

# Evaluation der Kinder-Richtlinie (Uheft-eva) Ergebnisse zu den Früherkennungsuntersuchungen

Ziel der Früherkennungsuntersuchungen U1–U9 ist es, Hinweise auf Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig festzustellen und eine geeignete weiterführende Diagnostik und Therapie einzuleiten. Inhalt, Art und Umfang der Früherkennungsuntersuchungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Kinder-Richtlinie fest (§ 26 Abs. 2 SGB V). Die Richtlinie wurde von 2005 bis 2015 überarbeitet (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016). Um den Erfolg der Überarbeitung bewerten zu können und Hinweise für zusätzlich erforderliche Weiterentwicklungen zu erhalten, beauftragte der G-BA eine unabhängige Evaluation. Im ersten Teil der Evaluation wurde u. a. untersucht, wie häufig bestimmte Untersuchungsinhalte durchgeführt werden und wie häufig dabei Auffälligkeiten festgestellt werden. Ausgewählte Ergebnisse zur Untersuchung der Augen, des Hörvermögens, der Zähne und Mundschleimhaut sowie auf Gallengangatresie, Sprach- und Sprechstörungen sowie Entwicklungsverzögerungen werden nachfolgend berichtet.

Dr. Friederike A. Haaß

Julia Talamo

Karsten Zich

Paul Roll

Dr. Julia K. Wolff

Dr. Bernd Deckenbach

Hans-Dieter Nolting

## 1. Methoden

Die Evaluation der Kinder-Richtlinie (Uheft-eva) wurde von der IGES Institut GmbH, einem unabhängigen Forschungs- und Beratungsunternehmen, im Auftrag des G-BA durchgeführt. Von 787 Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten (KJÄ), die sich für die Teilnahme registrierten und die Studienunterlagen anforderten, haben sich 656 beteiligt (Rücklauf 83,4 %, 9,1 % aller KJÄ in Deutschland). Sie beantworteten einen Fragebogen und führten eine eigens für die Uheft-eva entwickelte Dokumentation (U-Sammelbögen). In den U-Sammelbögen hielten sie zu allen von ihnen im Zeitraum eines Monats durchgeführten

U-Untersuchungen bestimmte Sachverhalte zu den durchgeführten Tests, festgestellten Auffälligkeiten sowie eingeleiteten Maßnahmen fest. Insgesamt wurden so 43.834 U-Untersuchungen dokumentiert (98,0 % der erwarteten Anzahl, 9,2 % aller U-Untersuchungen bei GKV-versicherten Kindern bezogen auf die Erhebungszeiträume der teilnehmenden KJÄ). 40 KJÄ führten retrospektive Fallanalysen durch, in denen sie für Kinder mit bestimmten Diagnosen die Schritte bis zur erstmaligen gesicherten Diagnosestellung rückverfolgten und in einer für die Uheft-eva entwickelten Falldokumentation festhielten. Es wurden 369 Falldokumentationen zu insgesamt 55 Diagnosen (ICD-10-Dreistellerebene) erstellt. Ein Teil der KJÄ nahm an Interviews (n = 20) und einer Gruppendiskussion (n = 7) zur vertieften Betrachtung und Einordnung der Ergebnisse aus den übrigen Erhebungen teil.

Die KJÄ luden auch Eltern zur Teilnahme an der Uheft-eva ein. Dazu händigten sie diesen unmittelbar nach einer U-Untersuchung einen für die Uheft-eva entwickelten Fragebogen und ein Informationsblatt aus. Neben Datenschutzzinformationen enthielt dieses die Bitte an die Eltern, anonyme Kopien des Gelben Hefts ihres Kindes an IGES zu übermitteln. Den Fragebogen haben 5.492 Eltern ausgefüllt (Rücklauf 15,6 % bezogen auf 35.204 U-Untersuchungen, in denen die KJÄ die Unterlagen austeilten). Weiterhin

wurden 1.995 Kopien Gelber Hefte an IGES übermittelt (Rücklauf 5,7 %). Die Datenerhebungen fanden überwiegend zwischen November 2020 und September 2021 statt.

