre“ Ansatz kritisiert. Aus Sicht der Eltern sollten nicht nur negative, sondern auch „positive Auffälligkeiten“ bzw. „was das Kind gut kann“ vermerkt werden: „Praktischer anzukreuzen, was das Kind schon kann. Dann könnte man sehen, was noch gefördert werden könnte“.

5.7.5.3 Verständlichkeit von Eintragungen durch die Ärztin oder den Arzt

KJÄ können im Gelben Heft dokumentieren, indem sie einerseits die Ankreuzfelder ankreuzen und andererseits indem sie in den Textfeldern handschriftliche Eintragungen vornehmen. Teilnehmende Eltern wurden zu den Dokumentationen der Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen und zu deren handschriftlichen Eintragungen im Besonderen befragt.

Der überwiegende Großteil der Eltern (92,4 %, n = 4.725 von n = 5.113 validen Angaben) berichtete, dass bei der letzten U-Untersuchung ihres Kindes **irgendeine Dokumentation im Gelben Heft** vorgenommen wurde. Bei nur 5,5 % der Befragten (n = 283) erfolgte keine Dokumentation und ein kleiner Teil der Eltern war sich diesbezüglich unsicher (2,1 %, n = 105, *weiß nicht*). Zwischen den verschiedenen U-Untersuchungen bestehen kaum Unterschiede in der Häufigkeit der Dokumentation: der Anteil von vorgenommenen Eintragungen schwankt nur leicht zwischen 89,1 % (n = 419) in der U9 und 94,5 % (n = 512) in der U3.

Es wäre denkbar, dass die Teilnahme an der Uheft-eva KJÄ dazu veranlasste, mehr im Gelben Heft zu dokumentieren als sie es außerhalb der Studienteilnahme tun würden. Um diese Hypothese zu überprüfen, wurde eine logistische Regression mit der Dokumentation (*ja*/*nein*) als abhängiger Variable und dem Zugangsweg sowie weiteren Kovariaten als unabhängige Variablen durchgeführt. Weitere Informationen zur Methodik sind in Kapitel 2.6 beschrieben. Die Ergebnisse zeigen keinen signifikanten Unterschied in der Wahrscheinlichkeit für eine Dokumentation im Gelben Heft während der jeweils letzten U-Untersuchung eines Kindes, die durch teilnehmende KJÄ vorgenommen wurde (Zugangsweg A) im Vergleich zu nicht-teilnehmenden KJÄ (Zugangsweg B), (OR = 1,05, 95 %-KI: 0,59 – 1,87, p = ,876). Die Zugangswege sind in Kapitel 2.3.1 beschrieben. Somit ist nicht von einer Veränderung des Dokumentationsverhaltens der KJÄ im Gelben Heft aufgrund der Studienteilnahme auszugehen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Eltern nach irgendwelchen Eintragungen im Gelben Heft gefragt wurden, nicht gezielt nach einzelnen Abschnitten. Basierend auf den Ergebnissen zur Häufigkeit der Dokumentation im Gelben Heft (Kapitel 5.3) und zur Lückenlosigkeit der Dokumentation (Kapitel 5.4), dürfte es sich überwiegend um Dokumentationen im Abschnitt *Ergebnisse* gehandelt haben.

Wenn die Ärztin oder Arzt bei der letzten U-Untersuchung etwas dokumentiert hatte (n = 4.629 valide Angaben), schauten sich die meisten Eltern die Eintragungen an: 96,5 % (n = 4.465) der Eltern gaben an, die vorgenommene Dokumentation im Anschluss gelesen zu haben. Nur 3,3 % der Eltern (n = 154) lasen die Dokumentation der KJÄ nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes nicht. Ein sehr kleiner Teil der Eltern war sich unsicher (0,2 %, n = 10, *weiß nicht*). Die meisten Eltern, die die vorgenommenen Dokumentationen der KJÄ nach der letzten U-Untersuchung gelesen haben, haben nach eigener Angabe *alles* (82,6 %, n = 3.642) oder *das meiste* (15,4 %, n = 679) darin verstanden. Insgesamt 2,0 % der Eltern (n = 90) haben *kaum etwas* oder *gar nichts* verstanden.

Wenn bei der letzten U-Untersuchung des Kindes eine Dokumentation im Gelben Heft erfolgte, wurden die Eltern auch gefragt, ob die Ärztin oder der Arzt **handschriftlich Eintragungen im Gelben Heft** vorgenommen hat. Insgesamt n = 4.576 Eltern machten hierzu valide Angaben. Fast drei Viertel dieser Eltern gaben an, dass die Ärztin oder der Arzt handschriftliche Eintragungen vorgenommen hat (72,4 %, n = 3.315). Bei circa einem Viertel war dies nicht der Fall (25,7 %, n = 1.174). Die restlichen Eltern sind sich unsicher (1,9 %, n = 87, *weiß nicht*). Der Anteil von handschriftlichen Eintragungen variiert zwischen 62,5 % (n = 416) in der

U6 und 76,4 % (n = 362) in der U9, wobei kein Trend hinsichtlich des Kindesalters zu erkennen ist. Die Angabe der Eltern zur Häufigkeit handschriftlicher Dokumentationen erscheint im Vergleich zu den Ergebnissen zur Lückenlosigkeit der Dokumentation von einzelnen U-Untersuchungen im Gelben Heft (Kapitel 4.4.1) niedrig, wenn man berücksichtigt, dass die Angaben zu den Körpermaßen des Kindes mit Ausnahme des BMIs in den meisten Fällen vollständig dokumentiert werden und dies handschriftlich erfolgt. Es ist denkbar, dass die Eltern diese Werte nicht als handschriftliche Eintragungen wahrgenommen haben und sich bei der Antwort auf die Frage nach handschriftlichen Eintragungen ausschließlich auf die Felder *Relevante anamnestische Ergebnisse*, *Auffälligkeiten zur Beobachtung* u. a. bezogen.

Auch bei der Häufigkeit handschriftlicher Eintragungen findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen an der Uheft-eva teilnehmenden KJÄ (Zugangsweg A) und solchen, die nicht teilnahmen (Zugangsweg B), (OR = 1,15, 95 %-KI: 0,86 – 1,54, p = ,339,9). Die Zugangswege sind in Kapitel 2.3.1 beschrieben. Es ist also nicht davon auszugehen, dass im Rahmen der Studienteilnahme vermehrt handschriftlich dokumentiert wurde.

Die handschriftlichen Eintragungen der KJÄ wurden von fast allen Eltern gelesen (98,2 %, n = 3.192 von n = 3.251 validen Angaben). Nur 1,8 % der Eltern (n = 59) lasen die handschriftlichen Eintragungen der Ärztin bzw. des Arztes nach der letzten U-Untersuchung ihres Kindes nicht. Die handschriftlichen Notizen wurden etwas seltener vollständig verstanden als die Dokumentation durch Ankreuzen: Dreiviertel der Eltern gaben an, *alles* verstanden zu haben (75,7 %, n = 2.357) und weitere 18,1 % (n = 564) berichteten, *das meiste* verstanden zu haben. 6,2 % der Eltern (n = 193) haben *kaum etwas* oder *gar nichts* verstanden.

Eine genauere Betrachtung, warum Eintragungen der KJÄ für Eltern nicht immer verständlich waren, erfolgte in acht Interviews mit Eltern, die im Elternfragebogen angaben, dass sie die Eintragungen der Ärztinnen und Ärzte im Gelben Heft nicht immer verständlich fanden (Gruppe 3, vgl. Kapitel 2.3.3). Insgesamt zeigt sich, dass folgende Aspekte von den interviewten Eltern (eher) positiv bewertet wurden: Zugänglichkeit, Objektivität, Fehlerfreiheit, Vertrauenswürdigkeit und Eindeutigkeit. Im Gegensatz dazu wurden am ehesten Zweifel in Bezug auf den Umfang, die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit bzw. einheitliche Darstellung und die Relevanz berichtet.

Der Großteil der interviewten Eltern war mit dem Umfang der Notizen der Ärztinnen und Ärzte zufrieden. Auf der anderen Seite empfanden zwei der interviewten Eltern den Umfang der Notizen als zu gering (z. B. „Arztnotizen sind sehr knapp und es wird nur das Wichtigste eingetragen.“, „Ein bisschen ausführlicher wäre praktischer und freundlicher für Laien“).

Hinsichtlich der Lesbarkeit der Eintragungen ergaben sich deutliche Verbesserungspotenziale: Fast alle interviewten Eltern bewerteten die Leserlichkeit eher mäßig bis schlecht (z. B. „U6-Untersuchung komplett unlesbar. Es ist blöd, wenn man nicht weiß, was da steht und es nicht lesen kann“). Vor diesem Hintergrund

wurde angeregt, die Eintragungen nicht handschriftlich, sondern digital per Computer vorzunehmen.

Ähnlich wie in anderen Elterninterviews (Kapitel 5.7.3.3 und Kapitel 5.7.5.2) wurde zudem Kritik hinsichtlich der Verwendung von Fachbegriffen geäußert; diese erschwerten die Verständlichkeit. Weiterhin fand sich die Hälfte der interviewten Personen (n = 4) in dem Gelben Heft gut zurecht; drei Interviewte jedoch mittelmäßig bis schlecht (keine Angabe n = 1). Die eingeschränkte Übersichtlichkeit wird folgendermaßen begründet: „Statt Auffälligkeiten in den Untersuchungen zu vermerken, sollte Unauffälliges notiert/abgehakt werden. Dies wäre für die Eltern angenehmer". Eine weitere interviewte Person bestätigte dies und empfiehlt „abzuhaken" was zutrifft, quasi wie eine „Checkliste" – dies wäre logischer für die Eltern und „idiotensicher".

In Bezug auf die Relevanz der Eintragungen zeigte sich eine heterogene Einschätzung. Die Hälfte der interviewten Eltern sehen einen Mehrwert in den Eintragungen, da diese zum einen „nützlich [sind], um sich im Nachhinein zu informieren, was bei der Untersuchung war" und dadurch das „Verständnis für den Zustand der Kinder" gesteigert werde. Darüber hinaus wurde auch von einer Relevanz „für andere Ärzte" berichtet (z. B. „Ist weniger für die Eltern gedacht, sondern eher für den Arzt selbst oder andere Ärztinnen").

Wenn bei der letzten U-Untersuchung des Kindes keine Dokumentation im Gelben Heft vorgenommen wurde (n = 283), wurden die Eltern nach den Gründen hierfür gefragt. Insgesamt n = 206 Personen machten hierzu eine Angabe (Mehrfachnennungen möglich). Als häufigster Grund wurde genannt, dass es laut Aussage der Ärztin oder des Arztes nichts zu dokumentieren gab (51,5 %, n = 106). Viele Eltern wussten zudem nicht, warum keine Dokumentation vorgenommen wurde (30,1 %, n = 62). Nur vereinzelt kreuzten die Eltern an, dass sie keine Eintragungen gewünscht hätten (1,9 %, n = 4), dass die Ärztin oder der Arzt ihnen von Eintragungen abgeraten hätte (1,9 %, n = 4) oder dass sie das Gelbe Heft bei der U-Untersuchung nicht dabeigehabt hätten (1,0 %, n = 2). Als sonstigen Grund, warum keine Dokumentation vorgenommen wurde, gaben Eltern im verfügbaren Freitextfeld zumeist an, dass bei ihrem Kind keine Auffälligkeiten festgestellt wurden und es somit nichts zu dokumentieren gab.

5.7.6 Verbesserungsvorschläge

Abschließend zur Elternbefragung wurden die Eltern gefragt, ob sie Vorschläge zur Verbesserung des Gelben Hefts machen möchten. Insgesamt n = 1.600 Eltern (29,3 % der Gesamtstichprobe) machten Eintragungen in dem Freitextfeld, wobei 25,4 % (n = 406) davon angaben, dass sie keine Verbesserungsvorschläge hätten bzw. sie mit dem Gelben Heft zufrieden seien und 5,2 % (n = 84) Angaben machten, die keine Verbesserungsvorschläge enthielten. Es standen demnach Freitextantworten von 1.110 Eltern (20,0 % der Gesamtstichprobe) zur Verfügung.

Am häufigsten bemängelten teilnehmende Eltern den Umfang und die Übersichtlichkeit bzw. die Handhabbarkeit des Gelben Hefts: 15,2 % (n = 168) der Eltern mit

Freitextangaben bzw. 3,1 % insgesamt gaben an, dass sie sich eine Reduktion des Umfangs des Gelben Hefts wünschen (z. B. „Das Gelbe Heft sollte kürzer sein. Mich interessieren meistens nur die Ergebnisse. Alles andere ist mir im Gespräch lieber“). Eine übersichtlichere Gestaltung bzw. bessere Handhabung des Gelben Hefts wünschten sich 10,7 % der Eltern mit Freitextantworten (n = 119, 2,2 % insgesamt). Dabei machten Eltern zahlreiche Vorschläge dazu, wie diese verbessert werden könnte. Der Übersichtlichkeit zuträglich wäre nach Einschätzung der Eltern bspw., wenn die Texte gestrafft und das Layout besser strukturiert würden, sodass innerhalb einer Untersuchung weniger Umblättern notwendig wäre. Einer verbesserten Handhabung des Gelben Hefts dienlich wäre, wenn dieses z. B. mit einem Inhaltsverzeichnis bzw. einem Register mit Eingriffen versehen würde, sodass gesuchte Seiten schnell gefunden werden können. Verschiedene Abschnitte oder U-Untersuchungen könnten auch farblich voneinander getrennt werden. Häufig merkten Eltern auch an, dass sie gerne die Möglichkeit hätten unterschiedliche medizinische Unterlagen (Impfpass, Zahnheft, Versichertenkarte, verschiedene Informationsblätter) an einem Ort zusammenzubringen. Sie schlagen daher vor, das Gelbe Heft mit zusätzlichen Fächern oder Einheftungsmöglichkeiten dafür zu versehen. Weitere Aspekte zur besseren Handhabbarkeit nannten die Eltern, indem sie sich eine vollständige oder teilweise Überführung in ein digitales Format (n = 76, 6,8 % bzw. 1,4 %) oder einen robusteren Einband für das physische Gelbe Heft (n = 32, 2,9 % bzw. 0,6 %) wünschen.

Einige Eltern wünschten sich zudem eine bessere Zugänglichkeit der Inhalte im Gelben Heft (n = 95, 8,6 % bzw. 1,7 %), indem diese bspw. stichpunktartig und in einfacher(er) Sprache formuliert oder mit Bildern und Piktogrammen visualisiert werden. Auch wurde wiederholt angemerkt, dass die Bereitstellung des Hefts oder zumindest der Elterninformation in anderen Sprachen für sinnvoll gehalten wird.

Die Dokumentation der KJÄ im Gelben Heft ist für einige Eltern nicht zufriedenstellend: einige Eltern wünschten sich, dass entweder mehr bzw. ausführlicher dokumentiert würde (n = 79, 7,1 % bzw. 1,4 %), andere, dass vorgenommene handschriftliche Eintragungen besser lesbar wären (n = 73, 6,6 % bzw. 1,3 %). Ein Teil der Eltern fände es sinnvoller Positivantworten im Gelben Heft zu dokumentieren und weniger auf die Defizite der Kinder zu fokussieren (n = 73, 6,6 % bzw. 1,3 %). Anstelle von bspw. nicht erfüllten Entwicklungsitems solle stattdessen vermerkt werden, was das Kind schon kann. Anstelle des erweiterten Beratungsbedarfs sollten die Themen angekreuzt werden, zu denen beraten wurde.

Teilweise bestanden bei den Eltern Unklarheiten darüber, ob bestimmte Teile des Gelben Hefts (insbesondere die Abschnitte *Anamnese* und *Beratung*) von ihnen oder der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt auszufüllen sind: 3,2 % der Eltern mit Freitextangaben (n = 35, 0,6 % insgesamt) wünschten sich hierzu klarere Instruktionen. Gleichzeitig empfanden 1,7 % der Eltern (n = 19, 0,3 % insgesamt) als verwirrend, das stellenweise zutreffende und stellenweise unzutreffende Items anzukreuzen sind. Einige Eltern merkten an, dass das Ankreuzen im Gelben Heft ihres Kindes seitens der KJÄ an diesen Stellen nicht korrekt umgesetzt würde.

Darüber hinaus wurden Verbesserungsvorschläge zu den Themen Perzentile (n = 56, 5,0 % bzw. 1,0 %), Impfungen (n = 73, 4,6 % bzw. 0,9 %) und Körpermaße (n = 19, 1,7 % bzw. 0,3 %) gemacht sowie Wünsche bezüglich einzelner Ergänzungen formuliert (n = 64, 5,8 % bzw. 1,2 %). Zu den Perzentilkurven wünschten sich Eltern zumeist Erläuterungen, weitere Ausdifferenzierungen oder eine deutlichere grafische Darstellung; zum Thema Impfungen wurde der Wunsch nach zusätzlichen Informationen oder das Einbinden des Impfkalenders ins Gelbe Heft artikuliert; beim Thema Körpermaße wurde sich vereinzelt für die Fortführung des Felds für den Kopfumfang in allen U-Untersuchungen, die Streichung des BMIs und die Ergänzung von Durchschnittswerten von Größe und Gewicht ausgesprochen.

Auch in den Interviews deuteten Eltern an, dass eine Reduktion des Umfangs des Gelben Hefts sinnvoll sein könnte. Insbesondere bei gesunden Kindern würde wenig im Gelben Heft dokumentiert und daher viele Seiten leer verbleiben. Das Gelbe Heft hätte dadurch einen großen Umfang, aber nur an wenigen Stellen seien relevante Informationen aufgeführt.

5.8 Wahrnehmung des Gelben Hefts durch Ärztinnen und Ärzte

In Bezug auf die Wahrnehmung des Gelben Hefts durch KJÄ wurden im Rahmen der Uheft-eva folgende Fragen untersucht:

- Wie verständlich sind die Informationen/Dokumentationsfelder?
- Wird die Elterninformation im Gelben Heft als nützlich angesehen?
- Wie relevant und brauchbar werden die Inhalte des Gelben Hefts für die Vorbereitung und Durchführung des Elterngesprächs angesehen?
- Welche Inhalte des Gelben Hefts werden als besonders hilfreich empfunden? Welche Inhalte haben besonderen Optimierungsbedarf?

Nachfolgend werden die Ergebnisse entlang der Abschnitte des Gelben Hefts vorgestellt (Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen, Notizen der Eltern, Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt). Abschließend wird berichtet, welche Verbesserungsvorschläge die KJÄ aufführten. Die Ergebnisse beruhen auf der Auswertung des Arztfragebogens (vgl. Kapitel 2.2.2) und der nachgehenden Interviews mit Ärztinnen und Ärzten (vgl. Kapitel 2.2.4). Weiterhin flossen Informationen aus der Gruppendiskussion mit KJÄ ein (vgl. Kapitel 2.2.5).

5.8.1 Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Das Gelbe Heft enthält zu jeder U-Untersuchung eine Elterninformation. Nachfolgend werden die Einschätzungen der teilnehmenden KJÄ zur fachlichen Qualität und Verständlichkeit, zur Nützlichkeit sowie zu Optimierungsbedarfen dieser Elterninformationen berichtet. Die Einschätzungen von Eltern zu den Elterninformationen werden in Kapitel 5.7.3 berichtet.

5.8.1.1 Fachliche Qualität und Verständlichkeit der Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

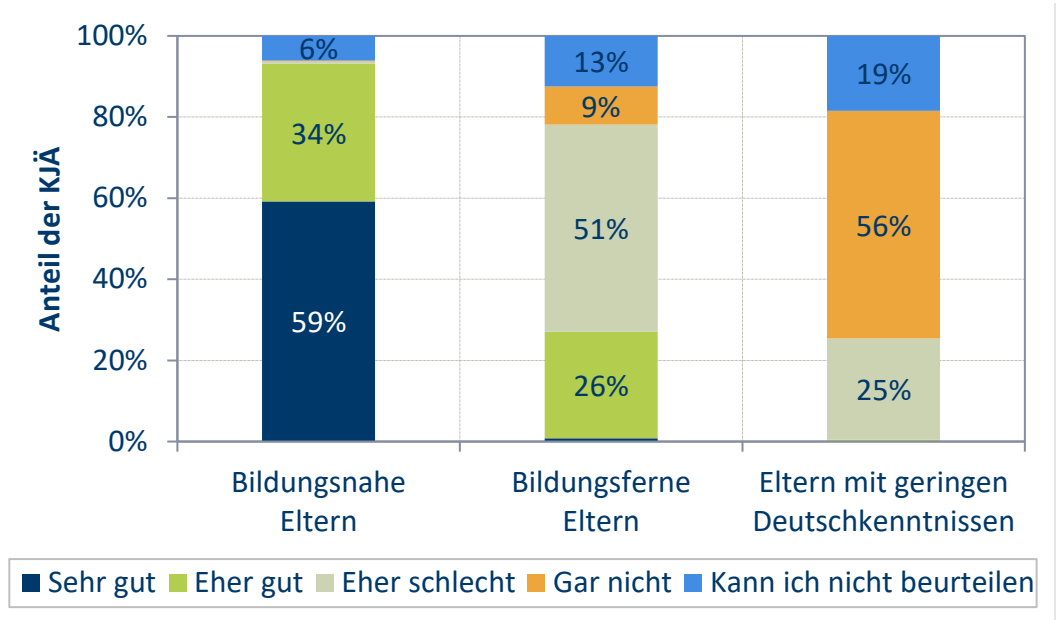
Die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte bewertet die fachliche Qualität und Verständlichkeit der Elterninformation positiv. Auf die Frage „Ist die Elterninformation Ihrer Meinung nach fachlich gut und für die Eltern verständlich dargestellt?“ antworteten fast zwei Drittel der KJÄ (60,8 %, n = 383 von 630 validen Angaben) mit *eher ja* und ein weiteres Fünftel mit (23,0 %, n = 145) mit *ja*. Insgesamt 16,2 % der KJÄ verneinen die Frage jedoch (14, 1, n = 89, *eher nein* 2,1 %, n = 13, *nein*).

Die KJÄ sehen erhebliche Unterschiede bei der Verständlichkeit der Elterninformation für verschiedene Gruppen von Eltern (Abbildung 19). Während bildungsnahe Eltern nach Einschätzung der KJÄ größtenteils gut mit der Elterninformation zurechtkämen, wird sie für bildungsferne Eltern und Eltern mit geringen Deutschkenntnissen als weniger verständlich angesehen.

Das Verständnis **bildungsnaher Eltern** beurteilten 59,2 % (n = 376) der KJÄ als *sehr gut* und weitere 33,9 % (n = 215) als *eher gut*. Nur sehr wenige KJÄ (0,8 %, n = 5) schätzten das Verständnis dieser Elterngruppe als *eher schlecht* ein oder gehen davon aus, dass die Elterninformation *gar nicht* verstanden wird. Bei **bildungsfernen Eltern** wird das Verständnis der Elterninformation als schlechter eingeschätzt. Die Hälfte der Befragten (51,0 %, n = 322) geht davon aus, dass bildungsferne Eltern die Elterninformation *eher schlecht* verstehen, weitere 9,4 % (n = 59) schätzen, dass sie *gar nicht* verstanden wird. Von den restlichen KJÄ haben 26,3 % (n = 166) angegeben, dass das Verständnis bildungsferner Eltern *eher gut* wäre. Nur 0,8 % (n = 5) KJÄ waren der Meinung bildungsferne Eltern würden die Elterninformation *sehr gut* verstehen. Auch bei **Eltern mit geringen Deutschkenntnissen** gehen die KJÄ zum großen Teil davon aus, dass es Verständnisschwierigkeiten gibt. Über die Hälfte der befragten KJÄ gaben an, dass Eltern mit geringen Deutschkenntnissen die Elterninformation ihrer Einschätzung nach *gar nicht* verstehen (56,1 %, n = 354). Ein weiteres Viertel (24,9 %, n = 157) schätzte das Verständnis dieser Eltern als *eher schlecht* ein. Weniger als ein Prozent der KJÄ denken, dass Eltern mit geringen Deutschkenntnissen die Elterninformation *eher gut* oder *sehr gut* verstehen (0,5 %, n = 3).

Zu beachten ist, dass die KJÄ sich bei bildungsfernen Eltern und Eltern mit geringen Deutschkenntnisse weniger in der Lage sahen, das Verständnis der Elterninformation beurteilen zu können. Während bei den bildungsnahen Eltern nur 6,1 % (n = 39) der KJÄ der Meinung waren, das Verständnis der Eltern nicht einschätzen zu können, waren es bei den bildungsfernen 12,5 % (n = 79) und bei den Eltern mit geringen Deutschkenntnissen sogar 18,5 % (n = 117) der KJÄ.

Abbildung 19: Einschätzung der KJÄ zur Verständlichkeit der Elterninformation für die Eltern: „Wie gut verstehen die unten aufgeführten Elterngruppen Ihrem Eindruck nach die Elterninformation im Gelben Heft?“



Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen
Anmerkungen: n = 635 für bildungsnahe Eltern, n = 631 für bildungsferne Eltern, n = 631 für Eltern mit geringen Deutschkenntnissen. KJÄ = Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Obwohl viele KJÄ bei Eltern mit geringen Deutschkenntnissen Verständnisprobleme bezüglich der Elterninformation sehen, halten es die meisten im Rahmen ihrer ärztlichen Praxis nicht für problematisch, dass das Gelbe Heft nur in deutscher und englischer Sprache zur Verfügung steht: 24,0 % (n = 154 von n = 641 validen Angaben) der KJÄ gaben an, dass es nicht problematisch sei, dass das Gelbe Heft nur in deutscher und englischer Sprache vorliegt. Weitere 42,0 % (n = 269) der KJÄ fanden es eher nicht problematisch. Ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte (34,0 %, n = 218) sahen die Beschränkung auf Englisch und Deutsch zumindest tendenziell als problematisch an.

Bei der Frage, ob die Übersetzung in andere Sprachen ihrer Meinung nach sinnvoll wäre, ist die befragte Ärzteschaft gespalten: Fast die Hälfte (45,4 %, n = 290 von n = 640 validen Angaben) sah eine Übersetzung als (eher) sinnvoll an, während die andere Hälfte der KJÄ (54,7 %, n = 350) keinen Sinn darin sah, das Gelbe Heft in andere Sprachen zu übersetzen.

5.8.1.2 Nützlichkeit der Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Trotz der positiven Einschätzung der fachlichen Güte und der tendenziell positiven Einschätzung der Verständlichkeit, nutzen KJÄ die Elterninformation während der

Beratung der Eltern nur wenig. Die Frage danach, ob sie die Eltern bei manchen Fragen auf die Elterninformation verweisen, bspw. um etwas zu erklären, verneinte ein Großteil der KJÄ: 49,2 % (n = 316 von n = 642 validen Angaben) antworteten mit *eher nein*, weitere 34,9 % (n = 224) mit *nein*. Nur 15,9 %der Ärztinnen und Ärzte (n = 102) verweisen (tendenziell) auf die Elterninformation.

Auch gehen die meisten der befragten Ärztinnen und Ärzte davon aus, dass nur wenige Eltern die Elterninformation vor der U-Untersuchung ihres Kindes lesen. Über die Hälfte der befragten KJÄ schätzte, dass 10 % oder weniger der Eltern die Elterninformation vorab lesen (58,2 %, n = 372 von n = 639 validen Angaben). Ein weiteres Fünftel (19,1 %, n = 122) verortete diesen Anteil bei 10 bis 20 %. Nur 2,5 % (n = 16) waren der Meinung, dass mehr als die Hälfte der Eltern die Elterninformation lesen. 1,6 % (n = 10) der KJÄ gaben an, dass keine der Eltern in ihrer Praxis die Information lesen würden. Die Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte deckt sich an dieser Stelle nicht mit den Angaben der Eltern: 58,5 % der Eltern geben an, die U-spezifische Elterninformation vor der letzten U-Untersuchung ihres Kindes gelesen zu haben (Kapitel 5.7.3.1).

Nach eigenen Angaben werden KJÄ selten bis gar nicht auf die Elterninformation im Gelben Heft angesprochen. Auf die Frage, wie häufig sich die Eltern im Gespräch auf die Elterninformation beziehen, gab die Hälfte der KJÄ (54,4 %, n = 349 von n = 641 validen Angaben) an, das sei *nie oder fast nie* der Fall. Weitere 36,8 % (n = 236) gaben an, Eltern würden sich *eher selten* auf die Elterninformation beziehen.

KJÄ, die die Elterninformation im Rahmen der Befragung als wenig nützlich beurteilt haben (Gruppe 1 und 2, n = 10, vgl. Kapitel 2.2.4), wurden in nachgehenden Interviews zum Informationsstand der Eltern, der Wichtigkeit dessen, dass sich Eltern im Vorfeld einer U-Untersuchung informieren sowie zu ggf. anderweitigen Informationsquellen der Eltern befragt.

Wie auch die Ergebnisse aus dem Arztfragebogen zeigen (s. o.), beurteilte die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte die Eltern als nur wenig bzw. gar nicht über die U-Untersuchungen informiert (n = 6). Zwei KJÄ gaben an, dass die Eltern teilweise informiert seien („Sehr unterschiedlich. Ein paar Eltern lesen sich die Information wirklich durch und tragen Notizen ein“). Nur eine Person bezeichnete die Eltern als gut informiert, eine weitere Person könne dies nur schwer einschätzen, da das Gelbe Heft nicht gemeinsam abgearbeitet werde.

Gefragt danach, wie wichtig es für die KJÄ ist, dass sich Eltern vor der U-Untersuchung über deren Inhalte informieren, kamen die Ärztinnen und Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen. Vier von zehn KJÄ empfanden dies als nicht wichtig („Die Eltern müssen nur wissen, dass es eine Früherkennungsuntersuchung ist“). Gelegentlich wurde das Informieren der Eltern von diesen KJÄ auch als kontraproduktiv angesehen („Information macht den Eltern eher Angst“). Etwas mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (n = 6) vertrat hingegen die Einschätzung, dass ein guter Informationsstand der Eltern wichtig sei. Das könne den Ablauf der U-Untersuchung zum einen zeitlich erleichtern („Wichtig, dass Eltern informiert sind, dann

muss ich nicht mehr so viel erklären. “) und zum anderen dafür sorgen, dass die Eltern alle benötigten Informationen zur U-Untersuchung parat haben („Papa betreut das Kind nicht so häufig, kann Fragen nicht beantworten, wenn er sich vorher nicht informiert hat“).

Nach Einschätzung einiger KJÄ würden Eltern nicht immer wahrnehmen, dass das Gelbe Heft auch für sie als Informationsquelle dienen kann. Eltern könnten stärker von der Elterninformation profitieren, wenn diese eine stärkere Handlungsorientierung hätte, sodass sie durch das Lesen wissen, was sie für die U-Untersuchung mitbringen müssen bzw. was sie beantworten können müssen („Eltern sollten zumindest so informiert sein, dass sie die Sprache ihrer Kinder einmal testen“). Vereinzelt wurde auch angemerkt, dass es für Eltern hilfreich sein könnte zu wissen, welche Teile der U-Untersuchung sie ggf. mit dem Kind üben könnten, damit bestimmte Tests besser funktionieren oder das Kind weniger Angst vor den Tests hat. Einige KJÄ gaben an, dass es vorteilhaft wäre, die Teile des Gelben Hefts, die für Ärztinnen und Ärzte gedacht sind, von den Teilen für die Eltern zu trennen.

Teilnehmende KJÄ wurden darüber hinaus gefragt, ob Eltern andere Informationsquellen nutzen, um sich über die Inhalte der U-Untersuchungen zu informieren und wie sie ggf. die Qualität der Quellen einschätzen. Drei KJÄ nannten andere Eltern, Bekannte und Freunde als potenzielle Informationsquellen. Vier weitere Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass sich Eltern im Internet – über Google (n = 4) und in Elternforen (n = 1) zu den Inhalten der U-Untersuchungen informieren. Die Qualität der Internetinformationen wurde von den KJÄ als gemischt eingestuft. Als problematisch wurde v. a. benannt, dass Eltern dadurch zu eigenen, nicht immer gerechtfertigten Annahmen verleitet werden („Eltern googeln Informationen. Kommen dann mit interessanten Ideen und man muss erstmal prüfen, was da dann Hand und Fuß hat.“ und „Elternforen sind eher schwierig. Manchmal kommen Eltern schon mit eigenen Diagnosen, die muss man dann ein wenig bremsen“).

5.8.1.3 Optimierungsbedarfe für die Elterninformation zu einzelnen U-Untersuchungen

Teilnehmende KJÄ wurden gefragt, welchen Optimierungsbedarf sie bei der Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen sehen. Etwas weniger als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (44,1 %, n = 289) machten eine Freitextangabe, wobei 11,4 % davon (n = 33) schrieben, dass sie keinen Optimierungsbedarf sehen. Weitere 12,5 % der KJÄ (n = 36) machten Angaben, die keine Optimierungsbedarfe enthielten (z. B. „Wird von den Eltern eh nicht gelesen“) und daher von der Auswertung ausgeschlossen wurden. Somit gingen Angaben von 220 KJÄ in die Auswertung ein.