Darüber hinaus wurden die Häufigkeit bestimmter Diagnosen und das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der erstmaligen Dokumentation der gesicherten Diagnose für die Geburtskohorten 2012, 2013, 2017 und 2018 anhand von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung ermittelt. Diese Analysen führte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung im Auftrag von IGES durch.

Aufgrund der papierbasierten Erhebungen konnte es zu fehlenden Antworten kommen. Diese hatten jedoch i. d. R. einen Anteil von weniger als 10 %, d. h. für fast alle Fragen liegen von > 90 % der Teilnehmenden valide Antworten (n<sub>v</sub>) vor.

## 2. Ergebnisse

### 2.1 Untersuchung der Augen

Seit der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie ist standardisiert vorgegeben, welche Sehtests in den einzelnen U-Untersuchungen durchzuführen sind. Eine Nutzenbewertung (IQWiG, 2008, 2015) hatte ergeben, dass eine über die in der Richtlinie vorgegebenen Sehtests hinausgehende Intensivierung des Sehscreeblings nicht gerechtfertigt sei.

Die Ergebnisse der Uheft-eva zeigen, dass die vorgesehenen Tests in den meis-

ten U-Untersuchungen durchgeführt werden, jedoch mit Unterschieden je nach Test und Alter des Kindes (Abb. 1). Die seltenere Durchführung des Stereo- und des Formenwiedererkennungstests in der U7a ist laut Angabe der KJÄ auf altersbedingte Schwierigkeiten mit der Durchführung zurückzuführen. Für die Prüfung der Hornhautreflexbildchen wurden solche Schwierigkeiten nicht berichtet, so dass hier andere, allerdings nicht näher ermittelte, Gründe für die seltenere Durchführung vorliegen dürften.

Von den fünf für die U7a bis U9 vorgesehenen Sehtests wurde in nur 0,8 % der U-Untersuchungen kein einziger durchgeführt (n = 121 von n<sub>v</sub> = 15.034). In insgesamt knapp 80 % der U-Untersuchungen wurden entweder alle fünf (48,5 %, n = 7.297) oder vier von fünf (29,9 %, n = 4.497) der Sehtests durchgeführt.

Die Häufigkeit, mit der Auffälligkeiten festgestellt werden, liegt je nach Sehtest und U-Untersuchung zwischen 0,6 % und 15,0 % (Abb. 2). 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, was je nach U-Untersuchung und Test in 4,1 % bis 30,4 % der Fälle zutrifft, werden beim Brückner-Test circa fünfmal so häufig

Auffälligkeiten festgestellt als ohne ein solches Gerät; beim Stereo-Test ist es circa doppelt so häufig; bei Hornhautreflexbildchen circa dreimal so häufig.

Für die U2 und U3 wurde auch die Häufigkeit einer Überweisung zum Augenarzt oder zur Augenärztin erhoben. Nach Angabe der KJÄ in den U-Sammelbögen wurden insgesamt 1,4 % aller Kinder in der U2 oder U3 überwiesen (n = 93 von n<sub>v</sub> = 6.470). Bezogen auf Kinder mit einer Auffälligkeit bei der Inspektion der Augen oder der Prüfung im durchfallenden Licht waren es 37,5 % (n = 39 von n<sub>v</sub> = 104). Die Ergebnisse aus dem Elternfragenbogen zur Überweisung in augenärztliche Behandlung ergeben ein ähnliches Bild.

## 2.2 Untersuchung des Hörvermögens

Auf Basis einer Nutzenbewertung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016, S. 10) wurde im Zuge der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie der Hörtest in der U8 beibehalten und spezifiziert, dass er mittels Tonschwellenaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens fünf Prüffrequenzen) durchzuführen ist.

Laut Angabe der KJÄ in den U-Sammelbögen wurde die Tonschwellenaudiometrie in 80,3 % der U8 (n = 4.235 von n<sub>v</sub> = 5.274) durchgeführt. Als häufigste Gründe für die Nicht-Durchführung gaben die KJÄ mangelnde Kooperation oder

Überforderung des Kindes an. Weitere häufige Gründe waren eine Sprachbarriere oder eine bereits bestehende HNO-ärztliche Behandlung.

In 12,8 % (n = 532 von n<sub>v</sub> = 4.166) der U8, in denen eine Tonschwellenaudiometrie durchgeführt wurde, dokumentierten die KJÄ einen auffälligen Befund. Das entspricht 9,9 % aller U8. Bei 84,1 % der Kinder mit auffälligem Befund handelte es sich um die erstmalige Feststellung einer Auffälligkeit (n = 412 von n<sub>v</sub> = 490).

Kinder, bei denen die Tonschwellenaudiometrie einen auffälligen Befund ergab, wurden zu 56,2 % in HNO-ärztliche bzw. pädaudiologische Behandlung überwiesen (n = 278 von n<sub>v</sub> = 495). Die Überweisung war häufiger bei Kindern, bei denen bereits vorher Hinweise auf eine Beeinträchtigung des Hörvermögens bestanden, als bei Kindern mit erstmaliger Auffälligkeit (83,3 % versus 50,2 %).

Die Befragung der Eltern zum Hörtest in der U8 (Häufigkeit von Durchführung, Auffälligkeiten und Überweisung) ergab ähnliche Ergebnisse.

## 2.3 Untersuchung der Zähne und der Mundschleimhaut

Die Untersuchung der Zähne und der Schleimhaut wurde im Rahmen der Neufassung der Kinder-Richtlinie konkretisiert. In einer Aktualisierung im Jahr 2019 wurde zudem geändert, dass in der U5 bis U7 ein „Verweis zum Zahnarzt oder zur Zahnärztin zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019) erfolgen soll. Zuvor war in diesen U-Untersuchungen ein „Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten“ vorgesehen.

In 3,0 % der U6 (n = 157 von n<sub>v</sub> = 5.244) wurden Auffälligkeiten an Zähnen oder Schleimhaut festgestellt. Von den Kindern mit Auffälligkeiten wurden 42,7 % an einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin verwiesen (n = 67 von n<sub>v</sub> = 157). Kinder ohne Auffälligkeiten wurden zu 26,9 % verwiesen (n = 1.343 von n<sub>v</sub> = 4.997).

## 2.4 Untersuchung auf Gallengangatresie

Gemäß der neugefassten Kinder-Richtlinie ist ein Ziel der U2 und U3, einen pathologischen Ikterus zu erkennen, der auf Gallengangatresie hinweisen kann. Ferner soll in der Anamnese die Stuhlfarbe mittels Stuhlfarbkarte erfragt werden. Eine helle Stuhlfarbe kann ebenfalls ein Hinweis auf Gallengangatresie sein.