Als häufigster Optimierungsbedarf wurde genannt, den Text bzw. die Information zu reduzieren (54,1 %, n = 119 von n = 220 KJÄ, die gültige Freitexte verfassten), bspw. „weniger Information, damit diese auch gelesen wird, viel schreckt eher ab“ und „Reduktion auf wesentliche Themen! Medizin macht der Arzt, Erziehung die

Eltern“. Demgegenüber wünschten sich 11,4 % (n = 25) eine Erweiterung der Elterninformation, bspw. „Übersicht zum Thema Beikost, Impfübersicht, Übersicht zum Thema Kindernotfälle“ und „Impfplan bei U3 und U6 – mitgegebene Infos werden von den Eltern oft verloren.“ Eine weitere häufige Nennung war eine Verbesserung der Übersichtlichkeit (20,0 %, n = 44), bspw. „Viel zu viel durcheinander. Der Blick auf das Wesentliche geht verloren.“ Auch eine bessere Zugänglichkeit der Elterninformation wurde gewünscht (12,7 %, n = 28), bspw. „einfachere Sprache, weniger Fachbegriffe“ und „Leichte Sprache und Skizzen.“ Eine bessere Verfügbarkeit der Informationen in anderen Sprachen wünschten sich 9,1 % (n = 20), die Bereitstellung eines digitalen Informationsangebots 6,4 % (n = 14) der KJÄ, die gültige Freitexte verfassten. Außerdem geben 5,5 % (n = 12) an, dass sie das Gelbe Heft um einen Fragebogen für die Eltern erweitern würden, bspw. „Gut wäre eine Seite mit Entwicklungsfragen zum Ankreuzen, ähnlich wie im BVKJ-Vorsorgeheft“ und „Kurze Fragebögen nach dem Motto ‚Kann Ihr Kind…‘“.

Ärztinnen und Ärzte wurden darüber hinaus um Angaben dazu gebeten, welche Informationen ihrer Meinung nach in der Elterninformation fehlen. Von den n = 243 KJÄ (37,0 %), die hierzu eine Antwort verfassten, gaben fast die Hälfte explizit an, dass ihrer Einschätzung nach keine Informationen für die Eltern fehlten (48,6 %, n = 118), weitere 12,3 % (n = 30) machten Angaben ohne Bezug zur Fragestellung. Die übrigen Texte (n = 95) wurden hinsichtlich der darin angesprochenen Themen analysiert. Von jeweils mehr als zehn Ärztinnen und Ärzten genannt wurden der Wunsch nach:

- gesundheitlicher Aufklärung im Allgemeinen (24,2 %, n = 23 von n = 95 KJÄ, die gültige Freitexte verfassten), bspw. „Für Erstlingseltern könnten Informationen zu Nahrung, Nabel, Vorgehen bei Fieber, (..) ggf. sicherer Schlafumgebung in Piktogrammen hilfreich sein.“ und „Bewegungsförderung, altersentsprechende emotional Besonderheiten.“
- Informationen zu Ernährung, Beikost und Stillen (21,1 %, n = 20)
- Informationen zu Impfungen (20,0 %, n = 19),
- (Notfall-)Kontaktadressen (13,7 %, n = 13), bspw. „weiterführende sichere Infos z. B. Adressen von Giftnotrufzentralen“ und
- Medienkonsum (11,6 %, n = 11), bspw. „Schon ab der U5/U6 sollten Infos über Medienkonsum bei Kindern bei jeder Vorsorge erfolgen“ und „Konkrete Vorschläge über Medienkonsum, Dauer, Handy, auch eigene Benutzung des Handys.“

Etwas seltener nennen befragte KJÄ Informationen zu Unfallprävention und Warnzeichen (9,5 %, n = 9), Schlaf und Schlafstörungen (8,4 %, n = 8), Informationen zu digitalen Angeboten bspw. Internetseiten oder Apps rund um das Thema Kindergesundheit (6,3 %, n = 6), zu den Entwicklungsstufen des Kindes und zu Sprache und Sprechen (jeweils 5,3 %, n = 5). Ein gutes Viertel der KJÄ mit Ergänzungswünschen (28,4 %, n = 27; 4,1 % aller befragter KJÄ) nannten zudem auch sonstige Punkte, um die die Elterninformation erweitert werden sollte. Darunter vielen

bspw. Vorschläge, die Wichtigkeit der Teilnahme an U-Untersuchungen und die Einhaltung von Impfterminen anzumahnen.

5.8.2 Notizen der Eltern

Das Gelbe Heft enthält für jede U-Untersuchung ab der U2 ein Notizfeld für Eltern (vgl. Kapitel 5.7.4). Die KJÄ wurden gefragt, inwiefern sie Eltern zur Nutzung des Notizfelds motivieren, ob sie die Notizen der Eltern lesen und wie häufig Eltern Notizen machen. Wie auch die Ergebnisse auf Basis des Elternfragebogens zeigen (Kapitel 5.7.4), wird das Notizfeld relativ wenig genutzt.

Auf die Frage, ob die KJÄ die Eltern dazu auffordern, Notizen im Gelben Heft zu machen, wenn ihnen etwas an der Entwicklung ihres Kindes auffällt, antworteten 21,9 % (n = 149 von n = 641 validen Angaben) der KJÄ mit *ja* und weitere 28,9 % (n = 185) antworteten mit *eher ja*. Somit verweist nur etwa die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte die Eltern darauf, sich bei eventuellen Fragen Notizen im Gelben Heft zu machen. Die übrigen KJÄ verneinten die Frage (*eher nein*: 30,0 %, n = 192; *nein*: 19,3 %, n = 124).

Um den Stellenwert der einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts für die KJÄ zu ermitteln, wurden sie zu jedem Abschnitt gefragt, ob sie ihn anschauen, wenn ein Kind neu in ihre Praxis kommt, z. B. aufgrund eines Wohnortwechsels (vgl. Kapitel 5.8.3.3). Etwas mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte gab an, dass sie die Notizen der Eltern in solch einer Situation zumindest tendenziell anschauen (37,6 %, n = 235, *ja*; 18,9 %, n = 118, *eher ja*). Die übrigen KJÄ befassen sich bei einem Kind, das neu in die Praxis wechselt, nach eigener Aussage (eher) nicht mit den Notizen der Eltern (32,5 %, n = 203, *eher nein*; 11,0 %, n = 69, *nein*). Dieses Ergebnis deckt sich damit, dass auch nur etwa die Hälfte der KJÄ die Eltern zur Nutzung des Notizfelds motiviert. Im Vergleich zu den übrigen Abschnitten des Gelben Hefts (vgl. Kapitel 5.8.3.3) werden die Notizen der Eltern bei einem Praxiswechsel am wenigsten angeschaut.

Zur weiteren Beurteilung des Stellenwerts der einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts wurden die KJÄ zu jedem Abschnitt gefragt, ob ein Kollege/eine Kollegin, der/die ein Kind nach einem Praxispraxiswechsel übernimmt, in dem jeweiligen Abschnitt eine vollständige Dokumentation vorfinden würde (vgl. Kapitel 5.8.3.3). Die überwiegende Mehrheit der KJÄ (88,6 %, n = 554 von n = 625 validen Angaben) gab an, dass ein Kollege/eine Kollegin im Notizfeld der Eltern eine *(eher) unvollständige Dokumentation* vorfinden würde. Diese Einschätzung deckt sich weitestgehend mit dem Selbstbericht der Eltern und der Auswertung der Elternnotizen aus den übermittelten Kopien der Gelben Hefte (Kapitel 5.7.4). Der Umstand, dass nur wenige KJÄ im Falle eines Praxiswechsels in die Notizen der Eltern schauen, könnte somit zumindest teilweise dadurch erklärt werden, dass Eltern nur selten Notizen im Gelben Heft machen und KJÄ somit keinen Informationsgewinn aus dem Abschnitt erwarten.

5.8.3 Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt

Die fünf Abschnitte des Gelben Hefts *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* enthalten Dokumentationsfelder, in denen die Ärztin bzw. der Arzt Feststellungen aus der jeweiligen U-Untersuchung notiert. Es handelt sich überwiegend um Ankreuzfelder, stellenweise ergänzt durch Freitextfelder. Nachfolgend werden die Einschätzungen der befragten KJÄ zur Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit und Nützlichkeit dieser Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern berichtet. Weiterhin werden Optimierungsbedarfe dargestellt. Die Einschätzungen der Eltern zu den Abschnitten mit den Dokumentationsfeldern werden in Kapitel 5.7.5 berichtet.

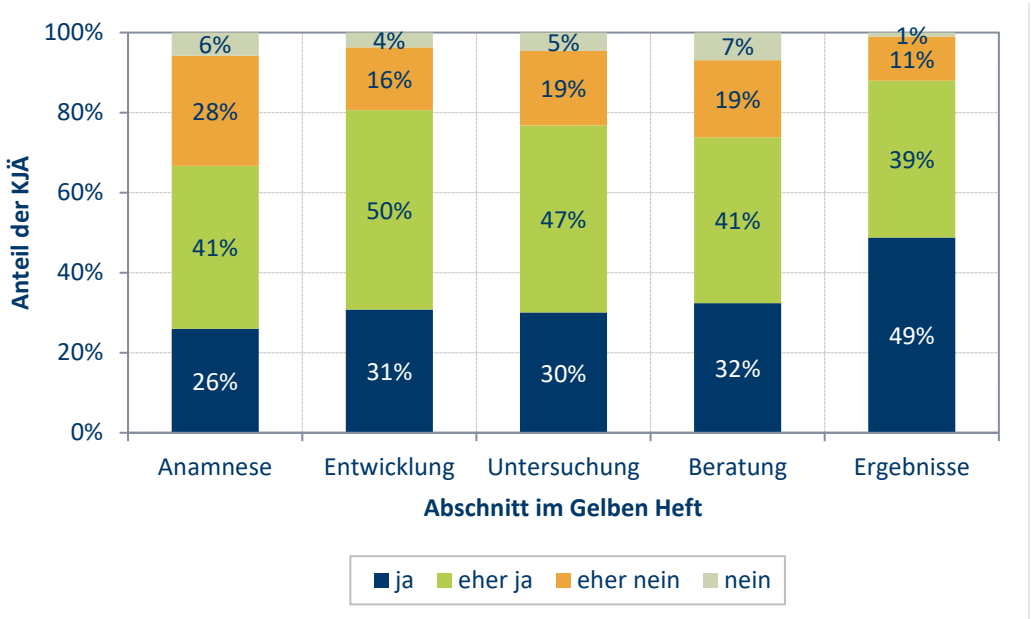
5.8.3.1 Verständlichkeit der Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern

Die KJÄ wurden gefragt, ob die Dokumentationsfelder in den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* so gestaltet sind, dass Sie stets wissen, was Sie ankreuzen sollen. Die Antwortoptionen waren *ja*, *eher ja*, *eher nein* und *nein*. Je nach Abschnitt machten 95,4 % bis 96,7 % (n = 626 bis n = 634) der KJÄ valide Angaben.

Die Verständlichkeit der Abschnitte wird mehrheitlich als positiv beurteilt: Für jeden der Abschnitte antwortete eine Mehrheit (> 65 %) der Ärztinnen und Ärzte mit *eher ja* oder *ja* (Abbildung 20). Allerdings ist die Zustimmung eher zögerlich: Der Anteil von *ja*-Antworten liegt für die Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* bei 26,0 bis32,4 %; *eher ja* antworteten demgegenüber 40,7 % bis 49,8 % der Befragten.

Der Abschnitt *Ergebnisse* wird hinsichtlich der Verständlichkeit am besten bewertet: Fast die Hälfte der KJÄ (48,8 %, n = 307) gab hier *ja*, weitere 39,3 % (n = 247) *eher ja* an, sodass insgesamt fast 90 % der Befragten den Abschnitt als (eher) verständlich beurteilen. Nur 11,0 % der Ärztinnen und Ärzte (n = 69) schätzen den Abschnitt *Ergebnisse* als eher nicht verständlich ein, 1,0 % (n = 6) als gar nicht verständlich. Bei den übrigen Abschnitten bewerteten zwischen fast einem Fünftel und einem Drittel der KJÄ die Verständlichkeit als (tendenziell) negativ (*eher nein*, *nein*). Der Abschnitt *Anamnese* wird dabei am schlechtesten bewertet: Nur etwa ein Viertel der KJÄ gab an, stets zu wissen, was sie hier ankreuzen sollen (26,0 %, n = 163 von n = 626 validen Angaben, *ja*). Weitere 40,7 % (n = 255) wussten dies nach eigenen Angaben tendenziell (*eher ja*). Ein Drittel der KJÄ (33,3 %, n = 208) antwortete mit *eher nein* oder *nein*, d. h. sie sind sich (eher) nicht sicher, was im Abschnitt *Anamnese* anzukreuzen ist.

Abbildung 20: Einschätzung der KJÄ zur Verständlichkeit der Dokumentationsfelder im Gelben Heft: „Sind die Dokumentationsfelder in Abschnitt X so gestaltet, dass Sie stets wissen, was Sie ankreuzen sollen?“



Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen

Anmerkungen: *Entwicklung* = *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*
n = 626 für *Anamnese*, n = 626 für *Entwicklung*, n = 634 für *Untersuchung*, n = 626 für *Beratung*, n = 629 für *Ergebnisse*. KJÄ = Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Betrachtet man die Formulierungen der Items im Abschnitt *Anamnese* fallen drei Gründe auf, die die Verständlichkeit erschweren könnten:

1. Einige Items sind anzukreuzen, wenn eine normale Entwicklung/keine Auffälligkeiten vorliegen (z. B. „Kann das Kind gut hören?“). In anderen Abschnitten des Gelben Hefts dagegen ist nur dann ein Kreuz zu setzen, wenn eine Auffälligkeit vorliegt. Insofern weicht der Abschnitt *Anamnese* vom Schema der anderen Abschnitte ab.

2. Einige Items sind als Frage an die Eltern formuliert (z. B. „Stottert Ihr Kind?“). Die Ärztin oder der Arzt muss beim Ausfüllen des Gelben Hefts die Antwort der Eltern in ein „zutreffend“ aus der eigenen Perspektive überführen. Dies kann ein intuitives Ankreuzen des Items erschweren. Zum Teil schlussfolgern KJÄ aus den an die Eltern gerichteten Fragen auch, dass der Abschnitt *Anamnese* von den Eltern auszufüllen sei, wobei dann die übrigen Items in Frage gestellt werden, die z. T. in Fachsprache formuliert sind.

3. Für einige Items ist unklar, wann sie als „zutreffend“ gelten (z. B. *Betreuungssituation* oder *Stuhlfarbe*).

Die ungünstig formulierten Items sind in Tabelle 39 zusammengefasst.

Tabelle 39: Mögliche Gründe für Verständnisschwierigkeiten bei den Items im Abschnitt *Anamnese* im Gelben Heft

Item	U	(1) Normale Entwicklung	(2) Frage an Eltern	(3) „Zutreffend“ unklar
Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)	U2, U3			x
Sozialanamnese (unter Berücksichtigung der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese)	U2			x
Betreuungssituation	U2-U9			x
Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)	U5	x		
Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle	U6, U7			x
Hörvermögen	U7a, U9			x
Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden?	U7-U9	x	x	
Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?	U7-U9	x	x	
Stottert Ihr Kind?	U7a-U9		x	
Kariesprophylaxe mit Fluorid	U7, U7a			x

Quelle: IGES basierend auf Inhaltsanalyse des Abschnitts *Anamnese* im Gelben Heft
Anmerkung: Gründe, die die Verständlichkeit eines Items erschweren könnten, sind mit x markiert. Eine genauere Erläuterung der Gründe 1 bis 3 erfolgt im Text.

5.8.3.2 Nachvollziehbarkeit der Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern

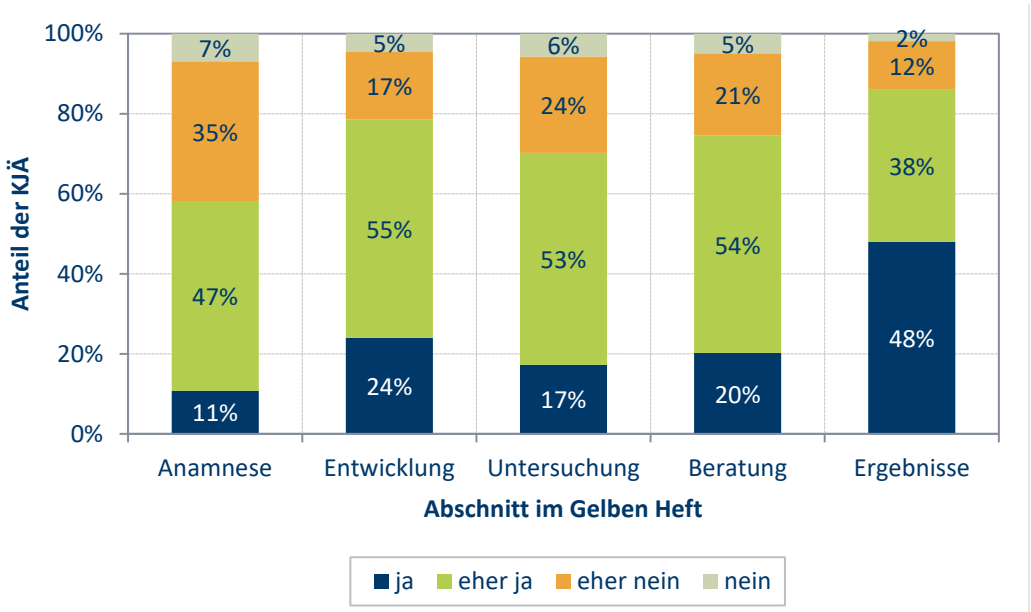
Die KJÄ wurden zu jedem der Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern gefragt, ob die Ankreuzfelder die möglichen Feststellungen im jeweiligen Teil der U-Untersuchung sinnvoll abbilden. Für den Abschnitt *Anamnese* lautete die Frage z. B.: „Bilden die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die in den U-Untersuchungen durchzuführenden Anamnesen Ihrer Meinung nach sinnvoll ab?“ Für die übrigen Abschnitte waren die Fragen analog formuliert. Die Antwortoptionen waren *ja*, *eher ja*, *eher nein* und *nein*. Je nach Abschnitt machten hierzu 626 (95,4 %) bis 635 (96,8 %) der KJÄ Angaben.

Wie die Verständlichkeit (Kapitel 5.8.3.1) wurde auch die Nachvollziehbarkeit von der Mehrheit der KJÄ positiv bewertet (*ja*, *eher ja*; Abbildung 21). Für die Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und

Beratung war die positive Bewertung jedoch insofern zögerlich, als dass die Antwortoption *eher ja* am häufigsten gewählt wurde (47,2 % bis 54,5 %) und ein deutlich geringerer Anteil der Befragten mit *ja* zustimmte (10,8 % bis 24,0 %).

Der Abschnitt *Ergebnisse* erhält die beste Bewertung für die Nachvollziehbarkeit: Fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (47,9 %, n = 300) sahen in diesem Abschnitt eine sinnvolle Zusammenfassung der vorangehenden Abschnitte, weitere 38,0 % (n = 238) stimmten dem zumindest eher zu. Der Abschnitt *Anamnese* wird – analog zur Beurteilung der Verständlichkeit – am schlechtesten bewertet: 42,0 % (n = 263 von n = 627 validen Angaben) der KJÄ sagten, dass die Antwortmöglichkeiten in diesem Abschnitt die in den U-Untersuchungen durchzuführende Anamnese eher nicht oder gar nicht sinnvoll abbilden. Es ist zu vermuten, dass die ungünstige Formulierung einiger Items (vgl. Kapitel 5.8.3.1) nicht nur der Verständlichkeit, sondern auch der Nachvollziehbarkeit abträglich ist.

Abbildung 21: Einschätzung der KJÄ zur Nachvollziehbarkeit der Dokumentationsfelder im Gelben Heft: „Bilden die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die im Abschnitt X relevanten Aspekte aus der U-Untersuchung Ihrer Meinung nach sinnvoll ab?“[28]



Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen

Anmerkungen: KJÄ = Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. *Entwicklung* = *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*. n = 627 für *Anamnese*, n = 628 für *Entwicklung*, n = 635 für *Untersuchung*, n = 635 für *Beratung*, n = 626 für *Ergebnisse*

[28] Die Fragen waren spezifisch für jeden Abschnitt formuliert, folgten jedoch der hier wiedergegebenen Logik.

Eine gesonderte Frage bezog sich auf das Freitextfeld am Ende des Abschnitts *Untersuchung*. Hier können KJÄ handschriftliche Eintragungen machen, wenn die Eltern mit der Entwicklung ihres Kindes unzufrieden sind (*Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:* [Freitextfeld]). KJÄ wurden gefragt, ob diese Dokumentationsmöglichkeit aus ihrer Sicht sinnvoll ist, d. h. ob sie an dieser Stelle ggf. Eintragungen vornehmen. Der Großteil der Ärztinnen und Ärzte nutzt dieses Dokumentationsfeld nicht: Fast ein Drittel gab an, das Feld nicht (32,1 %, n = 205 von n = 638 validen Angaben) und ein weiteres gutes Drittel es eher nicht (37,9 %, n = 242) zu nutzen. Insgesamt weniger als ein Drittel der KJÄ antwortete, an dieser Stelle (eher) Dokumentationen vorzunehmen bzw. hält diese für (eher) sinnvoll (*ja*: 15,8 %, n = 101; *eher ja*: 14,1 %, n = 90).

5.8.3.3 Nützlichkeit der Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern

Um die Nützlichkeit der Dokumentationsfelder in den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* zu untersuchen, wurden die KJÄ zu zwei Situationen befragt: Zum einen, inwiefern sie die Dokumentationsfelder nutzen, wenn ein Kind neu zu einer U-Untersuchung in die Praxis kommt (Praxiswechsel). Zum anderen, ob sie die Dokumentationsfelder während U-Untersuchungen als Leitfaden verwenden. Ferner wurde speziell nach der Nützlichkeit des neuen Abschnitts *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* und nach Gründen für bzw. gegen die Dokumentation in den einzelnen Abschnitten mit den Dokumentationsfeldern gefragt.

Nützlichkeit bei einem Praxiswechsel

KJÄ nutzen die Eintragungen im Gelben Heft als Informationsquelle über bereits durchgeführte U-Untersuchungen: 91,7 % (n = 589 von 642 validen Antworten) der KJÄ antworteten auf die Frage „Schauen Sie die Eintragungen im Gelben Heft [eines] Kindes an, wenn es neu in Ihre Praxis kommt?“ mit *ja, in allen Fällen*. Nur 0,5 % (n = 3) antworteten, dass sie die Eintragungen eher nicht anschauen. Die übrigen 7,8 % (n = 50) antworteten mit *eher ja*. Die hier angegebene häufige Durchsicht des Gelben Hefts eines Kindes im Falle eines Praxiswechsels deckt sich mit den Angaben der KJÄ zum Zweck des Gelben Hefts (Kapitel 5.5). Dort gaben fast 95 % der Befragten als einen Zweck des Gelben Hefts an *Bündelung aller Ergebnisse vorangegangener U-Untersuchungen für die Ärztinnen und Ärzte z. B. im Fall eines Arztwechsels*.

Das Interesse der Ärztinnen und Ärzte gilt dabei besonders dem Abschnitt *Ergebnisse*: Sie wurden gefragt, welche Abschnitte sie sich bei einem neu in ihre Praxis gewechselten Kind ansehen. Ihre Zustimmung zu dieser Frage konnten die KJÄ für jeden Abschnitt mit *ja*, *eher ja*, *eher nein* und *nein* abstufen. Abhängig vom Abschnitt machten hierzu 95,9 bis 96,6 % (n = 629 bis n = 634) von insgesamt 656 KJÄ eine Angabe. Für den Abschnitt *Ergebnisse* wurde die Frage von 93,6 % (n = 589) der KJÄ mit *ja* beantwortet. Die übrigen Abschnitte werden weniger häufig angeschaut: Für *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* antworteten 79,0 % (n = 501) und für *Untersuchung* 75,1 % (n = 474) der KJÄ mit *ja*. Die Abschnitte

Anamnese und *Beratung* wurden von nur 59,9 % (n = 377) bzw. 49,5 % (n = 309) der KJÄ definitiv angeschaut (Antwortkategorie *ja*).

Während die befragten Ärztinnen und Ärzte das Gelbe Heft bei neu in ihre Praxis kommenden Kindern als Informationsquelle über die bisher durchgeführten U-Untersuchungen nutzen, finden sie nicht in allen Fällen eine vollständige Dokumentation vor. Etwas über die Hälfte der KJÄ (53,7 %, n = 343 von n = 639 valider Angaben) kreuzten an, *immer oder meistens* vollständige Dokumentationen in den Gelben Heften vorzufinden. Ein weiteres Viertel (25,7 %, n = 164) gibt an, *manchmal* vollständig ausgefüllte Gelbe Hefte zu lesen; 16,3 % (n = 104) sahen diese *eher selten* und 4,4 % (n = 28) *fast nie oder nie.*

Um indirekt zu erheben wie vollständig befragte Ärztinnen und Ärzte selbst in den unterschiedlichen Abschnitten des Gelben Hefts dokumentieren wurde ihnen folgende Frage gestellt: „In welchen Abschnitten des Gelben Hefts würde ein Kollege oder eine Kollegin eher eine vollständige bzw. eher eine unvollständige Dokumentation vorfinden, wenn er/sie ein Kind von Ihnen übernimmt?“. Antwortoptionen waren *(eher) vollständige Dokumentation* und *(eher) unvollständige Dokumentation*. Je nach Abschnitt machten 96,3 % bis 97,3 % der 656 KJÄ hierzu Angaben. Fast alle KJÄ (95,0 %, n = 602) dokumentieren nach eignen Angaben im Abschnitt *Ergebnisse* (eher) vollständig, jeweils etwas mehr als drei Viertel nehmen in den Abschnitten *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* (79,6 %, n = 508) und *Untersuchung* (76,3 %, n = 485) eine (eher) vollständige Dokumentation vor. Die Abschnitte *Anamnese* und *Beratung* werden nur von etwa der Hälfte (52,4 %, n = 331 bzw. 54,8 %, n = 347) der befragten Ärztinnen und Ärzte (eher) vollständig ausgefüllt.

Die eigene Dokumentation im Gelben Heft deckt sich also mit der Nutzung des Gelben Hefts als Informationsquelle beim Praxiswechsel: Der Abschnitt *Ergebnisse* wird beim Praxiswechsel meistens angeschaut und hier nehmen die Ärztinnen und Ärzte nach eigener Auskunft auch selbst häufiger eine Dokumentation vor. Die anderen Abschnitte werden weniger gelesen und auch weniger häufig ausgefüllt. Diese Ergebnisse stehen mit den Ergebnissen zur Häufigkeit (Kapitel 5.3) und zur Lückenlosigkeit (Kapitel 5.4) der Dokumentation im Gelben Heft im Einklang: In den Abschnitten *Untersuchung* und *Beratung* sowie in den Freitextfeldern *Relevante anamnestische Ergebnisse* und *Auffälligkeiten zur Beobachtung* im Abschnitt *Ergebnisse* liegen in den für die Uheft-eva analysierten Kopien Gelber Hefte relativ selten Eintragungen vor (für circa 7 % bis 17 % der U-Untersuchungen liegt je nach Abschnitt/Feld ein Eintrag vor). Die Pflichtfelder im Abschnitt *Ergebnisse* werden jedoch relativ häufig (circa 80 % der U-Untersuchungen) vollständig ausgefüllt.

Nützlichkeit als Leitfaden für U-Untersuchungen

Die Dokumentationsfelder in den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* spiegeln die laut der Kinder-Richtlinie im Rahmen einer U-Untersuchung zu untersuchenden Aspekte wider. Insofern könnte ein Nutzen des Gelben Hefts darin liegen, dass Ärztinnen und Ärzte

es während der U-Untersuchungen als Leitfaden verwenden. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass dies nur für maximal die Hälfte der KJÄ der Fall ist.

Teilnehmende KJÄ wurden gefragt, inwiefern sie die Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* als Leitfaden für die durchzuführende Untersuchung nutzen. Die Einschätzungen konnten als *ja*, *eher ja*, *eher nein* oder *nein* angegeben werden. Je nach Abschnitt machten 95,6 % bis 97,4 % der 656 befragten KJÄ Angaben.

Die Abschnitte *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* und *Beratung* werden am ehesten als Leitfaden verwendet: Etwa die Hälfte der der Ärztinnen und Ärzte (50,4 %, n = 316 bzw. 49,9 %, n = 318) antworteten mit *ja* oder *eher ja*. Diese beiden Abschnitte wurden von den KJÄ auch häufiger als verständlich und nachvollziehbar bewertet (Kapitel 5.8.3.1 und Kapitel 5.8.3.2). Den Abschnitt *Untersuchung* nutzen 38,1 % (n = 243) als Leitfaden für die U-Untersuchung. Der Abschnitt *Anamnese*, welcher auch hinsichtlich seiner Verständlichkeit (Kapitel 5.8.3.1) und Nachvollziehbarkeit (Kapitel 5.8.3.2) von den KJÄ am schlechtesten bewertet wurde, wird auch am seltensten als Leitfaden im Rahmen von U-Untersuchungen eingesetzt. Nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten (28,3 %, n = 178) antworteten hier mit *ja* oder *eher ja*.

Nützlichkeit des Abschnitts *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*

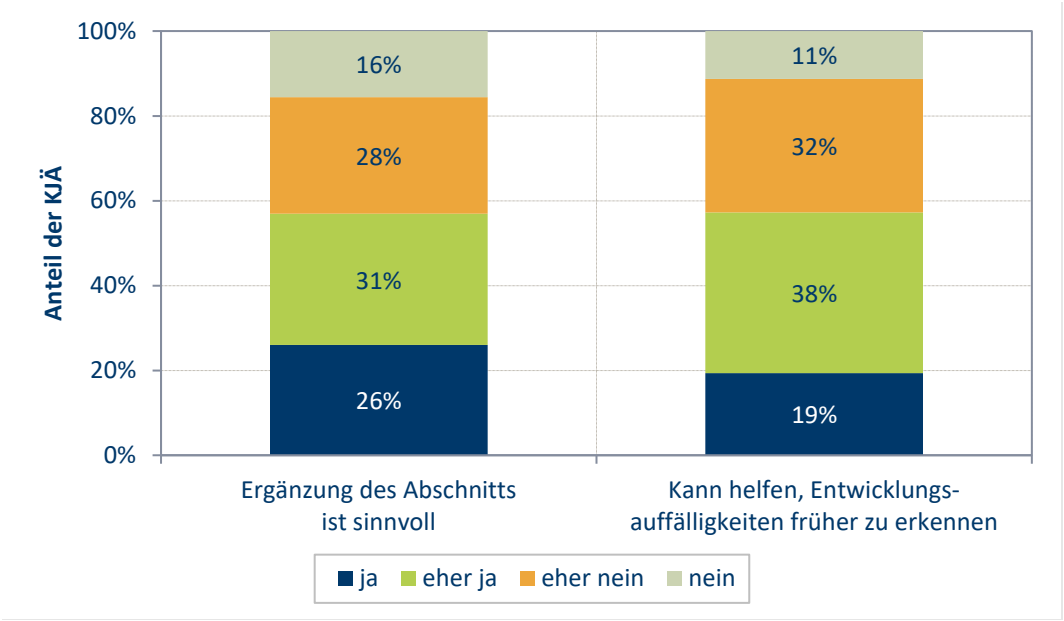
Bezüglich der Nützlichkeit der Dokumentationsfelder im Gelben Heft wurden die KJÄ gezielt zum neuen Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* befragt. Zum einen, ob sie die Ergänzung des Gelben Hefts um diesen Abschnitt sinnvoll finden und zum anderen, ob der Abschnitt ihrer Meinung nach dabei helfen kann, dass Ärztinnen und Ärzte Entwicklungsauffälligkeiten früher erkennen. Von den 656 befragten KJÄ machten 630 (96,0 %) bzw. 620 (94,5 %) Angaben zu den beiden Fragen.

Die Einschätzungen der KJÄ zur Nützlichkeit des neuen Abschnitte *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* sind durchwachsen (Abbildung 22). Auf die Frage „Finden Sie es sinnvoll, dass der Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* im Gelben Heft ergänzt wurde?“ antwortete ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte (26,0 %, n = 164) mit *ja* und weitere 31,0 % (n = 195) mit *eher ja*. Somit hält eine knappe Mehrheit die Ergänzung des Abschnitts für sinnvoll. Die verbleibenden KJÄ antworteten zu 27,5 % (n = 173) mit *eher nein* und die restlichen 15,6 % (n = 98) empfinden die Erweiterung als nicht sinnvoll (*nein*)

Ähnlich verhält es sich mit der Einschätzung, ob durch den neuen Abschnitt eine frühzeitige Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten erreicht werden kann (Abbildung 22). Nur ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte (19,4 %, n = 120) beantwortete die Frage „Kann der Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* Ihrer Meinung nach dabei helfen, dass Ärztinnen und Ärzte Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern früher erkennen?“ mit *ja*. Ein weitaus größerer Teil ist eher vorsichtig optimistisch (37,9 %, n = 235, *eher ja).* Insgesamt sieht auch bei dieser Frage eine

knappe Mehrheit der KJÄ einen positiven Nutzen in der Einführung des neuen Abschnitts. Fast ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte antworteten *eher nein* (31,5 %, n = 195), weitere 11,3 % (n = 70) verneinten diese Frage ganz.

Abbildung 22: Einschätzungen der KJÄ zum Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*



Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen
Anmerkungen: n = 630 für Ergänzung ist sinnvoll, n = 620 für Kann bei frühzeitiger Feststellung von Auffälligkeiten helfen. KJÄ = Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Gründe für und gegen die Dokumentation

Die KJÄ wurden für die fünf Abschnitte des Gelben Hefts mit Dokumentationsfeldern nach den Gründen gefragt, die für eine Dokumentation sprechen. Es stand eine Liste von Gründen zur Verfügung, die auf Basis der initialen Interviews mit KJÄ (vgl. Kapitel 2.2.1) entwickelt worden war. Befragte KJÄ konnten für folgende Gründe ihre Zustimmung (*ja*) oder Ablehnung (*nein*) angeben.