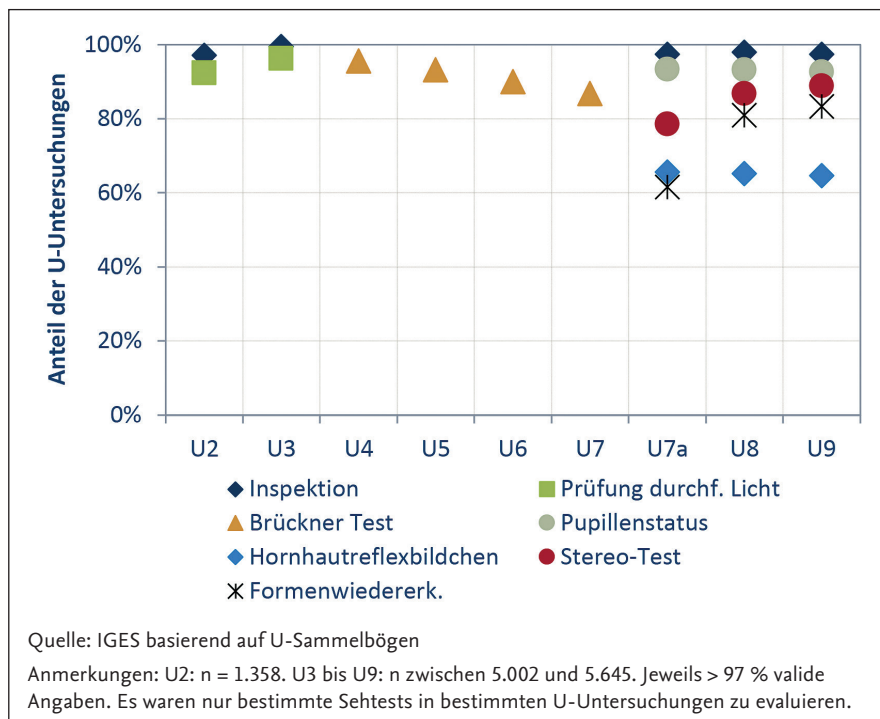


Abb. 1: Relative Häufigkeit der Durchführung der zu evaluierenden Sehtests

Basierend auf in der Literatur berichteten Angaben zur Inzidenz (Corrado & Mack, 2022; Kodde, 2016; Sanchez-Valle et al., 2017) treten in Deutschland schätzungsweise 40 bis 140 Fälle von Gallengangatresie pro Jahr auf. Um zu dieser seltenen Diagnose Aussagen treffen zu können, sollten die an der Evaluation teilnehmenden KJÄ angeben, wie viele Fälle von Gallengangatresie sie über einen Zeitraum von drei Jahren diagnostiziert hatten und ob dabei eine Gelbsucht bzw. die Stuhlfarbe Hinweise lieferten. Die erhobene Zahl von 52 solcher Fälle entspricht bei 656 teilnehmenden KJÄ dem erwarteten Wert. In 73,1 % der Fälle wurde die Diagnose Gallengangatresie aufgrund von Gelbsucht gestellt; in 28,8 % der Fälle kam bei der Diagnosestellung die Stuhlfarbkarte zum Einsatz.

### 2.5 Untersuchung auf Sprach- und Sprechstörungen

Auf Basis einer Nutzenbewertung (IQWiG, 2009) wurde bei der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie kein Screening auf *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* (UESS) eingeführt. Es erfolgte jedoch eine Überarbeitung der Vorgaben der Kinder-Richtlinie zur Feststellung von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen.

Die mit den U-Sammelbögen erhobenen Daten zeigen, dass Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen in der U7 bis U9 sowohl in der *Anamnese* als auch in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* häufig festgestellt werden (Tab. 1). Die Auswertung der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung zeigt, dass die Diagnose UESS (ICD-10: F80.-) häufig dokumentiert wird. Der Auswertung liegen Daten von je circa 510.000 GKV-versicherten Kindern der Jahrgänge 2012 und 2013 zugrunde. Dies entspricht circa 85 % der GKV-versicherten Lebendgeborenen eines Jahrgangs. Für circa die Hälfte dieser Kinder wurde bis zum sechsten Lebensjahr mindestens einmal die Diagnose F80.- als gesichert dokumentiert. Die Falldokumentationen und Interviews mit KJÄ deuten jedoch darauf hin, dass es sich häufig nicht um gemäß Leitlinie (Langen-Müller et al., 2011) diagnostizierte UESS handelt, sondern um andere Sprachentwicklungsstörungen oder um sprachassoziierte Probleme, die keinen Krankheitscharakter haben, wie umgebungsbedingte sprachliche Auffälligkeiten z. B. bei sozial deprivierten