- *Ich sehe die Dokumentation als sinnvoll an.*
- *Die Dokumentation schafft Transparenz.*
- *Die Dokumentation könnte bei einer Überweisung an Kollegen oder bei einem Arztwechsel hilfreich sein.*
- *Die Eltern wünschen die Dokumentation.*[29]

[29] Für die Abschnitte *Anamnese* (11,0 %), *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* (10,2 %), *Untersuchung* (10,2 %) und *Beratung* (10,8 %) beträgt der Anteil fehlender Wert bei dem Grund

- *Ich verstehe die Dokumentation als verpflichtend.*

Die Frage wurde je nach Abschnitt von 96,3 % bis 97,6 % der befragten KJÄ beantwortet (n = 632 bis n = 640). Davon stimmten je nach Abschnitt 85,5 % (n = 541, *Anamnese*) bis 99,5 % (n = 637, *Ergebnisse*) der Ärztinnen und Ärzte mindestens einem der angegeben Gründe zu oder machten eine zusätzliche Angabe unter *Sonstiger Grund*. Die übrigen Befragten antworteten entweder bei keinem der Gründe mit *ja* (0,3 %, n = 2, *Ergebnisse* bis 17,2 %, n = 109, *Beratung*) oder kreuzten explizit an, dass keiner der genannten Gründe zutreffe (0,2 %, n = 1, *Ergebnisse* bis 1,3 %, n = 8, *Anamnese*).

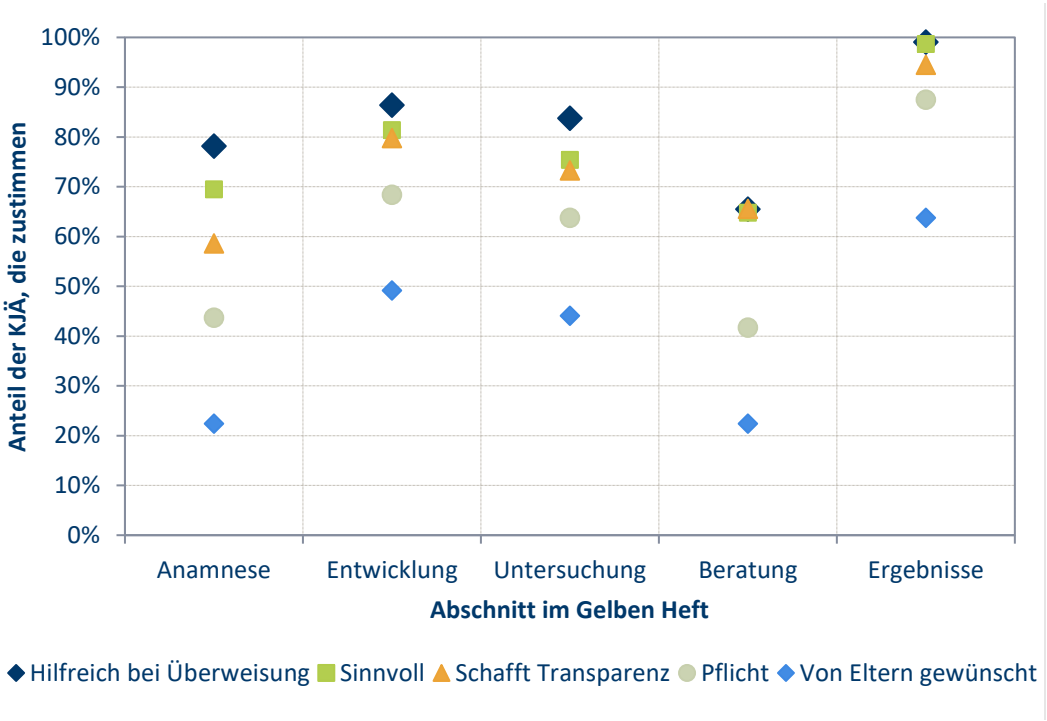
Unter den genannten Gründen findet *Die Dokumentation könnte bei einer Überweisung an Kollegen oder bei einem Arztwechsel hilfreich sein* für alle Abschnitte die höchste Zustimmung (Abbildung 23): zwischen 65,5 % (n = 400, *Beratung*) und 99,1 % (n = 631, *Ergebnisse*) der KJÄ kreuzten dies als zutreffend an. Eine vergleichbar hohe Zustimmung findet der Grund *Ich sehe die Dokumentation als sinnvoll an* (64,8 %, n = 400, *Beratung* bis 98,7 %, n = 630, *Ergebnisse*). Dass die Dokumentation Transparenz (z. B. für die Eltern) schafft, ist für viele KJÄ ebenfalls häufig ein Grund, Dokumentationen in den verschiedenen Abschnitten des Gelben Hefts vorzunehmen (58,6 %, n = 356, *Anamnese* bis 94,5 %, n = 597, *Ergebnisse*).

Am seltensten wurde *Die Eltern wünschen die Dokumentation* als Grund angeben. Die *Ja*-Angaben variieren hier zwischen 22,4 % (n = 131, *Anamnese*) und 63,8 % (n = 389, *Ergebnisse*). Auch der Grund *Ich verstehe die Dokumentation als verpflichtend* wurde weniger häufig angekreuzt. Je nach Abschnitt stimmten hier zwischen 41,7 % (n = 252, *Anamnese*) und 87,5 % (n = 553, *Ergebnisse*) der KJÄ zu.

Vergleicht man die Zustimmung zwischen den einzelnen Abschnitten, finden die genannten Gründe für den Abschnitt *Ergebnisse* jeweils die höchste Zustimmung, während die Zustimmung bei den Abschnitten *Beratung* und *Anamnese* am geringsten ausfällt.

Die Eltern wünschen die Dokumentation mehr als 10 %. Es wird angenommen, dass KJÄ nicht immer einschätzen können, ob Eltern eine Dokumentation wünschen. Ferner wird davon ausgegangen, dass die Validität der Aussagen dadurch nicht beeinträchtigt wird.

Abbildung 23: Gründe, die KJÄ für die Dokumentation im Gelben Heft nennen: „Bitte geben Sie für die einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts an, aus welchen Gründen Sie Ergebnisse der U-Untersuchung im jeweiligen Abschnitt dokumentieren."



Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen

Anmerkungen: Die genaue Bezeichnung der Gründe steht im Text.
Je Grund und Abschnitt antworteten zwischen n = 584 und n = 638 KJÄ von n = 656; dies entspricht 89,0 % bis 97,3 % validen Antworten. KJÄ = Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Die KJÄ wurden auch gefragt, warum sie in den Abschnitten des Gelben Hefts mit Dokumentationsfeldern ggf. **nicht** dokumentieren. Die Gründe gegen die Dokumentation wurden wie auch die Gründe dafür auf Basis der initialen Interviews mit KJÄ (Kapitel 2.2.1) entwickelt. KJÄ konnten für folgende Gründe[30] Zustimmung (*ja*) oder Ablehnung (*nein*) angeben:

- *Die Dokumentation nimmt zu viel Zeit in Anspruch/ist zu aufwändig.*
- *Die Dokumentation könnte negative Konsequenzen für das Kind haben.*
- *Die Dokumentationsfelder sind für mich (teilweise) nicht nachvollziehbar.*
- *Ich möchte die Eltern nicht (unnötig) beunruhigen.*

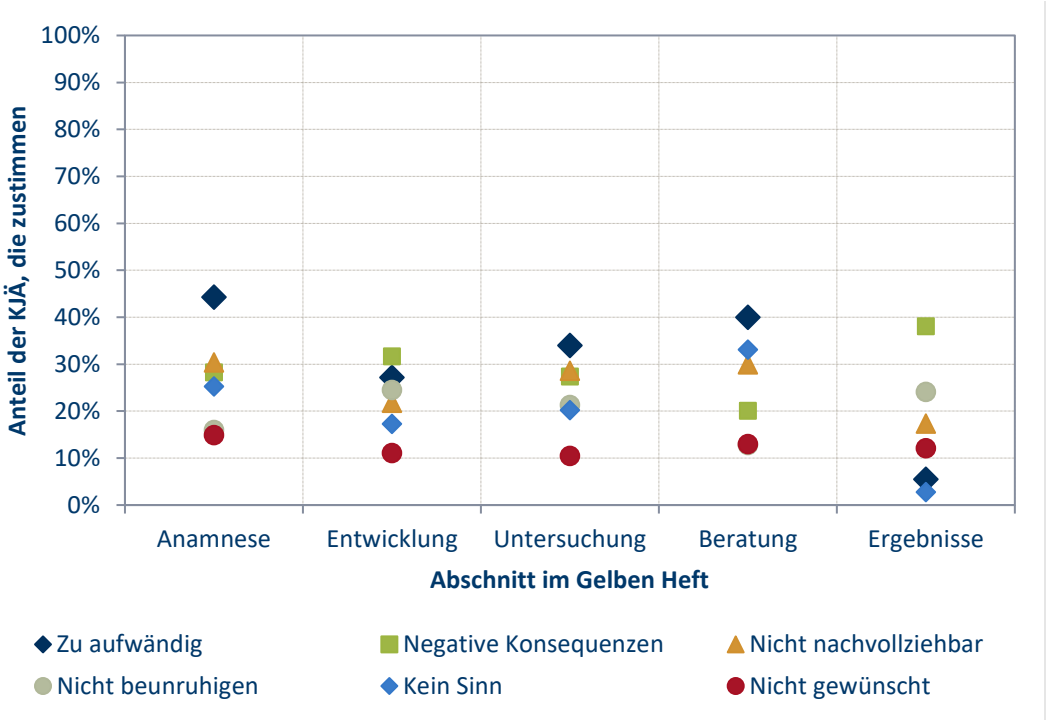
[30] Als weiterer Grund stand *Die Eltern haben das Gelben Heft nicht dabei* zur Auswahl. Das Item scheint jedoch missverständlich gewesen zu sein, sodass relativ viele Ärzte nicht antworteten (22 % bis 24 %, n = 144 bis n = 156 von n = 656). Es wird daher hier nicht berichtet.

- *Ich sehe keinen Sinn in der Dokumentation.*
- *Die Eltern wünschen die Dokumentation nicht.*

Die Frage wurde je nach Abschnitt von 90,5 % bis 93,8 % der befragten KJÄ beantwortet (n = 594 bis n = 615). Davon stimmten je nach Abschnitt 63,1 % (n = 375, *Ergebnisse*) bis 76,9 % (n = 473, *Ergebnisse*) der Ärztinnen und Ärzte mindestens einem der angegeben Gründe zu oder machten eine zusätzliche Angabe unter *Sonstiger Grund*. Die übrigen Befragten antworteten entweder bei keinem der Gründe mit *ja* (17,1 %, n = 105, *Anamnese* bis 29,3 %, n = 174, *Ergebnisse*) oder kreuzten explizit an, dass keiner der genannten Gründe zutrifft (6,0 %, n = 1, *Anamnese* bis 7,6 %, n = 45, *Ergebnisse*). Als Grund für den vergleichsweise hohen Anteil fehlender Werte (keiner der Gründe wird mit *ja* beantwortet und *Nichts davon trifft zu* wird nicht ausgewählt) wird einerseits vermutet, dass KJÄ die Antwortmöglichkeit *Nichts davon trifft zu* nicht korrekt nutzten, sondern die Frage freiließen, wenn sie die Gründe als nicht zutreffend empfanden. Andererseits wird gemutmaßt, dass ein Teil der Ärztinnen und Ärzte in allen Abschnitten dokumentieren und somit keine Gründe für eine Nicht-Dokumentation haben. Ungeachtet des vergleichsweise hohen Anteils fehlender Werte werden die Antworten der KJÄ als valide eingestuft, da diese in sich konsistent sind und gut mit den Antworten aus anderen Fragen bzw. Erhebungsinstrumenten vereinbar sind.

Für die Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* findet der Grund *Die Dokumentation nimmt zu viel Zeit in Anspruch/ist zu aufwändig* die meiste Zustimmung (Abbildung 24): Zwischen 27,2 % (n = 148, *Entwicklung*) und 44,3 % (n = 246, *Anamnese*) der KJÄ sehen den (zeitlichen) Aufwand als einen Grund gegen die Dokumentation an. Lediglich für den Abschnitt *Ergebnisse* wurde der Aufwand nur selten als Grund genannt, nicht zu dokumentieren (5,5 %, n = 29). Die Überlegung, dass aus der Dokumentation negative Konsequenzen für das Kind entstehen könnten, wurde ebenfalls relativ häufig als Grund gegen die Dokumentation angegeben. Insbesondere für die Abschnitte *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* (31,7 %, n = 171) und *Ergebnisse* (38,1 %, n = 201) spielt diese Befürchtung eine Rolle. Am seltensten spricht gegen die Dokumentation, dass Eltern die Dokumentation nicht wünschen: Nur zwischen 10,5 % (n = 55, *Untersuchung*) und 14,9 %, *Anamnese*) der KJÄ kreuzten diesen Grund als zutreffend an.

Abbildung 24: Gründe, warum KJÄ nicht im Gelben Heft dokumentieren: „Bitte geben Sie für die einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts an, aus welchen Gründen Sie Ergebnisse der U-Untersuchung im jeweiligen Abschnitt ggf. NICHT dokumentieren."



Quelle: IGES basierend auf Arztfragebogen
Anmerkungen: Die genaue Bezeichnung der Gründe steht im Text.
Je Grund und Abschnitt antworteten zwischen n = 516 und n = 555 KJÄ von n = 656; dies entspricht 78,7 % bis 84,6 % validen Antworten. KJÄ = Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Gründe für Verständnisschwierigkeiten und geringe Nützlichkeit

In den nachgehenden Interviews mit Ärztinnen und Ärzten (n = 10) wurde nochmals vertiefend nach Gründen erfragt, warum die Verständlichkeit der Dokumentationsfelder im Gelben Heft – zum Ankreuzen oder für Freitexte – von den interviewten KJÄ (Gruppe 3 und 4, vgl. Kapitel 2.2.4) als (eher) negativ bewertet wurde. Insgesamt zeigte sich in Bezug auf die Aspekte Fehlerfreiheit, Objektivität und Wertschöpfung bzw. Mehrwert eine (eher) positive Bewertung. Hingegen zweifelten die Ärztinnen bzw. Ärzte am ehesten an der Übersichtlichkeit, Eindeutigkeit, Zugänglichkeit, Vollständigkeit sowie dem Umfang der Dokumentationsfelder.

Nur ein geringer Anteil der Ärztinnen und Ärzte bewertete die Übersichtlichkeit im Gelben Heft als (eher) gut. Die eingeschränkte Übersichtlichkeit wird zum einen mit dem „vielen Blättern" begründet (z. B. „Das Heft muss man schnell aufmachen können und dann schnell alles eintragen, nicht erst blättern und lesen"). Ergänzend hierzu bezogen sich die Bedenken bezüglich der Einheitlichkeit bzw. der Eindeutigkeit explizit auf die Dokumentationsfelder zum Ankreuzen: „Ich finde nicht das,

was ich ankreuzen will, stattdessen findet sich eine unübersichtliche und schlecht geordnete Anzahl von Befunden. Daher sind die Dokumentationsfelder im Gelben Heft für den Alltag recht unübersichtlich“. Eine weitere interviewte Person berichtete von ähnlichen Erfahrungen: „Ankreuzen über das Heft ist nicht klar, vor allem bei Anamnese. Mal muss positiv gekreuzt werden, mal negativ, damit ist das nicht schlüssig“. Die Konsequenz hieraus sei eine zum Teil uneinheitliche Verwendung der Dokumentationsfelder seitens der Ärztinnen und Ärzte, wodurch der Mehrwert des Hefts reduziert würde (z. B. „Manche Ärzte kreuzen im Abschnitt Beratung an, wenn darüber gesprochen wurde; gekreuzt werden soll aber nur bei erweiterten Beratungsbedarf. Daher sind die Angaben oft nicht zu verwerten“). Darüber hinaus wurde kritisiert, dass manche Ärztinnen und Ärzte „unvollständig“ dokumentieren und damit ebenfalls das Gelbe Heft an Nutzen einbüßt.

In Bezug auf die Zugänglichkeit des Gelben Hefts wurde der Nutzen dessen hervorgehoben (z. B. als „Leitfaden“ oder „Checkliste“), wobei kritisch angemerkt wurde, dass manche Eltern die Inhalte und Eintragungen im Gelben Heft nicht lesen. Vereinzelt wurde von einem „doppelten“ Dokumentationsaufwand berichtet, weil die KJÄ – neben dem Gelben Heft – auch eigene Dokumentationssysteme verwenden. Dies könnte erklären, warum manche Ärztinnen bzw. Ärzte angaben, in dem Gelben Heft nur „das Nötigste“ einzutragen.

Des Weiteren zeigten sich in den Interviews Zweifel in Bezug auf die Länge bzw. den Umfang des Gelben Hefts: „Der Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* ist in Ordnung; die Abschnitte *Untersuchung* und *Beratung* sind zu umfangreich.“ und „Das Heft an sich ist zu viel“. Ausgehend hiervon wurde empfohlen den Umfang des Hefts zu reduzieren, indem bspw. „Doppelungen“ (z. B. „Dokumentationsfelder sind häufig gedoppelt mit Ergebnissen“) vermieden und Dokumentationsfelder allgemein reduziert werden. Mit Blick auf die Vollständigkeit wurden jedoch auch potenzielle Ergänzungen in Bezug auf folgende Themen genannt:

- Impfungen bzw. „Impfstatus“ (z. B. „Impfthematik wäre noch relevant, ich wünsche mir eine Seite mit allen von der STIKO empfohlenen Impfungen“, „Welche Impfungen fehlen?“)
- „Betreuungssituation“ bei der Anamnese
- sozialpädiatrische Aspekte sowie
- Abbildung von chronisch kranken Kindern (z. B. „Seite für chronische Dauerdiagnosen“).

In der Gruppendiskussion mit KJÄ wurden viele der auch im Arztfragebogen und den Interviews angesprochenen Themen bezüglich der Dokumentationsfelder im Gelben Heft bestätigt (z. B. Fokus liegt auf Abschnitt *Ergebnisse*, dieser reiche aus, um alles für Eltern sowie andere Ärztinnen und Ärzte wichtige festzuhalten; Kästchen sagten nicht genau genug aus, was gemeint ist; der Abschnitt *Anamnese* sei schwer verständlich; ein Leitfaden für die U-Untersuchungen sei nicht notwendig,

die KJÄ wüssten, was zu tun ist). Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht davon ausgingen, dass es einen impliziten Standard für die Dokumentation im Gelben Heft gibt, der es allen KJÄ erlaube, die Dokumentation von Kolleginnen und Kollegen zu verstehen. Auch handele es sich nicht um „verschlüsselte Informationen", die KJÄ mittels des Gelben Hefts kommunizierten. Eine Person beschrieb das Dokumentationsgeschehen als „Jeder macht es irgendwie." Dadurch verlöre die Dokumentation an Aussagekraft.

5.8.3.4 Optimierungsbedarfe für die Abschnitte mit den Dokumentationsfeldern

KJÄ wurden gefragt, ob sie bei den Abschnitten mit den Dokumentationsfeldern Optimierungsbedarfe sehen. Ärztinnen und Ärzte konnten diese als Freitextangaben zu den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* notieren.

Abschnitt *Anamnese*

Insgesamt machten 316 KJÄ Freitextangaben zu Optimierungsbedarfen des Abschnitts *Anamnese,* von denen 87,7 % (n = 277) für die Auswertung verwendet werden konnten. Ein kleiner Teil der Ärztinnen und Ärzte gab an, dass sie keinen Optimierungsbedarf sehen (5,4 %, n = 17) oder nannten eine Antwort, die kein Optimierungsbedarf ist (7,0 %, n = 22).

Etwa ein Drittel der KJÄ mit validen Freitextantworten (n = 101, 36,5 % der KJÄ mit Freitextangaben bzw. 15,4 % aller KJÄ) empfinden den Abschnitt *Anamnese* als redundant. Dieser sei überflüssig, die Dokumentation würde ohnehin im Abschnitt *Ergebnisse* erfolgen. Ein Teil der Ärztinnen und Ärzte (n = 28, 10,1 % bzw. 4,3 %) nutzt für die Anamnese entweder eigene Erhebungsinstrumente oder möchte die Dokumentation nur an anderer Stelle vornehmen, zumeist in der Patientenakte oder in der eigenen Praxissoftware.

Am zweithäufigsten wurde der Wunsch nach mehr Platz für freitextliche Eintragungen geäußert (n = 52, 18,8 % bzw. 7,9 %). Während einige KJÄ sich ein zusätzliches Freitextfeld wünschten, sind andere der Meinung ein Freitextfeld sollte die Ankreuzmöglichkeiten ersetzen. Der Wunsch nach spezifischen Ergänzungen wurde von 16,2 % der KJÄ mit Freitextangaben (n = 45, bzw. 6,9 %) geäußert. Dabei werden u. a. die Bereiche Schwangerschaft, Ernährung, Schlaf und Schlafstörungen, Bewegung und Motorik, Familiensituation, Verhalten und sozioemotionale Entwicklung als notwendige Ergänzungen genannt. Gleichzeitig wünschten sich 9,4 % (n = 26, bzw. 4,0 %) eine Reduktion des Umfangs, weitere 4,7 % (n = 13, bzw. 2,0 %) eine übersichtlichere Gestaltung des Anamneseabschnitts.

Die Antworten eines Teils der teilnehmenden KJÄ deuten darauf hin, dass Schwierigkeiten hinsichtlich der Verständlichkeit des Abschnitts *Anamnese* bestehen: 14,8 % der Ärztinnen und Ärzte vermerkten (n = 41, bzw. 6,2 %), dass die Dokumentationsmöglichkeiten uneindeutig bzw. verwirrend sind (z. B. „Was ist mit Betreuungssituation und besonderer Belastung gemeint? Das sieht sicher jeder etwas anders." oder „Anamnese-Fragen sind teilweise nicht sinnvoll (z. B.

regelmäßiges Schnarchen, wird Ihr Kind gut verstanden) und unvollständig)“. Weitere 3,6 % (n = 10, bzw. 1,5 %) merkten an, dass es entweder unklar ist, ob die Fragen von KJÄ oder Eltern auszufüllen sind oder empfehlen, dass ein Ausfüllen durch Eltern an dieser Stelle sinnvoller wäre. Diese Angaben decken sich damit, dass nur ein Viertel der KJÄ den Anamneseabschnitt als eindeutig verständlich (Antwort *ja*) einstuft (Kapitel 5.8.3.1).

Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*

Für den Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* liegen Freitextantworten von 282 KJÄ vor, von denen 216 valide Angaben bezügliche eines Optimierungsbedarfs gemacht haben (76,6 %, bzw. 32,9 % aller KJÄ).

Wie auch den Abschnitt *Anamnese* schätzte ein gutes Drittel der KJÄ den Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* als redundant ein (n = 81, 37,5 % der KJÄ mit Freitextangaben bzw. 12,3 % aller KJÄ). Dabei wurde häufig angemerkt, dass KJÄ die Beurteilung der Entwicklung von Kindern beherrschen und es daher keines Leitfadens hierzu bedürfe. Etwas mehr als ein Zehntel (n = 25, 11,6 % bzw. 3,8 %) nutzt entweder eigene Instrumente zur Beurteilung oder dokumentiert die Ergebnisse der Beurteilung an anderer Stelle. Häufig wurde der Text als zu lang empfunden (n = 35, 16,2 % bzw. 5,3 %) oder das Fehlen von Platz für Freitexteintragungen bemängelt (n = 20, 9,3 % bzw. 3,0 %).

Einige KJÄ merkten an, dass die Einschätzung der Entwicklung differenziertere Dokumentationsmöglichkeiten erfordere (n = 13, 6,0 % bzw. 2,0 %; z. B. „Die zahlreichen Facetten der Entwicklung werden nicht abgebildet“ oder „Ich wünsche mir eine ‚Zwischenstufe‘ (…). Man möchte ein leicht entwicklungsverzögertes Kind nicht mit ‚nein‘ beurteilen“). Andere bemängelten, dass Dokumentationsmöglichkeiten nicht immer eindeutig seien (n = 11, 5,1 % bzw. 1,7 %; z. B. „Es treten Diskrepanzen auf. Mal ankreuzen, wenn alles Ok ist, dann wenn nicht Ok ist. Eine einheitliche Linie wäre besser“). Zudem wurde der Wunsch geäußert, Positivantworten zu ermöglichen, sodass dokumentiert wird, was die Kinder schon können (n = 18, 8,3 % bzw. 2,7 %; z. B. „Ich finde es schade, dass nur angekreuzt wird, was nicht erfüllt wurde. Man kann dadurch im Heft nicht dokumentieren, was das Kind erfüllt. Das ist aber meiner Meinung nach wichtig.“ oder „Das Negativankreuzen ist genau das falsche Signal“).

Einige KJÄ merkten kritisch an, dass das Ankreuzen der Items im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* die Eltern beunruhige (n = 7, 3,2 % bzw. 1,1 %), andere empfanden die Anforderungen in den Items als zu gering angesetzt (n = 8, 3,7 % bzw. 1,2 %). Nach Aussage einiger weniger Ärztinnen und Ärzte wäre es sinnvoller, wenn sich der Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* an die Eltern richten würde (n = 6, 2,8 % bzw. 0,9 %). Ein kleiner Teil wünschte sich eine Erweiterung des Abschnitts (n = 12, 5,6 % bzw. 1,8 %) bspw. um die Themen Schlafverhalten, Essverhalten, Blickkontakt, Stimmung und Medienkonsum. Zudem wurde der Wunsch nach einer übersichtlicheren Gestaltung geäußert (n = 10, 4,6 % bzw. 1,5 %)

Abschnitt *Untersuchung*

Insgesamt machen 295 KJÄ Freitextangaben zu Optimierungsbedarfen des Abschnitts *Untersuchung,* von denen 81,7 % (n = 241, bzw. 36,7 %aller KJÄ) für die Auswertung verwendet werden konnten.

Wie bei den vorangegangenen Abschnitten stufte mehr als ein Drittel der KJÄ mit Freitextangaben den Abschnitt *Untersuchung* als redundant ein (n = 90, 37,3 % der KJÄ mit Freitextangaben bzw. 13,7 % aller KJÄ). Zum einen waren Ärztinnen und Ärzte der Meinung, dass KJÄ die Inhalte der U-Untersuchungen auch ohne das Gelbe Heft kennen, zum anderen wurde die doppelte Dokumentation hier und im Abschnitt *Ergebnisse* als nicht sinnvoll angesehen. Der Abschnitt könne demnach entweder vollständig oder teilweise entfallen. Am ehesten wünschten sich KJÄ mehr Platz für Freitextdokumentationen (n = 57, 23,7 % bzw. 8,7 %).

Jeweils etwa gleich große Anteile der Ärztinnen und Ärzte wünschten sich eine Reduktion des Umfangs (n = 43, 17,8 % bzw. 6,6 %) bzw. eine Erweiterung des Umfangs (n = 41, 17,0 % bzw. 6,2 %) des Abschnitts *Untersuchung*. Unter den gewünschten Ergänzungen findet sich vorwiegend die Dokumentation von Hautauffälligkeiten und Auffälligkeiten der Genitale. Manche KJÄ wünschten sich auch Ankreuzmöglichkeiten für die häufigsten Diagnosen.

Darüber hinaus wünschte sich ein Teil der teilnehmenden KJÄ eine übersichtlichere Gestaltung des Abschnitts *Untersuchung* (n = 18, 7,5 % bzw. 2,6 %). Die Dokumentation wurde gelegentlich explizit als zu aufwändig empfunden (n = 13, 5,4 % bzw. 2,0 %), von einigen KJÄ werden eigene Instrumente/Dokumentationsmöglichkeiten zur Durchführung der U-Untersuchung außerhalb des Gelben Hefts verwendet (n = 10, 4,1 % bzw. 1,5 %).

Abschnitt *Beratung*

Für den Abschnitt *Beratung* liegen Freitextantworten von 204 KJÄ vor, von denen 157 valide Angaben bezügliche eines Optimierungsbedarfs gemacht haben (77,0 %, bzw. 23,9 % aller KJÄ).

Wie auch die vorangehenden Abschnitte des Gelben Hefts schätzte ein gutes Drittel der KJÄ den Abschnitt *Beratung* als redundant ein (n = 56, 35,7 % der KJÄ mit Freitextangaben bzw. 8,5 % aller KJÄ). Die befragten Ärztinnen und Ärzte merkten häufig an, dass Beratungsthemen zum einen individuell sind und zum anderen KJÄ die relevanten Themen kennen und den Abschnitt im Gelben Heft daher nicht benötigen.

Am zweithäufigsten sagten befragte KJÄ, dass der Abschnitt *Beratung* um weitere Aspekte erweitert werden sollte (n = 42, 26,8 % bzw. 6,4 %). Gewünschte Ergänzungen sind bspw. die Themen Schlaf und Regulationsstörungen, Ernährung und Übergewicht sowie Medienkonsum. Häufig genannt wurde auch, dass Eltern verschiedene Angebote und Anlaufstellen vermittelt werden sollten, z. B. Informationen zu digitalen Angeboten wie Apps oder Internetseiten, regionalen Hilfsangeboten wie Elternvereinen, Frühe Hilfen und anderen Ansprechpartnern in der Region.

Manche KJÄ schlagen vor, dass eine Stelle im Gelben Heft geschaffen werden soll, wo solche Informationen eingeklebt werden können.

Etwa ein Sechstel der KJÄ mit Freitextangaben merkte an, dass nicht klar definiert wird, was unter einem erweiterten Beratungsbedarf zu verstehen ist (n = 26, 16,6 % bzw. 4,0 %). Dadurch entstünden Unsicherheiten bei der Dokumentation auf Seiten der KJÄ, z. B. „Was bedeutet ‚erweiterter Beratungsbedarf'? Wo fängt er an? Die Themen gehören meiner Meinung nach zur normalen Beratung, daher habe ich bisher oft nichts angekreuzt." Oder „Erweiterter Beratungsbedarf ist verwirrend, wird wohl oft bei normalem Beratungsbedarf angekreuzt."

Nach Aussage einiger Ärztinnen und Ärzte verunsichern Dokumentationen im Abschnitt *Beratung* die Eltern (n = 7, 4,5 % bzw. 1,1 %, z B. „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass insbesondere Eltern von Säuglingen sehr verunsichert werden, wenn ich einen ‚erhöhten Beratungsbedarf' ankreuze." oder „Eltern fühlen sich negativ beurteilt wegen dem Wort ‚erweitert'"). Als Lösungsvorschlag für die genannten Problematiken kann der Wunsch einiger KJÄ verstanden werden, anstelle eines erweiterten Beratungsbedarfs Themen zu dokumentieren, zu denen beraten wurde (n = 6, 3,8 % bzw. 0,9 %).

Wie auch bei den vorangegangenen Abschnitten wünschte sich ein Teil der befragten KJÄ eine Reduktion des Umfangs (n = 13, 8,3 % bzw. 2,0 %) sowie eine übersichtlichere Gestaltung (n = 8, 5,1 % bzw. 1,2 %) des Abschnitts *Beratung*.

Abschnitt *Ergebnisse*

Insgesamt 331 KJÄ (58,6 % aller teilnehmenden KJÄ) machten Freitextangaben auf die Frage nach Optimierungsbedarfen für den Abschnitt *Ergebnisse*. Ein kleiner Teil der Ärztinnen und Ärzte gab dabei an, dass sie keinen Optimierungsbedarf sehen (6,0 %, n = 20) oder nannten eine Antwort, die kein Optimierungsbedarf ist (7,9 %, n = 26), sodass Antworten von n = 285 KJÄ für die Auswertung zur Verfügung standen.

Am häufigsten wünschten sich KJÄ mehr Platz für eigene Freitexteintragungen: Über die Hälfte der KJÄ mit Freitextantworten (59,6 %, n = 170) wies auf mangelnden Raum für freie handschriftliche Notizen hin. Dies entspricht einem Viertel der Gesamtstichprobe teilnehmender KJÄ (25,9 % von n = 656). Insbesondere, wenn Kinder Auffälligkeiten aufweisen, würde der Platz für die Dokumentation nicht ausreichen.

Mehr als ein Zehntel der Ärztinnen und Ärzte mit validen Freitextangaben (n = 37, 13,0 % der KJÄ mit Freitextangaben bzw. 5,6 % aller KJÄ) wünschte sich eine Ergänzung des Ergebnisabschnitts, bspw. um ein Feld zur Dokumentation der Diagnose bzw. relevanter Dauerdiagnosen, eine Möglichkeit zur Dokumentation der angeordneten therapeutischen Maßnahmen oder der Überweisung zu Fachärztinnen und -ärzten. Ebenfalls genannt wurden Wünsche nach Ergänzung der Dokumentationsmöglichkeiten zu spezifischen Themenbereichen wie Ernährung, Adipositas, sozialen Problemen oder den Ergebnissen bestimmter Untersuchungen bspw. ein Ankreuzfeld für das Ergebnis des Brückner-Tests.

Ebenfalls etwa ein Zehntel wünschte sich, dass die Felder *Terminvereinbarungen* (nächster Impftermin oder nächste U-Untersuchung) aus dem Gelben Heft entfernt würden (n = 33, 11,6 % bzw. 5,0 %). Die Vereinbarung der nächsten Termine fände zumeist getrennt von den U-Untersuchungen statt, daher sei die Eintragung im Gelben Heft nicht praktikabel. Zudem hätte die Dokumentation des Termins im Gelben Heft wenig Nutzen oder könne zu Verwirrung führen, wie z. B. bei einer Terminänderung oder im Falle eines Praxiswechsels.

Einige KJÄ äußerten spezifische Anpassungsvorschläge für die Abbildung der Themen Zähne (5,3 %, n = 15 bzw. 2,3 %), Impfungen (n = 12, 4,2 % bzw. 1,8 %) und Körpermaße (n = 11, 3,9 % bzw. 1,7 %). Zum Thema Zähne wird angemerkt, dass ein Verweis zum Zahnarzt teilweise erst später (z. B. ab der U7 und nicht schon ab der U5) als sinnvoll erachtet wird, andere KJÄ empfinden das Feld insgesamt als nicht sinnvoll. Ebenso wird die Abfrage fehlender Impfungen teilweise für überflüssig gehalten, während andere KJÄ spezifische Umgestaltungsvorschläge hierzu machen (z. B. „Statt dem vollständigen Impfstatus sollte der altersentsprechende Status erfragt werden“). Unter dem Aspekt Körpermaße wünschen sich Ärztinnen und Ärzte die Erhebung des Kopfumfangs für alle U-Untersuchungen (anstatt nur bis einschließlich zur U7), vereinzelt den Wegfall des BMI oder zusätzliche Dokumentationsmöglichkeiten zur Beurteilung der Körpermaße bspw. bei Gewichtsverlust.

Eine übersichtlichere Gestaltung des Ergebnisabschnitts wünschen sich 10,2 % (n = 29, bzw. 4,4 %), eine Reduktion dessen Umfangs 4,6 % (n = 13, bzw. 2,0 %).

5.8.4 Nutzung des Gelben Hefts für die Beratung der Eltern

Für ein besseres Verständnis der Nutzung des Gelben Hefts für die Beratung der Eltern wurden 20 Ärztinnen und Ärzte in nachgehenden Interviews (Thema 5, vgl. Kapitel 2.2.4) dazu befragt, wie eine typische U-Untersuchung abläuft, wobei auf den Verbleib und die Nutzung des Gelben Hefts im Verlauf der U-Untersuchung fokussiert wurde. Des Weiteren wurden KJÄ dazu befragt, ob und in welcher Form sie das Gelbe Heft im Elterngespräch einsetzen bzw. welche Veränderungen des Gelben Hefts ihres Erachtens notwendig wären, damit sie es öfter im Gespräch nutzen.

Typischerweise wird das Gelbe Heft bei der Anmeldung an die Medizinischen Fachangestellten (MFAs) übergeben. Diese bereiten die U-Untersuchung vor, indem sie einerseits das Gelbe Heft abstempeln und andererseits Gewicht, Körpergröße u. Ä. des Kindes notieren und in einigen Fällen (z. B. bei älteren Kindern) Seh- und Hörtests durchführen und die entsprechenden Ergebnisse ins Gelbe Heft eintragen. Sind die Vorbereitungen abgeschlossen, kommt das Kind ins Sprechzimmer zur (körperlichen) Untersuchung durch die Ärztin bzw. den Arzt. Das Gelbe Heft haben entweder die Eltern von den MFAs ausgehändigt bekommen, oder aber es wurde im Sprechzimmer für die Untersuchung bereitgelegt. Die Ärztin oder der Arzt führt die Untersuchung im Beisein der Eltern durch und notiert die Ergebnisse entweder

parallel oder zum Ende der Untersuchung im Gelben Heft. Dabei werden die Eintragungen für die Eltern erklärt. In einigen Fällen erwähnten die KJÄ, dass zusätzlich zum Gelben Heft auch der Impfpass an der Anmeldung abgegeben wird. In manchen Praxen bereiten die MFAs zusätzliches Material für die U-Untersuchung vor. Das können bspw. Informationsmaterial für die Eltern, Fragebögen oder Merkblätter zu Kinderunfällen („Unfallbögen“[31]) sein. Vereinzelt wird erwähnt, dass die Dokumentation der U-Untersuchung zunächst in der praxiseigenen Software vorgenommen wird und im Gelben Heft nur ein Eintrag auf der Ergebnisseite erfolgt.

Gefragt danach, ob das Gelbe Heft in der Kommunikation mit den Eltern eingesetzt wird, gaben alle KJÄ an, dass sie die von ihnen im Gelben Heft vorgenommen Eintragungen erläutern. Bei elf der befragten KJÄ bleibt der Einsatz des Gelben Hefts im Elterngespräch darauf beschränkt. Die anderen neun Ärztinnen und Ärzte nutzen darüber hinaus auch andere Teile des Hefts im Gespräch mit den Eltern. Am häufigsten (n = 5) wurden zur Erläuterung der körperlichen Entwicklung des Kindes die Somatogramme („Perzentilkurven“) am Ende des Gelben Hefts in das Gespräch mit einbezogen (z. B. „Den Eltern werden immer die Perzentile gezeigt. Diese sind gut, um zu zeigen, dass alles okay ist“). Weitere sieben KJÄ erwähnten, dass sie früher auf die Somatogramme im gelben Heft verwiesen haben, diese jedoch nun am Computer erstellen und den Eltern zeigen. Manche KJÄ beziehen sich im Gespräch auf die Elterninformation im Gelben Heft (n = 2, z. B. „Ich zeige auch auf die Elterninformation, wenn die Eltern beunruhigt sind: ‚Schauen Sie, das Kind kann die zehn Wörter, die hier gefragt sind. Es ist also im Normalbereich.‘“). Andere KJÄ (n = 2) beziehen sich explizit auf das Notizfeld der Eltern und sprechen entweder über die dort vorgenommenen Eintragungen oder fragen nach, wenn an der Stelle keine Notizen gemacht wurden. Vereinzelt erklären KJÄ in der U3 die Struktur des Gelben Hefts und weisen auf das Notizfeld für die Eltern hin, fragen die einzelnen Punkte im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* ab oder sprechen im Fall eines Praxiswechsels die Aktualität der vorhandenen Eintragungen an (jeweils n = 1).

Abschließend wurden die Ärztinnen und Ärzte gefragt, warum sie das Gelbe Heft nur wenig zur Gesprächsführung mit den Eltern heranziehen bzw. welche Veränderungen am Gelben Heft möglicherweise dazu führen würden, dass sie es häufiger im Elterngespräch einsetzen. Ärztinnen und Ärzte störten sich häufig daran, dass das Gelbe Heft zu umfangreich sei und zu viele Ankreuzfelder zu dokumentieren seien (n = 5, z. B. „Die Dokumentation ist zu umfänglich. Ich habe keine Zeit, immer alles anzukreuzen“). Gleichzeitig wünschten sich viele KJÄ mehr Raum für eigene Eintragungen in Form von Freitexten (n = 5, z. B. „Die Untersuchung hat ein Ergebnis. Die Konsequenzen daraus sollten im Gelben Heft Platz finden: Wie soll das Kind gefördert werden, Hinweise etc.“ oder „Ich wünsche mir mehr Platz zum Schreiben“). Vereinzelt wurden außerdem folgende Verbesserungswünsche an das

[31] Evtl. waren die Merkblätter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Thema Kinderunfälle gemeint (https://www.kbv.de/html/6263.php).

Gelbe Heft geäußert (jeweils n = 1): Es sollte in digitaler Form vorliegen und übersichtlicher gestaltet sein. Zudem soll klarer erkennbar sein, was durch wen anzukreuzen ist. Zusätzlich ins Gelbe Heft aufgenommen werden sollen Informationen zu Impfungen, Medienkonsum und bildschirmfreier Erziehung, Fragebögen für Eltern wie im „grünen Heft“[32] oder Textfelder zur Beschreibung feinmotorischer Fähigkeiten.

5.8.5 Verbesserungsvorschläge

Zusätzlich zu den Optimierungsbedarfen für einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts im vorangehenden Kapitel, wurden KJÄ sowohl im Rahmen der Befragung als auch in nachgelagerten Interviews zu allgemeinen Verbesserungsvorschlägen für das Gelbe Heft befragt. Fast zwei Drittel der teilnehmenden KJÄ (62,5 %, n = 410 von n = 656) machten im Arztfragebogen Freitextangaben zu allgemeinen Verbesserungsvorschlägen für das Gelbe Heft. Einige davon gaben jedoch explizit an, dass kein Optimierungsbedarf für das Heft besteht (2,4 %, n = 10) oder antworteten nicht direkt auf die Frage (11,7 %, n = 48), sodass insgesamt Antworten von 352 Ärztinnen und Ärzten für die Auswertungen zur Verfügung stehen (53,7 % aller KJÄ).

Fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte, die Freitexte verfassten, waren der Meinung, dass der Umfang des Gelben Hefts reduziert werden sollte (n = 178, 47,1 % der KJÄ mit Freitextangaben bzw. 27,1 % aller teilnehmenden KJÄ). Dabei wurde zumeist gewünscht, dass ganze Abschnitte des Gelben Hefts entfallen (vgl. Kapitel 5.8.3.4) oder aber, dass innerhalb der Abschnitte Kürzungen vorgenommen werden. Ein Teil der KJÄ ist dabei der Meinung, dass nur der Abschnitt *Ergebnisse* erhalten bleiben sollte. Auch unter den Eltern ist die Reduktion des Umfangs der am häufigsten genannte Verbesserungsvorschlag für das Gelbe Heft (Kapitel 5.7.6).

Ein Fünftel der KJÄ mit Freitextangaben wünschte sich eine Reduktion der Ankreuzfelder und stattdessen mehr Raum für handschriftliche Eintragungen (n = 79, 20,9 % bzw. 12,0 %). Die Ankreuzfelder würden die wesentlichen Inhalte der Untersuchung bzw. Spezifika der Befunde unzureichend abbilden und – insbesondere bei Kindern mit Auffälligkeiten – wäre der Platz für Dokumentationen nicht ausreichen (z. B. „Ich wünsche mir mehr Möglichkeiten, individuell zu dokumentieren und weniger große Ankreuzmöglichkeiten, das verwirrt mehr als es hilft.“. Ein weiteres Fünftel sieht Bedarf für Nachbesserungen bei der Übersichtlichkeit des Gelben Hefts (n = 72, 19,0 % bzw. 11,0 %). Es wird u. a. vorgeschlagen, die Ergebnisseite zu jeder U-Untersuchung farblich hervorzuheben, Bilder und Grafiken zu verwenden, eine U-Untersuchung insgesamt auf weniger Seiten zu verteilen und das Layout der U-Untersuchungen jeweils gleich zu gestalten, sodass z. B. der Ab-

[32] Gemeint ist das Paed.Plus®-Heft des BVKJ, welches als Add-on-Heft als Ergänzung zum Gelben Heft eingesetzt werden kann. https://www.bvkj-shop.de/paed-plus-vorsorgehefte.html

schnitt Ergebnisse immer auf der rechten Seite vorzufinden ist. Häufiger wird erwähnt, dass die Darstellung einer U-Untersuchung auf einer Doppelseite, ähnlich wie im alten gelben Heft, die Übersichtlichkeit deutlich erhöhen würde.

Über ein Zehntel der KJÄ wünschte sich jeweils spezifische Ergänzungen im Gelben Heft (n = 54, 14,3 % bzw. 8,2 %) sowie die Erweiterung des Gelben Hefts um die Untersuchungen U10 bis J2 (n = 44, 11,6 % bzw. 6,7 %), sodass die gesamte Untersuchungsreihe in einem Heft gebündelt ist. Als erforderliche Ergänzungen werden u. a die folgenden genannt: Familien- und Geburts- bzw. Schwangerschaftsanamnese, Informationen zu Regulationsstörungen, Medienkonsum, Prävention und Unfallverhütung sowie die Abfrage von Meilensteinen der Entwicklung.

Ein Teil der KJÄ schlug vor, das Gelbe Heft um (digitale) Elternfragebögen zu erweitern (n = 18, 4,8 % bzw. 2,7 %), welche bspw. im Vorfelde der U-Untersuchung von den Eltern bearbeitet werden könnten. Passend dazu wurde ebenfalls vorgeschlagen, das Gelbe Heft ganz oder teilweise in ein digitales Format zu überführen (n = 17, 4,5 % bzw. 2,6 %). Teilweise digital bedeutet dabei, dass z. B. Elterninformationen (oder auch die ergänzenden Elternfragebögen) über einen QR-Code abrufbar sein könnten, um das Gelbe Heft schlank und übersichtlich zu halten. Bei einer digitalen Dokumentation könnte Eltern ein Ausdruck der Ergebnisse mitgegeben werden. Der Ausdruck könne ggf. direkt aus der Praxissoftware heraus erfolgen, sodass eine Doppeldokumentation in der Praxissoftware und im Gelben Heft entfallen würde.

Seltener wurden Änderungsvorschläge zu den Themen Zähne (n = 14, 3,7 %bzw. 2,1 %), Impfungen (n = 11, 2,9 % bzw. 1,9 %) und Körpermaße (n = 8, 2,1 % bzw. 1,2 %) genannt. Ein wiederholter Einwand zum Thema Zähne ist, dass Verweise in zahnärztliche Behandlung oder Vorsorge in der U5 noch nicht für sinnvoll gehalten werden. Zum Thema Impfungen wurden mehr Information, die Integration eines Impfkalenders oder eine differenziertere Abfrage gewünscht. Bezüglich der Körpermaße wurde vornehmlich der Wegfall der Dokumentation des Kopfumfangs ab der U7a bemängelt. Ein kleiner Teil der Ärztinnen und Ärzte wünschte sich eine eindeutigere bzw. konsistentere Gestaltung des Antwortformats (zutreffend vs. nicht zutreffend, n = 7, 1,9 % bzw. 1,2 %) und einen stärkeren Fokus auf die Ressourcen statt auf die Defizite des Kindes (n = 5, 1,3 % bzw. 0,8 %).

In den nachgehenden Interviews mit Ärztinnen und Ärzten (Thema 6, Kapitel 2.2.4) wurden häufig ähnliche Verbesserungsvorschläge zum Gelben Heft genannt. Ergänzend wurden folgende Einzelnennungen zu Verbesserungspotentialen dargelegt:

- Es sei nicht ganz klar, was der Zweck des Gelben Hefts sein soll. Dieser solle daher klarer herausgearbeitet werden.
- Die Einschätzung der Entwicklung solle durch die Eltern erfolgen, bspw. mittels der Abfrage von Meilensteinen der Entwicklung. Allerdings gäbe es hierfür zu wenig standardisierte Fragebögen, insbesondere solche für andere Sprachen bzw. kulturelle Hintergründe.

- Das Gelbe Heft solle um Informationen zu Anlaufstellen in der Region erweitert werden. Dies könnte realisiert werden über eine dafür vorgesehene leere Seite, wo jeweils regionsspezifische Informationen eingeklebt werden können.
- Andere relevante Berufsgruppen sollten in die Dokumentation im Gelben Heft eingebunden werden, bspw. Hebammen oder Entbindungspfleger.

6. Schlussfolgerungen und Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Aus den in Kapitel 4 und Kapitel 5 berichteten Ergebnissen zu den vom G-BA formulierten Evaluationsfragen ergeben sich zahlreiche Schlussfolgerungen, die in Kapitel 6.2 bis 6.9 vorgestellt werden. Weiterhin werden dort Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie aufgezeigt. In Kapitel 6.1 werden zunächst Limitationen und Stärken der Uheft-eva aufgezeigt und diskutiert.

6.1 Limitationen und Stärken

Bei der Uheft-eva handelt es sich um eine multizentrische Querschnittserhebung, in deren Rahmen mehrere Erhebungsmethoden bei unterschiedlichen Zielgruppen zum Einsatz kamen (Kapitel 2). Grundlage der Evaluation ist § 59 Abs. 3 der Kinder-Richtlinie (i. d. F. v. 18.06.2015). Diese Grundlage sieht keine Verpflichtung von KJÄ, Eltern und ggf. weiteren relevanten Zielgruppen zur Teilnahme vor. Daher beruhen – mit Ausnahme der Analyse von Abrechnungsdaten, für die Routinedaten der kassenärztlichen Vereinigungen genutzt wurden – alle Erhebungen auf der freiwilligen Teilnahme von Gelegenheitsstichproben von KJÄ, Eltern und Krankenhäusern. Aus dem methodischen Vorgehen und dem Zeitpunkt der Evaluation ergeben sich gewisse Limitationen und Stärken, die nachfolgend diskutiert werden.

6.1.1 Vollzähligkeit der Stichproben

Der Rücklauf der Erhebungen ist im Kontext der Zugangswege, der freiwilligen Teilnahme und dem mit der Teilnahme verbunden Aufwand insgesamt als gut einzuschätzen, wobei es – wie nachfolgend dargestellt – zwischen den Erhebungen Unterschiede gab.

Von 787 KJÄ, die die Studienunterlagen mit dem Arztfragebogen und den U-Sammelbögen erhielten, sendeten 656 (83,4 %) sie ausgefüllt zurück (Kapitel 3.1.1). Dieser Rücklauf ist als gut zu bewerten. Allerdings konnte die gemäß Evaluationsplan angestrebte Stichprobengröße von 719 KJÄ nicht ganz erreicht werden. Für auf dem Arztfragebogen basierende Ergebnisse ist die Unterschreitung der angestrebten Fallzahl allenfalls von geringer Bedeutung, da eine ausreichende Anzahl an Antworten zur Beantwortung der Evaluationsfragen vorliegt. Die Ergebnisse zu Ereignissen, die mit den U-Sammelbögen erhoben wurden, sind jedoch aufgrund der geringeren Fallzahl mit größerer Schätzunsicherheit behaftet als gemäß Evaluationsplan (Kapitel 3.1.1) vorgesehen war. Weiterhin sind die Ergebnisse mit größerer Schätzunsicherheit behaftet als im Evaluationsplan angenommen, da die in der Uheft-eva erhobenen Ereignisse zum Teil sehr selten sind (z. B. wurden bei nur 0,7 % der Prüfungen im durchfallenden Licht in der U2 und U3 Transilluminationsauffälligkeiten festgestellt). Auf die betroffenen Ergebnisse wird in Kapitel 4 und 5 hingewiesen. Um solch seltene Ereignisse mit geringer Schätzunsicherheit zu messen, wäre eine noch wesentlich größere Stichprobe als im Evaluationsplan angenommen erforderlich. Es erscheint allerdings wenig realistisch mit der gewählten

Erhebungsmethode eine wesentlich größere Stichprobe zu erreichen. Die Ergebnisse können trotz der Schätzunsicherheit einen Anhaltspunkt für die Häufigkeit der seltenen Ereignisse geben und mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

Die Anzahl U-Untersuchungen, die von den teilnehmenden KJÄ in den U-Sammelbögen dokumentiert wurden, entspricht nahezu der gemäß Evaluationsplan erwarteten Anzahl (Kapitel 3.1.1). Um sicherzustellen, dass die dokumentierten U-Untersuchungen möglichst repräsentativ sind, waren die KJÄ aufgefordert alle U-Untersuchungen zu dokumentieren, die sie während eines von ihnen selbstgewählten Erhebungsmonats durchführten (Kapitel 2.2.2). Es liegen keine Hinweise vor, dass diese Anleitung nicht befolgt wurde, sodass davon ausgegangen wird, dass die dokumentierten U-Untersuchungen ein vollständiges Bild, der von den teilnehmenden KJÄ durchgeführten U-Untersuchungen in ihrem jeweiligen Erhebungsmonat darstellen. In Summe über die Erhebungsmonate der einzelnen KJÄ wurden 9,4 % aller in einem entsprechenden (fiktiven) Zeitraum bei GKV-versicherten Kindern durchgeführten U-Untersuchungen in den U-Sammelbögen dokumentiert. Dieser hohe Anteil trägt weiter zur Aussagekraft der Ergebnisse aus den U-Sammelbögen bei.

Bei den Fallanalysen wurde die im Evaluationsplan vorgesehene Fallzahl von 720 Falldokumentationen nicht erreicht. Trotz der umfangreichen Akquisetätigkeiten in mehreren Wellen (Kapitel 2.2.3) und auch der relativ hohen Aufwandsentschädigung für teilnehmende KJÄ, konnten nur 40 KJÄ für die Fallanalysen gewonnen werden und von ihnen 369 Falldokumentationen erstellt werden (Kapitel 3.1.2). Der Festlegung der angestrebten Stichprobengröße von 72 KJÄ und je zehn Falldokumenationen pro KJÄ lag die Annahme zugrunde, dass höchstens 10 % der 719 für die Beantwortung des Arztfragebogens und der U-Sammelbögen zu gewinnenden KJÄ auch an den aufwändigen Falldokumentationen teilnehmen würden. Zudem wurde antizipiert, dass nicht alle Hersteller von PVS, die über einen größeren Marktanteil verfügen, für die kostenlose Entwicklung der der eigentlichen Falldokumentation vorausgehenden PVS-Abfragen zur komplexen Fallfilterung bereit oder in der Lage wären. Bei der Festlegung der angestrebten Stichprobengröße hat sich IGES also vorrangig an einem als „voraussichtlich machbar“ angesehenen Umfang orientiert.

Bereits bei dem Pretest hatte sich zudem gezeigt, dass der für die Interpretierbarkeit der Ergebnisse notwendigerweise strenge Fallfilter (Kapitel 2.2.3) dazu führte, dass von einigen KJÄ keine zehn Fälle für die Falldokumentation unterschiedlicher Diagnosen im Patientenbestand gefunden werden konnten. Auch in der Feldphase konnten nicht von allen teilnehmenden KJÄ die gewünschten zehn Falldokumentationen erstellt werden, da zu wenige Kinder den Aufgreifkriterien für die Falldokumentation genügten. In diesen Fällen wurden die KJÄ gebeten, zwei oder mehr Falldokumentationen für dieselbe Diagnose zu erstellen (Kapitel 2.2.3). Dadurch konnte die Anzahl Falldokumentation etwas erhöht werden, allerdings nicht die Anzahl unterschiedlicher Diagnosen, die dokumentiert wurden.

Der geringer als geplante Rücklauf dürfte die Aussagekraft der Auswertungen und Interpretationen allenfalls geringfügig beeinträchtigen. Die Auswertungen und Ergebnisinterpretationen im Abschlussbericht der Evaluation werden nur für alle der vom G-BA vorgegebenen Diagnosen insgesamt und auf der Ebene der Diagnosegruppen F80–F89 (*Entwicklungsstörungen*) und F90–F98 (*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) sowie des ICD-10-Kapitels XVII (Q00–Q99: *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) durchgeführt. Auf dieser Aggregationsebene liegen 41 oder mehr Falldokumentationen und somit eine ausreichende Anzahl vor, um Aussagen zu den Evaluationsfragen treffen zu können. In der Anlage 3 Fallanalysen (vgl. Anhang A3) sind die Auswertungen zu jeder der 20 Diagnosen, für die mehr als vier Falldokumentationen vorlagen, einzeln ausgewiesen, ohne dass diese Ergebnisse interpretiert werden. Nach Einschätzung des Evaluators können diese Ergebnisse im Rahmen einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie orientierende Hinweise zu den einzelnen Diagnosen geben. Sie sollten jedoch, in Abhängigkeit von der vorliegenden Anzahl an Falldokumentationen, mit gegebener Vorsicht interpretiert werden.

Von den KJÄ wurden Falldokumentationen für 55 unterschiedliche ICD-10-Diagnosen auf Dreisteller-Ebene angefertigt. Entsprechend liegt für 43,3 % der 127 vom G-BA für die Fragestellungen zu Entwicklungsverzögerungen ausgewählten ICD-10-Dreisteller mindestens eine Falldokumentation vor. Es erscheint wenig wahrscheinlich, dass selbst dann, wenn weitere Falldokumentationen bis zur angestrebten Zielmarke von 720 erstellt worden wären, Fallinformationen für wesentlich mehr unterschiedliche Diagnosen vorgelegen hätten. Diese Annahme stützt sich auf den Befund, dass es eine hohe Übereinstimmung gibt zwischen den 72 ICD-10-Diagnosen, für die keine Falldokumentation erstellt wurde, und den ICD-10-Diagnosen, für die sich in der Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung (Kapitel 4.6.2) eine sehr niedrige Prävalenz zeigt. Für 68 der 72 ICD-10-Diagnosen ohne eine einzige vorliegende Falldokumentation lag die Prävalenz unter 0,5 %, d. h. weniger (zum Teil erheblich weniger) als circa 2.500 Kinder eines Jahrgangs erhalten eine solche Diagnose.

Die Rücklaufquote für den Elternfragebogen aus Zugangsweg A (15.6 %, Kapitel 3.2.1) ist als gut zu bewerten, auch wenn die im Evaluationsplan geschätzte Rücklaufquote von 30 % nicht erreicht werden konnte. Die Teilnahme an der Studie stellte für Eltern einen Aufwand dar, welcher – anders als bei den KJÄ – nicht durch eine Aufwandsentschädigung honoriert wurde. Die Eltern hatten somit keinen direkten Vorteil von der Studienteilnahme. Darüber hinaus konnte aufgrund der indirekten Ansprache der Eltern nicht sichergestellt werden, dass der Mehrwert der Studie für diese gut nachvollziehbar war. Für Zugangsweg B trifft zusätzlich zu, dass eine breite und unverbindliche Ansprache erfolgte, sodass mit einer geringen Rücklaufquote in der erreichten Größenordnung (< 0,1 %, Kapitel 3.2.1) zu rechnen war. Der gemäß Evaluationsplan vorgesehene Plan, in Briefen, die einige Krankenkassen zur Erinnerung an die U-Untersuchungen an ihre Versicherten senden, zur Teilnahme an der Uheft-eva einzuladen, konnte nicht realisiert werden. Nach genauerer Prüfung zeigte sich, dass es aus rechtlichen Gründen nicht möglich war,

den Zugangsweg so zu gestalten. Stattdessen wurden ein Newsletter, ein Kundenmagazin und die Webseite einer Krankenkasse sowie eine Webseite BZgA genutzt, um auf die Elternbefragung aufmerksam zu machen (Kapitel 2.3.1). Insofern ist ein Vergleich mit der im Evaluationsplan geschätzten Rücklaufquote von 40 % bei Einladung der Eltern über eine Krankenkasse für den tatsächlich realisierten Zugangsweg B nicht angemessen. Trotz der Abweichungen vom Evaluationsplan hinsichtlich der Rücklaufquote für Zugangsweg A und der Gestaltung von Zugangsweg B liegt eine ausreichende Anzahl an Antworten von Eltern vor, um – unter Berücksichtigung der unten diskutierten Limitationen bezüglich der Repräsentativität – die Evaluationsfragen zu beantworten.

Die Übermittlung von Kopien Gelber Hefte stellte für die Eltern einen erhöhten Aufwand dar, der darin bestand Kopien oder Fotografien anzufertigen und persönliche Informationen (z. B. Arztstempel, Notizen, die persönliche Daten enthalten) zu schwärzen (ggf. digital). Je nach Übertragungsweg waren physische Kopien anzufertigen oder eine Registrierung für die Übermittlung mittels sicherer App vorzunehmen. Eltern erhielten hierfür keine Aufwandsentschädigung. Darüber hinaus ist denkbar, dass Eltern Bedenken bezüglich des Datenschutzes hatten oder aus anderen Gründen nicht gewillt waren, die Daten zu den Untersuchungen ihrer Kinder zur Verfügung zu stellen. Aufgrund der hohen Hürden für die Übermittlung, wurde im Evaluationsplan von einer Rücklaufquote von 5 % für Zugangsweg A ausgegangen. Diese wurde leicht übertroffen (5,7 %, Kapitel 3.2.3). Durch die Abweichung vom Evaluationsplan, alle Eltern von untersuchten Kindern um die Übermittlung von Kopien Gelber Hefte zu bitten anstelle nur derjenigen Eltern, die an der Elternbefragung teilgenommen haben, konnten jedoch statt der angestrebten 371 insgesamt 1.995 Kopien Gelber Hefte über Zugangsweg A gewonnen werden. Dies wird als sehr gutes Ergebnis eingeschätzt. Es ist zu berücksichtigen, dass bei dem umgesetzten Vorgehen die Eltern, die Kopien Gelber Hefte übermittelt haben, nicht notwendigerweise eine Teilmenge der Eltern darstellen, die an der Befragung teilgenommen haben. Eltern konnten nur an der Befragung teilnehmen oder nur Kopien Gelber Hefte übermitteln.

Über Zugangsweg B wurden zehn Kopien Gelber Hefte an IGES gesendet (Kapitel 3.2.3). Die Bereitschaft der Eltern, die über Zugangsweg B angesprochen wurden, die Kopien zu senden, war somit sehr gering, vermutlich weil die oben genannten Hürden im Kontext der unverbindlichen Ansprache noch mehr ins Gewicht fielen. Aufgrund der geringen Anzahl übermittelter Kopien Gelber Hefte aus Zugangsweg B wurde von einer Berücksichtigung in den Auswertungen abgesehen. Somit war ein direkter Vergleich des Dokumentationsverhaltens von an der Uheft-eva teilnehmenden und nicht-teilnehmenden KJÄ nicht möglich. Anhand der Ergebnisse aus dem Elternfragebogen konnte jedoch auf indirekte Weise ein Vergleich durchgeführt werden (Kapitel 5.6.1 und Kapitel 5.7.5.1).

In den Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung konnten circa 85 % der GKV-versicherten Lebendgeborenen der betrachteten Jahrgänge identifiziert werden (Kapitel 2.5). Die Daten weisen also, trotz Herausforderungen bei der Identifikation von Neugeborenen (Kapitel 2.5), eine hohe Vollzähligkeit auf und

sind für die Analysen zur Häufigkeit der Dokumentation der Diagnosen zu Entwicklungsverzögerungen und zum Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation geeignet.

6.1.2 Repräsentativität der Stichproben

Aufgrund der freiwilligen Teilnahme ist von einer Selbstselektion der Teilnehmenden auszugehen. Im Fall der KJÄ könnte die Selektion dahingehend gewirkt haben, dass eher Personen antworteten, die Weiterentwicklungsbedarf für die Kinder-Richtlinie sehen bzw. die die Änderungen der Kinder-Richtlinie kritisch sehen. Dies könnte dazu geführt haben, dass die Einschätzungen zu den Inhalten der Kinder-Richtlinie bzw. zum Gelben Heft, die mit dem Arztfragebogen erhoben wurden, negativer bzw. kritischer ausfallen als im Durchschnitt aller KJÄ. Auf der positiven Seite erscheint es damit wahrscheinlich, dass Verbesserungsvorschläge seitens der KJÄ umfassend erhoben werden konnten.

Bei den KJÄ ist weiterhin von einer Selektion derer auszugehen, die sich in der Lage sahen und den Aufwand nicht scheuten, die Datenerhebungen in ihrer Praxis umzusetzen, d. h. insbesondere Die Prozesse in der Praxis so anzupassen, dass während eines Monats die Dokumentation aller U-Untersuchungen in den U-Sammelbögen stattfinden konnte und die Eltern zur Teilnahme an der Uheft-eva eingeladen wurden. Eine mögliche, allerdings eher spekulative, Konsequenz könnte sein, dass in diesen Praxen die U-Untersuchungen besser organisiert sind und mit besserer Durchführungstreue stattfinden. Dies könnte sich in den Ergebnissen darin niederschlagen, dass die Häufigkeit, mit der die einzelnen Bestandteile der U-Untersuchungen (z. B. Sehtests, Hörtest) durchgeführt werden, überschätzt wurde. Ferner könnte eine häufigere oder umfassendere Dokumentation in den Gelben Heften vermutet werden, wodurch die Lückenlosigkeit der Dokumentation im Abschnitt *Ergebnisse* überschätzt worden wäre. Da die Lückenlosigkeit jedoch auch basierend auf den vorliegenden Ergebnissen, insbesondere in den späteren U-Untersuchungen und kumulativ betrachtet, relativ niedrig ist, würde sich an der Empfehlung, eine Verbesserung der Dokumentation anzustreben (Kapitel 6.9.4) nichts ändern. Inwiefern die Dokumentation in anderen Abschnitten des Gelben Hefts häufiger oder umfassender erfolgte, ist schwer einzuschätzen, da sich KJÄ ggf. bewusst gegen eine Dokumentation entscheiden bzw. eine hohe Schwelle ansetzen (z. B. gravierende Auffälligkeiten), die überschritten sein muss, damit sie hier etwas dokumentieren. Basierend auf den Ergebnissen zum Ausfüllen der Teilnahmekarte (Kapitel 5.6.1) zeigt sich ein leichter Effekt zum vermehrten Ausfüllen im Rahmen der Uheft-eva (aber nicht zuvor). Die Ergebnisse zur Nutzung der Dokumentationsfelder (Kapitel 5.7.5.1) geben keinen Hinweis, dass an der Uheft-eva teilnehmende KJÄ häufiger etwas dokumentierten als nicht-teilnehmende KJÄ.

Die beschriebenen Limitationen aufgrund der zu vermutenden Selbstselektion der KJÄ sind im Kontext der – gegeben dem Aufwand für die Erhebungen – hohen Be-

teiligung seitens der KJÄ zu sehen: Insgesamt beteiligten sich 9,4 % aller niedergelassenen KJÄ in Deutschland an der Uheft-eva (Kapitel 3.1.1). Ferner dürfte die Aufwandsentschädigung den erwähnten Selektionseffekten zumindest ein wenig entgegengewirkt haben. Die auf dem Arztfragebogen und den U-Sammelbögen beruhenden Ergebnisse dürften insgesamt gesehen gut geeignet sein, die Evaluationsfragen zu beantworten.