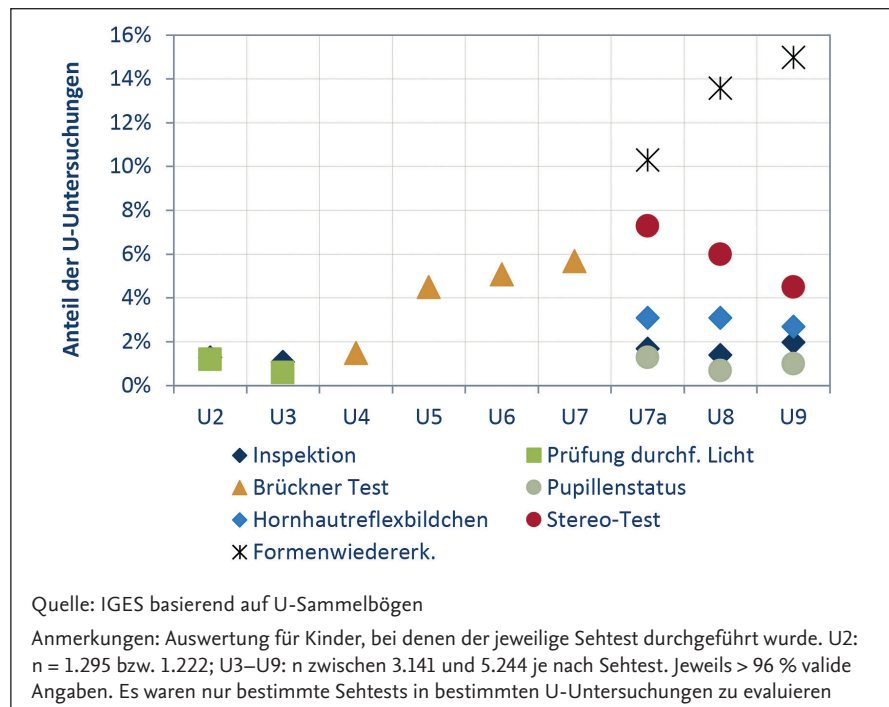


Abb. 2: Relative Häufigkeit von Auffälligkeiten in den zu evaluierenden Sehtests

Kindern oder bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern mit unzureichendem Erwerb der deutschen Sprache.

Bei circa 80 % der Kinder mit Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in der U7 bis U9 lag laut Angabe der KJÄ in den U-Sammelbögen erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Sprache vor (n = 4.884 von n<sub>v</sub> = 6.186). Weiterhin wurden bei knapp der Hälfte oder einem noch höheren Anteil der auffälligen Kinder diagnostische oder therapeutische Maßnahmen eingeleitet (U7: 46,7 %, U7a: 58,9 %, U8: 63,7 %, U9: 72,5 %). In der U7 handelte es sich bei den Maßnahmen in etwa der Hälfte der Fälle um Abwarten oder nicht-medizinische Maßnahmen (z. B. Sprachförderung in der Kita). Mit zunehmendem Alter wird häufiger Logopädie verordnet. In der U9 erhielten 78,9 % der Kinder, bei denen Maßnahmen eingeleitet wurden, eine Verordnung für Logopädie. Dies entspricht 19,1 % aller Kinder, für die im Rahmen der Evaluation die U9 dokumentiert wurde (n = 953 von n = 5.002).

Nach Einschätzung der KJÄ in den Interviews und der Gruppendiskussion gibt es zu wenige nicht-medizinische Angebote zur Förderung des Sprechens und der Sprache, wie z. B. Frühförderung, Sprachförderung, häusliche Förderung und Sprachpatinnen oder Sprachpaten. Auch würden diese Angebote von Eltern häufig nicht ausreichend angenommen

und stattdessen Logopädie bevorzugt, auch wenn sie nicht immer indiziert sei.

### 2.6 Untersuchung auf Entwicklungsverzögerungen

Bei der Überarbeitung der Kinder-Richtlinie wurde auf Basis orientierender Literaturrecherchen auf die Einführung verbindlicher Entwicklungstests verzichtet (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016, S. 14). Der Abschnitt *Anamnese* wurde jedoch angepasst bzw. erweitert und der Abschnitt *Orientierende Beurteilung der Entwicklung* neu aufgenommen, um die frühzeitige Feststellung von Entwicklungsverzögerungen zu fördern.