In den Stichproben der Eltern ist eine Verzerrung hin zu höheren Bildungsgraden und keinem Migrationshintergrund zu beobachten (Kapitel 3.2.1). Die Verzerrung ist in der über Zugangsweg B gewonnen Stichprobe größer als in der über Zugangsweg A gewonnen Stichprobe. Gemäß Mikrozensus aus dem Jahr 2018 hatten 15 % der Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen einen niedrigen Bildungsstand, 54 % einen mittleren Bildungsstand und 31 % einen hohen Bildungsstand (Robert Koch-Institut, 2020). Nimmt man diese Angaben als Vergleich, sind die Eltern in den Stichproben der Uheft-eva (73,0 % bzw. 89,3 % Abitur oder Hochschulabschluss für Zugangsweg A bzw. B, Kapitel 3.2.1) gebildeter als im Durchschnitt zu erwarten wäre. Für das Merkmal Migrationshintergrund zeigt der Mikrozensus, dass im Jahr 2021 40,8 % der 0- bis 5-Jährigen und 40,3 % der 6- bis 10-Jährigen einen Migrationshintergrund hatten, d. h. sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden (Statistisches Bundesamt, 2023). Die an der Uheft-eva teilnehmenden Eltern gaben zu 19,2 % in Zugangsweg A bzw. 12,0 % in Zugangsweg B an, dass ein oder beide Elternteile des Kindes nicht in Deutschland geboren wurden (Kapitel 3.2.1). Auch wenn sich die Definitionen von Migrationshintergrund leicht unterscheiden, zeigt der Vergleich, dass Kinder mit Migrationshintergrund in der Stichprobe der Uheft-eva unterrepräsentiert sind. Solche Verzerrungen sind häufig in Befragungen mit Gelegenheitsstichproben zu beobachten, wobei anzumerken ist, dass sich der in der Uheft-eva verwendete Zugangsweg A über teilnehmende KJÄ insofern bewährt hat, als hierüber eine weniger verzerrte Stichprobe erreicht wurde als über Zugangsweg B. Neben der verbindlicheren Ansprache dürfte auch eine Rolle gespielt haben, dass der Elternfragebogen, der von den KJÄ ausgeteilt wurde, in mehreren Sprachen zur Verfügung stand. Letzterer Beitrag dürfte jedoch klein gewesen sein, da letztlich nur 3,6 % der Elternfragebögen in einer anderen Sprache als Deutsch ausgefüllt wurden.

Die Verzerrung der Elternstichproben ist für die Fragestellungen zur Nutzung der Teilnahmekarte (Kapitel 5.6.2), zur Verständlichkeit der allgemeinen Elterninformation (Kapitel 5.7.1) und des Datenschutzhinweises (Kapitel 5.7.2.1) sowie zur Nutzung, Verständlichkeit und Nützlichkeit der U-spezifischen Elterninformationen (Kapitel 5.7.3.1, Kapitel 5.7.3.2 und Kapitel 5.7.3.3) relevant. Bei diesen Fragestellungen ist zu erwarten, dass Eltern mit höherem Bildungsabschluss bzw. ohne Migrationshintergrund anders antworten als Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss bzw. mit Migrationshintergrund. Um trotz der Verzerrung der Stichproben Aussagen zu diesen Themen treffen zu können, wurden die Auswertungen für Subgruppen nach Bildungsabschluss und Migrationshintergrund durchgeführt. Aufgrund

der insgesamt großen Anzahl an teilnehmenden Eltern (n = 5.492 für Zugangsweg A, Kapitel 3.2.1), lag auch für die weniger repräsentierten Subgruppen (Haupt- oder Realschulabschluss, ein- oder beidseitiger Migrationshintergrund) eine ausreichende Anzahl an Antworten vor, um die Ergebnisse der Subgruppen interpretieren zu können. Somit können die Ergebnisse herangezogen werden, um auch über die in der Stichprobe unterrepräsentierten Gruppen Aussagen zu treffen. Für die übrigen Fragestellungen, die anhand des Elternfragebogens beantwortet wurden (z. B. zur Häufigkeit von Auffälligkeiten während der letzten U-Untersuchung des Kindes), ist nicht davon auszugehen, dass der Bildungsabschluss oder Migrationshintergrund einen nennenswerten Einfluss auf das Antwortverhalten hatte. Insofern werden solche Ergebnisse für die Stichprobe aus Zugangsweg A als Ganzes berichtet.

Da die Stichprobe aus Zugangsweg B im Vergleich zu der Stichprobe aus Zugangsweg A klein ist (n = 253 versus n = 5.492) und bezüglich Bildungsabschluss und Migrationshintergrund stärker verzerrt ist, wurde sie nur für solche Analysen genutzt, für die sie einen spezifischen Vorteil bietet. Hierbei handelt es sich um die Analyse der Häufigkeit der Dokumentation durch die KJÄ in der Teilnahmekarte (Kapitel 5.6.1) und den Dokumentationsfeldern des Gelben Hefts (Kapitel 5.7.5.3). Durch den Vergleich der Stichproben aus Zugangsweg A und B konnte abgeschätzt werden, inwiefern an der Uheft-eva teilnehmende KJÄ häufiger die Teilnahmekarte ausfüllten bzw. in den Dokumentationsfeldern etwas ankreuzten oder aufschrieben als nicht-teilnehmende KJÄ.

Die Kopien Gelber Hefte sind vollständig anonym. Weder zu den Eltern noch zu den Kindern liegen soziodemografische oder andere Informationen vor, die sich nicht unmittelbar aus den Kopien entnehmen lassen. Auch zu den KJÄ, die in den Gelben Heften dokumentierten, liegen keine Informationen vor, da diese (z. B der Stempel) von den Eltern zu anonymisieren waren. Eine Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe ist damit nicht möglich. Es ist nicht auszuschließen, dass Eltern mit bestimmten soziodemografischen Eigenschaften die Kopien der Gelben hefte ihrer Kinder häufiger übermittelt haben als andere Eltern. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass Kinder, bei denen Auffälligkeiten besonders häufig bzw. besonders selten dokumentiert wurden, in der Stichprobe überrepräsentiert sind.

Bei den Krankenhäusern könnte ein Selektionseffekt dahingehend gewirkt haben, dass eher Personen antworteten, die den derzeitigen Stand des Screenings für Gallengangatresie für unzureichend halten und mit der Teilnahme an der Uheft-eva eine Möglichkeit sahen, dies empirisch (weiter) zu untermauern. Dies könnte dazu geführt haben, dass die – zumindest zum Teil – auf Einschätzungen beruhenden Angaben, den Einsatz der Stuhlfarbkarte bzw. die Feststellung von Gelbsucht in der vertragsärztlichen Versorgung unterschätzen. Gleichzeitig stimmen die Angaben aus den Krankenhäusern gut mit den Angaben der niedergelassenen KJÄ überein, sodass das Bedenken einer möglichen Unterschätzung an dem Ergebnis eines seltenen Einsatzes der Stuhlfarbkarte und den sich ergebenden Schlussfolgerungen (Kapitel 6.5) nichts ändert.

Für die nachgehenden Interviews mit KJÄ und mit Eltern konnte die angestrebte Anzahl von 20 bzw. 32 Interviews erreicht werden (Kapitel 3.1.3 und Kapitel 3.2.2). Da in den Interviews bestimmte Themen vertiefend behandelt werden sollten, wurden die Interviewteilnehmer anhand ihrer Antworten im Arztfragebogen bzw. im Elternfragebogen speziell für die einzelnen Themen ausgewählt (Kapitel 2.2.4 und Kapitel 2.3.3). Die Auswahl konnte für alle Interviews mit Eltern und für 17 von 20 Interviews mit KJÄ wie geplant umgesetzt werden. Für die übrigen drei KJÄ musste eine Ausweichstrategie entwickelt werden, da nicht genügend KJÄ die ursprünglichen Auswahlkriterien erfüllten (Kapitel 3.1.3). In der Ausweichstrategie wurden KJÄ kontaktiert, die der Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen im Gelben Heft eher skeptisch (anstatt positiv) gegenüberstanden und die Dokumentationsfelder wenig verständlich fanden (für drei der Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* wurde angegeben, dass der/die KJÄ nicht immer wisse, was anzukreuzen sei). Aufgrund der Ausweichstrategie kann es sein, dass die drei so rekrutierten KJÄ dem Gelben Heft insgesamt skeptischer gegenüberstanden, nicht nur den Dokumentationsfeldern. Ihre Antworten in den Interviews erweckten jedoch nicht den Eindruck, dass sie eine grundsätzlich andere Einstellung gegenüber dem Gelben Heft hatten als die anderen Interviewten.

Die Gruppendiskussion mit KJÄ (Kapitel 2.2.5) wurde als zusätzliche, im Evaluationsplan nicht vorgesehene Methode eingesetzt, um ergänzende Hinweise zur Einordnung der Ergebnisse zu erhalten. Aufgrund der kleinen Kleinteilnehmerzahl war Repräsentativität nicht das Ziel. Dennoch sollten nach Möglichkeit unterschiedliche Perspektiven abgedeckt werden. Dies gelang im Sinne einer Beteiligung von KJÄ unterschiedlichen Alters, etwa zu gleichen Anteilen Männern und Frauen, aus städtischen und ländlichen Regionen sowie mit unterschiedlichen sozioökonomischen Merkmalen ihres Patientenstamms. Unterschiedliche Bundesländer konnten aufgrund der Durchführung als Präsenzveranstaltung in Köln nicht abgebildet werden; die meisten Teilnehmenden stammten aus Nordrhein-Westfalen. Die Teilnehmerzahl von sieben KJÄ ist aus Sicht des Evaluators für den mit der Gruppendiskussion verfolgten Zweck – die punktuelle Ergänzung bzw. Plausibilisierung, der bereits durch IGES vorgenommenen Interpretation und Einordnung der Ergebnisse – ausreichend. Im Verlauf der Diskussion wurde auch deutlich, dass – so zu einem Thema überhaupt unterschiedliche Meinungen bestanden – jeweils ein hoher „Sättigungsgrad“ unterschiedlicher Meinungen erreicht werden konnte.

6.1.3 Vollständigkeit und Konsistenz der Daten

Die Vollständigkeit der Daten, die mit dem Arztfragebogen, den U-Sammelbögen, dem Dokumentationsbogen für die Fallanalysen und dem Elternfragebogen erhoben wurden, wird als gut bewertet: Bei nur wenigen Fragen liegen für mehr als 10 % der Fälle fehlende Werte vor. Wenn für mehr als 10 % der Fälle Werte fehlen, gibt es hierfür plausible Gründe. Die wenigen Fragen, bei denen mehr als 10 % der Antworten fehlen, werden im Detail in Kapitel 3.1.1 (Arztfragebogen und U-Sam-

melbögen), Kapitel 3.1.2 (Fallanalysen) und Kapitel 3.2.1 (Elternfragebogen) aufgeführt und mögliche Gründe für das Fehlen von Antworten erläutert. Mögliche Auswirkungen auf die Ergebnisse werden an den relevanten Stellen in Kapitel 4 und 5 beschrieben. Sie sind von eher geringer Bedeutung für die Interpretation der Ergebnisse.

Die Konsistenz der Antworten im Arztfragebogen, den U-Sammelbögen, dem Dokumentationsbogen für die Fallanalysen und dem Elternfragebogen wird ebenfalls als gut bewertet. Nur in wenigen Fällen ergaben sich Unstimmigkeiten, entweder zwischen Antworten in demselben Instrument oder zwischen den Instrumenten. Die einzelnen Unstimmigkeiten werden in Kapitel 3.1.1 (Arztfragebogen und U-Sammelbögen), Kapitel 3.1.2 (Fallanalysen) und Kapitel 3.2.1 (Elternfragebogen) aufgeführt. Möglichen Auswirkungen auf die Ergebnisse werden an den relevanten Stellen in Kapitel 4 und 5 beschrieben und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

In den Daten aus den Kopien der Gelben Hefte fehlen – mit Ausnahme für den Abschnitt *Ergebnisse* – relativ häufig 10 % oder mehr der Werte. Ursache hierfür ist das häufige Fehlen von einzelnen Seiten oder ganzen Abschnitten in den übermittelten Kopien der Gelben Hefte (Kapitel 3.2.3). Gründe für die Nicht-Übermittlung einzelner Seiten aus einer U-Untersuchung können sein, dass Eltern die Ergebnisseite als wichtigsten Teil der Dokumentation begreifen und andere Abschnitte bei den Kopien aussparten oder aber, dass andere Abschnitte nicht übermittelt wurden, weil sich dort keine Dokumentationen vorfanden. Trifft letzteres zu, könnten die berichteten relativen Häufigkeiten von Auffälligkeiten eine Überschätzung der tatsächlich in den Gelben Heften dokumentierten Auffälligkeiten darstellen. Die Diskrepanz zwischen den Angaben der KJÄ in den U-Sammelbögen und den Dokumentationen in den Gelben Heften bezüglich der Häufigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* (Kapitel 5.3.1.1) sowie von erweitertem Beratungsbedarf (Kapitel 5.3.2.1) würde sich dadurch weiter verstärken.

Die Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung dürften eine hohe Vollständigkeit aufweisen, da sie die Grundlage für die Vergütung der KJÄ bilden. Allerdings sind die Diagnosen nur indirekt für die Vergütung relevant, sodass die Vollständigkeit hier weniger gegeben sein dürfte als für die Leistungsziffern (Kapitel 2.5).

6.1.4 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Die Datenerhebungen fanden von November 2020 bis September 2021 bzw. für die Befragung der Eltern über Zugangsweg B bis Juni 2022 und für die Fallanalysen bis August 2022 statt. D. h. die Datenerhebungen überlappten mit der COVID-19-Pandemie, welche Anfang 2020 begann. Der Start der Datenerhebungen fiel in die Phase 3 der COVID-19-Pandemie (Kalenderwoche [KW] 40 2020 bis KW 08 2021, „Zweite Welle“). Während des Erhebungszeitraums fanden dann die Phase 4 (KW 09 bis KW 23 2021, „Dritte Welle, Alpha-Variante“), Phase 5 (KW 24 bis KW 30

2021, „Sommerplateau 2021“), Phase 6 (KW 31 bis KW 51 2021, „Vierte Welle, Delta-Variante“) und Phase 7 (KW 52 2021 bis KW 21 2022, „Fünfte Welle, Omikron-Variante“) statt (Tolksdorf et al., 2022).

Auch wenn die eigentliche Durchführung der U-Untersuchungen nur während des ersten Lockdowns beeinträchtigt war und sich danach ein Aufholeffekt zeigte (Blankenstein et al., 2021; Mangiapane et al., 2021; Theiß et al., 2021), blieben dennoch Auswirkungen der Pandemie bestehen, die möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse der Uheft-eva haben könnten. Hierzu könnte gehören, dass andere Untersuchungen bei Kindern zum Teil weniger stattfanden und somit in den Praxen mehr Aufmerksamkeit für die U-Untersuchungen vorhanden gewesen sein könnte. In dieser Situation könnten sich die KJÄ auch intensiver mit den Inhalten und dem Ablauf der Untersuchungen befasst haben. Gleichzeitig nahmen jedoch vermutlich auch die Hygieneanforderungen und behördliche Vorschriften viele Ressourcen in Anspruch, sodass insgesamt eine eher angespannte Lage in den Praxen vorherrschen durfte. Weiterhin könnte es sein, dass sich Kinder im Zeitraum der Pandemie anders verhielten, da sie weniger soziale Kontakte hatten und somit übliche Kompetenzen möglicherweise weniger oder später entwickelten. Vorstellbar ist auch, dass bestimmte Überweisungen oder Verweise nach Auffälligkeiten in den U-Untersuchungen sowie die Inanspruchnahme regionaler Unterstützungsangebote für Familien nur eingeschränkt möglich waren, da der Praxisbetrieb bzw. Angebote überall nur eingeschränkt möglich waren und sich auch die Eltern ggf. abwartend verhalten haben. Schließlich erweiterte der G-BA während der Pandemie die Zeitkorridore für die einzelnen U-Untersuchungen.

6.1.5 Auswirkungen des Zeitpunkts der Durchführung der Evaluation

Eine weitere Limitation der Uheft-eva ist, dass sie zu einem Zeitpunkt stattfand, zu dem noch kein Jahrgang alle U-Untersuchungen bis zur U9 gemäß der neuen Kinder-Richtlinie durchlaufen hatte. Dies wirkt sich insbesondere auf die Analyse der Abrechnungsdaten und die Analyse der Lückenlosigkeit der Dokumentation in den Gelben Heften aus. In ersterer Analyse konnten die Altersprofile der erstmaligen Diagnosedokumentation für die Kohorten 2017 und 2018 (d. h. Kinder, die ab Geburt U-Untersuchungen gemäß der neuen Kinder-Richtlinie durchliefen) nur bis zu einem Alter von drei bzw. vier Jahren erstellt werden. Die Lückenlosigkeit der Gelben Hefte konnte nur bis zur U7a untersucht werden, da zu vermuten war, dass nur Kinder, die zuletzt die U7a durchliefen, bei der Geburt ein neues Gelbes Heft erhalten hatten. Weitere Auswirkungen zeigen sich in der Befragung der Eltern, wo die Ergebnisse für die U8 und U9 zum Teil abweichen, bspw. in Bezug auf die Teilnahmekarte. Dies könnte damit zusammenhängen, dass das Kind bei der Geburt ein altes Gelbes Heft ohne Teilnahmekarte erhielt.

Insgesamt betrachtet dürften die für die Uheft-eva erhobenen Daten trotz der Limitationen eine aussagekräftige Grundlage zur Beantwortung der Evaluationsfragen darstellen.

6.2 Untersuchung der Augen

Die möglichst frühzeitige Feststellung von Auffälligkeiten der Augen ist ein wichtiges Ziel der Früherkennungsuntersuchungen, da eine verspätete Diagnosestellung und damit ein verspäteter Behandlungsbeginn die Chancen auf ein normales Sehvermögen vermindern (Gräf, 2007). Gleichzeitig kann es sich als herausfordernd erweisen, bei kleinen Kindern eine Untersuchung der Augen durchzuführen, da die Tests, zumindest zum Teil, die Kooperation und auch ein gewisses Verständnis der Anleitung für den Test seitens der Kinder erfordern. Vor diesem Hintergrund ist abzuwägen, welche Tests in welchem Alter zum Einsatz kommen, damit einerseits Auffälligkeiten möglichst früh erkannt werden, andererseits sich Kinder, Eltern und KJÄ nicht mit schwer durchführbaren Tests konfrontiert sehen.

Im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurde standardisiert, welche Tests bei der Untersuchung der Augen durchzuführen sind (vgl. Kapitel 4.1.1). Dementsprechend fokussierte die Uheft-eva auf die Inspektion der Augen und die Prüfung im durchfallenden Licht in der U2 und U3, den Brückner-Test in der U4 bis U7 sowie die Inspektion der Augen, die Prüfung des Pupillenstatus, die Prüfung der Hornhautreflexbildchen, den Stereo-Test sowie die monokulare Prüfung mittels nonverbalem Formenwiedererkennungstest in der U7a bis U9. Es wurde jeweils untersucht, wie häufig die Tests durchgeführt werden und wie häufig damit Auffälligkeiten festgestellt werden. Für die U2 und U3 wurde auch betrachtet, wie häufig eine Überweisung zum Augenarzt oder zur Augenärztin erfolgt. Schließlich wurden mit KJÄ Schwierigkeiten bei der Durchführung der Tests erörtert. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4.1 berichtet.

In der U2 und U3 werden die laut Kinder-Richtlinie vorgesehene Inspektion der Augen und die Prüfung im durchfallenden Licht bei fast allen Kindern durchgeführt. Dabei werden bei jeweils circa einem Prozent der Kinder Auffälligkeiten festgestellt. Etwas mehr als ein Drittel der Kinder mit Auffälligkeiten werden zu einem Augenarzt oder einer Augenärztin überwiesen. Der Brückner-Test wird in der U4 bei fast allen Kindern durchgeführt, in der U5, U6 und U7 wird er zunehmend seltener durchgeführt, jedoch auch in der U7 noch bei 86,8 % der Kinder. Bei 4,1 % der Kinder werden mit dem Brückner-Test Auffälligkeiten festgestellt, wobei dies häufiger in der U7 (5,7 % der Kinder) als in der U4 (1,5 % der Kinder) der Fall ist. In der U7a bis U9 wird fast immer eine Inspektion der Augen und eine Prüfung des Pupillenstatus durchgeführt. Der Stereo-Test und die monokulare Prüfung mittels nonverbalem Formenwiedererkennungstest werden etwas weniger häufig durchgeführt, wobei sich auch hier ein Effekt des Alters des Kindes zeigt: Der Stereo-Test wird in der U7a bei circa 80 % der Kinder durchgeführt, in der U8 und U9 sind es circa 90 %; der Formenwiedererkennungstest kommt in der U7a bei circa 60 % der Kinder zum Einsatz, in der U8 und U9 bei circa 80 %. Diese Ergebnisse decken sich mit den Aussagen von KJÄ, dass die Tests bei jüngeren Kindern schwieriger durchzuführen sind. Eine Prüfung der Hornhautreflexbildchen findet bei 65,1 % der U7a- bis U9-Untersuchungen statt und damit am seltensten. Die im Vergleich zu den anderen Tests seltenere Prüfung der Hornhautreflexbildchen ist insofern überra-

schend, als dass KJÄ in den Interviews kaum altersbedingte Schwierigkeiten erwähnten. Es ist daher zu vermuten, dass andere Gründe gegen die Prüfung der Hornhautreflexbildchen sprechen. Die Häufigkeit, mit der in der U7a bis U9 Auffälligkeiten festgestellt werden, variiert je nach Test und U-Untersuchung zwischen 0,7 % (Pupillenstatus in der U8) und 15,0 % (nonverbaler Formenwiedererkennungstest in der U9). Beim Brückner-Test, beim Stereo-Test und bei der Prüfung der Hornhautreflexbildchen hat die Art der Durchführung einen starken Effekt auf die Häufigkeit, mit der Auffälligkeiten festgestellt werden: Bei Verwendung eines binokularen Autorefraktometers werden beim Brückner-Test circa fünfmal so häufig Auffälligkeiten festgestellt im Vergleich zur Durchführung ohne ein solches Gerät; beim Stereo-Test ist es circa doppelt so häufig; bei Hornhautreflexbildchen circa dreimal so häufig.

Die Ergebnisse zeigen somit, dass die laut Kinder-Richtlinie vorgesehenen Tests zur Untersuchung der Augen bei der großen Mehrzahl der U-Untersuchungen durchgeführt werden. Beim Stereo-Test und der monokularen Prüfung mittels nonverbalem Formenwiedererkennungstest können jedoch in der U7a und teilweise auch in der U8 altersbedingte Schwierigkeiten auftreten, die dazu führen, dass die Tests nicht bzw. erst bei einem zweiten Termin durchgeführt werden können. Die Prüfung der Hornhautreflexbildchen erfolgt unabhängig vom Alter des Kindes seltener als die übrigen Tests.

Da die Evaluationsfragen auf eine deskriptive Darstellung der Häufigkeit der Durchführung der Tests abzielten, liegen keine Ergebnisse dazu vor, inwiefern der Einsatz der Tests evidenzbasiert und sachgerecht erfolgte.[33] Da die Sehtests jedoch in den meisten U-Untersuchungen durchgeführt werden und es plausible Gründe gibt, warum ein Sehtest ggf. nicht durchgeführt wird (z. B. Auffälligkeiten sind bereits bekannt bzw. in Behandlung, Durchführung des Tests zu einem anderen Zeitpunkt bzw. beim Augenarzt, Nicht-Kooperation des Kindes) gibt es aus Sicht des Evaluators keinen Anhaltspunkt am evidenzbasierten und sachgerechten Einsatz der Sehtests zu zweifeln. Diese Einschätzung wird auch durch die Ergebnisse untermauert, dass fast alle Kinder in der U7a bis U9 mindestens einen der vorgesehenen fünf Sehtest erhalten, bei Nicht-Durchführung der Prüfung der Hornhautreflexbildchen in der U7a bis U9 in den meisten Fällen mindestens einer der funktionellen Tests (Stereo-Test, Formenwiedererkennungstest) stattfindet und die überwiegende Anzahl der Kinder in den U7a- bis U9-Untersuchungen mindestens einen funktionellen Test erhalten (Kapitel 4.1.2.1).

Die Häufigkeit, mit der bei der Untersuchung der Augen Auffälligkeiten festgestellt werden, variiert je nach verwendetem Test und U-Untersuchung zwischen weniger als einem Prozent und circa 15 %. Eine Einordnung dieser Ergebnisse erweist sich als schwierig, da es sich um die Ergebnisse einzelner Tests handelt, nicht um Diagnosestellungen und somit Vergleiche zu in der Literatur berichteten Inzidenzen

[33] Ein weiterer Aspekt, der nicht Gegenstand der Evaluation war, ist die Qualität der Durchführung der Tests. Einige Autoren in der Literatur äußerten hieran Zweifel (Lagrèze, 2010).

oder Prävalenzen von Sehstörungen oder Augenerkrankungen nur bedingt aussagekräftig sind. Bemerkenswert ist, dass bei Verwendung eines Autorefraktometers häufiger Auffälligkeiten festgestellt werden als ohne dessen Verwendung. Hierbei könnte es sich einerseits um einen Selektionseffekt handeln: Das Autorefraktometer könnte vermehrt dann zum Einsatz kommen bzw. Eltern könnten vermehrt dann bereit sein, die Kosten für die Durchführung der Tests mittels Autorefraktometer zu tragen (es handelt sich um eine Individuelle Gesundheitsleistung, es sei denn es besteht ein Selektivvertrag), wenn bereits ein Verdacht auf eine Sehstörung vorliegt oder eine familiäre Prädisposition vorhanden ist. In diesem Szenario wäre zu erwarten, dass sich bei Verwendung des Autorefraktometers vermehrt Auffälligkeiten ergeben. Andererseits könnten die Ergebnisse darauf hindeuten, dass bei der Durchführung der Tests ohne Autorefraktometer, Auffälligkeiten übersehen werden. Die Interviews und die Gruppendiskussion mit KJÄ zeigen, dass zumindest einige von ihnen es begrüßen würden, wenn das Autorefraktometer im Rahmen der U-Untersuchungen zum Einsatz kommen könnte, ohne dass die Eltern hierfür eigens bezahlen müssen. Die Verwendung des Autorefraktometers könne nach Meinung der KJÄ dazu beitragen, Auffälligkeiten der Augen frühestmöglich festzustellen und sollte standardmäßig als Option zur Verfügung stehen, wenn sich andere Tests bei einem Kind als nicht möglich oder nicht ausreichend erweisen. Schließlich ist zu bedenken, dass es sich bei einem Teil der Auffälligkeiten um falsch-positive Testergebnisse handeln könnte. Wenn die Spezifität der mittels Autorefraktometer durchgeführten Tests geringer ist, könnte dies zu der unterschiedlich häufigen Feststellung von Auffälligkeiten beitragen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Wie oben diskutiert ergeben sich aus den Ergebnissen der Uheft-eva keine Hinweise, dass die Sehtests nicht sachgerecht oder evidenzbasiert eingesetzt werden. Allerdings waren die Evaluationsfragen darauf ausgelegt, deskriptive Statistiken zur Häufigkeit der Durchführung der einzelnen Sehtests und zur Feststellung von Auffälligkeiten in den einzelnen Sehtests zu erheben. Insofern ist eine Beurteilung des sachgerechten und evidenzbasierten Einsatzes nur bedingt möglich.

Im Rahmen einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie könnte geprüft werden, inwiefern die Verwendung eines binokularen Autorefraktometers im Rahmen der U-Untersuchungen geeignet wäre, um Auffälligkeiten der Augen früher bzw. zuverlässiger festzustellen. Es wäre zu untersuchen, in welchen Situationen derzeit ein Autorefraktometer zum Einsatz kommt und inwiefern damit tatsächlich mehr Sehstörungen erkannt werden. Falls sich Vorteile des Autorefraktometers abzeichnen, wäre zu überlegen, welche Rolle es in den U-Untersuchungen einnehmen könnte bzw. wie es mit den anderen Tests zu kombinieren wäre (beispielsweise zur Bestätigung eines Verdachts aus einem anderen Test oder – umgekehrt – als eine Option erste Hinweise auf Auffälligkeiten zu sammeln, die durch weitere Tests überprüft werden).

6.3 Untersuchung des Hörvermögens

Mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurde der Hörtest in der U8 beibehalten und es wurde konkretisiert, dass er mittels Tonschwellenaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens fünf Prüffrequenzen) durchzuführen ist (vgl. Kapitel 4.2.1). Im Rahmen der Uheft-eva wurde untersucht, wie häufig die Tonschwellenaudiometrie in der U8 durchgeführt wird, aus welchen Gründen sie ggf. nicht durchgeführt wird, wie häufig (erstmalig) Auffälligkeiten festgestellt werden und wie häufig eine Überweisung in die fachärztliche Behandlung erfolgt.

Die Ergebnisse (Kapitel 4.2) zeigen, dass in circa 80 % der U8-Untersuchungen eine Tonschwellenaudiometrie durchgeführt wird. Die Gründe keine Tonschwellenaudiometrie durchzuführen, beziehen sich überwiegend auf mangelnde Kooperation bzw. mangelndes Verständnis der Anleitung für den Test seitens des Kindes. Ein Teil der Kinder war auch bereits in HNO-ärztlicher Behandlung, sodass ein weiterer Test nicht erforderlich war. Die Tonschwellenaudiometrie ergibt bei circa 13 % der Kinder einen auffälligen Befund, wobei es sich zu circa 80 % um erstmalige Befunde handelt. Damit sind circa 10 % der Kinder, die in der U8 eine Tonschwellenaudiometrie erhalten, erstmalig auffällig. Von diesen wird circa die Hälfte in eine weiterführende Diagnostik bzw. Behandlung überwiesen. Kinder, bei denen bereits zuvor Hinweise auf eine Beeinträchtigung des Hörvermögens bestanden, werden zu etwas mehr als 80 % in eine weiterführende Diagnostik bzw. Behandlung überwiesen. Die Überweisung von nur circa der Hälfte der erstmals auffälligen Kinder erscheint zunächst überraschend. Dazu befragte KJÄ erklärten jedoch, dass häufig andere Befunde (insbesondere eine gute Sprachentwicklung) gegen eine Überweisung sprächen oder zu einem späteren Zeitpunkt ein zweiter Test durchgeführt würde, bevor eine Überweisung erfolge.

Eine Studie in Österreich (Weichbold et al., 2004) zeigte, dass bei einem in Kindergärten durchgeführten Hörscreening 21 % der getesteten Kinder auffällig waren (d. h. das Kind gab auf mindestens eine Frequenz des Hörtests keine Antwort). Diese Kinder wurden in eine HNO-ärztliche Behandlung überwiesen. Bei 64 % der überwiesenen Kinder wurde eine Störung des Hörvermögens, meist eine Schallleitungsstörung, festgestellt, wobei nur 56 % der Kinder nach der Überweisung tatsächlich einen HNO-Arzt oder eine HNO-Ärztin aufsuchten. Erfahrungen in Großbritannien mit einem im Vorschulalter durchgeführten Hörscreening zeigen, dass im Durchschnitt 7,7 % der gescreenten Kinder in eine weiterführende Diagnostik oder Behandlung überwiesen wurden (Bamford et al., 2007). Somit liegt die in der Uheft-eva festgestellte Auffälligkeitsrate bei der Tonschwellenaudiometrie in der U8 (circa 13 %) zwischen den in der Literatur berichteten Auffälligkeitsraten.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Die Ergebnisse zur Untersuchung des Hörvermögens zeigen, dass die Durchführung der Tonschwellenaudiometrie in den meisten U8-Untersuchungen möglich ist und überwiegend zur erstmaligen im Gegensatz zur wiederholten Feststellung von

Auffälligkeiten des Hörvermögens führt. Bei etwa der Hälfte der erstmals auffälligen Kinder besteht nach Einschätzung der KJÄ keine sofortige Notwendigkeit einer Überweisung in eine weiterführende Diagnostik bzw. Behandlung. Hierfür gibt es plausible Gründe, wie z. B. andere Befunde, die gegen eine Hörstörung sprechen, oder Abwarten der Ergebnisse einer Wiederholung der Tonschwellenaudiometrie. Die übrigen Kinder werden zur weiteren Diagnostik oder Behandlung überwiesen. Insofern liegen auf Basis der Ergebnisse der Uheft-eva keine Anhaltspunkte vor, dass das Hörscreening seinen Zweck nicht erfüllt, und es ergeben sich keine Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie.

6.4 Untersuchung der Zähne und der Schleimhaut

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen findet auch eine Untersuchung von Mundhöhle, Kiefer und Nase statt. Die neugefasste Kinder-Richtlinie konkretisiert, worauf dabei zu achten ist. Weiterhin enthält sie genauere Vorgaben für die Themen, die in der entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung mit Bezug zu Zähnen und Schleimhaut relevant sind (vgl. Kapitel 4.3.1). Im Jahr 2019 wurde die Kinder-Richtlinie dahingehend geändert, dass in der U5, U6 und U7 nicht nur bei Auffälligkeiten zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen werden soll, sondern ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung erfolgen soll (vgl. Kapitel 4.3.1). Im Rahmen der Uheft-eva wurde untersucht, wie häufig Auffälligkeiten der Zähne und der Schleimhaut festgestellt werden und wie häufig ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt erfolgt. Der Fokus lag dabei auf der U6.

Die Ergebnisse (Kapitel 4.3) zeigen, dass drei Prozent der Kinder in der U6 einen auffälligen Befund an Zähnen oder Schleimhaut haben. Von diesen Kindern werden etwas weniger als die Hälfte an eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt verwiesen. Es ist zu vermuten, dass bei den übrigen Kindern kein sofortiger Bedarf zur weiteren Abklärung oder Behandlung vorliegt bzw. die Ärztin oder der Arzt selbst eine Behandlung einleitet.

Kinder, die in der U6 keinen auffälligen Befund an Zähnen und Schleimhaut haben, werden zu etwa einem Viertel zu einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt verwiesen. Es liegt nahe, dass diese Kinder zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen wurden. Dies entspricht der Vorgabe der 2019 in Kraft getretenen Kinder-Richtlinie, dass in der entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung ein „Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“ erfolgen soll. D. h. der Verweis kann auch dann erfolgen, wenn keine Auffälligkeiten vorliegen.

Gegeben diese Vorgabe, könnte man erwarten, dass mehr Kinder zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen werden. Dass dies nicht der Fall ist, könnte damit zusammenhängen, dass die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung den Eltern bereits ausreichend bekannt ist und daher kein Verweis durch die KJÄ notwendig ist. Gegen diese Erklärung spricht, dass die Inanspruchnahme von Prophylaxe-Leistungen, welche die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung

einschließen, bei ein- bis vierjährigen Kindern seit 2019 zwar zugenommen hat, aber im Jahr 2021 bei nur etwas über 40 % lag (Rädel et al., 2023). Ein Grund für die seltene Inanspruchnahme dürfte sein, dass die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und ihr Stellenwert noch nicht ausreichend bekannt sind. Die KiGGS-Studie zeigt allerdings, dass 87,0 % der drei- bis fünfjährigen Kinder[34] die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen den Empfehlungen entsprechend einmal pro Jahr in Anspruch nehmen (Krause et al., 2018). In Hinweisen von KJÄ deutet sich als mögliche Erklärung an, dass ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt in der U6 als zu früh angesehen wird, da Kinder in diesem Alter nur wenige Zähne haben. Weiterhin könnte die Neuerung der Kinder-Richtlinie bezüglich des Verweises zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt aus dem Jahr 2019 zum Zeitpunkt der Erhebungen (November 2020 bis September 2021) noch nicht ausreichend bekannt gewesen sein. In diesem Zusammenhang könnte es verwirrend sein, dass ältere Gelbe Hefte noch das Item enthalten, dass bei Auffälligkeiten zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen werden soll, während neue Gelbe Hefte das Item enthalten, zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zu verweisen. Schließlich könnte die Formatierung der Frage in den U-Sammelbögen für die Antworten eine Rolle gespielt haben: Die Frage *Verweis zum Zahnarzt?* folgte auf die Frage *Auffälligkeiten an Zähnen oder der Schleimhaut festgestellt?* und ihr war ein Pfeil vorangestellt (→). Dies könnte zu der Interpretation geführt haben, dass nur für einen Verweis zum Zahnarzt aufgrund der Auffälligkeiten *ja* anzukreuzen war, ansonsten *nein* (also auch beim Verweis zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung). Wenn dies der Fall war, wäre in der Erhebung der Anteil Kinder, die zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung verwiesen wurden, unterschätzt worden.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Da die Kinder-Richtlinie seit 2019 vorsieht, dass in der U6 (und auch der U5 und U7) ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung – also grundsätzlich, nicht nur wenn Auffälligkeiten vorliegen – erfolgen soll, erscheint der in der Uheft-eva ermittelte Anteil der Kinder, die in der U6 zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt verwiesen werden, niedrig. Die oben diskutierten Gründe könnten dieses Ergebnis zum Teil erklären, insgesamt betrachtet deutet sich jedoch an, dass der Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung noch nicht ausreichend umgesetzt wird. Es sollte in Erwägung gezogen werden, den Stellenwert des Verweises vermehrt an KJÄ zu vermitteln und ggf. eine weitere Überprüfung der Umsetzung durchzuführen.

Bei einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie könnte überprüft werden, inwiefern eine Vereinfachung der Dokumentation eines Verweises zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt im Gelben Heft möglich ist. Derzeit ist in der U5 bis U9 sowohl im

[34] Für einjährige Kinder, also Kinder im in der Uheft-eva zum Thema Zähne betrachteten Alter, liegen keine Ergebnisse aus der KiGGS-Studie vor.

Abschnitt *Beratung* als auch im Abschnitt *Ergebnisse* ein Ankreuzfeld für die Dokumentation eines Verweises zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt vorgesehen. Im Abschnitt *Beratung* heißt das Ankreuzfeld *Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung*. Im Abschnitt *Ergebnisse* heißt es *Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt*. Es ist unklar, was der Unterschied zwischen den beiden Feldern ist oder ob es sich um eine Doppeldokumentation handelt. Eine Erklärung des Unterschieds oder eine Beseitigung der Doppeldokumentation wäre wünschenswert. Es könnte auch in Erwägung gezogen werden, differenziert dokumentieren zu lassen, ob ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt aufgrund einer Auffälligkeit oder zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung erfolgte.

6.5 Untersuchung auf Gallengangatresie

Die Gallengangatresie ist eine schwerwiegende angeborene Krankheit, bei der die Gallengänge blockiert sind (Corrado & Mack, 2022). Erfolgt in den ersten Wochen bzw. Monaten nach der Geburt keine Operation, führt Gallengangatresie zur Zirrhose der Leber, welche wiederum eine Lebertransplantation erforderlich machen kann. Unbehandelt führt Gallengangatresie zum Tod des Kindes in einem frühen Alter. Vor diesem Hintergrund ist die frühzeitige Feststellung von Hinweisen auf Gallengangatresie besonders wichtig. Hinweise können insbesondere eine Gelbsucht (Ikterus) und eine veränderte Stuhlfarbe sein. Letztere kann der Arzt oder die Ärztin mittels einer Stuhlfarbkarte von den Eltern erfragen.

Bei der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie wurde das Erkennen eines pathologischen Ikterus für die U2 und U3 neu als ein Ziel bzw. Schwerpunkt aufgenommen (vgl. Kapitel 4.4.1). Weiterhin wurden in der *Anamnese* eine Erwähnung der Stuhlfarbe und in der *Untersuchung* eine Erwähnung des Ikterus ergänzt. Im Rahmen der Uheft-eva war zu überprüfen, wie häufig durch den Einsatz einer Stuhlfarbkarte bzw. die Feststellung einer Gelbsucht frühzeitig die Diagnose Gallengangatresie gestellt wird.

Von den 656 an der Uheft-eva teilnehmenden KJÄ berichteten 44, in den letzten drei Jahren mindestens ein Kind mit Gallengangatresie diagnostiziert zu haben (Kapitel 4.4). Einige dieser KJÄ hatten zwei Fälle diagnostiziert, sodass für insgesamt 52 Fälle Angaben vorliegen. Diese Anzahl liegt gemäß der in der Literatur veröffentlichten Inzidenz von Gallengangatresie in der erwarteten Größenordnung (Kapitel 4.4.2.1). Der Diagnose ging in fast Dreiviertel der Fälle die Feststellung einer Gelbsucht voraus. Ein Einsatz der Stuhlfarbkarte ging in nur etwas mehr als einem Viertel der Fälle der Diagnosestellung voraus. Die Hinweise auf Gallengangatresie wurden am häufigsten in der U3 festgestellt, wobei anzumerken ist, dass die U2 häufig noch im Krankenhaus stattfindet, sodass zu erwarten ist, dass in der ambulanten Versorgung weniger Fälle mit Hinweisen auf Gallengangatresie in der U2 auftreten. Die Ergebnisse aus der Befragung von Krankenhäusern bestätigen die Ergebnisse aus Arztpraxen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Der seltene Einsatz der Stuhlfarbkarte könnte damit erklärt werden, dass die Karte bisher nicht, wie bspw. in Japan und Taiwan, routinemäßig bei der Geburt eines Kindes an die Eltern ausgeteilt wird. Die Erfahrungen in Japan und Taiwan mit dem routinemäßigen Austeilen der Stuhlfarbkarte bei Geburt eines Kindes sind bezogen auf die Diagnose und Behandlung von Gallengangatresie positiv: Mit Einführung der Stuhlfarbkarte sank das mediane Alter bei Feststellung einer Gallengangatresie, sodass die Kasai-Operation früher durchgeführt werden konnte und Lebertransplantationen vermieden wurden bzw. erst zu einem späteren Zeitpunkt notwendig waren (Matsui, 2017).

Im Rahmen einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie könnte in Erwägung gezogen werden, die Stuhlfarbkarte auch in Deutschland routinemäßig auszuteilen. Dabei wird es wichtig sein, die Eltern umfassend zu informieren und die Stuhlfarbkarte möglichst eindeutig zu gestalten, damit falsch positive Ergebnisse und damit eine unnötige Beunruhigung der Eltern und Arbeitsbelastung der KJÄ vermieden werden. Auch sollte abgewogen werden, inwiefern die Eltern aufgefordert werden, das Kind bei auffälliger Stuhlfarbe sofort bei einem Arzt oder einer Ärztin vorzustellen oder bis zur nächsten U-Untersuchung zu warten. Da vor der U2 häufig noch keine Auffälligkeit festgestellt werden dürfte und bei einem Abwarten bis zur U3 wertvolle Zeit verloren ginge (Lawrenz, 2020), könnte eine sofortige Vorstellung bei einem Arzt oder einer Ärztin sinnvoll sein. Wenn diese Option umgesetzt wird, sollte beobachtet werden, in wie vielen Fällen sich der Verdacht auf blassen Stuhl nicht bestätigt.

Anmerkung: Parallel zur Überarbeitung des Abschlussberichts der Uheft-eva hat der G-BA im Mai 2023 bereits beschlossen das Gelbe Heft um eine Stuhlfarbkarte zu erweitern (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023).

6.6 Untersuchung auf Sprach- und Sprechstörungen

Der Sprache kommt im Leben der Menschen eine zentrale Bedeutung zu und Störungen des Sprechens oder der Sprache können zahlreiche Folgen haben, wie z. B. „Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 362). Daher ist ein wichtiges Ziel der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festzustellen, um ggf. eine weiterführende Diagnostik und eine Behandlung einzuleiten.

Gemäß der Neufassung der Kinder-Richtlinie sind den Eltern in der U7 bis U9 während der *Anamnese* bestimmte Fragen zur Sprachentwicklung ihres Kindes zu stellen, wie z. B. *Stottert Ihr Kind?* in der U7a bis U9 (vgl. Kapitel 4.5.1). Weiterhin enthält der Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* ab der U5 jeweils ein Item zu Sprache (z. B. *Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)* in der U5). Die Items wurden im Rahmen der Neufassung neu formu-

liert und sollen dazu dienen, Kinder mit verzögertem Sprachbeginn oder verlangsamtem Wortschatzerwerb frühzeitig zu identifizieren, um ggf. durch eine weiterführende Diagnostik abzuklären, ob eine behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsstörung vorliegt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 15). Bei erweitertem Beratungsbedarf ist ab der U4 eine Sprachberatung zu *Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)* vorgesehen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015). Schließlich wurde im Zuge der Neufassung der Kinder-Richtlinie die U7a eingeführt, die in einem für die Sprachentwicklung relevanten Alter stattfindet. Ein Screening auf Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS) wurde nicht eingeführt, weil hierfür kein Nutzen festgestellt werden konnte (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 362).

Die Ergebnisse der Uheft-eva zeigen, dass Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen ab der U7 und insbesondere in der U8 und U9 sehr häufig auftreten (Kapitel 4.5.2): In 37,0 % der im Rahmen der Uheft-eva dokumentierten U8-Untersuchungen wurden in der *Anamnese* oder der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt; bei die U9 war dies in 37,5 % der Untersuchungen der Fall. In circa 70 % dieser Untersuchungen lagen sowohl in der *Anamnese* als auch in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen vor. In den übrigen Untersuchungen zeigten sich in jeweils nur einem der beiden Teile der Untersuchung solche Hinweise. Betrachtet man nur Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung*, so lagen diese in circa 20 % der U7- und U7a- sowie circa 35 % der U8- und U9-Untersuchungen vor. Dies ist insofern überraschend als die Entwicklungsziele im Abschnitt *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* bei der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie so formuliert wurden, dass sie von 90 bis 95 % der Kinder der jeweiligen Altersgruppe erreicht werden sollten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 14). Diese Art der Definition wurde gewählt, da lediglich für Kinder am unteren Ende der Merkmalsverteilung in den Ergebnissen von Entwicklungsprüfungen eine einigermaßen stabile Identifikation möglich ist (ebd.). Die häufige Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* könnte so interpretiert werden, dass die Entwicklungsziele zu Sprache in der U7 bis U9 zu streng formuliert wurden, sodass weniger als die intendierten 90 bis 95 % der Kinder sie erreichen können. Die Interviews und Gruppendiskussion mit KJÄ legen jedoch die Interpretation nahe, dass sich Ärztinnen und Ärzte nicht streng an den Entwicklungszielen für Sprache im Abschnitt *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* der Kinder-Richtlinie orientieren, sondern auch bei weniger gravierenden Auffälligkeiten, insbesondere bei sprachassoziierten Problemen, die keinen Krankheitscharakter haben, angaben, dass Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen bestehen.

Die retrospektiven Fallanalysen zeigen, dass sich bei den meisten Kindern, bei denen UESS diagnostiziert wurden (ICD-10 Diagnose F80.-), erste Auffälligkeiten dies-

bezüglich während einer U-Untersuchung zeigten, nur sehr selten im Rahmen einer anderen Untersuchung. Wenn Auffälligkeiten in der *Anamnese* auftraten, waren dies meistens Hinweise der Eltern, dass sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes nicht zufrieden seien oder dass ihr Kind von der Umgebung nicht gut verstanden würde. Auffälligkeiten in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* betrafen in fast allen Fällen das Nichterreichen des für die jeweilige U-Untersuchung gesetzten Entwicklungsziels zu Sprache. Seltener wurden die Entwicklungsziele zu Interaktion/Kommunikation bzw. Kontakt/Kommunikation (ggf. zusätzlich) nicht erreicht. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht in allen als UESS diagnostizierten Fällen tatsächlich um UESS gemäß der Definition der International Classification of Diseases Version 10 handeln dürfte. Dies wird nachfolgend genauer ausgeführt.

Die Analyse von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung zeigt, dass die ICD-10 Diagnose F80.- (UESS) sehr häufig dokumentiert wird (Kapitel 4.5.3): Bei circa der Hälfte aller Kinder der Geburtsjahrgänge 2012 und 2013 wurde bis zum sechsten Lebensjahr mindestens einmal eine gesicherte Diagnose F80.- dokumentiert. Das Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation fällt häufig mit dem Alter zusammen, in dem eine U-Untersuchung stattfindet. Dies entspricht dem Ergebnis aus den Fallanalysen, dass die Diagnosestellung F80.- bei Dreiviertel der für diese Diagnose dokumentierten Fälle zeitgleich zur Feststellung erster Auffälligkeiten bzgl. UESS in einer U-Untersuchung erfolgte. Bei den übrigen Fällen erfolgte die Diagnosestellung zwischen einem und 48 Monate später. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die laut den Leitlinien für die Diagnosestellung notwendige aufwändige interdisziplinäre Befunderhebung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016b, S. 356) häufig nicht stattfindet, bevor die Diagnose F80.- als gesichert dokumentiert wird. Insofern ist fraglich, ob in allen mit F80.- dokumentierten Fällen tatsächlich UESS vorliegen (gemäß der ICD-10-Definition von UESS, vgl. Kapitel 4.5.1). Auch die große Häufigkeit, mit der die Diagnose F80.- als gesichert dokumentiert wird, deutet darauf hin, dass es sich nicht in allen Fällen um gemäß ICD-10 definierte UESS handelt. Literaturrecherchen des IQWiG weisen auf Prävalenzen zwischen 7 % und 25 % hin, wobei Studien berücksichtigt wurden, denen unterschiedliche Definitionen und Tests für Sprachstörungen zugrunde liegen, nicht ausschließlich die ICD-10 Kriterien für UESS (IQWIG, 2009, S. 140). Da UESS eine Teilmenge der Sprachstörungen sind, dürfte ihre Prävalenz am unteren Ende der genannten Spanne oder noch niedriger liegen.

Die Ergebnisse aus den U-Sammelbögen zeigen, dass bei circa 80 % der Kinder mit Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in der *Anamnese* oder *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* in der U7 bis U9 erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Sprache besteht (Kapitel 4.5.5). Aus den Fallanalysen geht hervor, dass die Sprachberatung meistens durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt, die bzw. der den Beratungsbedarf feststellte. Nur selten erfolgt die Sprachberatung durch einen anderen Leistungserbringer. In fast zwei Drittel der dokumentierten Fälle fand die Sprachberatung zum Zeitpunkt der Feststellung einer ersten Auffälligkeit bzgl. einer später gestellten Diagnose F80.- statt. In ein paar Fällen fand sie bereits vor der

ersten Auffälligkeit statt, ansonsten danach. In den Interviews berichteten KJÄ, dass sie fast täglich Sprachberatungen durchführen, und zwar überwiegend während U-Untersuchungen. Zunächst ermitteln die KJÄ den Sprachentwicklungsstand des Kindes. Danach empfehlen sie den Eltern Maßnahmen zur Förderung der Sprache ihres Kindes. Wie auch in den Fallanalysen ermittelt, erfolgt gemäß den Interviews relativ selten ein Weiterverweis für eine Sprachberatung.

Bei mehr als der Hälfte der Kinder, für die Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen festgestellt werden, veranlassen die KJÄ diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (Kapitel 4.5.6): In der U5 und U6, in denen Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen selten sind, erhielten circa 30 % der Kinder weiterführende Maßnahmen. In der U7 waren es circa 50 %, über die U7a und U8 steigt der Anteil auf circa 70 % in der U9. Die Art der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen verschiebt sich dabei: In der U7 wurden HNO-Arzt und nicht-medizinische Maßnahmen (z. B. Frühförderung, Sprachförderung, häusliche Förderung, Sprachpaten), aber auch Beobachtung bzw. Kontrolle zum späteren Zeitpunkt am häufigsten genannt. Über die U7a und U8 bis zur U9 nimmt die Logopädie einen zunehmenden Stellenwert ein. Für circa 80 % der U9-Untersuchungen, in denen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen eingeleitet wurden, handelte es sich dabei um eine Verordnung von Logopädie. Dies entspricht circa 20 % der im Rahmen der Uheft-eva dokumentierten U9-Untersuchungen. Das Ergebnis steht im Einklang mit der in den Heilmittelberichten der Krankenkassen ersichtlichen häufigen Inanspruchnahme von Logopädie durch Kinder. Beispielsweise berichtet das Wissenschaftliche Institut der AOK, dass 117 je 1.000 der fünf- bis neunjährigen AOK-Versicherten im Jahr 2021 sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2022). Eine hohe Inanspruchnahme von Logopädie zeigen auch die Ergebnisse der KiGGS-Studie (Rommel et al., 2018): 15 % der 3–6-Jährigen (12,7 % der Mädchen, 17.2 % der Jungen) nahmen, bezogen auf den Erhebungszeitraum 2014 bis 2017, im letzten Jahr Logopädie in Anspruch. Weiterhin zeigte sich ein Anstieg der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Logopädie zwischen den Erhebungswellen im Zeitraum 2003 bis 2006 und 2014 bis 2017. Die Ergebnisse der Fallanalysen zeigen, dass diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in etwa der Hälfte der Fälle zum Zeitpunkt der Feststellung einer ersten Auffälligkeit bzw. der Diagnosestellung veranlasst wurden. In einem weiteren Viertel der Fälle erfolgte die Veranlassung innerhalb des nächsten Jahres. Bei den übrigen Fällen noch später, wobei überwiegend innerhalb von zwei Jahren.

Insgesamt betrachtet ist festzustellen, dass sowohl Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen als auch die Dokumentation der Diagnose UESS (F80.-) sehr häufig sind und bei vielen Kindern ein erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Sprache und/oder die Notwendigkeit für diagnostische/therapeutische Maßnahmen zu Sprach- und Sprechstörungen gesehen wird. Gleichzeitig erscheint es unplausibel, dass es sich in all diesen Fällen um gemäß Leitlinie diagnostizierte UESS im Sinne der ICD-10-Definition handelt. Vielmehr dürften auch andere Sprachentwicklungs-

störungen sowie sprachassoziierte Probleme, die keinen Krankheitscharakter haben, in den Dokumentationen für die Uheft-eva berichtet worden sein, da eine differenzierte Diagnosestellung häufig nicht gelingt.

In den Interviews und der Gruppendiskussion mit KJÄ wurde thematisiert, dass insbesondere die Unterscheidung zwischen Sprachentwicklungsstörungen, die einer medizinischen Behandlung bedürfen, und Auffälligkeiten des Sprechens und der Sprache, die durch nicht-medizinische Maßnahmen adressiert werden können, eine Herausforderung in der kinderärztlichen Praxis darstellen. Zum einen fehlten geeignete diagnostische Instrumente. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere auch erwähnt, dass in den letzten Jahren die Anzahl mehrsprachig aufwachsender Kinder und von Kindern mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zugenommen habe. Gerade für diese Kinder stünden kaum geeignete Instrumente zur Verfügung und eine einfache Übersetzung deutscher Instrumente sei häufig ungeeignet. Zum anderen fehlen laut Angabe einiger KJÄ nicht-medizinische Angebote zur Förderung von Sprache und es bestünden falsche Erwartungen seitens der Eltern oder auch der Erzieherinnen und Erzieher, in welchen Fällen medizinische Behandlungen (insbesondere Logopädie) angemessen seien. Insofern handele es sich nicht um ein rein medizinisches, sondern auch um ein gesellschaftliches und (bildungs-)politisches Thema.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Auch wenn die derzeitige Situation hinsichtlich der Diagnostik und Therapie von Sprach- und Sprechstörungen unbefriedigend ist, erscheint eine Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie kein geeigneter Hebel, um eine Verbesserung zu erreichen. Vielmehr erscheint es notwendig, dass durch wissenschaftliche Institutionen geeignete diagnostische bzw. Screening-Instrumente entwickelt werden, dass KJÄ durch Fortbildungen, Qualitätszirkel oder ähnliche Austauschformate für die Thematik sensibilisiert werden und geeignete Strategien für den Umgang mir den Herausforderungen bzgl. der Diagnose und Therapie von Sprach- und Sprechstörungen entwickeln, dass Eltern sowie Erzieherinnen und Erzieher vermehrt über den Stellenwert nicht-medizinischer Angebote der Sprachförderung informiert werden und dass sich (bildungs-)politische Akteure vermehrt für den Ausbau nicht-medizinischer Angebote der Sprachförderung einsetzen.

6.7 Feststellung von Entwicklungsverzögerungen

Die möglichst frühzeitige Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten ist ein wichtiges Ziel der U-Untersuchungen U2 bis U9. Allerdings zeigten Literaturrecherchen im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie, dass derzeit keine geeigneten Entwicklungstests vorliegen, die für ein verbindliches Screening eingesetzt werden könnten. Mit der am 01.09.2016 in Kraft getretenen Kinder-Richtlinie wurde jedoch der neue Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* eingeführt. Er enthält Entwicklungsziele für unterschiedliche Bereiche (z. B. Grobmotorik, Feinmotorik), deren Erreichen während den U-Untersuchungen überprüft werden soll (vgl. Kapitel 4.6.1).

Für die Evaluation der Kinder-Richtlinie war zu untersuchen, in welchem Alter Entwicklungsverzögerungen diagnostiziert werden sowie wann, wie häufig und welche ersten Auffälligkeiten in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* oder der *Anamnese* von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen festgestellt werden. Die zu betrachtenden Entwicklungsverzögerungen wurden vom G-BA in Form einer Liste mit 127 ICD-10-Codes auf Dreisteller-Ebene vorgegeben (Anhang A2).

Zur Beantwortung der Fragen nach der Häufigkeit der Diagnosen und dem Alter der Kinder bei erstmaliger Diagnosestellung wurden Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung analysiert (Kapitel 4.6). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sie den Zeitpunkt der erstmaligen Diagnosedokumentation in ambulanten Abrechnungsdaten widerspiegeln. Dieser Zeitpunkt kann nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Diagnosestellung liegen, bspw. bei angeborenen Fehlbildungen, die bereits bei der Geburt im Krankenhaus festgestellt werden können. Zusätzlich wurde daher im Rahmen der Fallanalysen ermittelt, wann und wo die Diagnosestellung erfolgte. Wie erwartet zeigen die Ergebnisse (Kapitel 4.6.4), dass für ICD-10-Codes zu angeborenen Fehlbildungen (Q00–Q99) häufiger eine Diagnosestellung bei der Geburt im Krankenhaus erfolgte als bspw. für ICD-10-Codes zu Psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99). Insofern geben die Ergebnisse aus den Abrechnungsdaten in diesen Fällen eher Auskunft über den erstmaligen Zeitpunkt der Behandlung in der ambulanten Versorgung.

Die 127 in der Evaluation zu betrachtenden ICD-10-Codes treten unterschiedlich häufig auf (Kapitel 4.6.2). Am häufigsten war der ICD-10-Code F80.- (*Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache*), der bei 50,2 % der Kinder des Jahrgangs 2013 bis zum achten Lebensjahr mindestens einmal als gesichert dokumentiert wurde. Die seltensten ICD-10-Codes waren G10.-, G13.-, G14.-, G35.-, G36.- und Q51.-. Sie wurden bei jeweils weniger als 30 Kindern aus dem Jahrgang 2013 mindestens einmal bis zum achten Lebensjahr als gesichert dokumentiert.

Das Alter bei erstmaliger Diagnosedokumentation wurde anhand von „Altersprofilen der erstmaligen Diagnosedokumentation“ analysiert (Kapitel 4.6.3). Sie beschreiben kumulativ, bei welchem Anteil der Kinder, für die bis zum dritten, vierten oder sechsten Lebensjahr eine bestimmte Diagnose dokumentiert wurde, die Dokumentation im Alter von ein, zwei, drei etc. Quartalen oder (bei selteneren Diagnosen) Jahren erfolgte. Eine Gruppierung der Altersprofile in fünf Typen gibt einen Überblick darüber, welche der 127 ICD-10-Codes eher bei jüngeren Kindern erstmalig dokumentiert werden und welche eher bei älteren Kindern.

Die Ergebnisse aus den insgesamt 369 Falldokumentationen, die für 55 der 127 ICD-10-Codes erstellt werden konnten, zeigen, dass in vielen Fällen erste Auffälligkeiten in Bezug auf eine Entwicklungsverzögerung in einer U-Untersuchung entsprechend den für die *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* oder die *Anamnese* vorgegebenen Items erfolgte (Kapitel 4.6.4). Es zeigen sich jedoch – wie zu erwarten – Unterschiede je nach Diagnose.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Auf Basis der Ergebnisse zur Feststellung von Entwicklungsverzögerungen ergeben sich unmittelbar keine Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie. Die Ergebnisse zu den einzelnen Entwicklungsverzögerungen können jedoch bei einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie als Informationsquelle genutzt werden, falls die Weiterentwicklung eine der betrachteten Entwicklungsverzögerungen zum Thema hat. In der Anlage 9 Abrechnungsdaten (vgl. Anhang A3) zum vorliegenden Abschlussbericht sind für jede der 127 Diagnosen Auswertungen ihrer Häufigkeit und ihrer Altersprofile der erstmaligen Diagnosedokumentation enthalten. Weiterhin liegen die Ergebnisse der Falldokumentationen für die 55 ICD-10-Codes vor, für die solche erstellt werden konnten (Anlage 3 Fallanalysen, vgl. Anhang A3).

6.8 Information und Beratung der Eltern

Während den U-Untersuchungen soll gemäß der neugefassten Kinder-Richtlinie eine entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung stattfinden (vgl. Kapitel 4.7.1). Die in den einzelnen U-Untersuchungen zu behandelnden Themen, wie z. B. Stillen/Ernährung oder Unfallverhütung, werden in der Kinder-Richtlinie aufgeführt. Im Gelben Heft können die Themen angekreuzt werden, wenn erweiterter Beratungsbedarf besteht. Für die Evaluation war zu untersuchen, inwiefern in Arztpraxen Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten vorgehalten werden sowie ob eine umfassende und verständliche Beratung der Eltern stattfindet.

Als Kontext für die Ergebnisse zur Beratung der Eltern (Kapitel 4.7) wurde zunächst ermittelt, wie häufig Ärztinnen und Ärzte während den U-Untersuchungen erweiterten Beratungsbedarf feststellen. Die Ergebnisse zeigen, dass in knapp 40 % der im Rahmen der Uheft-eva dokumentierten U-Untersuchungen zu mindestens einem Thema erweiterter Beratungsbedarf bestand, in den übrigen U-Untersuchungen bestand kein erweiterter Beratungsbedarf. Wenn erweiterter Beratungsbedarf bestand, war in circa 40 % dieser U-Untersuchungen ein Thema relevant. In den übrigen U-Untersuchungen waren zwei oder mehr Themen relevant, wobei in der U2 und U3 häufiger mehr Themen relevant waren als in den späteren U-Untersuchungen.

In der U2 bis U6 sollen während der entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung u. a. Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen) vermittelt werden. Die meisten KJÄ (94,2 %) antworteten, dass es in ihrer Praxis Informationsmaterial (z. B. Broschüren) zu regionalen Unterstützungsangeboten für Familien gibt. In den meisten Praxen sind Informationen zu Frühen Hilfen und Eltern-Kind-Angeboten vorhanden, in etwa der Hälfte der Praxen zu Familienhebammen und Öffentlichem Gesundheitsdienst. Zu Familienpaten halten etwas mehr als zehn Prozent der Praxen Informationsmaterial bereit. Die seltener bereitliegenden Informationen werden zum Teil bei Bedarf beschafft (z. B. durch eine Internetrecherche).

Aus Sicht der Eltern erfolgte allerdings relativ selten eine Information über Unterstützungsangebote für Familien in ihrer Region: Nur 16,0 % der befragten Eltern bejahten, dass sie im Rahmen der letzten U-Untersuchung (U2 bis U6) ihres Kindes, Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Familien in ihrer Region erhalten hätten. In der U2 und U3 war der Anteil etwas höher als in der U4 bis U6. Wenn die Eltern Informationen erhielten, handelte es sich am häufigsten um Informationen zu Eltern-Kind-Angeboten und Frühen Hilfen, seltener um Informationen zu Öffentlichem Gesundheitsdienst, Familienhebammen oder Familienpaten. Insgesamt betrachtet zeigen die Ergebnisse, dass es in den meisten Praxen zwar Informationsmaterial zu regionalen Unterstützungsangeboten gibt, die Eltern in vielen Fällen aber nicht wahrnehmen, hierzu Informationen erhalten zu haben. Eine mögliche Erklärung ist, dass das Informationsmaterial in den Praxen ausliegt, die Eltern jedoch nicht immer direkt darauf hingewiesen werden und daher im Fragebogen nicht angaben, „Information erhalten“ zu haben. Evtl. haben KJÄ auch die Erfahrung gemacht, dass die Angebote häufig bereits bekannt sind und weisen daher nicht aktiv darauf hin. Schließlich ist denkbar, dass der mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie verstärkt vorgesehene Aspekt der primärpräventiven Beratung noch nicht ausreichend umgesetzt wird und daher viele Eltern keine Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten erhalten.

Die Beratung im weiteren Sinne, nicht nur speziell zu regionalen Unterstützungsangeboten, ist auf Basis der Ergebnisse der Uheft-eva als umfassend und verständlich einzustufen: Gefragt danach, ob sie in der letzten U-Untersuchung ihres Kindes zu allen gewünschten Themen ausführlich beraten wurden, antworteten fast alle Eltern mit ja oder eher ja (87 % bzw. 11 %). Gefragt nach der Verständlichkeit der Beratung, berichteten fast alle Eltern alles oder das meiste verstanden zu haben (86 % bzw. 13 %). In den Interviews mit Eltern zeigte sich, dass Unzufriedenheit mit der Beratung am ehesten auftritt, wenn nicht genügend Zeit dafür ist bzw. die Eltern einen Zeitmangel seitens der Ärztin oder des Arztes wahrnehmen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Die Ergebnisse liefern keine Hinweise, dass eine unzureichende Information und Beratung der Eltern stattfinden. Insofern ergeben sich keine Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie.

6.9 Nutzung des Gelben Hefts

Die Ergebnisse der U-Untersuchungen sollen von der Ärztin oder dem Arzt im Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1 der Kinder-Richtlinie), auch „Gelbes Heft“ genannt, dokumentiert werden. Neben den Dokumentationsfeldern für die Ärztin bzw. den Arzt enthält das Gelbe Heft Informationstexte und Notizfelder für die Eltern. Das Gelbe Heft ist somit ein „nicht-elektronisches Dokumentations- und Kommunikationsinstrument für die Eltern mit den die Vorsorgeuntersuchungen durchführenden Ärztinnen und Ärzten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a). Bei der Neufassung der Kinder-Richtlinie wurden die Inhalte des Gelben Hefts grund-

sätzlich überarbeitet (vgl. Kapitel 5.1). Im Rahmen der Uheft-eva waren Fragen bezüglich der Zielerreichung und der Qualität des Gelben Hefts aus der Perspektive der Eltern sowie der Ärztinnen und Ärzte zu beantworten.

Als Kontext für die nachfolgenden Schlussfolgerungen zu den einzelnen Abschnitten des Gelben Hefts sei zunächst festgehalten, dass die Eltern das Gelbe Heft fast immer zur U-Untersuchung ihres Kindes mitbringen: In 98,2 % der 43.834 U2- bis U9-Untersuchungen, die während der Evaluation von teilnehmenden KJÄ durchgeführt wurden, lag das Gelbe Heft vor (Kapitel 5.2). Auch ist es den meisten Eltern wichtig, dass die Ergebnisse der U-Untersuchungen im Gelben Heft dokumentiert werden (Kapitel 5.7.5.2). Das Gelbe Heft nimmt also für die Eltern einen hohen Stellenwert ein. Gleichzeitig entsteht in der Zusammenschau der einzelnen Ergebnisse zum Gelben Heft der Eindruck, dass nicht immer klar ist, an wen sich die einzelnen Abschnitte des Gelben Hefts richten bzw. welchen Zweck sie erfüllen sollen. Dieses Thema wird in den nachfolgenden Schlussfolgerungen zu den einzelnen Abschnitten des Gelben Hefts wieder aufgegriffen.

6.9.1 Teilnahmekarte

Die Teilnahmekarte, ein herausnehmbares Blatt des Gelben Hefts, auf dem die Teilnahme an den U-Untersuchungen von der Ärztin oder dem Arzt bestätigt wird, wurde mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie neu eingeführt (vgl. Kapitel 5.1). Mit der Teilnahmekarte können Eltern die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nachweisen, ohne das gesamte Gelbe Heft, welches vertrauliche Informationen enthält, vorlegen zu müssen. Im Rahmen der Evaluation war zu untersuchen, wie häufig die Teilnahmekarte ausgefüllt wird sowie wie häufig und aus welchem Grund sie zum Nachweis der U-Untersuchungen verwendet wird.