Die Ergebnisse der Fallanalysen zeigen, dass erste Auffälligkeiten bezüglich einer (späteren) Diagnose aus der ICD-10 Gruppe F80–F89 (*Entwicklungsverzögerungen*) überwiegend in den U-Untersuchungen U3 bis U9 festgestellt werden (Tab. 2). Auch bei circa der Hälfte der Kinder mit einer Diagnose aus der ICD-10-Gruppe F90–F98 (*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*) oder dem ICD-10-Kapitel XVII (*Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*) wurden erste diesbezügliche Auffälligkeiten in einer U-Untersuchung festgestellt. Bei letzteren Diagnosen werden Hinweise jedoch, wie erwartet, auch häufig bereits bei oder kurz nach der Geburt festgestellt.

## BERUFSTHEMEN

Betrachtet man die Fälle, bei denen in einer U-Untersuchung erste Hinweise auf eine der Diagnosen festgestellt wurden, so ergeben sich Hinweise auf F80–F89-Diagnosen oder F90–F98-Diagnosen fast immer in der *Anamnese* und/oder in der *Orientierenden Beurteilung der Entwicklung* (Tab. 3). Hinweise auf Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel XVII werden zumeist in der *Körperlichen Untersuchung* festgestellt.

### 3. Diskussion

Die Ergebnisse der Uheft-eva zeigen, dass die gemäß Kinder-Richtlinie vorgesehenen **Sehtests** in den meisten U-Untersuchungen durchgeführt werden. Die ermittelten Auffälligkeitsraten erscheinen plausibel, es liegen jedoch in der Literatur keine vergleichbaren Ergebnisse für die einzelnen Sehtests vor und ein Vergleich mit der Prävalenz einzelner Sehstörungen erscheint nicht angemessen, da die Seh-

tests zwar Hinweise auf Sehstörungen liefern, für die Diagnosestellung jedoch weitere Untersuchungen notwendig sind. Ein Ergebnis, das weitere Beachtung finden sollte, ist, dass bei Verwendung eines Autorefraktometers wesentlich häufiger Auffälligkeiten festgestellt werden als ohne ein solches Gerät. Da ein Sehtest mittels Autorefraktometer nicht von allen Krankenkassen erstattet wird und in diesen Konstellationen eine individuelle Gesundheitsleistung ist, könnte eine Selektion dahingehend stattfinden, dass es nur zum Einsatz kommt, wenn bereits Hinweise auf eine Sehstörung vorliegen. In diesem Szenario wäre eine höhere Auffälligkeitsrate zu erwarten. Alternativ wäre denkbar, dass mit dem Autorefraktometer eine größere Zahl falsch positiver Fälle identifiziert wird oder umgekehrt ohne das Gerät Auffälligkeiten übersehen werden. Im Zuge einer Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie sollte geprüft

werden, inwiefern der Einsatz eines Autorefraktometers regulärer Bestandteil der U-Untersuchungen werden sollte.

Die Ergebnisse zur Untersuchung des Hörvermögens zeigen, dass die Durchführung der **Tonschwellenaudiometrie** in den meisten U8-Untersuchungen möglich ist. Die Auffälligkeitsrate von 13 % liegt zwischen in der Literatur berichteten Werten von 7,7 % (Bamford et al., 2007) und 21 % (Weichbold et al., 2004). In den meisten Fällen handelt es sich um die erstmalige Feststellung einer Auffälligkeit und etwa die Hälfte der erstmals auffälligen Kinder werden in eine weiterführende Diagnostik bzw. Behandlung überwiesen. Erfolgt keine Überweisung, gibt es hierfür in der Regel plausible Gründe. Auf Basis der Ergebnisse ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass das Hörscreening in der U8 seinen Zweck nicht erfüllt, und es lassen sich diesbezüglich keine Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Kinder-Richtlinie ableiten.

Gemäß der 2019 in Kraft getretenen Fassung der Kinder-Richtlinie soll ab der U5 ein **Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt** zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung erfolgen. Zuvor sollte in der U5 bis U7 ein Verweis nur bei Auffälligkeiten erfolgen. Die Ergebnisse der Uheft-eva zeigen, dass in weniger als einem Drittel der U6 ein Verweis zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt erfolgt. Auch wenn es hierfür mögliche Erklärungen gibt (bspw. könnte die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung den Eltern bereits bekannt sein oder es könnte zu einem Missverständnis der Frage in den U-Sammelbögen gekommen sein), erscheint der Anteil gering. Da die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere bei Kindern mit niedrigem sozioökonomischem Status oder mit Migrationshintergrund, weiter verbessert werden könnte (Krause et al., 2018), sollten KJÄ darauf achten, die Eltern durchgängig auf die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen hinzuweisen.

Der Einsatz einer **Stuhlfarbkarte** hat sich in anderen Ländern als Screeninginstrument für Gallengangatresie bewährt (Matsui, 2017). Die Ergebnisse der Uheft-eva zeigen, dass die Stuhlfarbkarte in Deutschland bei Kindern mit Gallengangatresie nur selten bei der Diagnosestellung zum Einsatz kam. Der G-BA hat parallel zur Fertigstellung des Evaluationsberichts

**Tab. 1:** Relative Häufigkeit von Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen

Abschnitt	U5	U6	U7	U7a	U8	U9
Anamnese	1,8 %	2,2 %	19,6 %	20,6 %	29,4 %	31,8 %
Entwicklung	1,3 %	1,5 %	19,1 %	20,5 %	35,0 %	34,2 %
Anamnese oder Entwicklung	2,3 %	2,4 %	22,1 %	23,2 %	37,0 %	37,5 %

Quelle: IGES basierend auf U-Sammelbögen

Anmerkungen: n zwischen 5.002 und 5.645 je U-Untersuchung. Jeweils > 96 % valide Angaben. Entwicklung = Orientierende Beurteilung der Entwicklung.

**Tab. 2:** Relative Häufigkeit von ersten Hinweisen auf eine Diagnose F80–F89 (Entwicklungsstörungen), F90–F98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) oder Q00–Q99 (Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien) zu dem jeweiligen Anlass

Anlass	F80–F89	F90–F98	Q00–Q99
Diagnosestellung innerhalb der ersten drei Wochen nach Geburt	1 %	2 %	28 %
Während U-Untersuchung (U3–U9)	84 %	49 %	54 %
Während anderer Untersuchung	15 %	49 %	18 %

Quelle: IGES basierend auf Fallanalysen

Anmerkungen: F80–F89: n = 125; F90–F98: n = 41; Q00–Q99: n = 120

**Tab. 3:** Relative Häufigkeit von ersten Hinweisen auf eine Diagnose F80–F89, F90–F98 oder Q00–Q99 im jeweiligen Abschnitt einer U-Untersuchung

Abschnitt der U-Untersuchung	F80–F89	F90–F98	Q00–Q99
Anamnese	75 %	95 %	14 %
Entwicklung	94 %	80 %	14 %
Körperliche Untersuchung	30 %	15 %	97 %
Anamnese und/oder Entwicklung	95 %	100 %	15 %

Quelle: IGES basierend auf Fallanalysen

Anmerkungen: Nur Fälle mit ersten Hinweisen auf die Diagnose während einer U-Untersuchung. F80–F89: n = 105; F90–F98: n = 20; Q00–Q99: n = 65

bereits beschlossen, das Untersuchungsheft für Kinder um eine Stuhlfarbkarte zu erweitern (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023). KJÄ sollten Eltern möglichst früh auf die Stuhlfarbkarte hinweisen und bei Auffälligkeiten zeitnah eine weiterführende Diagnostik einleiten.