Die Ergebnisse in Kapitel 5.6 zeigen, dass die Teilnahmekarte in circa 80 bis 90 % der einzelnen U-Untersuchungen ausgefüllt wird. Bezogen auf das vollständige Ausfüllen der Teilnahmekarte für alle U-Untersuchungen eines Kindes bedeutet dies, dass die Vollständigkeit abnimmt, je mehr U-Untersuchungen bereits stattgefunden haben.[35] Circa 70 % der Eltern, deren Kinder zuletzt die U7a durchlaufen haben, berichteten, dass die Teilnahmekarte für alle U-Untersuchungen ausgefüllt wurde. Bei Kindern, die zuletzt eine U8 oder U9 durchlaufen hatten, liegt der Anteil niedriger, wobei hier eine Rolle spielen könnte, dass diese Kinder bei der Geburt evtl. ein altes Gelbes Heft ohne Teilnahmekarte erhielten und daher die frühen U-Untersuchungen in der Teilnahmekarte nicht dokumentiert wurden.

Relativ wenige Eltern berichteten, dass sie die Teilnahmekarte schon einmal genutzt haben, um die Teilnahme an den U-Untersuchungen nachzuweisen. Am häu-

[35] Zusätzlich zu nicht dokumentierten U-Untersuchungen, können auch aufgrund nicht in Anspruch genommener U-Untersuchungen Lücken auftreten. Dies dürfte jedoch seltener sein, da circa 97 % aller Kinder an der vollständigen Untersuchungsreihe teilnehmen (Schmidtke et al. (2018)).

figsten (22,5 %) wurde dies von Eltern berichtet, deren Kind zuletzt die U8 durchlief. Eltern mit niedrigem Bildungsabschuss oder mit Migrationshintergrund berichteten etwas häufiger, dass sie die Teilnahmekarte schon einmal genutzt hatten, als Eltern mit höherem Bildungsabschluss oder ohne Migrationshintergrund. Am häufigsten (73,4 %) gaben Eltern an, die Teilnahmekarte in der Kita vorgelegt zu haben. Andere Institutionen, wo die Teilnahmekarte vorgelegt wurde, sind Schule, Jugendamt, Behörden, Krankenkasse (z. B. für Bonusprogramme), Krankenhaus, Ärztinnen und Ärzte sowie private Zusatzversicherungen.

Insgesamt betrachtet wird die Teilnahmekarte in den meisten U-Untersuchungen ausgefüllt, jedoch entstehen kumulativ betrachtet relativ viele Lücken. Die Nutzung der Teilnahmekarte ist (noch) nicht weit verbreitet. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Teilnahmekarte und ihre möglichen Verwendungszwecke noch nicht ausreichend bekannt sind. Es ist jedoch auch möglich, dass sich nicht viele Verwendungszwecke für die Teilnahmekarte ergeben bzw. andere Dokumente eher zum Einsatz kommen. Letzteres dürfte insbesondere beim Nachweis von Impfungen der Fall sein, wozu – bei erfolgter Impfung – der Impfpass verwendet werden kann. Lediglich in Fällen, in denen die Eltern nur die Inanspruchnahme der Impfberatung offenlegen möchten, nicht jedoch den eigentlichen Impfstatus des Kindes, könnte dies anhand der Teilnahmekarte erfolgen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Basierend auf den Ergebnissen der Uheft-eva ergeben sich keine Hinweise, dass die Teilnahmekarte ungeeignet ist, ihren Zweck – den Schutz gesundheitsbezogener Daten – zu erfüllen. Als eine Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie sollte jedoch erwogen werden, den Verwendungszweck der Teilnahmekarte besser zu erläutern. Weitere Ausführungen hierzu folgen in Kapitel 6.9.2.

6.9.2 Allgemeine Elterninformation und Datenschutzhinweis

Das Gelbe Heft beginnt mit einer allgemeinen Elterninformation, welche den Zweck der U-Untersuchungen und deren wichtigste Inhalte beschreibt sowie zur Inanspruchnahme einlädt. Weiterhin enthält die allgemeine Elterninformation in einem grau hinterlegten Kästchen einen Datenschutzhinweis. Die Formulierung der allgemeinen Elterninformation einschließlich des Datenschutzhinweises wurde im Zuge der Neufassung der Kinder-Richtlinie angepasst (vgl. Kapitel 5.1). Im Rahmen der Uheft-eva wurde untersucht, wie verständlich und hilfreich die allgemeine Elterninformation und der Datenschutzhinweis sind.

Die allgemeine Elterninformation wurde von den meisten Eltern als gut verständlich beurteilt (Kapitel 5.7.1), wobei sie von Eltern mit höherem Bildungsabschluss bzw. ohne Migrationshintergrund erwartungsgemäß als besser verständlich eingestuft wurde als von Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss bzw. mit Migrationshintergrund. Jedoch auch in letzteren Gruppen gaben etwa die Hälfte der Eltern an, in der allgemeinen Elterninformation alles verstanden zu haben; die übrigen dieser Eltern gaben überwiegend an, das meiste verstanden zu haben. Insgesamt

etwas weniger als ein Fünftel aller Eltern hatte die allgemeine Elterninformation nicht gelesen.

Der Datenschutzhinweis wird in Bezug auf seine Verständlichkeit ähnlich bewertet wie die allgemeine Elterninformation (Kapitel 5.7.2). Allerdings gaben knapp ein Drittel der Eltern an, den Datenschutzhinweis nicht gelesen zu haben. Dies könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass der Datenschutzhinweis nicht explizit als solcher gekennzeichnet ist und insofern von einigen Eltern evtl. nicht wahrgenommen wurde. Die mangelnde Kennzeichnung führten relativ viele Eltern als Verbesserungsmöglichkeit für den Datenschutzhinweis an. Zusätzlich zur Selbsteinschätzung ihres Verständnisses, wurde den Eltern eine Wissensfrage zum Datenschutzhinweis gestellt. Die Ergebnisse hierzu zeigen, dass den meisten Eltern die Vertraulichkeit der Informationen im Gelben Heft bewusst ist und sie wissen, dass sie das Gelbe Heft nicht zwingend anderen Personen oder Institutionen vorlegen müssen. Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss oder mit Migrationshintergrund wählten allerdings seltener die korrekte Antwort auf die Wissensfrage und gaben häufiger an, die Antwort nicht zu wissen. In den Vorschlägen zu zusätzlichen Informationen, die sich die Eltern im Datenschutzhinweis gewünscht hätten, werden relativ häufig eine Klarstellung zur Teilnahmekarte und inhaltliche Verbesserungen (bspw. die Untermalung mit Beispielen, Informationen zu gesetzlichen Grundlagen, Rechten und Pflichten der Eltern sowie damit verbundenen Konsequenzen bei deren Verletzung) genannt. Die Relevanz des Datenschutzhinweise zeigt sich daran, dass immerhin 14,0 % der befragten Eltern angaben, schon einmal aufgefordert worden zu sein, Einsicht in das Gelbe Heft ihres Kindes zu gewähren. Etwa die Hälfte dieser Eltern gab an, dass im Kindergarten Einsicht in das Gelbe Heft verlangt wurde. Weitere etwa zehn Prozent gaben an, dass eine Krankenkasse, eine private Krankenversicherung oder eine private Zusatzversicherung Einsicht in das Gelbe Heft verlangte.

Unklarheiten bezüglich der Verwendung der Teilnahmekarte bzw. des Gelben Hefts könnten zum Teil auf das Masernschutzgesetzt, das am 01.03.2020 in Kraft trat, zurückgehen. In § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz heißt es, dass der Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern – welcher u. a. in Kindertageseinrichtungen und Kinderhorten vorzulegen ist – „auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ erfolgen kann. Letzterer Paragraf bezieht sich auf die ärztliche Dokumentation der U-Untersuchungen, in der „auf den Impfstatus in Bezug auf Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden [soll]“ (§ 26 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Auf der Teilnahmekarte wird erläutert, dass die U-Untersuchung „eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ausreichenden Impfschutz“ beinhaltet. Es wird jedoch nicht erläutert, inwiefern die Teilnahmekarte ausreicht, um den Impfstatus in Bezug auf Masern nachzuweisen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Die Ergebnisse weisen in der Einschätzung des Evaluators nicht auf grundsätzlichen Änderungsbedarf für die Allgemeine Elterninformation und den Datenschutzweis hin. Als eine Weiterentwicklung könnte eine deutlichere Kennzeichnung des Datenschutzhinweises im Gelben Heft in Erwägung gezogen werden. Weiterhin sollte geprüft werden, inwiefern die zulässigen Verwendungszwecke der Teilnahmekarte und des Gelben Hefts, insbesondere hinsichtlich des Nachweises der Masernschutzimpfung, genauer erläutert werden können.

6.9.3 U-spezifische Elterninformationen und Notizfeld für Eltern

Die Seiten des Gelben Hefts zu den einzelnen U-Untersuchung beginnen jeweils mit einer Information für die Eltern zu den Inhalten der jeweiligen U-Untersuchung sowie einem Notizfeld, in dem die Eltern Beobachtungen zur Entwicklung ihres Kindes oder Fragen notieren können, die sie mit der Ärztin oder dem Arzt besprechen möchten. Sowohl die Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen als auch die Notizfelder wurden mit der Neufassung der Kinder-Richtlinie neu eingeführt (vgl. Kapitel 5.1). Im Rahmen der Uheft-eva wurde untersucht wie verständlich, hilfreich bzw. nützlich die Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen aus Sicht der Eltern und aus Sicht der KJÄ sind. Weiterhin wurde die Nutzung des Notizfelds untersucht.

Während die KJÄ die fachliche Qualität und Verständlichkeit der Elterninformation zu den einzelnen U-Untersuchungen eher positiv bewerteten (Kapitel 5.8.1.1), beurteilten sie die Nützlichkeit der Elterninformation als eher eingeschränkt (Kapitel 5.8.1.2). Im Rahmen des Gesprächs zwischen Eltern und Ärztin oder Arzt wird die Elterninformation nach Eindruck der KJÄ nur selten ihrerseits oder seitens der Eltern referenziert, wobei die meisten KJÄ davon ausgehen, dass nur wenige Eltern die Elterninformation gelesen haben. Der potenzielle Nutzen der Elterninformation liegt demnach eher außerhalb des Elterngesprächs, bspw. in der Vorbereitung der Eltern auf die U-Untersuchung. Die meisten Eltern bewerteten die Elterninformation als verständlich (Kapitel 5.7.3.2) und fühlten sich nach dem Lesen über die bevorstehende U-Untersuchung informiert (Kapitel 5.7.3.3), wobei circa 60 % der Eltern angaben, die Elterninformation vor der U-Untersuchung ihres Kindes gelesen zu haben. Weitere circa 20 % lasen sie nach der Untersuchung; die übrigen circa 20 % der Eltern lasen die Elterninformation nicht (Kapitel 5.7.3.1). Die Diskrepanz der Einschätzung der KJÄ über den Anteil der Eltern, die die Informationen lesen, und dem Selbstbericht der Eltern (Kapitel 5.7.3.1 und Kapitel 5.8.1.2) wird vermutlich zumindest teilweise dadurch erklärt, dass nicht über die Elterninformation gesprochen wird, sodass Ärztinnen und Ärzte den Informationsstand der Eltern möglicherweise nur eingeschränkt beurteilen können.

Sowohl die Antworten der Eltern (Kapitel 5.7.3) als auch der KJÄ (Kapitel 5.8.1) verdeutlichen, dass die Elterninformation für Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss oder mit Migrationshintergrund weniger verständlich ist als für Eltern mit höherem Bildungsabschluss oder ohne Migrationshintergrund. Dennoch wurde

auch von diesen Eltern eine relativ gute Verständlichkeit berichtet. Insofern erscheint ein grundsätzliches Umformulieren der Elterninformation nicht notwendig zu sein, vielmehr sollte berücksichtigt werden, dass ein Text wie die Elterninformation nicht für alle Eltern der geeignetste Weg ist, um sich über die U-Untersuchungen zu informieren. Durch die Nutzung weiterer Wege der Informationsvermittlung, wie bspw. Erläuterungen durch die Ärztin oder den Arzt oder das Praxispersonal, Hinweise in Beratungsstellen, erklärende Filme, Erzählungen, Texte in einfacher Sprache oder grafische Darstellungen, können weitere Eltern erreicht werden (eine Person erwähnte, dass viele Eltern wissen, wie die U8 abläuft, weil sie das (Audio-)Buch oder Video „Conni beim Kinderarzt“ kennen).

Eltern und KJÄ hatten zahlreiche Ideen zur weiteren Verbesserung der Elterninformationen zu den einzelnen U-Untersuchungen, wie bspw. Reduktion oder auch Erweiterung des Textes, Verbesserung der Übersichtlichkeit oder Bereitstellung in digitaler Form (Kapitel 5.7.3.4 und Kapitel 5.8.1.3).

Das Notizfeld, in dem Eltern Beobachtungen zur Entwicklung ihres Kindes oder Fragen notieren können, wird gemäß den Ergebnissen der Uheft-eva kaum genutzt. Lediglich für circa 10 % der in den 1.995 für die Evaluation zur Verfügung gestellten Kopien Gelber Hefte enthaltenen U-Untersuchungen hatten die Eltern Notizen gemacht (Kapitel 5.7.4). Im Selbstbericht im Elternfragebogen gaben 7,4 % der Eltern an, für die letzte U-Untersuchung ihres Kindes Notizen im Gelben Heft vorgenommen zu haben. Auch für die KJÄ hat das Notizfeld einen relativ geringen Stellenwert (Kapitel 5.8.2): Nur etwa die Hälfte der KJÄ fordert die Eltern dazu auf, im Gelben Heft Notizen zu machen. Wenn ein Kind neu in ihre Praxis wechselt, schauen nur etwas mehr als die Hälfte der KJÄ nach, ob das Notizfeld Eintragungen enthält. Umgekehrt würden die meisten KJÄ erwarten, dass eine Kollegin oder ein Kollege im Notizfeld eher keine Eintragungen vorfinden würde, wenn ein Kind zu ihr oder ihm wechselt.

Als Gründe für die seltene Nutzung des Notizfelds nennen die Eltern vor allem mangelnde Praktikabilität („Das Heft verschwindet im Aktenordner.“ bzw. „das Gelbe Heft [wird von der Praxisassistenz] vor der Untersuchung weggenommen. Da kann ich dann während der Untersuchung nichts nachlesen.“), fehlende Notwendigkeit („War alles in Ordnung.“) und Unwissenheit („Wusste nicht, dass man Notizen machen kann“). Einige Eltern nehmen das Gelbe Heft auch als „offizielles Dokument des Arztes“ wahr, in dem sie nicht „rumpfuschen“ möchten. Wenn Eltern Notizen machen, nutzen sie dafür andere Möglichkeiten, wie bspw. Mobiltelefon, Zettel, Pinnwand oder Kalender.

Auch wenn das Notizfeld der Eltern selten genutzt wird, heißt dies nicht unbedingt, dass es keine Relevanz hat. Vielmehr könnte das Vorhandensein des Notizfelds, die Eltern dazu animieren, sich an anderer Stelle Notizen zu machen. Auch damit wäre der Zweck erfüllt, dass sich die Eltern vor der U-Untersuchung Gedanken zu Ungewöhnlichkeiten in der Entwicklung ihres Kindes bzw. zu Fragen an die Ärztin oder den Arzt machen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Die U-spezifischen Elterninformationen erscheinen grundsätzlich geeignet, Eltern über den Ablauf der Untersuchungen zu informieren. Für ein „Finetuning“ der Inhalte im Rahmen einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie könnten die Ideen der KJÄ und Eltern für Ergänzungen bzw. Formulierungen in den U-spezifischen Elterninformation geprüft werden (Kapitel 5.7.3.4 und 5.8.1.3).

Eine Idee, die aus Sicht des Evaluators von besonderem Interesse erscheint, jedoch eine grundsätzlichere Überarbeitung nach sich ziehen würde, ist, die Elterninformationen handlungsorientierter zu formulieren. Derzeit beschreiben die Elterninformationen wie die U-Untersuchungen ablaufen und worauf die Ärztin oder der Arzt achtet. Es fehlen jedoch konkrete Hinweise, was Eltern in Vorbereitung auf die U-Untersuchung tun können (z. B. Üben bestimmter Tests, damit das Kind bei dem Test besser mitmacht bzw. weniger Angst davor hat) bzw. wozu sie in der U-Untersuchung Auskunft geben können sollten (z. B. Sprachentwicklung des Kindes; ggf. der Hinweis bezüglich relevanter Themen vor der U-Untersuchung bei Erzieherinnen oder Erziehern in der Kita oder im Kindergarten eine Einschätzung einzuholen und sicherzustellen, dass die Person, die das Kind zur U-Untersuchung begleitet, über relevante Themen informiert ist). Etwas weitreichender wäre, bestimmte (anamnestische) Fragebögen aufzunehmen oder auf diese zu verweisen, damit die Eltern sie vor der U-Untersuchung ausfüllen können.

Falls die Idee aufgegriffen wird, die Elterninformationen handlungsorientierter zu gestalten, könnte ferner in Erwägung gezogen werden, dort einen Hinweis auf separat zu führende Notizen aufzunehmen. Der Platz für das Notizfeld im Gelben Heft könnte dann anderweitig genutzt werden.

6.9.4 Dokumentationsfelder für die Ärztin/den Arzt

In den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* des seit 01.09.2016 gültigen Gelben Hefts sind zahlreiche Ankreuzfelder und drei Freitextfelder enthalten, mittels derer die Ärztin oder der Arzt Feststellungen während der jeweiligen U-Untersuchung dokumentieren kann. Die anzukreuzenden Items entsprechen weitgehend den einzelnen Vorgaben in Abschnitt B der Kinder-Richtlinie (bspw. werden im Abschnitt *Beratung* die laut Abschnitt B der Kinder-Richtlinie vor allem anzusprechenden Themen aufgeführt). Die Ankreuzfelder sind überwiegend so gestaltet, dass Auffälligkeiten oder Besonderheiten anzukreuzen sind. Wenn alles in Ordnung ist, ist nichts anzukreuzen. Im Vergleich zu dem vor 2016 gültigen Gelben Heft ist die Dokumentation umfangreicher, das grundsätzliche Vorgehen – Ankreuzen von Auffälligkeiten – blieb jedoch gleich (vgl. Kapitel 5.1).

Zusätzlich zu den bereits genannten Abschnitten enthält das Gelbe Heft für jede U-Untersuchung den Abschnitt *Ergebnisse*, in dem die Feststellungen aus der U-Untersuchung zusammengefasst werden und weitere Informationen dokumen-

tiert werden. Auch das vor 2016 gültige Gelbe Heft enthielt einen Abschnitt *Ergebnisse*, der jedoch teilweise andere Eintragungen erforderte als das seit 2016 gültige Gelbe Heft.

Für die Evaluation der Kinder-Richtlinie war zu untersuchen, wie häufig Auffälligkeiten und erweiterter Beratungsbedarf angekreuzt werden, wie lückenlos die Dokumentation erfolgt, wie verständlich, relevant und brauchbar die Dokumentationsfelder und die Eintragungen darin sind, wie sie genutzt werden und welche Optimierungsbedarfe gesehen werden. Es waren die Sichtweisen von KJÄ und von Eltern zu erheben.

Auf Basis der für die Uheft-eva an IGES übermittelten 1.995 Kopien Gelber Hefte wurde geprüft, wie häufig in den Abschnitten *Untersuchung* und *Beratung* Items angekreuzt wurden (insgesamt sowie ausgewählte Items). Die Ergebnisse (Kapitel 5.3) zeigen, dass relativ selten Kreuze vorliegen: Nur 6,9 % der U-Untersuchungen in den übermittelten Kopien Gelber Hefte enthalten mindestens ein Kreuz im Abschnitt *Untersuchung* und nur 17,0 % enthalten mindestens ein Kreuz im Abschnitt *Beratung*. Zunächst könnte das Ergebnis so interpretiert werden, dass selten Auffälligkeiten bzw. erweiterter Beratungsbedarf auftreten. Dieser Interpretation widersprechen jedoch die Ergebnisse aus den U-Sammelbögen, d. h. der Dokumentation, die die teilnehmenden KJÄ eigens für die Evaluation führten. Für die in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen berichteten die KJÄ deutlich häufiger von Auffälligkeiten im Abschnitt *Untersuchung* (in 22 % bis 33 % der U2- bis U9-Untersuchungen) oder von erweitertem Beratungsbedarf (in 34 % bis 41 % der U2- bis U9-Untersuchungen). Auch beim Vergleich einzelner Auffälligkeiten, wie bspw. Transilluminationsunterschieden, die mit dem Brückner-Test festgestellt wurden, zeigt sich konsistent, dass in den Gelben Heften weniger häufig Auffälligkeiten dokumentiert wurden als laut den Angaben in den U-Sammelbögen zu erwarten wäre. Somit lässt sich schlussfolgern, dass KJÄ nicht alle im Rahmen der U-Untersuchungen festgestellten Auffälligkeiten oder erweiterten Beratungsbedarfe in den Abschnitten *Untersuchung* bzw. *Beratung* im Gelben Heft dokumentieren.

Das Ausbleiben der Dokumentation in den Abschnitten *Untersuchung* und *Beratung* steht im Einklang mit relativ kritischen Einschätzungen der KJÄ bzgl. der Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit und Nützlichkeit dieser beiden Abschnitte sowie der Abschnitte *Anamnese* und *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* (Kapitel 5.8.3). Die kritische Haltung tritt dabei insbesondere beim Vergleich zu den Einschätzungen zum Abschnitt *Ergebnisse*, der positiver bewertet wird, hervor. Circa 20 % der KJÄ antworteten (eher) nicht zu wissen, was in den Abschnitten *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* anzukreuzen ist; für den Abschnitt *Anamnese* sind es circa 30 %. Circa ein Viertel der KJÄ findet, dass die Antwortmöglichkeiten relevante Aspekte aus der U-Untersuchung (eher) nicht sinnvoll abbilden. Für den Abschnitt *Ergebnisse* antworteten nur 12 % bzw. 14 % der KJÄ negativ. Bei einem neu in ihre Praxis wechselnden Kind, schauen die KJÄ laut Selbstauskunft vorwiegend in den Abschnitt *Ergebnisse*, die übrigen Abschnitte werden seltener angeschaut. Weiterhin berichteten fast alle KJÄ, dass Kolleginnen und Kollegen in einem von ihnen ausgefüllten Gelben Heft vollständige

Eintragungen im Abschnitt *Ergebnisse* vorfinden würden; für die übrigen Abschnitte trafen nur circa 50 % (*Anamnese* und *Beratung*) bzw. circa 80 % (*Orientierende Beurteilung der Entwicklung* und *Untersuchung*) eine solche Aussage. Die Ergänzung des Abschnitts *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* im Gelben Heft wird von 44 % der KJÄ als eher nicht sinnvoll befunden und 43 % der KJÄ sind eher skeptisch, dass der Abschnitt helfen kann, Entwicklungsauffälligkeiten früher zu erkennen.

Betrachtet man die von den KJÄ genannten Optimierungsbedarfe (Kapitel 5.8.3.4) sowie die Ergebnisse aus den Interviews und der Gruppendiskussion mit KJÄ (Kapitel 5.8.3.3), so lassen sich mögliche Gründe für die kritischen Einschätzungen zu den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* erkennen. Häufig wird erwähnt, dass diese Abschnitte redundant seien, da die Informationen auch im Abschnitt *Ergebnisse* dokumentiert würden. Der Abschnitt *Ergebnisse* beginnt mit dem Freitextfeld *Relevante anamnestische Ergebnisse*, danach ist eine ja/nein-Bewertung der altersgemäßen Entwicklung vorzunehmen. Weiterhin können Auffälligkeiten zur Beobachtung und vereinbarte Maßnahmen als Freitexte notiert werden. Es besteht also eine gewisse Parallelität zu den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung*. Eine tatsächliche Doppelung könnte wie in Kapitel 6.4 beschrieben für das Feld *Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt* vorliegen. Weiterhin drückten die KJÄ relativ häufig den Wunsch nach mehr bzw. größeren Freitextfeldern und eine gewisse Ablehnung gegenüber den Ankreuzfeldern aus, da diese nicht differenziert genug seien, um relevante Informationen zur individuellen Situation der Kinder zu dokumentieren. Es entsteht der Eindruck, dass zumindest einige KJÄ Freitexte für das geeignetere Format halten, um die Ergebnisse der U-Untersuchungen zu dokumentieren, da sie damit spezifischer auf individuelle Befunde und Fördermöglichkeiten eingehen könnten sowie die Texte im Kommunikationsstil an die Situation der Familie angepasst werden könnten. Die Präferenz für Freitextfelder im Abschnitt *Ergebnisse* zeigt sich auch insofern, als dass in den Kopien Gelber Hefte für zwischen 28,1 % und 50,2 % der U2- bis U9-Untersuchungen Freitexte zu *Auffälligkeiten zur Beobachtung* im Abschnitt *Ergebnisse* enthalten sind (Kapitel 5.3.1.3). Die Häufigkeit entspricht in etwa der Häufigkeit, mit der für die in den U-Sammelbögen dokumentierten U-Untersuchungen von Eintragungen an dieser Stelle berichtet wurde.

Weiterhin zeigen sich für einzelne Abschnitte spezifische Gründe, warum sie möglicherweise kritisch gesehen werden. Im Abschnitt *Anamnese* sind die Items nicht einheitlich formuliert, sodass unklar ist, wann und z. T. von wem sie anzukreuzen sind (Kapitel 5.8.3.1). Die Items im Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* werden von einigen KJÄ als zu grob angesehen, um die Entwicklung von Kindern zu beschreiben („Die zahlreichen Facetten der Entwicklung werden nicht abgebildet“) und es wird bemängelt, dass keine Positivantworten möglich sind („Das Negativankreuzen ist genau das falsche Signal“). Für den Abschnitt *Beratung*

merkten einige KJÄ an, dass sie nicht wüssten, wann „erweiterter Beratungsbedarf“ im Gegensatz zu „normalem Beratungsbedarf“ vorläge und somit wann im Gelben Heft ein Kreuz zu setzen sei.

Die meisten Dokumentationsmöglichkeiten im Gelben Heft sind so gestaltet, dass nur bei Besonderheiten eine Eintragung erfolgt. Insofern kann für diese Felder nicht direkt festgestellt werden, inwiefern sie vollständig ausgefüllt wurden. Im Abschnitt *Ergebnisse* sind die Dokumentationsmöglichkeiten jedoch so gestaltet, dass davon ausgegangen werden kann, dass bestimmte Eintragungen vorliegen müssen, um von einer vollständigen Dokumentation sprechen zu können (Kapitel 5.4). Im Rahmen der Uheft-eva wurde die Vollständigkeit dieser Dokumentation anhand der von den Eltern übermittelten Kopien Gelber Hefte überprüft. In Bezug auf einzelne Ergebnisabschnitte zeigt sich, dass sie in circa 80 % der analysierten U-Untersuchungen vollständig ausgefüllt wurden, wobei die Vollständigkeit bei frühen U-Untersuchungen etwas häufiger gegeben ist als bei späteren (Kapitel 5.4.1). Die Lücken in der Dokumentation treten an unterschiedlichen Stellen auf, bspw. wird für das Feld *Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß* weder *ja* noch *nein* angekreuzt oder es fehlt die Eintragung für den Body Mass Index. Die Fragestellung, inwiefern über alle Ergebnisabschnitte eines Gelben Hefts hinweg eine vollständige Dokumentation vorliegt, wurde anhand Gelber Hefte von Kindern beantwortet, die die U2 bis U7a durchlaufen hatten (der Hintergrund wird in Kapitel 5.4.2 erläutert). In 30,6 % dieser Gelben Hefte findet sich in allen Ergebnisabschnitten eine vollständige Dokumentation (Kapitel 5.4.2). Legt man eine strengere Definition für die vollständige Dokumentation an, sind es 22,8 %. Es treten kumulativ gesehen also viele Lücken in der Dokumentation auf.

Aus Sicht der Eltern hat die Dokumentation in den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* einen hohen Stellenwert: Circa 91 % der Eltern gaben an, dass ihnen die Dokumentation in diesen Abschnitten wichtig ist (Kapitel 5.7.5.2). Jedoch auch die Eltern lesen am ehesten den Abschnitt *Ergebnisse*: Circa 70 % der Eltern gaben an, den Abschnitt *Ergebnisse immer oder meistens* zu lesen, um die Entwicklungsschritte ihres Kindes besser zu verstehen. Für die übrigen Abschnitte machten diese Angabe circa 50 % (*Orientierende Beurteilung der Entwicklung* und *Untersuchung*) bzw. circa 40 % (*Anamnese* und *Beratung*) der Eltern. Fast alle Eltern berichteten, dass die Ärztin oder der Arzt bei der letzten U-Untersuchung ihres Kindes irgendeine Dokumentation im Gelben Heft vorgenommen hat (Kapitel 5.7.5.3). Die Eintragungen wurden von fast allen Eltern laut Selbstauskunft gelesen und von den meisten verstanden. Von handschriftlichen Eintragungen in einem Textkästchen berichteten etwas weniger Eltern (72,4 %). Solche Eintragungen wurden wiederum von fast allen Eltern gelesen, allerdings als etwas weniger verständlich befunden, häufig, weil die Eintragungen nicht gut lesbar waren. In Interviews merkten mehrere Eltern an, dass die vielen Fachbegriffe die Verständlichkeit erschweren. Einige Eltern gingen davon aus, dass die Abschnitte für Ärztinnen und Ärzte gedacht sind, nicht für die Eltern.

Insgesamt gesehen stellt sich die Frage, inwiefern die Dokumentationen im Gelben Heft aussagekräftig sind. Dadurch, dass Auffälligkeiten und erweiterter Beratungsbedarf nicht immer dokumentiert werden, könnten auch vorliegende Dokumentationen an Aussagekraft verlieren: Wenn keine Eintragung vorliegt, kann dies sowohl bedeuten, dass keine Auffälligkeiten bzw. kein erweiterter Beratungsbedarf vorliegen, als auch, dass diese nicht dokumentiert wurden. (Zusätzlich kann die Situation vorliegen, dass ein Item nicht untersucht/geprüft werden konnte.) Wenn eine Eintragung vorliegt, könnte dies auf eine „normale" Auffälligkeit bzw. erweiterten Beratungsbedarf hinweisen oder es könnte sich um etwas besonders Bedeutsames handeln, das die Ärztin oder den Arzt veranlasste zu dokumentieren. Die relativ geringe Nutzung der Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung* und *Beratung* durch die KJÄ könnte so interpretiert werden, dass es keinen (impliziten) Standard gibt, anhand dessen die KJÄ die Bedeutung der Dokumentationen im Gelben Heft abschätzen können und sie daher auf eine Nutzung verzichten. In der Gruppendiskussion mit KJÄ fand diese Interpretation Zustimmung.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Im Rahmen einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie könnte überprüft werden, inwiefern durch Anpassungen der Dokumentationsmöglichkeiten in den Abschnitten *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* im Gelben Heft eine konsistentere Dokumentation und damit eine höhere Aussagekraft der Dokumentation erreicht werden könnte. Aus Sicht des Evaluators sollten die Items im Abschnitt *Anamnese* angepasst werden, sodass eindeutig ist, wann ein Item anzukreuzen ist. Weiterhin sollte der Begriff „erweiterter Beratungsbedarf" (insbesondere wann Beratungsbedarf „erweitert" ist) erläutert werden. Im Abschnitt *Ergebnisse* könnten Vereinfachungen (z. B. Ankreuzfeld *keine Auffälligkeiten* weglassen) bzw. Änderungen (z. B. *Orientierende Beurteilung der Entwicklung altersgemäß* [Antwortoptionen *ja/nein*] weglassen, da eine pauschale Beurteilung in vielen Fällen nicht möglich bzw. sinnvoll ist) vorgenommen werden, die eine lückenlose Dokumentation erleichtern könnten.

Darüber hinaus könnte in Betracht gezogen werden, den Zweck der Dokumentation präziser herauszuarbeiten, bspw. inwiefern das Gelbe Heft eine Erinnerungsstütze bzw. ein Leitfaden für die Inhalte der Kinder-Richtlinie sein soll oder ein Kommunikationsmittel zwischen Ärztinnen und Ärzten (oder zwischen Eltern und Ärztinnen und Ärzten). Der Kinder-Richtlinie ist der Zweck der Dokumentation derzeit nicht eindeutig zu entnehmen. In § 59[36] *Dokumentation* heißt es lediglich „Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt sowohl in der Patientenakte als auch im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1" (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016/18.06.2015). Die Leistungsbeschreibung für die Evaluation der Kinder-Richtlinie beschreibt das Gelbe Heft als „Dokumentations- und Kommunikationsinstrument für die Eltern mit den die Vor-

[36] In der Fassung, die am 23.06.2022 in Kraft trat, ist es § 69.

sorgeuntersuchungen durchführenden Ärztinnen und Ärzten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a). Die Ergebnisse der Uheft-eva zeigen, dass etwa die Hälfte der KJÄ die Abschnitte *Anamnese*, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*, *Untersuchung*, *Beratung* und *Ergebnisse* eher nicht als Leitfaden wahrnehmen (Kapitel 5.8.3.3). Als Grund für die Dokumentation in diesen Abschnitten gaben sie am häufigsten an, dass die Dokumentation bei einer Überweisung oder bei einem Arztwechsel hilfreich sein könnte (Kapitel 5.8.3.3 und Kapitel 5.5). In der Einschätzung des Evaluators eignen sich die derzeitigen Inhalte des Gelben Hefts am ehesten als Erinnerungsstütze bzw. Leitfaden, da sie weitgehend den Inhalten der Richtlinie entsprechen, welche wiederum eine Aufzählung der zu untersuchenden Aspekte sind. Die Inhalte erscheinen weniger für die Kommunikation zwischen KJÄ bzw. zwischen KJÄ und Eltern optimiert. Insofern wären, je nach gewünschtem Zweck der Dokumentation, Anpassungen im Gelben Heft notwendig.

6.9.5 Nutzung für die Beratung, Aufwand und Zweck der Dokumentation

Für das Gelbe Heft insgesamt war im Rahmen der Uheft-eva zum einen die Relevanz und Nutzbarkeit der Inhalte des Gelben Hefts für die Vorbereitung und Durchführung des Elterngesprächs zu untersuchen. Zum anderen wurde nach dem Aufwand für die Dokumentation gefragt. Im Zusammenhang mit dem Aufwand wurde auch nochmals näher der Zweck, den KJÄ in der Dokumentation sehen, beleuchtet.

Bezüglich der Nutzung des Gelben Hefts während den U-Untersuchungen zeigen die Ergebnisse aus Interviews mit KJÄ (Kapitel 5.8.4), dass das Gelbe Heft typischerweise während einer U-Untersuchung „mitwandert“ und sukzessive Eintragungen vorgenommen werden – zunächst durch das Praxispersonal (z. B. Stempel, Körpermaße), dann durch die Ärztin oder den Arzt. Als Kommunikationsmittel zwischen Ärztin oder Arzt und Eltern wird das Gelbe Heft insofern genutzt, als dass die KJÄ die vorgenommenen Eintragungen erklären. Für die Hälfte der 20 hierzu interviewten KJÄ hat das Gelbe Heft darüber hinaus während der U-Untersuchung keine Funktion. Die übrigen KJÄ berichteten das Gelbe Heft auch über eine Erklärung der Eintragungen hinaus zu nutzen, bspw. um die Somatogramme zu erklären, auf die Elterninformation hinzuweisen oder das Notizfeld für die Eltern anzusprechen. Die Schilderungen in den Interviews stehen mit den Antworten der KJÄ im Arztfragebogen im Einklang: Dort zeigt sich, dass die Elterninformationen zu den einzelnen U-Untersuchungen im Gespräch mit den Eltern eine untergeordnete Rolle spielen, u. a., weil viele KJÄ davon ausgehen, dass die Eltern die Elterninformationen nicht lesen (Kapitel 5.8.1.2). Eine weitere mögliche Funktion des Gelben Hefts während den U-Untersuchungen wäre als Leitfaden. Dies sahen jedoch nur circa die Hälfte der KJÄ (eher) so (Kapitel 5.8.3.3).

Die Dauer für die Dokumentation im Gelben Heft wurde von den KJÄ auf im Mittel etwa 2,5 Minuten geschätzt (Kapitel 5.5). Für 44,1 % der während der Uheft-eva durchgeführten U-Untersuchungen gaben die KJÄ an, dass die Dokumentation im Gelben Heft weniger als zwei Minuten beanspruchte. Bei 43,0 % der U-Untersuchungen nahm die Dokumentation zwei bis fünf Minuten in Anspruch. Bei 12,9 %

dauerte sie länger als fünf Minuten. Es sind keine systematischen Unterschiede im benötigten Zeitaufwand nach Art der U-Untersuchung erkennbar. Der Zeitaufwand für die Dokumentation wird von den meisten KJÄ als vertretbar angesehen, wobei 15,4 % der KJÄ meinten, dass die Zwecke des Gelben Hefts den Aufwand für die Dokumentation eher nicht rechtfertigen. Als Zweck der Dokumentation sahen die KJÄ insbesondere die *Bündelung aller Ergebnisse vorangegangener U-Untersuchungen für die Ärztinnen und Ärzte (z. B. im Fall eines Arztwechsels)* und die *Dokumentation der Ergebnisse von U-Untersuchungen für die Eltern*. In Bezug auf den Umfang der Dokumentation in den einzelnen Abschnitten des Gelben Hefts gaben circa 60 % der KJÄ an, dass der Abschnitt *Ergebnisse* das richtige Ausmaß an Dokumentationsmöglichkeiten enthalte. Knapp unter 30 % wünschten sich hier mehr Dokumentationsmöglichkeiten. Für die übrigen Abschnitte wurde relativ häufig die Einschätzung abgegeben, dass zu viele Dokumentationsmöglichkeiten bestehen (21,3 % der KJÄ für *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* bis 35,8 % der KJÄ für *Untersuchung*).

Bei der Beurteilung des Aufwands für die Dokumentation ist somit wiederum die Präferenz vieler KJÄ für den Abschnitt *Ergebnisse* festzustellen. Hier wären sie, zumindest zum Teil, sogar bereit mehr zu dokumentieren. Insgesamt betrachtet wird der Aufwand für die Dokumentation als zweckgemäß angesehen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie

Aus den Ergebnissen zur Nutzung des Gelben Hefts in der Beratung der Eltern sowie zum Aufwand und Nutzen des Gelben Hefts ergeben sich keine unmittelbaren Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie. Wenn der in Kapitel 6.9.4 beschriebene Vorschlag aufgegriffen wird, die Dokumentationsfelder im Rahmen einer möglichen Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie anzupassen, können die Ergebnisse zum Aufwand der Dokumentation als Richtschnur verwendet werden – angepasste Dokumentationsfelder sollten insgesamt betrachtet nicht mehr Zeit in Anspruch nehmen als die derzeitige Dokumentation.

***

Auf Basis der Datenerhebungen für die Evaluation der Kinder-Richtlinie konnten die 24 Evaluationsfragen des G-BA zu Abschnitt B (Früherkennungsuntersuchungen) der Kinder-Richtlinie und weitere 15 Evaluationsfragen des G-BA zur Anlage 1 (Untersuchungsheft für Kinder) der Kinder-Richtlinie beantwortet werden. Es konnten Erkenntnisse zu den Untersuchungen der Augen, des Hörvermögens sowie der Zähne und der Schleimhaut, zu Gallengangatresie, Sprach- und Sprechstörungen sowie anderen Entwicklungsverzögerungen, zur Information und Beratung der Eltern in den U-Untersuchungen sowie zur Nutzung, Verständlichkeit und Nützlichkeit des Gelben Hefts aus Perspektive von Eltern und KJÄ generiert werden. Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Schlussfolgerungen und Perspektiven für Weiterentwicklungen der Kinder-Richtlinie können in die Beratungen des G-BA einfließen, um eine weitere Verbesserung der Früherkennungsuntersuchungen zu bewirken.

7. Anhang

A1 Fragestellungen der Evaluation

A2 Liste zu betrachtender ICD-Codes, Häufigkeit und Zuordnung zu Gruppen

A3 Übersicht der Inhalte der separaten Anlage

A1 Fragestellungen der Evaluation

Für die Evaluation formulierte der G-BA mehrere Fragestellungen. Sie beziehen sich zum einen auf Abschnitt B der Kinder-Richtlinie, zum anderen auf Anlage 1 der Kinder-Richtlinie (d. h. das Gelbe Heft). Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Evaluationsfragen.

Tabelle 40: Evaluationsfragen zu Abschnitt B der Kinder-Richtlinie

Fragestellung	Relevant U-Untersuchungen
Augen	
Wie häufig werden morphologische Auffälligkeiten der Augen erkannt?	U2-U3
Wie häufig wird mit der Prüfung im durchfallenden Licht die Trübung der Linse erkannt?	U2-U3
Wie häufig erfolgt bei erkanntem Bedarf eine Überweisung zum Augenarzt?	U2-U3
Bei wie vielen Kindern wird der Brückner-Test durchgeführt?	U4-U7
Wie häufig werden mit dem Brückner-Test Auffälligkeiten im Auge erkannt?	U4-U7
Welcher Test wird wie häufig in U7a, U8 und U9 angewandt? (Durchführung in dem Alter möglich?)	U7a-U9
Wie häufig können mit den vorgegebenen Tests Auffälligkeiten im Auge erkannt werden?	U7a-U9
Hörvermögen	
Bei wie vielen Kindern erfolgt eine Prüfung des Hörvermögens mittels Audiometrie?	U8
Was waren die Gründe, weshalb keine Prüfung des Hörvermögens mittels Audiometrie durchgeführt wurde bzw. durchgeführt werden konnte?	U8
Bei wie vielen Kindern wird erstmalig ein auffälliger Befund des Hörvermögens mittels Audiometrie ermittelt?	U8
Bei wie vielen Kindern mit auffälligem Befund des Hörvermögens wird an einen HNO-Arzt oder Pädaudiologen überwiesen?	U8
Zähne und Schleimhaut	
Wie häufig wurden Auffälligkeiten der Zähne und Schleimhaut festgestellt?	U6
Wie häufig erfolgte ein Verweis zum Zahnarzt, wenn ein Befund als auffällig eingestuft wurde?	U6

Fragestellung	Relevant U-Untersuchungen
Gallengangatresie	
Wie häufig erfolgt durch den Einsatz der Stuhlfarbkarte eine frühzeitige – bis zur 8. Lebenswoche – Diagnose der Gallengangatresie gestellt?	U2-U4
Wie häufig wird durch die Feststellung der Gelbsucht im Rahmen der körperlichen Untersuchung die Diagnose der Gallengangatresie gestellt?	U2-U4
Entwicklungsverzögerungen	
In welchem Alter werden Entwicklungsverzögerungen diagnostiziert? [Die zu betrachtenden Diagnosen sind in Anhang A2 aufgeführt.]	U3-U9
Wann und wie häufig finden sich erste Auffälligkeiten in der „Orientierenden Beurteilung der Entwicklung“ (oder auch Anamnese) der Früherkennungsuntersuchungen gemäß Kinder-RL bei Kindern mit entsprechenden ICD-Diagnosen? [Die erwähnten Diagnosen sind in Anhang A2 aufgeführt.]	U3-U9
Welche Auffälligkeiten in der Anamnese und der Orientierenden Beurteilung der Entwicklung können den Diagnosen gem. Kap. 3.3.3. der LB [Leistungsbeschreibung] zugeordnet werden? [Die erwähnten Diagnosen sind in Anhang A2 aufgeführt. Fußnote 14 in Kapitel 4.6.1 enthält weitere Hintergrundinformationen zu dieser Evaluationsfrage.]	U3-U9
Sprach- und Sprechstörungen	
Wie häufig werden die vorgegebenen Items zur Sprache im Rahmen der orientierenden Beurteilung der Entwicklung nicht erfüllt?	U5-U9
Wann und wie häufig wurde eine Sprach- und Sprechstörung gemäß den ICD-Diagnosen (vgl. Abschnitt 3.3.3 [der Leistungsbeschreibung]) zum ersten Mal diagnostiziert? [Die erwähnten ICD-Diagnosen sind in Anhang A2 aufgeführt.]	U5-U9
Wie wurde die Sprachberatung durchgeführt und wie häufig bestand erweiterter Beratungsbedarf?	U5-U9
Wie häufig und welche Abklärungsdiagnostik und therapeutische Maßnahmen wurden nach Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörung im Rahmen der Anamnese oder orientierender Beurteilung der Entwicklung eingeleitet?	U5-U9
Beratung, Unterstützung	
In welchem Umfang werden Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten in den Arztpraxen vorgehalten?	U2-U6
Findet eine umfassende und verständliche Beratung der Eltern statt?	U3-U5/U7a-U9

Quelle: Leistungsbeschreibung zur Evaluation der Kinder-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a)

Tabelle 41: Evaluationsfragen zu Anlage 1 der Kinder-Richtlinie

Fragestellung	Relevant U-Untersuchungen
Eltern: Zielerreichung	
Welche Fragen werden [von den Eltern im Gelben Heft] notiert?	U2-U9
In welchem Umfang wird die Teilnahmekarte zur Vorlage in anderen Institutionen (z. B. Kindergarten) genutzt? Aus welchem Grund wird die Teilnahmekarte vorgelegt?	U2-U9
Eltern: Qualität	
Wie verständlich und hilfreich sind die Elterninformationen und die Datenschutzhinweise für die Eltern? (insbesondere bei Eltern mit einem Migrationshintergrund und/oder niedrigem sozioökonomischen Status)	U2-U9
Wie verständlich sind die Eintragungen der Ärztin oder des Arztes für die Eltern?	U2-U9
In welchem Umfang werden die vorgegebenen Felder im Gelben Heft verwendet?	U2-U9
Wie relevant und brauchbar werden die Inhalte des Gelben Hefts für die Vorbereitung und Durchführung des Elterngesprächs angesehen?	U2-U9
Eltern: Qualität und Zielerreichung	
"Welche Inhalte des Gelben Hefts finden Eltern besonders gut?	
Welche Inhalte haben aus elterlicher Sicht besonderen Optimierungsbedarf?"	U2-U9
Ärztin/Arzt: Zielerreichung	
Wie lückenlos erfolgt die Dokumentation? (bezogen auf jeweils eine Untersuchung; bezogen auf alle Untersuchungen)	U2-U9
Wie häufig wird die Teilnahmekarte (durchgehend für alle Untersuchungen) ausgefüllt?	U2-U9
Wie häufig werden Auffälligkeiten bzw. erweiterter Beratungsbedarf angekreuzt?	U2-U9
Ärztin/Arzt: Qualität	
Wie verständlich sind die Informationen/Dokumentationsfelder?	U2-U9
Wie hoch wird der Aufwand für die Eintragungen eingeschätzt?	U2-U9
Wird die Elterninformation im Gelben Heft als nützlich angesehen?	U2-U9

Fragestellung	Relevant U-Untersuchungen
Wie relevant und brauchbar werden die Inhalte des Gelben Hefts für die Vorbereitung und Durchführung des Elterngesprächs angesehen?	U2-U9
Ärztin/Arzt: Qualität und Zielerreichung	
Welche Inhalte des Gelben Hefts werden als besonders hilfreich empfunden? Welche Inhalte haben besonderen Optimierungsbedarf?	U2-U9

Quelle: Leistungsbeschreibung zur Evaluation der Kinder-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a)

A2 Liste zu betrachtender ICD-Codes, Häufigkeit und Zuordnung zu Gruppen

Die Leistungsbeschreibung zur Evaluation der Kinder-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a) enthält eine Liste von ICD-Codes, die bei der Beantwortung bestimmter Evaluationsfragen zu Entwicklungsverzögerungen zu betrachten waren (vgl. Anhang A1). Die Liste in der Leistungsbeschreibung enthält Gruppen von ICD-Codes sowie Drei- und Viersteller. Nach Rücksprache mit dem G-BA waren die aufgeführten ICD-Codes auf Dreisteller-Ebene zu verwenden. Tabelle 42 zeigt die 127 ICD-Codes auf Dreisteller-Ebene, die in der Evaluation verwendet wurden.

Weiterhin enthält Tabelle 42 die absolute (n) und relative (%) Häufigkeit der zu betrachtenden ICD-Codes. Die Auswertung beruht auf Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung für Kinder, die im Jahr 2013 geboren wurden. Die Methodik der Auswertung ist in Kapitel 2.5 beschrieben. Insgesamt wurden in den Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung N_{2013} = 512.987 Kinder identifiziert, die die Kriterien der Studienpopulation erfüllen. Für diese Kinder wurde analysiert, ob die jeweilige Diagnose bis zum 4. Quartal 2020 (d. h. bis zum achten Lebensjahr) mindestens einmal als gesichert in Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung dokumentiert wurde.

Schließlich zeigt Tabelle 42 die Zuordnung der ICD-Codes zu Gruppen, die das Altersprofil der erstmaligen Diagnosedokumentation beschreiben. Das Vorgehen für die Zuordnung wird in Kapitel 4.6.3 beschrieben. Die Gruppen sind in der Tabelle wie folgt nummeriert:

- 1 = Fast ausschließlich Jahr 1
- 2 = Mehrheit Jahr 1
- 3 = Mehrheit vor 3 Jahren, aber nicht in Jahr 1
- 4 = Mehrheit ab 3 Jahren
- 5 = Mehrheit ab 4 Jahren
- 6 = Sonstiges
- 7 = Zu wenig Fälle

Tabelle 42: In der Evaluation zu betrachtende ICD-Codes für Entwicklungsverzögerungen: absolute (n) und relative (%) Häufigkeit in der Studienpopulation sowie Zuordnung zu Gruppen (G) nach dem Altersprofil der erstmaligen Diagnosedokumentation

ICD	Bezeichnung	n	%	G
F45	Somatoforme Störungen	30.368	5,9 %	4
F70	Leichte Intelligenzminderung	1.555	0,3 %	5
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	291	0,1 %	6
F72	Schwere Intelligenzminderung	272	0,1 %	5
F73	Schwerste Intelligenzminderung	80	0,0 %	7
F74	Dissoziierte Intelligenz	172	0,0 %	7
F78	Andere Intelligenzminderung	105	0,0 %	4
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	3.287	0,6 %	4
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	257.664	50,2 %	4
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	9.763	1,9 %	5
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	116.055	22,6 %	3
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	39.426	7,7 %	4
F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	10.776	2,1 %	4
F88	Andere Entwicklungsstörungen	4.834	0,9 %	4
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	52.797	10,3 %	3
F90	Hyperkinetische Störungen	30.037	5,9 %	6
F91	Störungen des Sozialverhaltens	40.179	7,8 %	4
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	9.953	1,9 %	4
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	52.026	10,1 %	4
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8.090	1,6 %	4
F95	Ticstörungen	12.359	2,4 %	6
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	88.917	17,3 %	4

ICD	Bezeichnung	n	%	G
G10	Chorea Huntington	<30	n.z.	7
G11	Hereditäre Ataxie	163	0,0 %	7
G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	73	0,0 %	7
G13	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	<30	n.z.	7
G14	Postpolio-Syndrom	<30	n.z.	7
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	<30	n.z.	7
G36	Sonstige akute disseminierte Demyelinisation	<30	n.z.	7
G37	Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	47	0,0 %	7
G40	Epilepsie	5.822	1,1 %	3
G43	Migräne	2.652	0,5 %	5
G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	5.621	1,1 %	6
G80	Infantile Zerebralparese	5.949	1,2 %	2
G81	Hemiparese und Hemiplegie	861	0,2 %	2
H53	Sehstörungen	93.591	18,2 %	4
H54	Blindheit und Sehbeeinträchtigung	19.940	3,9 %	4
H90	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung	31.896	6,2 %	4
H91	Sonstiger Hörverlust	43.861	8,6 %	4
R62	Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	71.130	13,9 %	2
Q00	Anenzephalie und ähnliche Fehlbildungen	48	0,0 %	3
Q01	Enzephalozele	35	0,0 %	7
Q02	Mikrozephalie	6.814	1,3 %	3
Q03	Angeborener Hydrozephalus	388	0,1 %	2
Q04	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns	1.082	0,2 %	2
Q05	Spina bifida	266	0,1 %	1
Q06	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	217	0,0 %	1
Q07	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	454	0,1 %	2

ICD	Bezeichnung	n	%	G
Q10	Angeborene Fehlbildungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	25.327	4,9 %	2
Q11	Anophthalmus, Mikrophthalmus und Makrophthalmus	166	0,0 %	1
Q12	Angeborene Fehlbildungen der Linse	586	0,1 %	3
Q13	Angeborene Fehlbildungen des vorderen Augenabschnittes	894	0,2 %	3
Q14	Angeborene Fehlbildung des hinteren Augenabschnittes	574	0,1 %	6
Q15	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Auges	345	0,1 %	2
Q16	Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen	327	0,1 %	1
Q17	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres	5.566	1,1 %	3
Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	1.884	0,4 %	3
Q20	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	632	0,1 %	2
Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	27.820	5,4 %	1
Q22	Angeborene Fehlbildungen der Pulmonal- und der Trikuspidalklappe	2.390	0,5 %	2
Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	1.673	0,3 %	3
Q24	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	5.261	1,0 %	3
Q25	Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	8.857	1,7 %	1
Q26	Angeborene Fehlbildungen der großen Venen	525	0,1 %	2
Q27	Sonstige angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems	567	0,1 %	3
Q28	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	184	0,0 %	1
Q30	Angeborene Fehlbildungen der Nase	529	0,1 %	1
Q31	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	824	0,2 %	1
Q32	Angeborene Fehlbildungen der Trachea und der Bronchien	680	0,1 %	1
Q33	Angeborene Fehlbildungen der Lunge	187	0,0 %	1

ICD	Bezeichnung	n	%	G
Q34	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems	89	0,0 %	7
Q35	Gaumenspalte	1.172	0,2 %	3
Q36	Lippenspalte	325	0,1 %	1
Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	731	0,1 %	2
Q38	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge, des Mundes und des Rachens	9.166	1,8 %	2
Q39	Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus	120	0,0 %	1
Q40	Sonstige angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes	420	0,1 %	1
Q41	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dünndarmes	93	0,0 %	1
Q42	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes	243	0,0 %	1
Q43	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Darmes	626	0,1 %	2
Q44	Angeborene Fehlbildungen der Gallenblase, der Gallengänge und der Leber	135	0,0 %	1
Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems	62	0,0 %	7
Q50	Angeborene Fehlbildungen der Ovarien, der Tubae uterinae und der Ligg. lata uteri	180	0,0 %	1
Q51	Angeborene Fehlbildungen des Uterus und der Cervix uteri	<30	n.z.	7
Q52	Sonstige angeborene Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane	24.679	4,8 %	2
Q53	Nondescensus testis	14.955	2,9 %	3
Q54	Hypospadie	3.591	0,7 %	2
Q55	Sonstige angeborene Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane	23.548	4,6 %	3
Q56	Unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus	98	0,0 %	1
Q60	Nierenagenesie und sonstige Reduktionsdefekte der Niere	896	0,2 %	2
Q61	Zystische Nierenkrankheit	910	0,2 %	2

ICD	Bezeichnung	n	%	G
Q62	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters	3.822	0,7 %	2
Q63	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Niere	5.300	1,0 %	2
Q64	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Harnsystems	1.163	0,2 %	2
Q65	Angeborene Deformitäten der Hüfte	70.653	13,8 %	1
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	108.607	21,2 %	3
Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	66.810	13,0 %	1
Q68	Sonstige angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten	3.922	0,8 %	2
Q69	Polydaktylie	750	0,1 %	1
Q70	Syndaktylie	1.651	0,3 %	2
Q71	Reduktionsdefekte der oberen Extremität	271	0,1 %	1
Q72	Reduktionsdefekte der unteren Extremität	709	0,1 %	6
Q73	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)	228	0,0 %	2
Q74	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)	5.352	1,0 %	3
Q75	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	12.813	2,5 %	1
Q76	Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax	1.335	0,3 %	2
Q77	Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule	111	0,0 %	1
Q78	Sonstige Osteochondrodysplasien	521	0,1 %	2
Q79	Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, anderenorts nicht klassifiziert	1.142	0,2 %	2
Q80	Ichthyosis congenita	1.069	0,2 %	3
Q81	Epidermolysis bullosa	115	0,0 %	1
Q82	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Haut	26.482	5,2 %	2
Q83	Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]	1.028	0,2 %	2
Q84	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Integumentes	1.622	0,3 %	3
Q85	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	758	0,1 %	3

ICD	Bezeichnung	n	%	G
Q86	Angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen, anderenorts nicht klassifiziert	574	0,1 %	6
Q87	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme	1.225	0,2 %	2
Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert	1.585	0,3 %	2
Q90	Down-Syndrom	750	0,1 %	1
Q91	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom	45	0,0 %	7
Q92	Sonstige Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert	340	0,1 %	3
Q93	Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert	369	0,1 %	4
Q95	Balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker, anderenorts nicht klassifiziert	40	0,0 %	7
Q96	Turner-Syndrom	86	0,0 %	1
Q97	Sonstige Anomalien der Gonosomen bei weiblichem Phänotyp, anderenorts nicht klassifiziert	38	0,0 %	7
Q98	Sonstige Anomalien der Gonosomen bei männlichem Phänotyp, anderenorts nicht klassifiziert	68	0,0 %	7
Q99	Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert	1.127	0,2 %	4

Quelle: IGES basierend auf Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung
Anmerkungen: Patientenzahlen zwischen 1 und 30 können aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ausgewiesen werden. Stattdessen ist „<30“ vermerkt. G = Gruppe, die das Altersprofil der erstmaligen Diagnosedokumentation beschreibt (vgl. Kapitel 4.6.3).

A3 Übersicht der Inhalte der separaten Anlage

In einer separaten Anlage können die von IGES für die Uheft-eva entwickelten Erhebungsinstrumente sowie tabellarische Darstellungen der Ergebnisse aus den Erhebungsinstrumenten eingesehen werden. Die separate Anlage besteht aus folgenden Teilen in der dargestellten Reihenfolge:

- Anlage 1 Arztfragebogen: Arztfragebogen und die tabellarische Darstellung der Ergebnisse aus dem Arztfragebogen
- Anlage 2 U-Sammelbögen: U-Sammelbögen und die tabellarische Darstellung der Ergebnisse aus den U-Sammelbögen
- Anlage 3 Fallanalysen: Falldokumentationsbögen und die tabellarische Darstellung der Ergebnisse aus den Fallanalysen
- Anlage 4 Interviews mit KJÄ: Interviewleitfaden für nachgehende Interviews mit Ärzten
- Anlage 5 Elternfragebogen: Elternfragebogen und tabellarische Darstellung der Ergebnisse aus dem Elternfragebogen
- Anlage 6 Gelbe Hefte: tabellarische Darstellung der Ergebnisse aus den Gelben Heften
- Anlage 7 Interviews mit Eltern: Interviewleitfaden für Interviews mit Eltern
- Anlage 8 Krankenhausfragebogen: Fragebogen für Krankenhäuser zu Gallengangatresie
- Anlage 9 Abrechnungsdaten: tabellarische Darstellung der Ergebnisse aus den Abrechnungsdaten

8. Literaturverzeichnis

Bamford, J., Fortnum, H., Bristow, K., Smith, J., Vamvakas, G., Davies, L., Taylor, R., Watkin, P., Fonseca, S., Davis, A. & Hind, S. (2007). Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen. Health technology assessment (Winchester, England), 11(32), 1-168, iii-iv. https://doi.org/10.3310/hta11320

BfArM. (2022, 23. Mai). ICD-10-GM Version 2022. https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f80-f89.htm

Blankenstein, O., Rintisch, W., Buchholz, T., Lüder, S., Bartezky, R., Kolbow, D. & Dame, C. (2021). Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie auf die Früherkennungs-Untersuchungen bei Kindern [Consequences of the SARS-CoV-2 Pandemia on the Early Childhood Examinations]. Klinische Pädiatrie, 233(2), 94–95. https://doi.org/10.1055/a-1247-5119

Corrado, M. M. & Mack, C. L. (2022). Diagnostic Tools for Early Detection of Biliary Atresia: Is a Newborn Screen Attainable? Clinical liver disease, 19(1), 25–28. https://doi.org/10.1002/cld.1165

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2008, 24. Oktober). Neugeborenen-Hörscreening: Zusammenfassende Dokumentation zum Normsetzungsverfahren. Berlin. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-759/2008-12-17-Abschluss-H%C3%B6rscreening.pdf

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie) (2011 & i.d.F.v. 16.12.2010).

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2016a, 19. Mai). Früherkennungsuntersuchungen für Kinder U1 bis U9: Neue Anforderungen ab Juli 2016 [Pressemitteilung]. https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/619/

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie) (2016 & i.d.F.v. 18.06.2015).

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2016b, 1. September). Zusammenfassende Dokumentation. 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. Berlin. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4568/2015-06-18_2015-08-20_2016-05-19_2016-07-07_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung_konsolidiert_ZD.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019a, 8. Juli). Leistungsbeschreibung zur Evaluation der Untersuchungen nach Abschnitt B der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) hinsichtlich Qualität und Zielerreichung (Evaluation gem. § 69 Abs. 3 der Kinder-Richtlinie) für einen Beobachtungszeitraum von 2 Jahren. Berlin. Gemeinsamer Bundesausschuss.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019b, 15. August). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie): Anpassung in Folge des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie zur zahnärztlichen Früherkennung. Berlin. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3941/2019-08-15_Kinder-RL_Anpassung-zahnaerztliche-Frueherkennung_BAnz.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023, 12. Mai). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinie: Überprüfung der Früherkennung der Gallengangatresie gemäß Kinder-Richtlinie. Berlin. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6013/2023-05-12_Kinder-RL_Ueberpruefung-Frueherkennung-Gallengangatresie.pdf

Gräf, M. (2007). Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern: Durchleuchtungstest nach Brückner – Ein Muss bei allen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter. Deutsches Ärzteblatt, 104(11).

IQWIG. (2008). Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: Abschlussbericht. https://www.iqwig.de/download/s05-02_abschlussbericht_sehscreening_bei_kindern.pdf

IQWIG. (2009). Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Abschlussbericht. https://www.iqwig.de/download/s06-01_abschlussbericht_frueherkennung_umschriebener_stoerungen_des_sprechens_und_der_sprache.pdf

IQWIG. (2015). Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: Folgeauftrag zu Auftrag S05-02. https://www.iqwig.de/download/s14-01_rapid-report_sehscreening-bei-kindern_v11.pdf

KBV. (2019). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2018. https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php

KBV. (2021). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2020. https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-31_BAR_Statistik.pdf

Kodde, C. (2016). Die endoskopisch-retrograde Cholangiopankreatikographie im Kindesalter- Erfahrungen aus einem deutschen Transplantationszentrum [Dissertation, Essen, Universität Duisburg-Essen, Duisburg]. GBV Gemeinsamer Bibliotheksverbund. http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:464-20170410-112815-5

Krause, L., Kuntz, B., Schenk, L. & Knopf, H. (2018). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(4), 3--21. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-089

Lagrèze, W. A. (2010). Vision screening in preschool children: do the data support universal screening? Deutsches Ärzteblatt International, 107(28-29), 495–499. https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0495

Lawrenz, B. (2020). Kinder-Vorsorgeuntersuchungen - das neue System in Deutschland im Vergleich mit den Systemen in Österreich und der Schweiz – Teil 2. Kinder- und Jugendarzt, 51(5), 323–328.

Mangiapane, S., Zhu, L. & Schulz, M. (2021). Ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Früherkennung und Impfungen [Outpatient pediatric care during the COVID-19 pandemic with special emphasis on screening examinations and immunizations]. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 64(12), 1551–1558. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03444-4

Matsui, A. (2017). Screening for biliary atresia. Pediatric Surgery International, 33(12), 1305–1313. https://doi.org/10.1007/s00383-017-4175-3

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2022, 29. November). Was sind Frühe Hilfen? https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. https://www.R-project.org. https://ci.nii.ac.jp/naid/20001692429/

Rädel, M., Priess, H.-W., Bohm, S. & Walter, M. (2023). Barmer Zahnreport 2023: Individuelle Mundgesundheit im Langzeitverlauf: Welche Unterschiede gibt es in Deutschland? Berlin.

Robert Koch-Institut. (2020). Themenblatt: Bildungsstand der Eltern. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Kontext/PDF_Themenblatt_Bildung.pdf?__blob=publicationFile

Rommel, A., Hintzpeter, B. & Urbanski, D. (2018). Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(4), 22--37. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-090

Sanchez-Valle, A., Kassira, N., Varela, V. C., Radu, S. C., Paidas, C. & Kirby, R. S. (2017). Biliary Atresia: Epidemiology, Genetics, Clinical Update, and Public Health Perspective. Advances in pediatrics, 64(1), 285–305. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2017.03.012

Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A. & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/5873/JoHM_04_2018_Inanspruchnahme_Frueherkennung_KiGGS-Welle2.pdf?sequence=1&isAllowed=y https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-093

Schulz, M., Zhu, L., Kroll, L. E. & Czihal, T. (2020). Versorgungsmonitor ambulante Kinder- und Jugendmedizin. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Versorgungsmonitor_ambulante_Paediatrie_Bericht_korrigiert.pdf

Statistisches Bundesamt. (2021). Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht: Statistik der Geburten [Tabelle 12612-0001]. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=0&levelid=1659432609083&auswahloperation=abruftabelleAusspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0001&auswahltext=&werteabruf=starten#abreadcrumb

Statistisches Bundesamt. (2022, 10. Oktober). Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2021. https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.html

Statistisches Bundesamt. (2023). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2021. Fachserie 1 Reihe 2.2. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/_publikationen-innen-migrationshintergrund.html

Stevenson, M. (2019). epiR: Tools for the Analysis of Epidemiological Data: R package version 1.0-4. https://CRAN.R-project.org/package=epiR

Theiß, K., Simon, A., Graf, N. & Rohrer, T. (2021). Auswirkungen des Lockdowns während der ersten COVID-19-Welle auf 34 kinder- und jugendärztliche Praxen im Saarland [Consequences of the lockdown during the first COVID-19 wave in 34 pediatric practices in Saarland]. Monatsschrift Kinderheilkunde, 169(4), 335–345. https://doi.org/10.1007/s00112-021-01125-9

Tolksdorf, K., Loenenbach, A. & Buda, S. (2022). Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland “. Epidemiologisches Bulletin, 38.

Verband der Privaten Krankenversicherung. (Mai 2022). Was uns bewegt: Rechenschaftsbericht 2021/22. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/c_Verband/PDF/Rechenschaftsbericht_21_22.pdf

Weichbold, V., Rohrer, M., Winkler, C. & Welzl-Müller, K. (2004). Hörscreening an Kindergärten: Ergebnisse einer Evaluierungsstudie [Hearing screening at nursery schools: results of an evaluation study]. Wiener Klinische Wochenschrift, 116(14), 478–483. https://doi.org/10.1007/BF03040943

Wissenschaftliches Institut der AOK. (2022). Heilmittelbericht 2022/2023. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2022_2023_final.pdf

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

© Alle Rechte vorbehalten