Die Ergebnisse der Uheft-eva zeigen, dass **Auffälligkeiten des Sprechens und der Sprache** sehr häufig sind, wobei auf Basis der Ergebnisse eine Unterscheidung zwischen Sprachentwicklungsstörungen (einschließlich UESS) und sprachassoziierten Problemen, die keinen Krankheitscharakter haben, nicht möglich ist. Auch in der Praxis erweist sich diese Unterscheidung als schwierig. Um zielgerichtet Maßnahmen einleiten zu können, sollten geeignete Screeninginstrumente, insbesondere auch für mehrsprachig aufwachsende Kinder, entwickelt werden. Ferner zeichnet sich ab, dass keine ausreichende Förderung des Sprechens und der Sprache mittels nicht-medizinischer Maßnahmen stattfindet. Daher sollte der Ausbau solcher Angebote vorangetrieben und bildungspolitisch unterstützt werden.

Die Ergebnisse der Fallanalysen zeigen den Stellenwert der U-Untersuchungen für die Diagnose von **Entwicklungsverzögerungen**: häufig werden erste Auffälligkeiten bezüglich einer solchen Diagnose in den U-Untersuchungen festgestellt.

#### Limitationen

Die Teilnahme von KJÄ und Eltern an der Evaluation der Kinder-Richtlinie er-

folgte auf freiwilliger Basis. Dadurch können Selektionseffekte entstehen und die Ergebnisse können nicht uneingeschränkt verallgemeinert werden. Ferner sind einige der erhobenen Ereignisse sehr selten, sodass die ermittelten Häufigkeiten mit größerer Schätzunsicherheit behaftet sind. Aufgrund der großen Anzahl teilnehmender KJÄ (ca. 9 % aller KJÄ in Deutschland) und der Dokumentation aller von ihnen in einem Erhebungsmonat durchgeführten U-Untersuchungen, liegt dennoch eine aussagekräftige Datenbasis vor. Die Vollständigkeit und Konsistenz der Daten sind insgesamt als gut zu bewerten. Die Erhebungen fanden im Zeitraum der COVID-19-Pandemie statt, sodass Effekte aufgrund pandemiebedingter Vorschriften nicht ausgeschlossen werden können. Schließlich ist anzumerken, dass das Evaluationsdesign keine Rückschlüsse zulässt, in wie vielen Fällen die mit den U-Sammelbögen erhobenen Auffälligkeiten durch weiterführende Diagnostik als gesicherte Diagnosen bestätigt wurden.

#### 4. Fazit für die Praxis

Insgesamt betrachtet kann festgehalten werden, dass dank der hohen Beteiligung von KJÄ und Eltern an der Uheft-eva, eine aussagekräftige Datenbasis vorliegt anhand derer die vielfältigen Evaluationsfragen des G-BA beantwortet werden konnten. Die Uheft-eva liefert zahlreiche neue Erkenntnisse zur Umsetzung der U-Untersuchungen in der Praxis und gibt

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Richtlinie (bspw. eine Prüfung, inwiefern ein Autorefraktometer routinemäßig für die Sehtests in den U-Untersuchungen eingesetzt werden sollte) und einzelner Aspekte in der Versorgung und Steuerung (bspw. ein vermehrter Hinweis auf die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, der Einsatz der Stuhlfarbkarte zur Feststellung von Gallengangatresie und verbesserte Möglichkeit für die Überprüfung des Sprachentwicklungsstandes nicht-deutschsprachiger Kinder).

Wir danken allen Teilnehmenden für ihr Engagement!

#### Weitere Informationen

<https://www.g-ba.de/beschluesse/6242/>



#### Literatur als Zusatzmaterial online

<https://www.kinder-undjugend-arzt.de/literaturverzeichnis>

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Friederike A. Haaß,  
IGES Institut GmbH  
Friedrichstr. 180, 10117 Berlin  
Tel: +49-30-23 08 09 0  
[iges@iges.com](mailto:iges@iges.com)

#### Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Red.: RS